



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **PERCEPCIÓN SOBRE EL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES EN LA E.S.E SAN CRISTÓBAL, BOGOTÁ 2012**

**Andrea del Pilar Mayorga Palacios**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública  
Bogotá, Colombia  
2012



# **PERCEPCIÓN SOBRE EL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES EN LA E.S.E SAN CRISTÓBAL, BOGOTÁ 2012**

**Andrea del Pilar Mayorga Palacios**

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:

**Magíster en Salud Pública**

Directora:

Odontóloga y M Sc. en Salud Pública, Rocío Robledo Martínez

Codirectora:

Enfermera, Especialista en Enfermería Materno Perinatal y M Sc. en Enfermería con  
énfasis en gerencia, Martha Patricia Bejarano Beltrán

Línea de Investigación:

Sistemas y políticas en salud

Grupo de Investigación:

En Salud Pública

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública

Bogotá, Colombia

2012



*A mis padres...*

*Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por brindarme su inmenso amor y por creer en mí.*

*A mis hermanas...*

*Por brindarme su alegría y compañía, ustedes son mi fuerza.*

*A George Dueñas...*

*Por su amor, comprensión, apoyo incondicional y su infinita paciencia. Le ha dado felicidad a mi vida.*

*A Choco...*

*Por ser tan especial, por su valiosa compañía.*

*Gracias, los amo inmensamente*



## **Agradecimientos**

A Dios por fortalecer mi corazón en el camino e iluminar mi mente.

A la Universidad Nacional de Colombia por darme la oportunidad de crecer como persona y como profesional, permitiéndome culminar una etapa tan importante para mi vida.

A Rocío Robledo, directora de esta investigación, por sus valiosos aportes y opiniones.

A la profesora Martha Patricia Bejarano, co-directora de esta investigación, por su gran apoyo, disponibilidad y orientación permanente. Por ofrecerme generosamente su conocimiento adquirido a lo largo de su amplia y reconocida labor académica y profesional.

A la ESE San Cristóbal, por brindarme el apoyo, el espacio y el tiempo para culminar con la investigación.

A las gestantes que participaron en la investigación, por su apoyo desinteresado y voluntario, para culminar mi trabajo.

A mi familia y amigos por su constante apoyo y motivación para alcanzar mis objetivos.





## Resumen

**Objetivo:** Explorar la percepción que tienen las gestantes adolescentes con relación al control prenatal, en el Hospital San Cristóbal de Bogotá.

**Diseño metodológico:** Estudio cualitativo, exploratorio, con enfoque hermenéutico, realizado mediante la técnica de análisis de contenido a las entrevistas semi-estructuradas de 12 gestantes adolescentes que asisten al control prenatal en la Empresa Social del Estado San Cristóbal de la ciudad de Bogotá, 2012.

**Resultados:** Del análisis emergieron 5 categorías: *experiencias del control prenatal, pensamientos con respecto a la gestación y atención como adolescente, sentimientos que envuelven el control prenatal, cursos de preparación para la maternidad y paternidad e imaginarios sobre el control prenatal*. Estas categorías sustentan el tema central que se identificó, el cual se denomina *La gestación en la adolescencia: entre lo imaginario y lo real a la hora del control prenatal*.

**Conclusiones:** Las gestantes adolescentes perciben de forma positiva el control prenatal, sienten el deseo de proteger y asumir la responsabilidad de sus hijos. Coinciden en que éste es un programa fundamental para el desarrollo óptimo de la gestación, nacimiento, parto y posparto donde encuentran apoyo, confianza, información y bienestar. Los motivos de mayor peso para asistir a los controles son: *que el bebé esté sano y nazca en buen estado*.

**Palabras clave:** atención prenatal, gestación, adolescente, percepción.

## Abstract

**Objective:** To explore the perception of pregnant teenagers in relation with prenatal care, at the San Cristóbal Hospital ESE, Bogotá.

**Methodology:** Qualitative and exploratory design with hermeneutic approach, carried out by the technique of content analysis to semi-structured interviews of 12 pregnant teenagers whose attend to their prenatal care at the ESE San Cristóbal in Bogotá, 2012.

**Results:** Five categories emerged from the analysis: prenatal experiences, thoughts about pregnancy and care as an adolescent, feelings involving prenatal care, training courses for maternity and paternity, and imaginary about prenatal care. These categories support the central topic that was identified, which is called *Pregnancy in adolescence: between the imagination and the realness when prenatal care is*.

**Conclusions:** The pregnant adolescents perceived positively prenatal care. They have a desire to protect and to take responsibility for their children. They agree that this is an essential program for the optimal development of pregnancy, birth, parturition, and postpartum; where they find support, trust, wellness, and information. The most important reasons to assist to controls are: the baby is born healthy and in good health.

**Keywords:** Prenatal care, pregnancy, adolescent, perception.

# Contenido

	Pág.
<b>Resumen</b> .....	<b>IX</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>X</b>
<b>Lista de figuras</b> .....	<b>XIII</b>
<b>Lista de cuadros</b> .....	<b>XIV</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Valoración de la investigación</b> .....	<b>3</b>
1.1 Problema de investigación .....	3
1.2 Pregunta de investigación.....	7
1.3 Justificación .....	7
1.4 Propósito .....	8
1.5 Objetivo general.....	8
1.6 Objetivos específicos.....	8
<b>2. Referentes conceptuales</b> .....	<b>9</b>
2.1 Adolescencia .....	9
2.2 Embarazo en adolescentes .....	13
2.3 Control prenatal .....	18
2.4 Percepción.....	31
2.4.1 Planteamientos y enfoques .....	35
2.4.2 Teorías sobre percepción.....	41
2.4.3 Percepción social .....	44
2.5 Hermenéutica .....	47
2.5.1 Características de la Hermenéutica.....	48
2.5.2 Contextos y maneras de interpretación .....	49
2.5.3 Análisis hermenéutico .....	50
2.6 Empresa Social del Estado – ESE .....	51
<b>3. Diseño metodológico</b> .....	<b>53</b>
3.1 Tipo de estudio .....	53
3.2 Área de estudio.....	53
3.3 Población y muestra .....	55
3.4 Criterios de inclusión y exclusión .....	55
3.5 Técnicas de recolección de la información.....	57
3.5.1 Entrevistas semiestructuradas .....	57
3.5.2 Diarios de campo .....	60

3.6	Procedimiento y recolección de datos .....	60
3.7	Análisis de datos .....	63
3.7.1	Análisis de contenido .....	64
3.7.2	Rigor metodológico .....	65
3.8	Limitaciones del estudio .....	67
3.9	Aspectos éticos .....	68
<b>4.</b>	<b>Resultados .....</b>	<b>71</b>
4.1	Resultados información diarios de campo .....	71
4.2	Resultados de información entrevistas semiestructuradas .....	71
4.2.1	Caracterización de las participantes .....	72
4.2.2	Descripción de categorías y subcategorías emergentes .....	74
4.2.3	Contenido textual según categorías y subcategorías emergentes .....	77
<b>5.</b>	<b>Discusión.....</b>	<b>92</b>
<b>6.</b>	<b>Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>101</b>
6.1	Conclusiones.....	101
6.2	Recomendaciones.....	103
<b>A.</b>	<b>Anexo: Entrevista para las gestantes adolescentes .....</b>	<b>105</b>
<b>B.</b>	<b>Anexo: Consentimiento informado para las entrevistas.....</b>	<b>107</b>
<b>C.</b>	<b>Anexo: Autorización formal de la E.S.E San Cristóbal.....</b>	<b>109</b>
<b>D.</b>	<b>Anexo: Formato de diario de campo .....</b>	<b>112</b>
	<b>Bibliografía .....</b>	<b>113</b>

## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 4-1:</b> Categoría central "La gestación en la adolescencia: entre lo imaginario y lo real a la hora del control prenatal" .....	98

## Lista de cuadros

	<b>Pág.</b>
<b>Cuadro 2-1:</b> Factores de riesgo.....	23
<b>Cuadro 3-1:</b> Tasas Específicas de Fecundidad. San Cristóbal Vs Bogotá 2006-2009....	53
<b>Cuadro 3-2:</b> Criterios de inclusión y exclusión de las participantes .....	56
<b>Cuadro 4-1:</b> Características de las participantes .....	73
<b>Cuadro 4-2:</b> Categoría 1 .....	77
<b>Cuadro 4-3:</b> Categoría 2 .....	82
<b>Cuadro 4-4:</b> Categoría 3 .....	84
<b>Cuadro 4-5:</b> Categoría 4 .....	87
<b>Cuadro 4-6:</b> Categoría 5 .....	90

# Introducción

El mejoramiento de la salud materno infantil es uno de los retos más importantes de la salud pública y de los servicios de salud, tanto a nivel nacional como internacional (plasmado en los Objetivos del Milenio y las Políticas Nacionales y Distritales). El control prenatal es un programa fundamental para garantizar el mejoramiento y mantenimiento de la salud de las mujeres gestantes y de sus hijos, permite detectar oportunamente factores de riesgo, promueve y fortalece hábitos saludables, y establece acciones inmediatas para el bienestar de la madre y de su hijo por nacer. La importancia del control prenatal se fundamenta en estudios que reportan menor riesgo de tener niños de bajo peso al nacer, menor probabilidad de prematurez, muertes fetales y complicaciones durante el embarazo y el parto; así como menor probabilidad de muerte materna.

Se evidencia que aunque la mayoría de las mujeres gestantes asisten a consulta de control prenatal, un número importante acude pocas veces o simplemente no lo hace. A esta situación se le suma que asistieron al primer control prenatal con un promedio de 2,7 meses, un 77% fue a la primera visita prenatal cuando tenía menos de 4 meses de gestación y 15% cuando tenía entre 4 y 5 meses de gestación (1).

Las gestantes, especialmente las adolescentes, tienen mayor riesgo de no acceder ni adherirse a la atención prenatal, limitando el contacto con los servicios de salud. El 3% de las mujeres que no tuvo ninguna visita de atención prenatal, son mujeres con menos de 20 y más de 34 años de edad, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Las adolescentes son las responsables de aproximadamente 15 millones de nacimientos cada año en el mundo, cifra que equivale a 10% de todos los partos, y en países menos desarrollados alcanza 17% (2). En Colombia, se presenta una tasa de 84 nacimientos por cada 1000 mujeres (3), y en Bogotá, la Tasa General de Fecundidad

para las mujeres de 15 a 19 años es de 56 nacimientos por cada mil mujeres (4). Asimismo, la mortalidad en las adolescentes en países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad de las gestantes que se encuentran entre los 20 y 34 años.

A pesar de que el control prenatal es una prioridad en los sistemas de salud, estudios en Colombia han mostrado que no todas las gestantes asisten al control prenatal, no siguen las recomendaciones y no acuden periódicamente; posiblemente por factores sociales, económicos, culturales y administrativos. Por otro lado, en la revisión de la literatura, se encuentra escasa información sobre factores asociados a la adherencia, calidad del control prenatal, percepciones, conocimientos y prácticas con respecto a la atención prenatal.

Teniendo en cuenta el contexto mencionado, se realiza la investigación para explorar la percepción que tienen las gestantes adolescentes sobre el control prenatal. La adquisición de conocimientos sobre las percepciones planteará un conocimiento más real sobre la atención prenatal, abrirá nuevas expectativas para fortalecer esta actividad y será un primer paso para favorecer y apoyar la salud materna. Por esta razón, la investigación tiene como propósito contribuir a la construcción de estrategias que impacten positivamente en el programa de atención prenatal y, por consiguiente, en el bienestar materno.

Se diseñó un estudio cualitativo, exploratorio, de enfoque hermenéutico, donde a través de la técnica de análisis de contenido, se estudian entrevistas semiestructuradas, realizadas a las gestantes adolescentes atendidas en una Empresa Social del Estado de la ciudad de Bogotá.

Se espera que los resultados de la presente investigación proporcionen información de interés para las entidades encargadas de regular los programas de atención materna, con el fin de establecer acciones que favorezcan la salud de la gestante. Igualmente, se espera aportar elementos para los profesionales de la salud, los cuales permitan el mejoramiento continuo de la atención prenatal, a través de un trato humanizado y satisfactorio que motive la adherencia al control por parte de las gestantes.



# 1. Valoración de la investigación

## 1.1 Problema de investigación

A lo largo de la vida, la mujer experimenta procesos fisiológicos y psicológicos que afectan positiva y negativamente su bienestar; tales como la pubertad, la menarquia, el parto, la lactancia, la menopausia, la gestación, entre otros. Se entiende que la gestación inicia “desde el momento en que se une un espermio y un óvulo originando un cigoto, el cual es un nuevo ser, es embrión y continua su proceso de desarrollo en feto, niño, adolescente y adulto...” (5). Además de los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren a nivel cardiovascular, respiratorio, hematológico, renal, gastrointestinal y metabólico, el proceso de la gestación es una situación que moviliza una gran variedad de sentimientos, sueños e ideas alrededor de la mujer y su familia. Igualmente, conlleva a la participación activa de los organismos de salud y, específicamente, del programa de control prenatal para garantizar el mejoramiento y mantenimiento de la salud materno fetal.

El control prenatal es un programa indispensable para las gestantes, el cual permite detectar oportunamente factores de riesgo a nivel de las características individuales de la madre, de su historia reproductiva previa, de su embarazo actual y de enfermedades clínicas que puedan afectar su gestación; promueve y fortalece hábitos saludables y establece acciones inmediatas para el bienestar de la gestante y de su hijo. “El control prenatal es la principal pauta que los organismos de salud ofrecen a las madres para garantizarles una gestación supervisada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo” (6), tiene como objetivos, además de prevenir y controlar factores de riesgo, reducir los niveles de mortalidad materna y brindar una atención con calidad. Por lo tanto, el control prenatal es fundamental para un exitoso proceso de la gestación, nacimiento, parto y postparto.

A pesar de que el control prenatal es una prioridad en los sistemas de salud de cada sociedad (plasmado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en las Políticas Nacionales y Distritales), los estudios en Colombia muestran que no todas las gestantes asisten al control prenatal, no siguen las recomendaciones y no acuden periódicamente (7), manifestando la persistencia de barreras que impiden acceder y/o adherirse satisfactoriamente al control. Estas barreras están asociadas a múltiples factores sociales, económicos, culturales y administrativos, desencadenando situaciones desfavorables tales como costumbres y creencias erradas que pueden conllevar a una muerte materna o perinatal.

Por ejemplo, las gestantes con menores ingresos no practican un buen cuidado y control del embarazo, es decir “realizan menos de 6 visitas al obstetra, acuden a la primera visita después del primer trimestre de gestación” (8), y no siguen las recomendaciones realizadas por el personal de salud; las gestantes con mayores ingresos realizan un mejor control prenatal y en muchas ocasiones pueden llegar a ser excesivas con su cuidado; entre mayor es la educación y más alto el nivel socioeconómico, mayor la atención médica prenatal. Las gestantes, particularmente adolescentes temen a la reacción de sus familias y no inician oportunamente el control prenatal (9), o no lo buscan en absoluto (10). Otros factores de riesgo asociados a la baja adherencia son: la edad, la multiparidad, el bajo nivel educativo, la falta de pareja estable, no tener un seguro de salud y el maltrato físico (7).

Según las Naciones Unidas en su informe de Objetivos de desarrollo del Milenio 2008, refiere que “en 2005, en el mundo murieron más de 500.000 mujeres durante el embarazo, parto o las seis semanas posteriores” (11), además la mortalidad en las adolescentes en países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad de las gestantes que se encuentran entre los 20 y 34 años (12). La mortalidad materna, refleja el desarrollo social de la siguiente forma: “mientras menor sea el número de mujeres que mueren en eventos relacionados con el embarazo y el parto, puede decirse que el nivel de desarrollo de un país es mayor” (13).

Los estudios también muestran que las gestantes, especialmente las adolescentes, tienen mayor riesgo de no acceder ni adherirse a la atención prenatal, limitando el contacto con los servicios de salud (14), puesto que existen varios elementos a nivel social, emocional y cultural que conducen a que las adolescentes perciban de una u otra forma tanto negativa como positivamente este proceso.

En Colombia, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 (ENDS) encontró que las adolescentes presentan una tasa de 84 nacimientos por cada 1000 mujeres, igualmente 1 de cada 5 mujeres entre 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada, 16% ya son madres y un 4% está esperando su primer hijo; la mayor proporción de adolescentes gestantes de su primer hijo se encuentra en la región Caribe, Bogotá y en la Orinoquía (1).

Para Bogotá, de acuerdo a la Política Distrital “*Sexualidad sin indiferencia*” de la Secretaría de Salud (15), los nacimientos de mujeres de 10 a 19 años superan los 20.000 anuales y las localidades que han reportado mayores tasas de nacimientos en adolescentes, contados por cada 10.000 jóvenes entre los 10 y 19 años, son Santa Fe (57.7), Usme (56.63), Candelaria (51.22), San Cristóbal (48.83) y Rafael Uribe (47.48). Igualmente, la primera Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011 (EDDS) (4), señala que la Tasa General de Fecundidad en Bogotá para las mujeres de 15 a 19 años de edad, es de 56 nacimientos por cada mil mujeres, el porcentaje de adolescentes que ya son madres es 12.1 y el 3.2 por ciento está embarazada de su primer hijo. Se observa por localidades que Ciudad Bolívar y San Cristóbal presentan las cifras más altas de adolescentes que ya son madres, 22 y 21 por ciento respectivamente. En cuanto a quienes están esperando su primer hijo, San Cristóbal, Usme y Suba presentan los mayores porcentajes (alrededor de 6 por ciento). En San Cristóbal, Usme, Bosa y Ciudad Bolívar se muestran las mayores proporciones de jóvenes alguna vez embarazadas.

La Organización Mundial de la Salud promueve avances en lo referente a ampliar la accesibilidad y garantizar al menos una consulta prenatal, la proporción de mujeres que alcanzan el mínimo recomendado de cuatro consultas es demasiado baja (16), incluso refieren que la primera consulta suele realizarse en una etapa avanzada de la gestación, cuando para tener un máximo beneficio es necesario iniciar tempranamente. Además, en su documento: *Coverage of Maternity Care: a listing of available information 1997*, refieren que sólo el 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de control prenatal (17).

La ENDS 2010 (1), encontró que el 89% de las embarazadas tuvo 4 o más visitas de control prenatal, 6% entre 2 y 3 visitas y el 1% una sola visita. El 3% de las mujeres no tuvo ninguna visita, éstas últimas son básicamente mujeres con menos de 20 y más de 34 años. Se evidencia que aunque la mayoría de las mujeres gestantes asisten a consulta de control prenatal, un número importante acude pocas veces o simplemente no lo hace. A esta situación se le suma

que asisten al primer control prenatal con un promedio de 2,7 meses, el 77% asistió a la primera visita prenatal cuando tenía menos de 4 meses de gestación y el 15% cuando tenía entre 4 y 5 meses de gestación.

El Estado Colombiano, a partir de la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2000, mediante cooperación internacional planteó los lineamientos para lograr los 8 objetivos, comprometiéndose a mejorar la salud sexual y reproductiva (objetivo 5), y a alcanzar las siguientes metas en este tópico (Documento CONPES 091) (18):

- Reducir la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 nacidos vivos. Línea de base 1998: 100 por 100.000 nacidos vivos.
- Incrementar al 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales. Línea de base 1990: 66%
- Incrementar la atención institucional del parto y por personal calificado al 95%. Línea de base 1990: 76.3% atención institucional del parto; 80.6% atención del parto por personal calificado.
- Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa al 75%, y entre la población de 15 a 19 años al 65%. Línea de base 1995: 59% y 38.3 %, respectivamente.
- Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo de 15%. Línea de base 1990: 12.8%.

La información mencionada nos conduce a enfatizar en la importancia de la adherencia de las gestantes al control prenatal y, específicamente, a tener en cuenta la condición de vulnerabilidad de las gestantes adolescentes, quienes son consideradas una población de mayor riesgo para no asistir a los controles. Cáceres en 2009 menciona que “existe escasa evidencia sobre factores asociados y determinantes sociales de la adherencia, calidad del control prenatal, conocimientos, percepciones y prácticas de las gestantes con respecto a la atención prenatal” (7). Debido a que cada uno de estos factores requiere estudios específicos y evaluarlos todos al tiempo trasciende el alcance de una tesis de maestría, se ha considerado por su importancia e impacto positivo contribuir al conocimiento de las percepciones de las adolescentes sobre el control prenatal y su posible relación con la falta de adherencia, tomando como referente de población de estudio los

cursos de preparación para la maternidad y paternidad de una de las Empresas Sociales del Estado de la ciudad de Bogotá.

## 1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción que tienen las gestantes adolescentes con relación al control prenatal?

## 1.3 Justificación

Por ser el control prenatal un aspecto de significativa importancia para el bienestar materno-infantil y para un desenlace exitoso del proceso de la gestación, nacimiento, parto y postparto, ya que sus acciones, actividades, procedimientos e intervenciones se realizan con el objetivo de disminuir y evitar riesgos que comprometan la vida del binomio madre-hijo; explorar y describir la percepción de las gestantes adolescentes, contribuirá a comprender mejor aquellas áreas que necesiten ser abordadas con mayor profundidad y, al mismo tiempo, reflexionar sobre las fortalezas y debilidades que presenta el control prenatal para mantenerlas y/o mejorarlas.

A nivel Nacional y Distrital se han realizado esfuerzos para que las gestantes accedan y se mantengan en los controles prenatales, sin embargo, todavía existen dificultades para lograr esto y no hay estudios que indiquen qué piensan y sienten las gestantes adolescentes con respecto al control prenatal.

Esta investigación se convierte en un gran aporte para la salud pública puesto que el mejoramiento de la salud materno infantil continúa siendo uno de los grandes retos para este campo y para los servicios de salud. Igualmente el tema es de interés para la disciplina de enfermería ya que se convierte en un aporte para ampliar la comprensión y el conocimiento sobre lo que piensan las gestantes adolescentes y esto puede transformar, de alguna manera, la transmisión de conocimientos hacia los futuros profesionales y por ende a la práctica que se enfrentan.

La investigación es importante para las gestantes porque comprendiendo como interpretan la atención prenatal, se podrá trabajar en la mejora del programa, en aspectos relacionados con la accesibilidad, la adherencia y la satisfacción del servicio. Lo anterior beneficiará tanto a las

gestantes como a sus familias, a la comunidad y a la sociedad; evitando muertes maternas, muertes infantiles y embarazos no deseados.

El mejoramiento de los programas de atención prenatal, teniendo como uno de sus elementos de base las percepciones de las gestantes adolescentes, también conduce a que el personal médico y de enfermería brinden un trato humanizado y satisfactorio que motive la adherencia al control y a permanecer en este, además de diseñar estrategias para una atención oportuna a las gestantes adolescentes.

Finalmente, el estudio contribuye a alcanzar las metas para mejorar la salud sexual y reproductiva, (acorde con el quinto objetivo de desarrollo del milenio) con las que se comprometió el Estado Colombiano. Algunas de ellas son la reducción de la mortalidad materna, aumento del porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales, incrementar el uso de métodos anticonceptivos, entre otras, según el Documento CONPES 091.

## **1.4 Propósito**

Esta investigación tiene como propósito contribuir a la construcción de estrategias que impacten positivamente en el programa de atención prenatal y por consiguiente en la salud materna, con el fin de evitar comportamientos de riesgo y muertes maternas en la ciudad de Bogotá.

## **1.5 Objetivo general**

Explorar la percepción que tienen las gestantes adolescentes con relación al control prenatal, en el Hospital San Cristóbal E.S.E de Bogotá.

## **1.6 Objetivos específicos**

- Describir la percepción que tienen las gestantes adolescentes sobre el control prenatal.
- Contribuir al conocimiento de las percepciones sobre el control prenatal en gestantes adolescentes

## 2. Referentes conceptuales

### 2.1 Adolescencia

La gestación es un proceso natural, se considera un suceso biopsicosocial muy importante que implica nuevas responsabilidades y algunos cambios tanto físicos como emocionales para la futura madre. En muchas ocasiones, esta etapa puede exponer significativamente la vida del binomio madre-hijo, provocando complicaciones tales como: “la descompensación de la Hipertensión Arterial Crónica con el consiguiente daño para el feto, la pre-eclampsia añadida o no a la hipertensión, la diabetes gestacional, el Crecimiento Intrauterino Retardado (CIUR), los problemas tromboembólicos, parto pretérmino y abortos” (19), anemia, infecciones de las vías urinarias, infecciones de transmisión sexual-incluyendo el VIH/SIDA- y virus del papiloma humano, acentuándose evidentemente en la etapa de la adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud, define adolescencia como “el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica” (20), este período es comprendido entre los 10 y 19 años de edad (12, 20, 21) y representan el 20 por ciento de la población de América Latina y el Caribe (10). Los adolescentes conforman un grupo poblacional que se caracteriza por profundos cambios a nivel biológico, psicológico y social, influenciados por el ambiente cultural, social, político y económico en el que vive, y dada su naturaleza y su proceso de maduración se exponen a diversos estímulos que influyen sobre su salud de manera definitiva: “esta etapa resulta fundamental para forjar los estilos de vida y conductas de riesgo” (14), que luego posiblemente en la vida adulta se manifestarán.

Los cambios a nivel biológico se manifiestan con el crecimiento físico, el aumento de peso y la evidencia de las características sexuales secundarias (10), como el crecimiento del vello púbico y

axilar en ambos sexos, vello facial en los hombres con aumento de tamaño y fuerza en los músculos de la laringe, permitiendo un tono de voz más grave. En las mujeres se hace evidente el crecimiento de los senos y el ensanchamiento de las caderas. Los cambios a nivel fisiológico, pueden generar desórdenes funcionales del sistema nervioso que provocan agotamiento físico e intelectual, irritabilidad, hipersensibilidad, trastornos del sueño, entre otras (22). Estos cambios varían tanto en hombres como mujeres, pero definitivamente la espermarquia y la menarquia marcan el comienzo de la capacidad reproductiva expresándose una mayor conciencia de los sentimientos sexuales, del erotismo y de la atracción sexual, donde las relaciones suelen ser inestables por la necesidad de explorar el cuerpo del “otro”.

La salud sexual en esta etapa, incluye la habilidad de aceptar su cuerpo y los cambios que vienen en él, se experimentan pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, prácticas, etc., el éxito de esta aceptación depende en gran parte de que los padres o cuidadores los hayan preparado para el camino de la pubertad. De igual forma, la necesidad de aprobación dentro del grupo de iguales, resulta esencial para su bienestar emocional y es importante para la definición de su identidad y autoestima (10), pues tienden a desarrollar un fuerte lazo con su grupo de pares. Con frecuencia, algunos adolescentes buscan en sus pares el refuerzo de conductas y creencias, las cuales adoptan a la de ellos, la dificultad se presenta cuando estas conductas son negativas o de riesgo, como el consumo de tabaco, alcohol y drogas alucinógenas que podrían afectar la salud mental y física del adolescente. Por esta razón, los padres, profesores y demás adultos, pueden ayudar a los adolescentes a manejar la presión de sus pares, a través de un papel más activo en la comunicación, comprensión y participación de los jóvenes en su red social.

La aparición de la pubertad indica que el adolescente ya no es niño (a), pero la sociedad tampoco lo reconoce como adulto, “no ha abandonado por completo la infancia y tampoco puede enfrentar de lleno las demandas de adulto” (23); sin embargo tendrá que empezar a buscar su independencia económica y su autonomía personal. Es así como los cambios biológicos adquieren gran importancia y un significado especial en la vida de los adolescentes, estos cambios dan lugar a sentimientos de inseguridad o preocupación sobre la imagen del cuerpo y el atractivo físico, aquí la autoestima es determinante del bienestar emocional, el cual permite desarrollar una serie de habilidades personales que facilita la toma de decisiones y puede ser considerado un factor protector para superar situaciones difíciles.



En cuanto a los factores psicosociales, esta etapa se espera con ansiedad, inquietud, preocupación y en muchas ocasiones con desconocimiento sobre todo en temas de salud sexual y reproductiva como planificación familiar, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y derechos sexuales y reproductivos (24). El estado emocional es variable e inestable, “los adolescentes se preocupan de sí mismos y manifiestan una conducta egocéntrica” (10), a menudo creen que son siempre el centro de atención, que sus problemas son únicos y que nadie puede comprenderlos. Ellos tienden a soñar y a fantasear sobre el futuro, lo que se convierte en algo importante para sus vidas, “ya no piensan a partir de los objetos reales y de la realidad conocida, sino que ahora son capaces de crear objetos ideales, de imaginar situaciones que no existen” (23), además experimentan ciertos roles con el fin de construir su concepto sobre sexualidad, desarrollar su identidad de género y descubrir su orientación sexual, sin duda se requiere de la integración de factores físicos, psicológicos, sociales, culturales, educativos y morales para lograrlo y la consolidación de las conductas desempeñadas por hombres y mujeres.

Así mismo surgen los sentimientos eróticos, la atracción sexual, la respuesta sexual y se inicia la búsqueda de pareja. Cada persona es diferente en esta búsqueda e iniciación de relaciones sexuales, pero usualmente esta elección se ve fuertemente influenciada por presiones de grupo o sociales. El ejercicio de la sexualidad requiere ser asumido como un derecho que se realiza de forma informada, con responsabilidad, sin dominio, imposición o violencia, reconociendo que el valor personal es vital para el desarrollo social.

Uno de los principales retos que enfrenta un adolescente, consiste en crearse una identidad: el sentido firme o coherente de quién es uno, hacia dónde se dirige y su lugar en la sociedad (25). Para el adolescente no es fácil reflexionar sobre su individualidad y decidir sobre su vida, así que Erikson designó “crisis de identidad” para definir la angustia y la confusión con la que los adolescentes afrontan este proceso, que claramente se muestra influenciado por aspectos socio-culturales. Las manifestaciones sobre esta crisis comprenden un conjunto de conductas, las cuales son reprobadas por los adultos, quienes piensan que estas expresiones son muestra de rebeldía; es así como los adolescentes tratan de sobresalir en alguna esfera, emplean estilos altisonantes de conversación, haciendo uso exagerado de la moda, en ocasiones tienden a aislarse o se comportan agresivamente, mientras en otros momentos demuestran timidez, etc (22).

Un aspecto básico en la búsqueda de identidad es precisamente la identificación de género, la cual incluye el reconocimiento de que uno es hombre o mujer y entender las funciones y responsabilidades que desempeña cada uno. En este sentido, Muñoz en 2001 (9), resalta ciertos aspectos en la constitución de la masculinidad, que incluyen:

- **Práctica heterosexual.** En la cual lo masculino se impone a lo femenino, considerado como su contrario. En las relaciones intergenéricas esto significa diferenciarse de la mujer y lo homosexual, estableciendo una práctica proveedora-protectora con la esposa o compañera. Por otra parte, adquiere una gran importancia la demostración de la potencia sexual, por lo cual existe cierta tendencia a esperar y propiciar un comportamiento sexual promiscuo en los hombres, a pesar de la importancia que se da al valor de la fidelidad.
- **Actividad ocupacional.** Esta se refiere a lo que el varón hace en el “mundo social” sea formal o informal, legal o ilegal. Se relaciona a la necesidad de tener éxito en la actividad desempeñada, lo cual refiere al “poder” como fuente de identidad masculina.
- **Entidades sociales de referencia.** Grupos formales e informales que refuerzan y estimulan determinados aspectos relacionados con la masculinidad. En la adolescencia el grupo de pares (“la pandilla”, en el sentido amplio de grupo estrecho de amigos) adquiere una importancia fundamental a la hora de definir y fortalecer la propia identidad.

Para las mujeres, la identidad femenina tradicional se fundamentaba en la maternidad, lo cual confería a las mujeres un reconocimiento público y el estatus de adultas sociales. Sin embargo, a través del tiempo, esta concepción ha cambiado, dando paso a un giro radical de la identidad femenina, puesto que se logra separar la sexualidad de la reproducción. De esta manera, las mujeres lograron combinar sus tareas reproductivas con el estudio, el trabajo y la participación política (9). Como consecuencia de estos cambios, la mujer ha salido al exterior y se ha incorporado significativamente en campos que tradicionalmente fueron definidos para hombres, además, se ha ido transformando el mito de que el hombre es el proveedor y la mujer es ama de casa.

De igual forma la búsqueda de la independencia se marca constantemente, los adolescentes se muestran distantes para aceptar consejos o críticas de sus padres y otros adultos, y tienden a

desarrollar un lazo fuerte con su grupo de pares, la aceptación por parte de ellos juega un papel muy importante en la definición de su identidad y autoestima. Cuando los adolescentes no están seguros de su identidad evitarán las relaciones interpersonales, podrán refugiarse en la promiscuidad, en el sexo sin amor o en relaciones que no impliquen grandes compromisos como estabilidad emocional (10). Es así como en la adolescencia el ejercicio de la sexualidad y la configuración de la identidad son factores esenciales en la construcción de este periodo. Igualmente, las relaciones familiares, las relaciones con adultos y experiencias escolares positivas son importantes en esta formación. Básicamente estas relaciones dependen de diferentes factores, entre ellos el nivel socio-económico, escolar, cultural de la familia y el estilo de comunicación que se ha venido desarrollando en etapas anteriores (22). Estas buenas relaciones ayudan y apoyan a los adolescentes, siendo un factor protector en la vida de ellos, favoreciendo el vínculo entre adultos y jóvenes.

Llama la atención que actualmente al adquirir cierta madurez reproductiva y sexual, y con la influencia del pensamiento de “supremacía” que los lleva a pensar en que “a mí nunca me va pasar eso” los y las adolescentes muestran comportamientos de riesgo para su integridad personal, entre ellos el inicio temprano de relaciones sexuales, la mayoría de veces carentes de una información clara, precisa, objetiva y oportuna; sin contemplar la responsabilidad que implica la maternidad y paternidad en sus vidas. “Las estadísticas indican que el primer coito, tanto en varones como en mujeres, ocurre uno o dos años después de la aparición de la menarquia y espermarquia” (10). Esta situación los expone a una variedad de riesgos como cambios en el proyecto de vida, promiscuidad, abortos provocados, infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados o no deseados, trayendo consecuencias sociales, económicas y de salud, en muchas ocasiones preocupantes.

## **2.2 Embarazo en adolescentes**

Numerosos autores (2, 12, 26, 27, 28) hacen alusión al embarazo en adolescentes como una situación desfavorable, problemática, perjudicial, de alto riesgo, el cual está influenciado por múltiples factores sociales, económicos, familiares (hogares disfuncionales, conflictivos), donde todavía no se está preparado para afrontar uno de los roles más importantes en la vida de la mujer, el ser mamá; por esto se tiene claro que la gestación en la adolescencia es un proceso sumamente dinámico y complejo. De igual manera, se expone que “el embarazo de la

adolescente, de manera casi inevitable, crea una importante ruptura con el grupo de iguales y con la trayectoria de vida propia” (29).

La OMS considera el embarazo durante la adolescencia como “embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/ las jóvenes” (23); se presenta la posibilidad de parto pre-término, bajo peso al nacer, pre-eclampsia, eclampsia, retardo en el crecimiento intrauterino, entre otros (26, 28). En Colombia, la Academia Nacional de Medicina, consideró el embarazo en adolescentes como “una grave problemática en salud pública y un marcador de subdesarrollo; además como una catástrofe biológica, antropológica, social, familiar e individual” (21).

Prías y Miranda en 2009 refieren que “la experiencia del embarazo en adolescentes llega a ser tan impactante que genera desequilibrio en su personalidad, debido a que es algo que llega de improviso a truncar el desarrollo normal de su vida cotidiana; se convierte así en un evento traumático que moviliza una serie de sentimientos displacenteros y abrumadores” (2), al igual que “el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo” (12). Además la adolescente debe asumir una serie de responsabilidades, comportamientos y roles adultos a nivel personal, familiar, social, cultural y económico para los cuales no se encuentra suficientemente preparada, donde los sentimientos de tristeza, culpa, vergüenza, decepción y miedo aparecerán constantemente en el proceso de gestación.

En el artículo de Lugo, *El mundo afectivo de la adolescente embarazada*, describe que “la experiencia esencial que las adolescentes viven durante su embarazo es el sufrimiento, que es una experiencia universal, particular, subjetiva y compleja”, “la adolescente percibe que el embarazo trae consigo cambios que la obligan a no poder ser la misma, los cambios se producen en su mundo interior y en la manera como se relaciona con el mundo exterior”, “su vida cotidiana cambia, cambian sus hábitos y diversiones”, “se siente en un cuerpo que le es ajeno y que cambia de manera autónoma” (27).

El impacto de la gestación en las adolescentes normalmente se asocia con deserción escolar, como lo afirma Parada en 2005: “las madres adolescentes en nuestro país se enfrentan a los problemas sociales y económicos que generalmente motivan la deserción escolar en un gran número de ellas, por falta de apoyo emocional y económico de la familia” (30), baja autoestima, mayor número de hijos, desempleo o niveles mínimos de ingresos y en muchas ocasiones fracaso con la pareja, así lo manifiesta Salazar en 2007, quien supone que el embarazo en la adolescencia es un factor de inestabilidad conyugal y que puede estar asociada a la escolarización extendida y a la necesidad de desarrollar actividades que no se relacionan con la maternidad (31); todos estos factores generan un problema social de grandes magnitudes y repercusiones en distintos niveles y contextos, “el embarazo precoz es un factor que contribuye a perpetuar el círculo de la pobreza” (32).

Los factores de riesgo que influyen en un embarazo en adolescentes (33), tienen que ver con:

- Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- Familia disfuncional: relación inadecuada con los padres (29). La ausencia de los padres genera carencias afectivas, impulsándola a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto que un genuino vínculo de amor.
- Bajo nivel educativo.
- Pensamientos mágicos: propios en esta etapa de la vida, que las llevan a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados, y como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- Falta o distorsión de la información.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, con frecuencia por rebeldía, y a la vez como una forma de negarse a sí mismos que tienen relaciones, no implementan medidas anticonceptivas.
- Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres, derivado de una nueva libertad sexual, se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos. Se encuentra la idea de que las adolescentes se embarazan porque en su medio existe esa tendencia, es decir, hay otras adolescentes a su alrededor que están embarazadas o son hijas de madres que las procrearon tempranamente (29).

- La falta de una adecuada educación sobre sexualidad y el uso incorrecto de métodos anticonceptivos. Además el acceso limitado a servicios especializados de salud sexual y reproductiva destinados a los/las jóvenes (23), lo que conlleva a una escasa prevención del embarazo a temprana edad.

Las cifras son alarmantes, al parecer la situación se está saliendo de las manos de las familias, sociedades y de las propias adolescentes quienes “creen” mantener el control de sus propias vidas. Según la *Population Reference Bureau*, organización privada, sin ánimo de lucro que genera información acerca de la población, la salud y el medio ambiente en el mundo, “aproximadamente 15 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz cada año en el mundo, cifra que equivale al 10% de todos los partos, y en países menos desarrollados alcanza el 17%” (2), igualmente de acuerdo al Centro de Información sobre fecundidad de Washington, 3 millones de adolescentes paren anualmente en el mundo (28).

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su documento “*Plan Estratégico 2008 – 2012*”, se calcula que a las adolescentes corresponden 18 de cada 100 nacimientos en la Región y que el 34% de ellos no fueron planificados (34). Por su parte, la OMS en su informe “*Estadísticas Sanitarias Mundiales*” para los años 2009 (35), 2010 (36) y 2011 (37), presenta la tasa de fecundidad en adolescentes (por 1000 muchachas de 15-19 años), donde el promedio regional de África en 2009 fue de 117 nacimientos por año, en 2010 de 118 y en 2011 desciende a 117. En la región de las Américas el promedio en 2009 y 2010 fue de 61 nacimientos por 1000 adolescentes y en 2011 aumentó a 63. En la región de Asia Sudoriental el promedio fue de 56 nacimientos en 2009, en 2010 de 55 y en el 2011 de 54. Para la región de Europa el promedio en 2009 fue de 24 nacimientos, en el 2010 fue de 23 y en 2011 nuevamente de 24 nacimientos. En la región del Mediterráneo Oriental, el promedio fue de 35 nacimientos en 2009 y 2010 y de 41 en 2011. Finalmente en la región del Pacífico Occidental el promedio regional para los años 2009, 2010 y 2011 fue de 11 nacimientos por 1000 adolescentes al año.

El panorama en Colombia no es muy alentador, a pesar de los esfuerzos realizados por las entidades de salud, por los profesionales de la salud, por las familias y por la misma comunidad, la gestación en las adolescentes sigue en aumento, “las mujeres jóvenes son las que más dificultades tienen para controlar su fecundidad, y que el nivel educativo, el índice de riqueza y el lugar de residencia inciden directamente sobre el embarazo adolescente” (38); la Encuesta

Nacional de Demografía y Salud 2010 (ENDS) afirma que las adolescentes presentan una tasa de 84 nacimientos por 1000 mujeres, igualmente 1 de cada 5 mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada, el 16% ya son madres y un 4% está esperando su primer hijo; la mayor proporción de adolescentes gestantes de su primer hijo se encuentra en la región Caribe, en Bogotá y en la Orinoquía. El 15% de los embarazos registrados en las adolescentes es no deseado, el 39% corresponde a embarazo deseado, mientras el 46% lo deseaba pero hubiera preferido tenerlo más tarde (3).

Los departamentos con los menores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas son Boyacá, Quindío, Atlántico y los Santanderes (entre 15 y 17 por ciento), alrededor de la mitad de lo observado en Guainía, Vichada, Putumayo y Amazonas, donde más del 30 por ciento de las adolescentes han estado alguna vez embarazadas.

Para Bogotá, de acuerdo a la Política Distrital "*Sexualidad sin indiferencia*" de la Secretaría de Salud (15), los nacimientos de mujeres de 10 a 19 años superan los 20.000 anuales y las localidades que han reportado mayores tasas de nacimientos en adolescentes, contados por cada 10.000 jóvenes entre los 10 y 19 años, son Santa Fe (57.7), Usme (56.63), Candelaria (51.22), San Cristóbal (48.83) y Rafael Uribe (47.48).

En el 2011 se realiza la primera Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá (EDDS) (4), la cual señala que la fecundidad en adolescentes continúa siendo un tema de gran preocupación para las autoridades de salud. En esta encuesta se encontró que la Tasa General de Fecundidad en Bogotá para las mujeres entre 15 y 19 años de edad, es de 56 nacimientos por mil mujeres, el porcentaje de adolescentes que ya son madres es 12.1 y el 3.2 por ciento está embarazada de su primer hijo. Igualmente, se observa que por localidades, Ciudad Bolívar y San Cristóbal presentan las cifras más altas de adolescentes que ya son madres, 22 y 21 por ciento respectivamente. En cuanto a quienes están esperando su primer hijo, San Cristóbal, Usme y Suba presentan los mayores porcentajes (alrededor de 6 por ciento). En San Cristóbal, Usme, Bosa y Ciudad Bolívar se muestran las mayores proporciones de jóvenes alguna vez embarazadas.

Lo más preocupante es que las mujeres siguen siendo vulnerables a una gestación temprana, las cifras van en aumento año tras año y muchas veces ni la misma mujer, la familia y la sociedad se encuentran preparadas para afrontar positivamente estas conductas reproductivas.

Más allá del impacto que ocasiona el proceso de gestación en la vida de las mujeres adolescentes, es preocupante que no generen interés por el control prenatal. Es así como lo refiere la ENDS 2010, en Colombia “el 89% de las embarazadas tuvo 4 o más visitas de control prenatal, 6% entre 2 y 3 visitas y el 1% una sola visita; el 3% de las mujeres no tuvo ninguna visita” (3), éstas últimas son básicamente mujeres con menos de 20 y más de 34 años de edad. Además, la mayoría de adolescentes gestantes logra su primer control prenatal ya cuando está en la segundo trimestre del embarazo (9), lo que conlleva a retrasar el proceso de atención prenatal y la oportuna intervención a las madres. En Bogotá, casi el 98% de las mujeres recibió atención prenatal por un profesional de la salud (médico (a)-enfermero (a)), sin embargo se observa que en la localidad de Los Mártires casi 8 por ciento y 4 por ciento de las de Rafael Uribe Uribe, no tuvieron atención prenatal profesional (4).

## 2.3 Control prenatal

A través de la historia se ha reconocido la importancia que representa la salud materna para la población mundial. No fue sino hasta 1930, cuando las autoridades del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte decidieron que a todas las mujeres embarazadas se les debía ofrecer chequeos regulares durante la gestación como parte fundamental del cuidado materno (39). Para los años cincuenta se utilizó como instrumento para identificar a las mujeres con mayor riesgo de complicaciones (16) y de ahí, en adelante se dio inicio a uno de los más importantes programas a nivel mundial para las mujeres gestantes con el objetivo de minimizar complicaciones y lograr un bienestar para la madre y el hijo.

Así, en reconocimiento del valor de la atención prenatal para mejorar una serie de resultados de salud para mujeres y niños, se desencadenaron numerosos acuerdos y tratados donde las sociedades del mundo se han encargado de asegurar que el proceso de la gestación sea indudablemente un suceso feliz y tranquilo para la madre, el hijo y su familia, entre ellos se destacan la aprobación y proclamación de la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948, en su artículo 25 señala que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales” (40), la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo adopta “*el Convenio sobre la Protección de la Maternidad*” en 1952 (41), la Convención sobre “*La eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*”, solicita en su artículo 12 que los Estados partes garanticen servicios apropiados y gratuitos cuando fuere necesario para la



atención de la mujer en el embarazo, parto y postparto (42), la Convención sobre los Derechos del Niño en 1989, en el artículo 24 los Estados se comprometen a asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres (43), en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en 1994, señala la importancia que tiene la mujer de acceder a servicios de atención sanitaria apropiados durante el embarazo y el parto (44).

En el 2000 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, expone la preocupación sobre las altas cifras de mortalidad materna, por lo cual adopta medidas para mejorar la salud infantil y materna a través de los servicios de salud sexual (45), además con la proclamación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), donde se representan las necesidades humanas y los derechos básicos que todas las personas deben disfrutar, incluso que a las mujeres gestantes se les garantice un bienestar tanto para ellas como para el hijo (46), así se perpetua la mejora de la salud materna.

En Colombia, igualmente se ha reconocido a la mujer, la gestación, al recién nacido y la importancia de su protección a través de legislaciones, programas y políticas de atención prenatal; así desde la Constitución Política de 1991, se reporta el aseguramiento a la gestación, resaltando el artículo 43, del capítulo 2 (de los derechos sociales, económicos y culturales), que la mujer “durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada” (47). Igualmente, el artículo 49 hace referencia a que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.” “Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad” (47).

Por su parte, la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, en su artículo 166, expone: “Atención materno infantil. El plan obligatorio de salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia” (48). La Resolución 3997 de 1996 (49), determina el conjunto de actividades para el desarrollo de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de obligatorio cumplimiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), por parte de las EPS, las Entidades Adaptadas, las Administradoras de Régimen

Subsidiado (ARS) e Instituciones públicas prestadoras de servicios de salud. En esta resolución se establecen las actividades para la atención integral de la gestante como:

- a) La detección precoz de embarazo y clasificación de su riesgo.
- b) Control prenatal según riesgo detectado.
- c) Exámenes de laboratorio de rutina: Serología para sífilis (VDRL), hemoclasificación y factor RH, hemoglobina y hematocrito, citoquímico de orina y glicemia.
- d) Aplicación de dosis de toxoide tetánico y diftérico, según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- e) Suplemento de multivitaminas, hierro y ácido fólico.
- f) Detección y prevención del maltrato físico, psicológico, verbal y sexual.
- g) Curso psicoprofiláctico y educación para la detección temprana de riesgos, el fomento de la lactancia materna, planificación familiar, autoestima, autocuidado, sexualidad responsable, puericultura básica y estimulación, fortalecimiento de vínculos afectivos, prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- h) Prevención del consumo de tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas y medicamentos sin prescripción durante la gestación.
- i) Consejería individual, familiar, social y laboral.

La Resolución 412 del 2000 establecida por el Ministerio de la Protección Social, en la cual se adoptan una serie de actividades de demanda inducida, protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, donde se contempló la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, con el objetivo de disminuir las complicaciones materno infantiles. La detección temprana hace referencia al “conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte” (50). En cuanto al Decreto 2309 de 2002, donde se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del SGSSS, se puntualizan las características de la atención de salud, las cuales tienen que ver con la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad (51), con el fin de mejorar y evaluar la calidad de la atención en salud del país.

De igual modo, el Decreto 3039 de 2007, adopta el *“Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010”*, en su línea de política: prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, señala la importancia de “garantizar la habilitación específica funcional para la idoneidad de los servicios de atención del control prenatal, del parto, del nacimiento, del puerperio y de los servicios que ofrecen atención de la interrupción voluntaria del embarazo (38)”. Con el Acuerdo 415 de 2009, a través del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el artículo 84 se determina los grupos de población prioritaria, dentro de los cuales figuran las “mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y posnatal (52)”.

Por su parte, en Bogotá desde la implementación del *“Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010”* y en el marco del *“Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas 2008-2012, Bogotá Positiva para Vivir Mejor”*, se define el *“Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012”*, en el cual se “expresan las acciones que garantizan la salud como un derecho, que promuevan el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de toda la población a través de la generación de oportunidades para el desarrollo, tanto individual como colectivo y que aporte a la disminución de las inequidades en salud de la ciudad” (53). Específicamente, en el apartado de *“Prioridades por proyectos de desarrollo de autonomía y transversalidades”*, dentro del proyecto de Salud Sexual y Reproductiva, la promoción de la salud materna y perinatal continúa siendo de gran interés para el Distrito. Igualmente, se hizo énfasis en implementar la Política Pública de Salud Materna y Perinatal (Proyecto de acuerdo 229 de 2011), la cual se orienta hacia la promoción, acceso y calidad de los servicios de salud de la familia gestante, además pretende reducir la tasa de mortalidad materna a 40 por 100.000 nacidos vivos (54).

Actualmente, con la nueva administración se determina el *“El Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D. C. 2012-2016, Bogotá Humana”*, que se orienta a partir de 3 ejes, donde en el primero (Una ciudad que reduce la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo), se menciona que el programa de *“Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad”*, tiene como propósito asegurar el derecho fundamental a la salud de la población, para modificar positivamente la calidad de vida de las personas, fortaleciendo la promoción de la salud, la detección y la prevención de la enfermedad. Además, incluye el logro de metas como reducir la

mortalidad infantil, disminución de la mortalidad materna, reducir embarazos en adolescentes, entre otros (55).

Por todo lo anterior, se señala que “la atención prenatal reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer, también permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo” (56, 57). Según el Informe de 2010 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, “la atención prenatal constituye una red de protección esencial para una maternidad y un parto saludable, en donde el bienestar tanto de la madre como del hijo pueda ser monitoreado” (46).

Por su parte, la OMS y la UNICEF, refieren que “el periodo prenatal claramente presenta oportunidades para llegar a las mujeres embarazadas con una serie de intervenciones que pueden ser vitales para su salud, su bienestar y la de sus hijos” (39). Así mismo, según el *Manual Técnico: Pré-natal e puerperio. Atención qualificada e humanizada* del Ministerio de Salud de Brasil, el principal objetivo de la atención prenatal es “acoger a la mujer desde el inicio del embarazo para asegurar al final de la gestación, el nacimiento de un niño saludable y garantizar el bienestar materno y neonatal” (58), y según *La guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal*, del Ministerio de Salud de la Nación de Argentina, el control prenatal son visitas programadas de la gestante con el personal de salud, con el fin de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y la crianza (59). La atención prenatal no sólo afecta al embarazo clínicamente, también tiene un efecto psicológico para preparar a las mujeres en el parto y la maternidad (60), por ello la importancia de abordar integralmente la gestación e iniciar los controles tempranamente.

En Bogotá, a través del “*Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas 2008-2012, Bogotá Positiva para Vivir Mejor*”, se presentan las “*Guías de Atención Materna*” de la Secretaría Distrital de Salud 2009, las cuales definen control prenatal “como el conjunto de acciones, actividades, procedimientos e intervenciones que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional” (61), esta atención debe abarcar los siguientes componentes:

- Análisis temprano y continuo del riesgo
- Promoción de la salud, detección temprana y protección específica
- Intervenciones médicas y psicosociales

En el análisis temprano y continuo del riesgo, en primer lugar, se deben identificar oportunamente el (los) factor de riesgo a los que cada gestante esté expuesta, lo cual permite la planeación estratégica de los controles prenatales. La guía define factor de riesgo como “toda característica biológica, ambiental o social, que cuando se presenta se asocia con el aumento en la probabilidad de presentar un evento adverso, bien sea en el feto, en la madre, o en ambos” (61). Existen características en la embarazada que la califican de alto riesgo y la excluyen del control prenatal de bajo riesgo (59). El Cuadro 2-1, presentado por las guías, muestra el listado de características cuya presencia en la gestante, aumenta la probabilidad de presentar un evento adverso. Si se identifica 1 o más factores de riesgo, se dirige hacia la atención por especialista, enfatizando las estrategias de remisión y contrarremisión.

#### **Cuadro 2-1: Factores de riesgo**

##### **1. Características individuales**

- Edad menor de 18 años o mayor de 35 años.
- Ocupación, esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, estrés.
- Desocupación personal o familiar.
- Baja escolaridad.
- Malnutrición (Índice de Masa Corporal  $> 30$  ó  $< 18$ ).
- Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.
- Violencia doméstica
- Múltiples compañeros sexuales.
- Vivienda y condiciones sanitarias deficientes.
- Valoración de las condiciones sicosociales: tensión emocional, humor, signos y síntomas neuro-vegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado o programado

## **2. Historia reproductiva anterior**

- Nuliparidad o multiparidad (más de cuatro partos)
- Intervalo intergenésico menor de dos años o mayor o igual a cinco años.
- Complicaciones obstétricas previas: aborto habitual, aborto inducido y cualquier complicación asociada, pre-eclampsia o eclampsia, trombosis-embolia, parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino, embarazo múltiple, diabetes gestacional, desprendimiento placentario, placenta previa, presentación podálica o transversa, obstrucción del trabajo de parto incluyendo distocia, desgarros perineales de tercer/cuarto grado, parto instrumentado, cesárea, hemorragia posparto, sepsis puerperal, embarazo ectópico o molar.
- Complicaciones perinatales: muerte fetal, neonatal o infantil, recién nacido con peso al nacer menor de 2.500 g. o menor de 4.000 g., retardo de crecimiento intrauterino, eritoblastocis fetal, niño malformado o cromosómicamente anormal, reanimación u otro tratamiento neonatal.
- Antecedentes de infertilidad.
- Cirugía ginecológica previa.

## **3. Desviaciones obstétricas en el embarazo actual**

- Desviaciones en el crecimiento fetal, número de fetos o del volumen del líquido amniótico.
- Ganancia de peso inadecuada.
- Hemorragia vaginal
- Amenaza de parto pretérmino o gestación prolongada.
- Ruptura prematura de membranas.
- Infección urinaria recurrente.
- Complicaciones obstétricas y perinatales descritas en el numeral 2, aplicables al embarazo actual.

## **4. Enfermedades clínicas**

- Cardiopatías, neuropatías, nefropatías, endocrinopatías (diabetes mellitus, hipotiroidismo), hemopatías, hipertensión arterial crónica, epilepsia,

enfermedades infecciosas (tuberculosis, malaria, enfermedades de transmisión sexual, infección urinaria recurrente), enfermedades autoinmunes, trastornos psiquiátricos, ginecopatías (anomalías uterinas), anemia severa (hemoglobina < 9d/dl) y otras.

- Uso actual de medicamentos.

Fuente: “*Guías de Atención Materna*”, Secretaría Distrital de Salud 2009

Además de los componentes mencionados anteriormente, la guía establece unas características de suma importancia que debe sostener el control prenatal para un desarrollo satisfactorio de la gestación, parto y puerperio. Así el control prenatal debe ser:

- **PRECOZ**, es decir, propende a la atención en la preconcepcional o desde el primer trimestre (58, 59). La literatura revisada refiere que las madres que tardíamente reciben cuidado prenatal son más propensas a tener niños con problemas de salud y “las que no reciben control prenatal son 3 veces más riesgosas a tener hijos de bajo peso y sus neonatos tienen 5 veces más posibilidades de morir” (62). La OMS indica que la morbilidad neonatal se reduce en proporción directa a la precocidad de la primera visita, a un número suficiente de controles y a una atención adecuada durante el parto (8). Por esta razón detectar a tiempo la gestación es fundamental para la salud de la madre y del niño por nacer, logrando dirigir al cuidado prenatal, posibilitando acciones de promoción y prevención de salud, además detectando factores de riesgo.

Es importante tener en cuenta que en ocasiones, los sistemas de salud de los países no garantizan la atención a la gestante de manera precoz, como lo demuestra una investigación realizada por Pécora et al. en 2008, la cual determinó los factores por los cuales las embarazadas no concurren de manera precoz al control prenatal, así que se realizó una encuesta a 401 gestantes que asistieron a la primera consulta de atención prenatal en el Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá”, en Buenos Aires, donde se puso en evidencia que las razones principales para no iniciar precozmente los controles prenatales fueron las barreras en el sistema de salud, ya que el 33% de las mujeres no consiguieron turno. El 19% realizó algún control previo en un centro de salud u otro establecimiento, 13% por razones

laborales, 11% por atención a otros hijos, 9% por la distancia, otro 9% por desconocimiento y sólo 6% por razones económicas (63).

- **PERIÓDICO**, se debe cumplir un mínimo de número de controles prenatales según la edad gestacional, este varía según los factores de riesgo (59), los recursos disponibles en cada región y las normas establecidas. La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), recomiendan un mínimo de 4 consultas de atención prenatal sobre todo para las mujeres que no tengan un embarazo complicado (16, 46, 57). Según las guías de la SDS, el seguimiento y la periodicidad de los controles para gestantes de bajo riesgo, deben ser mensuales hasta la semana 32, luego cada 15 días hasta la semana 36 y semanal o quincenalmente hasta el parto.

Para las gestantes de alto riesgo, los controles se establecerán de acuerdo con la patología y el criterio del especialista (61).

- **DE BUENA CALIDAD**, según la determinación adecuada de los factores de riesgo. Las condiciones en las que se brinda la atención prenatal es un indicador de la calidad del mismo, es decir, “la aceptabilidad de los servicios de control prenatal se refleja un mayor grado de satisfacción, mayor continuidad y mayor adherencia de la gestante para cumplir sus visitas y recomendaciones del profesional” (64), esto siendo de gran importancia para contribuir a la reducción de riesgos, complicaciones, muertes neonatales y maternas que eventualmente puedan ocurrir. Desafortunadamente muchos servicios de atención prenatal ofrecidos en el mundo no se encuentran en los niveles recomendados (16) lo que conlleva a un pobre o nulo cuidado prenatal.
- **INTEGRAL**: incluye el fomento, la prevención, educación y recuperación de la salud. Un adecuado control prenatal se orienta hacia el mejoramiento del nivel de salud de la madre, su hijo y por extensión al resto de la familia; se debe tener en cuenta distintos factores, entre ellos, el entorno sociocultural y vivencial de la mujer. Igualmente es de suma importancia establecer una comunicación efectiva entre el personal de salud y las gestantes, esto hará la atención más humana respondiendo a las necesidades de cada mujer (16). Por ejemplo la atención prenatal y obstétrica prestada por los servicios de salud de Brasil, deben caracterizarse por la calidad y la humanidad, es decir que los profesionales de la salud



deben “acoger con dignidad a la mujer y al recién nacido, enfocándolos como sujetos de derechos” (58).

Por su parte la OMS destaca que durante la atención prenatal hay 3 oportunidades fundamentales que no se deben desaprovechar; en primer lugar, las consultas prenatales impulsan hábitos de vida saludables que beneficien a la madre, el hijo y por tanto a su familia mejorando los resultados sanitarios; en segundo lugar, la atención prenatal permite realizar una planeación del parto e informar a la gestante y sus familias los posibles contratiempos y, en tercer lugar, la atención prenatal contribuye a la preparación del rol de madre y para lo que ocurrirá después del parto (16). El asesoramiento sobre la experiencia de la maternidad es particularmente importante para mejorar los cuidados que los niños recibirán en el futuro.

- **UNIVERSAL:** con cobertura total, es decir, a todas las mujeres gestantes de un área determinada, conforme a lo definido en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en relación con su identificación en el Sistema y para la población más pobre y vulnerable, acorde a las modalidades definidas en la normativa vigente, por medio de subsidios en salud. La cobertura es una característica muy relevante para asegurar que la asistencia y las intervenciones sean efectivas. Cuando no se cuenta con cobertura es casi imposible lograr los resultados deseados, así lo explica la OMS en su *Informe sobre la salud en el mundo 2005*, señala que existen dos tipos de obstáculos para ampliar la cobertura. El primero, habla sobre algunas zonas no se ofrecen los servicios de atención prenatal, lo cual hace que las gestantes no accedan físicamente al servicio. El segundo, presenta las quejas sobre la actitud poco servicial del personal de salud, gastos imprevistos o injustos, molestias por los horarios de apertura y atención y la escasa participación concedida a la pareja (16).
  
- **LIBRE ELECCIÓN:** al garantizar el acceso de la usuaria a la institución más cercana. Esto favorece la asistencia a los controles prenatales.

Igualmente, las guías describen las actividades que se deben llevar a cabo en las consultas prenatales.

- Primera consulta prenatal

En esta primera consulta se debe diligenciar el instrumento de historia clínica de control prenatal y el carné, este último debe ser entregado a la gestante. La historia clínica que se utiliza, es la del Centro Latinoamericano Asociado de Perinatología (CLAP) y se deben diligenciar las siguientes secciones:

- Identificación de la gestante
- Anamnesis
- Antecedentes personales
- Hábitos
- Valoración de condiciones sicosociales
- Antecedentes obstétricos
- Antecedentes laborales
- Antecedentes ginecológicos
- Antecedentes familiares
- Gestación actual
- Otros hallazgos y motivos de consulta

Luego se lleva a cabo el examen físico:

- Tomar medidas antropométricas
- Tomar signos vitales
- Realizar examen físico completo por sistemas
- Valoración ginecológica
- Valoración obstétrica según edad gestacional

La gestante es valorada inicialmente por el médico general, y de acuerdo con el riesgo será valorada por el Médico Gineco Obstetra.

De igual forma, se brinda información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, se direcciona a odontología o higienista oral, vacunación, nutrición y al curso de preparación para la maternidad y paternidad. En todos los controles se indican los signos de alarma por los que la gestante debe consultar oportunamente, tales como: sangrado genital,

ruptura prematura de membranas, edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, cambios en la orina y trastornos visuales y auditivos.

- Control prenatal por médico

El médico general realiza el control prenatal de las gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación sin factores de riesgo. La duración de la consulta de seguimiento y control prenatal por médico es: la consulta de primera vez de 30 minutos, y los controles de 20 minutos.

La consulta inicial, de seguimiento y control prenatal por médico incluye: revisión de la historia clínica anterior y controles previos. Si la historia clínica prenatal no se ha hecho, debe iniciarse en cualquier momento como en el primer encuentro.

- Control prenatal por enfermería

Es el conjunto de actividades realizadas por la enfermera profesional a las gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta como de bajo riesgo, para hacer seguimiento al desarrollo normal de la gestación y detectar de manera temprana, las complicaciones que puedan aparecer.

El control por primera vez debe ser de 30 minutos, los siguientes, de 20 minutos, y deben incluir: anamnesis, examen físico completo, análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino, presión arterial media, análisis de los resultados de exámenes paraclínicos, informar, educar y brindar consejería en planificación familiar, educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses; y con alimentación complementaria hasta los dos años, diligenciar historia clínica y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones de la paciente. En el último control con enfermera se debe dar instrucciones a la madre para que asista al siguiente control con médico.

Las características del control prenatal mencionadas anteriormente (precoz, periódico, de buena calidad, integral, universal y de libre elección), se ajustan a la mayor parte de estudios, manuales y guías de atención prenatal de distintos países, sin embargo, la OMS, a partir de varios estudios y de un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico, plantea un nuevo modelo de atención prenatal con aproximadamente 4 visitas para las gestantes de bajo riesgo.

Este ensayo, comparó el modelo occidental estándar de control prenatal (en el cual una mujer realizaría alrededor de 12 visitas de atención prenatal durante su gestación), con un nuevo modelo de la OMS, el cual limita el número de consultas a las clínicas y restringe los exámenes, los procedimientos clínicos y las acciones de seguimiento a aquellos que han demostrado por medio de sólida evidencia, que mejoran los resultados maternos y/o perinatales (65). El estudio se realizó en 53 clínicas de control prenatal en Rosario, Argentina; La Habana, Cuba; Jeddah, Arabia Saudita; y KhonKaen, Tailandia; 27 clínicas proporcionaron el nuevo modelo de la OMS y 26 clínicas proporcionaron el modelo estándar. En total se evaluaron 790 mujeres en el nuevo modelo de la OMS y 748 en el modelo estándar.

Las actividades del componente básico del nuevo modelo de la OMS incluían: tamizaje para estados de salud que elevaran el riesgo de resultados adversos, intervenciones terapéuticas comprobadas como beneficiosas y alertar a las embarazadas sobre emergencias e instruir las sobre las respuestas apropiadas. El hallazgo fundamental fue que al prestar la atención prenatal siguiendo el nuevo modelo de la OMS se obtuvieron resultados maternos y perinatales similares al modelo estándar actualmente en uso. El nuevo modelo de la OMS puede ser implementado sin gran resistencia por parte de las mujeres y los prestadores de salud logrando reducir los costos.

Este nuevo modelo, básicamente contiene en primer lugar, un formulario de clasificación para la gestante, es decir, que con este formulario se decide qué mujeres continúan con el componente básico del nuevo modelo y qué mujeres requieren de cuidados especiales o de remitirlas a otro nivel. Luego vienen las 4 visitas, donde lo ideal es que la primera se realice en el primer trimestre de la gestación o antes de la semana 12, la segunda visita debe programarse cerca de la semana 26, la tercera debe aproximarse a las 32 semanas de embarazo y la cuarta, tendría lugar entre las semanas 36 y 38. A partir de estudios basados en la evidencia y en el ensayo clínico aleatorizado multicéntrico, la OMS rescata este nuevo modelo como una alternativa para mejorar los servicios de salud materna.

Así como la OMS ha realizado estudios para mirar la efectividad del control prenatal, en la búsqueda de la literatura, se encuentran otros estudios sobre control prenatal, encaminados hacia la calidad (6, 66, 67, 68), adherencia (60), satisfacción (64, 69), acceso (63, 70), inasistencia (62, 71), y su relación con la mortalidad materna (56, 72, 73, 74); sin embargo, el tema de la percepción no ha sido muy explorado, por lo cual existe una escasa evidencia sobre la

valoración, pensamiento u opinión que se tiene hacia el control prenatal. Esta investigación brinda una primera herramienta a través de la exploración de percepciones que tienen las gestantes adolescentes con respecto al control prenatal, para contribuir al mantenimiento y mejoramiento del programa, favoreciendo la salud materna.

## 2.4 Percepción

A través de los años, la percepción ha sido objeto de investigaciones tanto teóricas como empíricas, dentro de distintos campos como la antropología, filosofía, sociología y permanentemente en la psicología. Ha dado lugar a una gran cantidad de problemas conceptuales y un sinnúmero de estudios experimentales, pues el término de percepción se sigue empleando de forma vaga, ambigua e imprecisa.

Para iniciar con una aproximación del concepto, se parte de la definición presentada en el Diccionario esencial de la Lengua Española (Real Academia Española), en donde, percibir, se define como *“recibir por uno de los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones externas. Comprender o conocer algo”* (75).

De acuerdo al Diccionario Webster’s Online, la percepción es *“The act of perceiving or of receiving impressions by the senses; or that act or process of the mind which makes known an external object. In other words, the notice which the mind takes of external objects<sup>1</sup>”* (76). Así mismo, en el Diccionario General de Ciencias Humanas, se encuentra que la percepción es *“la función por la que nuestra mente se forma una representación de los objetos exteriores”* (77). Estas definiciones nos muestran como la percepción es un proceso fundamental para acceder, construir, interpretar y comprender el entorno, a través de los sentidos.

Desde la filosofía, la percepción hace referencia “a una aprehensión, sea cual fuere la realidad aprehendida. Percibir es, en efecto, fundamentalmente *recoger*” (78), esto supone la eliminación de actos intermediarios, pero también “la presentación del complejo objetivo como algo por sí mismo estructurado” (78), implica algo distinto de la sensación y de la intuición intelectual. Con

---

<sup>1</sup>Posible traducción: El acto de percibir o de recibir impresiones de los sentidos, o acto o proceso de la mente que da a conocer un objeto externo. En otras palabras, el aviso que la mente tiene de los objetos externos.

relación a la filosofía Kantiana, percibir es en general “el punto de vista de nuestra conciencia ordinaria, y más o menos el de las ciencias” (79), es decir, que la percepción es eminentemente humana y pertenece al intelecto, se ordena del conocimiento sensitivo al intelectual.

Por su parte, *A Modern Dictionary of Sociology*, determina la percepción como “*the selection, organization, and interpretation by an individual of specific stimuli in a situation, according to prior learning, activities, interests, experiences, etc. Perception is a process and a pattern of response to stimuli. It is a function of the total configuration of stimuli, as well as of previous social and cultural conditioning*” (80). Lo anterior ofrece más elementos que favorecen la comprensión de la percepción, como por ejemplo el acondicionamiento social y cultural del individuo son factores importantes para adquirir un determinado conocimiento sobre el mundo, toda percepción está condicionada por la “experiencia vivida” y por el contexto del sujeto, por esta razón la percepción “solo da casos singulares, nunca universales” (81).

Desde hace mucho tiempo, existen 2 escuelas de pensamiento en la investigación sobre la percepción, por un lado se encuentran los innatistas o nativistas, los cuales defienden que los fenómenos perceptivos revelan las demandas estructurales del sistema nervioso, aquí la experiencia cultural del individuo tiene poca o nula influencia en los procesos perceptivos. Por otro lado, están los empiristas, quienes defienden que la experiencia del sujeto en su contexto físico y cultural juega un papel decisivo en la existencia de diferencias en la percepción (82). Aunque todavía hay debates entorno a la percepción y sus procesos, la literatura demuestra que la postura empirista tiene una mayor fuerza y credibilidad con respecto al tema. Así lo menciona Ramos (2000) “la cultura sería el esquema cognitivo de rango superior dentro de una taxonomía o jerarquía de locus de control de los distintos subsistemas de una sociedad y las formas de aprehender y estructurar las relaciones con nuestro entorno natural y social” (83), además, agrega que los esquemas mentales sobre la percepción del mundo, no solamente contienen datos objetivos, sino también valores, creencias, normas, costumbres y rutinas que condicionan nuestras respuestas y nuestras representaciones.

---

<sup>2</sup>Posible traducción: La selección, organización e interpretación por un individuo de los estímulos específicos en una situación, de acuerdo con los estudios previos, actividades, intereses, experiencias, etc. La percepción es un proceso y un patrón de respuesta a los estímulos. Es una función de la configuración total de los estímulos, así como de acondicionamiento previo social y cultural.

A partir del punto de vista antropológico, Vargas Melgarejo (1994), continúa defendiendo la corriente empirista, puesto que señala: “la percepción no es un proceso lineal de estímulo y respuesta sobre un sujeto pasivo, por el contrario, están de por medio una serie de procesos en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tiene un papel activo en la conformación de percepciones” (84), además indica que la percepción “es entendida como la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, que tienen como límites las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad innata del hombre para la producción de símbolos” (84), y enfatiza que a través de la percepción se asignan ciertas características cualitativas a los elementos o eventos del entorno, mediante referentes que se elaboran en sistemas culturales, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad. Es decir, que la percepción es fuente y producto de las evidencias, las cuales juegan un papel importante en la construcción de elementos interpretativos, que se traduce en la verificación de la realidad del ambiente. Así lo define Cepeda Aparicio (2007), “la percepción no se asume como un *modo de representación*... antes bien, en ella se aprehende el objeto en su *absoluta presencia*, es decir, con *evidencia absoluta*” (81).

Cabe resaltar, que la percepción posee un nivel de existencia consciente e inconsciente; consciente es cuando el sujeto se da cuenta de que percibe y reconoce ciertos eventos, en el nivel inconsciente se realizan los procesos de selección y organización de las sensaciones. De igual forma, uno de los elementos fundamentales que definen a la percepción, es el reconocimiento, el cual es “un proceso importante porque permite evocar experiencias y conocimientos previamente adquiridos a lo largo de la vida con los cuales se comparan las nuevas experiencias, lo que permite identificarlas y aprehenderlas para interactuar con el entorno” (84). Así que la percepción es una construcción fuertemente dependiente de la experiencia y en la que intervienen la realidad exterior, el estado emocional y motivacional del individuo, su pasado vivencial y su relación con el contexto y/o entorno.

Con lo anterior, es evidente que la percepción es un proceso mediante el cual obtenemos información y conocimiento del mundo a través de los sentidos, donde se involucran los estímulos físicos y las sensaciones, así como la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Esta selección y organización buscan satisfacer las necesidades individuales y colectivas, en función de la supervivencia y la convivencia social. En este caso, las gestantes adolescentes al interactuar con la consulta de control prenatal (profesional de la salud, actividades, ambiente físico, creencias, etc.) forman percepciones particulares, dependiendo de

situaciones y experiencias vividas, las cuales son relativas a la situación histórico-social, pues la percepción tiene una ubicación espacial y temporal (84, 85): espacial, el sitio donde se realiza el control prenatal, y la ubicación temporal, hace referencia al tiempo en que se realiza el control prenatal.

Dentro del campo de la psicología, la percepción ha sido estudiada constantemente en las últimas décadas, diferentes autores coinciden o discrepan en la definición del término. En general, la psicología define percepción como: “entrada en la conciencia de una impresión sensorial, llegada previamente a los centros nerviosos... las impresiones sensoriales no son vivenciadas como cualidades o intensidades aisladas, sino como un conjunto, como un todo conexas” (86), intervienen factores como las representaciones mentales, experiencia (memoria), las expectativas, el interés y el estado de ánimo. En este proceso cuentan los referentes ideológicos y culturales, como el grupo al que pertenece en la sociedad y su clase social, que contribuyen a explicar la realidad y que son aplicadas a experiencias cotidianas para transformarlas. Otras definiciones conciben la percepción como un proceso cognitivo, donde se definiría en términos de relaciones de predecibilidad y controlabilidad de los acontecimientos de una persona, de un grupo o sociedad, con relación a su entorno u otras personas (83).

Para Whittaker J. y Whittaker S. (1984), la percepción es un proceso bipolar, un primer aspecto se basa en las características de los estímulos que activan los órganos sensoriales, mientras que el segundo abarca las características del perceptor como su experiencia, motivos, actitudes, personalidad, entre otros (87). Es decir que la experiencia o lo que el individuo haya aprendido, le concede comprensión y significado a la percepción.

Uno de los aspectos sobresalientes de la percepción es la elaboración de juicios, que se sostiene como una característica básica de la percepción. Estos juicios se forman a partir de la constante interacción entre el individuo y la sociedad y dependen del orden, clasificación y elaboración de categorías con los que se comparan los estímulos que el individuo recibe.

En síntesis, el concepto de percepción está en cada individuo, grupo cultural o sociedad, debido a la acumulación de experiencias, cada quien selecciona y organiza de forma única los estímulos y sensaciones que obtiene del exterior, conllevando así a diversas interpretaciones. Lo anterior, permite explicar el por qué las personas se comportan de forma distinta ante una misma



situación, por ejemplo, las gestantes al estar en el control prenatal interpretan y comprenden la atención que les brindan de distintas maneras, manifestando, por parte de ellas diversas respuestas ante una misma circunstancia.

### **2.4.1 Planteamientos y enfoques**

Como se mencionó anteriormente, la percepción es un término muy amplio, el cual no tiene un uso único ni restringido, es decir, que puede ser usado de forma variada y libre, dependiendo del contexto. Es así, como distintos autores abordaron el concepto y cada uno de ellos ha aportado desde diferentes enfoques. Aristóteles se refirió a la percepción como “un acto mío”, el cual es necesario para conocer las cosas, precisando que ese acto se consigue a través de una impresión que se deja en los órganos de los sentidos, “no hay la percepción en general, ni la intelección en general, sino siempre la percepción que realiza un viviente. La percepción es un acto, así que saca al viviente de sí mismo, que lo abre” (88). Incluso, Aristóteles postuló 3 factores que explican el cómo se conocen las cosas, en primer lugar hace referencia a un proceso llamado abstracción, el segundo factor abarca algunas facultades y actos del individuo como el intelecto activo, pasivo, el sentido externo e interno y las impresiones, el último factor son los modos de ser, los cuales hacen posible para una forma estar presente sin que la cosa esté ahí (89).

Descartes en su cuarta meditación señala “me he acostumbrado tanto en estos días de separar mi mente de los sentidos, y con tanto cuidado me he dado cuenta de que es muy poco lo que se percibe verdaderamente de las cosas corporales...” (90), en efecto, la visión del mundo se desarrolla a través de las sensaciones que despierta la relación entre el individuo y el medio. El filósofo Berkeley resalta que todo lo que vemos, oímos y sentimos son cosas reales, las cuales hay que separar de la imaginación, pues estas son de menor viveza, menos regulares y de mayor variabilidad, a las que les llama propiamente ideas o imágenes de las cosas. De igual forma señala “las ideas que provienen de los sentidos llevan en sí mismas mayor contenido de realidad que las demás; lo que significa que son más enérgicas, ordenadas y distintas y que no son ficciones de la mente que las percibe”, “no puedo dudar de que lo que veo, oigo y toco es percibido por mí, o sea, existe, como tampoco dudo de mi propia existencia” (91).

Kant indica que el conocimiento se realiza por medio de categorías, es decir que todas las cosas poseen varias cualidades y están relacionadas unas con otras, la percepción es claramente obra

del entendimiento y del sentido de cooperación, basado en las experiencias (92). Lo anterior es importante para la investigación con las gestantes adolescentes porque la percepción es una imagen mental que se forma por experiencias, por lo tanto será única en cada gestante, así estén ante la misma situación, en este caso ante el control prenatal.

Titchener, psicólogo británico, fundador del estructuralismo, menciona que con la percepción llega el conocimiento y sin ella no se tendría ciencia. Para él, las sensaciones juegan un papel elemental en la percepción, ya que una sensación nunca ocurre sola en la mente, siempre está formada por más de un proceso. En consecuencia, las sensaciones están juntas, soldadas, bajo la influencia del medio físico. Por esta razón, Titchener expone 3 etapas en el desarrollo de la percepción, la primera es llamada la *percepción pura*, formada totalmente de sensaciones externas, la segunda etapa, está formada por una parte de sensaciones internas y otra parte de sensaciones externas, esta etapa es llamada *percepción mezclada o asimilación*, la tercera etapa, corresponde a la *percepción simbólica*, en la que el único servicio hecho por las sensaciones externas es el de dar origen a importantes procesos internos.

Así mismo, diferencia 3 clases de percepción, un primer grupo denominado *percepciones de cualidad o percepciones cualitativas*, las cuales hablan de la naturaleza o cualidad de las cosas, estas percepciones son construidas por sensaciones, el segundo grupo corresponde a las *percepciones de espacio o espaciales*, formadas por sensaciones superficiales, no es vista como cualidades, y el último grupo es llamado *percepciones de tiempo o temporales*, desarrolladas por sensaciones vistas como longitudes de tiempo y duraciones. Finalmente resalta la importancia de diferenciar entre percepciones e ideas, ya que en muchas ocasiones se utilizan muy similar, “cuando percibimos, el objeto que hace nacer las sensaciones, está de hecho ante nosotros...mientras que cuando tenemos una idea, el objeto no está ante nosotros, sino que las sensaciones se levantan dentro de nuestro cerebro...” (93).

Otro autor que ha estudiado profundamente la percepción, es el psicólogo Samuel Bartley, quién define la percepción como “una actividad general y total del organismo que sigue inmediatamente o acompaña a las impresiones energéticas que se producen en los órganos de los sentidos” (94), por tanto, cuando se habla de percepción, se estudia lo que el organismo experimenta, no lo que el mundo físico contiene o su naturaleza. A igual que Titchener, Bartley piensa que la base de todo conocimiento está en la percepción, que a su vez está compuesta por sensaciones. En su

libro "*Principios de percepción*", hace una clara diferencia entre sensación y percepción, puesto que hace algún tiempo estos 2 procesos se describían de igual forma, así las sensaciones se determinan mediante las características de los órganos de los sentidos y la percepción está influenciada por el aprendizaje del individuo y las experiencias previas. Por tanto, la percepción es una interpretación de las sensaciones que trae un significado.

Esa interpretación se debe a una serie de contacto y vinculaciones que tiene el individuo con su medio, por esta razón se atribuyen a la percepción unas propiedades, que Bartley las llamó vinculativas. Entre ellas están el *simbolismo*, es decir que la percepción es simbólica, es una conducta que manifiesta una relación abstracta entre el organismo y su ambiente. La *clasificación*, corresponde a la propiedad gracias a la cual el organismo forma y desarrolla sus clasificaciones, es decir, forma conceptos. La *evaluación*, hace referencia a todas las respuestas inmediatas que llevan una amplia cantidad de prejuicios por parte del individuo. La *predicción e interpretación*, donde todas las percepciones son potencialmente selectivas desde diferentes puntos de vista, el individuo se ve enfrentado a una o varias alternativas de percepción. Y las dos últimas propiedades se denominan *autoconsistencia interna y determinación del campo*, las cuales contribuyen a que la percepción resulte de un sistema de eventos interrelacionados, ya sea del ambiente, contexto, con otras personas, etc.

Igualmente, este autor expone una serie de teorías con relación a la percepción, en total hizo una lista de 13 teorías (94), las cuales se mencionan a continuación:

- *Teoría del núcleo y el contexto*. Esta teoría señala que la percepción no se produce como resultado de la experiencia de una de las partes, sino que es producto de la conciencia de un conjunto de partes interrelacionadas. Los elementos de este conjunto lo constituyen las sensaciones que se integran a imágenes y/o ideas producidas por las experiencias pasadas. Algunas sensaciones forman el núcleo y el resto lo proporciona el contexto, de ese conjunto nace el significado.
- *Teoría del gradiente de textura*. Esta teoría se elaboró para explicar las características especiales de la percepción visual. Aquí los objetos percibidos no son conjuntos de sensaciones formadas por unidades semejantes a puntos, más bien son constelaciones de superficies y bordes. Las percepciones no son copias de los objetos externos, sino especies de correlatos.

- *Teoría cibernética.* Hay una participación conjunta entre el enfoque cristalino del ojo, la convergencia y la adaptación y otros procesos conocidos del sistema nervioso, para determinar las tareas esenciales que aparentemente se efectúan en la percepción. Por tanto, los eventos externos se reconstruyen dentro del organismo y se integran a la información almacenada previamente.
- *Teoría del grupo celular y la secuencia de fase.* Su autor es Hebb y en esta teoría no se define la percepción como tal, sino que se encarga de señalar y demostrar que la percepción es producto del aprendizaje.
- *Teoría del nivel de adaptación.* Es expuesta por Helson, donde procura estudiar las respuestas del organismo a las configuraciones de acuerdo con su orden dimensional o cuantitativo. Los procesos adaptativos se encuentran en la raíz de la percepción individual de tamaños, distancias, intensidades y de otras magnitudes, como la belleza.
- *Teoría del ajuste motor.* En esta teoría se subraya la postura motora o actitud del organismo en el momento de la estimulación. Por tanto, aquí también se acentúa la naturaleza de las contribuciones del organismo al interactuar con su entorno. El perceptor entonces reacciona en relación con los eventos externos y con las regulaciones homeostáticas del organismo.
- *Teoría del campo sensorio tónico.* En las 2 últimas teorías hay una participación de actividades musculares en la percepción, pero no incluyen todos los aspectos motores posibles en una respuesta perceptual. Esta teoría incluye y reconoce el término *tónico* aplicado a características posturales y a la actividad muscular fásica incluida en el movimiento esquelético.
- *Teoría probabilística-funcional.* Esta se centra en el fenómeno de la constancia perceptual, en la que los “indicios” juegan un papel explicativo. El objeto percibido no pasa de ser una aproximación y representa una probabilidad.

- *Teoría transaccional.* Esta teoría incluye la idea de que la percepción representa una reacción final probabilística, por tanto se reconoce la importante función que la experiencia pasada tiene en la percepción.
- *Teoría del estado directivo.* La percepción se basa en dos factores contrastantes, los estructurales y los conductuales. En el primero están los estímulos, los efectos de la impresión sobre los receptores, y las diferentes partes del sistema nervioso ligadas a este proceso. Estos elementos son considerados mecanismos para percibir. El segundo conjunto, se originan en los procesos superiores que determinan otras características de la actividad psicológica, estos procesos incluyen la experiencia previa, las necesidades, las tensiones, sistemas de valores y prejuicios del individuo.
- *Teoría de la hipótesis o expectación.* Se señala que mientras más fuerte es una hipótesis, mayor es la probabilidad que tiene de ser activa en una situación y menor es la información sobre el estímulo que se necesita para activarla. La teoría habla de confirmaciones y afirmaciones de las hipótesis individuales.
- *Teoría del campo topológico.* El individuo se trata como punto en el espacio, el cual puede desplazarse de una parte a otra, adquiriendo de este modo un significado diferente en el campo. La percepción se enlaza a la comprensión del individuo de sus posiciones en el espacio vital.
- *Teoría de la Gestalt.* Esta teoría se profundizará en el siguiente apartado

Estas teorías las agrupó Bartley para contribuir en la explicación del proceso de percepción y para no desconocer que la experiencia previa en muchas teorías es de vital importancia en el momento de concebir la percepción.

Posteriormente, el filósofo Merleau-Ponty, retoma la percepción y determina que “percibir no es solo recordar, sino también innovar, aunque los recuerdos sirvan a enriquecer el horizonte de nuestra percepción” (95), es decir, que la percepción expresa una situación dada, la cual es afectada por la personalidad del individuo y la vivencia de un estado, este proceso revive una “prehistoria” de cada uno, la cual es verdadera a partir del contacto con la situación, evento o contexto; por la percepción de un acto humano se puede verificar la existencia de un mundo

cultural (95). Este filósofo fue primordial para demostrar que la percepción tiene una dimensión activa, en la medida en la que representa una apertura primordial al mundo de la vida.

Finalmente, el psicólogo Jerome Bruner, fue el encargado de agregar algunos elementos al proceso de percepción, entre ellos la toma de decisiones, las necesidades, los valores, los deseos del sujeto y la formulación de hipótesis, pues él es el exponente de la *Teoría de la hipótesis o expectativa*, mencionada anteriormente. Él considera que la percepción implica un acto de categorización, es decir, “un acto basado en la inferencia de clases de objetos a partir de los atributos o indicios directamente experimentados del entorno” (96), así que el proceso perceptivo es activo, constructivo, cíclico y funcional.

Bruner distingue 3 fases en el proceso de la percepción, la primera es la fase de *pre-perceptiva*, en la que el individuo está a la expectativa de un determinado acontecimiento, la segunda fase se trata de la recepción de la información y la última, es la de evaluación de las hipótesis perceptivas, donde el sujeto juzga la adecuación existente entre sus expectativas anteriores y la información nueva o recibida (97). Además, según este autor, hay 2 tipos de determinantes en la percepción, los formales, que se basan en los estímulos y el aparato receptor y los funcionales, donde se encuentran las necesidades, emociones, actitudes, valores y experiencias del sujeto.

Con los determinantes y las fases que Bruner plantea sobre la percepción, se puede decir que para este trabajo las gestantes adolescentes atraviesan por este proceso de la siguiente forma: en la primera fase, ellas están a la expectativa de cómo será el control prenatal, que actividades realizarán, como se sentirán, cómo será la atención por parte del profesional, etc..., en la segunda fase, ellas reciben la consulta de control prenatal y en la última, evalúan las expectativas que tenían, desarrollan un juicio entre estas expectativas y lo que experimentaron, donde intervienen factores experienciales, motivacionales y sociales, formando una imagen mental del contacto entre ellas y el servicio. Cada percepción se desarrolla de acuerdo a las emociones, a las creencias, a la experiencia, a los valores y actitudes de cada gestante, las cuales interpretan de distinta forma su contacto con el entorno, asignando un significado.

## 2.4.2 Teorías sobre percepción

Anteriormente se mencionó que Bartley agrupa una serie de teorías que han sido de vital importancia para la investigación en el campo de la percepción, pero en la búsqueda de literatura, se llega a la conclusión de la existencia de 7 grandes corrientes o hipótesis que enmarcan el fenómeno de la percepción.

Desde el siglo XVII, Thomas Hobbes, John Locke y George Berkeley defendieron la teoría *Empirista*, donde la única fuente de verdadero conocimiento acerca del mundo es la experiencia sensorial, es decir, aquello que se ve, oye, huele, etc. Desde la filosofía se ha visto como una teoría del conocimiento, la cual enfatiza en la importancia que tiene la experiencia como base de todo conocimiento. Aquí la percepción es el producto de las combinaciones entre aprendizaje y sensaciones, todas las señales que son emitidas por los sentidos, construyen las ideas con las que cada individuo define su entorno.

Hacia el siglo XIX, surge la teoría del *Estructuralismo*, con exponentes como Wundt y su alumno Titchener, los cuales propusieron descubrir los contenidos de la conciencia, entre ellos la estructura de la percepción, señalando que ésta es reducida a sensaciones elementales. Aquí los tipos de contenidos mentales son las imágenes, emociones y sensaciones y su método experimental se basaba en la introspección, que buscaba estudiar las experiencias inmediatas de un organismo, el objetivo, entonces, permanecía en analizar la experiencia mental para descubrir sus componentes más simples, además, descubrir cómo se combinan estos componentes o elementos y finalmente conectarlos con las condiciones fisiológicas o corporales.

Para el siglo XX, apareció la teoría *Gestalt o teoría de forma*, la cual se consolidó como un movimiento que hizo grandes esfuerzos para producir principios explicativos sobre la percepción y generó un profundo impacto sobre la psicología social moderna. El movimiento Gestalt, arraigada a la tradición filosófica de Kant, nació en Alemania bajo la autoría de los investigadores Wertheimer, Koffka y Köhler, quienes consideraban a la percepción como un proceso fundamental de la actividad mental, y las demás actividades psicológicas como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, entre otros, dependen del adecuado funcionamiento del proceso de organización perceptual (98). Además, planteaban que la percepción es el proceso inicial de la actividad mental y no una derivación cerebral de estados sensoriales, donde predomina un estado subjetivo, a través del cual se realizan abstracciones del mundo externo o de acciones

relevantes. Así, la percepción determina la entrada de información y luego garantiza que esa información retomada del exterior, configure abstracciones, ya sean juicios, categorías, conceptos, entre otras.

Para este movimiento, todos los elementos se encuentran relacionados entre sí, es decir, que las personas perciben el entorno con respecto a sus cualidades y propiedades de organización, por esta razón, la percepción será holística, coherente y con significado; como lo señala Bayo (1987) “el concepto de forma o estructura va a servir a los fines de una interpretación conjunta del mundo físico y de los organismos vivos y sus procesos mentales” (96).

Más adelante, los esposos Gibson (James J. Gibson y Eleanor J. Gibson) adoptan la teoría *Ecológica o Gibsoniana*, la cual se basa en una concepción del ambiente a percibir, es decir, que en esta teoría los procesos mentales representan un papel mínimo o nulo y el interés radica en la descripción minuciosa del medio ambiente natural, donde el individuo recoge la información necesaria, la cual explica la incorporación directa de la información al perceptor. Se tienen en cuenta aspectos literales, sustanciales o geográficos del ambiente, como la textura, la forma, la profundidad, los cuales permiten lograr un reconocimiento de los objetos propiamente dichos (96).

La teoría *Constructiva*, parte de la tradición empirista y se enmarca en el papel activo del observador en el proceso perceptual. Aquello que se percibe es una construcción mental basada en estrategias cognitivas como la memoria, la atención y el aprendizaje, relacionados con experiencias pasadas, expectativas, motivos, etc. Uno de sus mayores exponentes fue el psicólogo Richard Gregory. Luego aparece la teoría *Computacional*, la cual se considera como una moderna versión de la teoría sensorial, aquí “la imagen retiniana interpuesta ya no es mirada por ese homúnculo interior (que desplazaba el problema sin resolverlo) sino que es computada” (96). El enfoque computacional trata al sistema visual como una computadora programada para percibir objetos, la responsable directamente es la retina, quien lleva la imagen para ser analizada y almacenada. Su principal exponente fue David Marr, quien señala “la visión puede ser entendida como una tarea de procesamiento de información que convierte una representación de la imagen numérica en una forma simbólica orientada representación” (99).



Marr acepta la idea básica de Gibson de que el ambiente natural proporciona toda la información necesaria para la percepción, pero agrega, que las características de forma y figura al percibir las requieren un procesamiento más profundo, por sus bordes, líneas, límites, contornos y movimientos, así que esta información debe ser “computada”. Además, planteó tres niveles diferentes para la comprensión de los sistemas de procesamiento de información: a) teoría computacional; b) la representación y el algoritmo, y c) implementación de hardware (99). Este enfoque es relativamente nuevo y no se ha difundido tanto como las otras teorías, pero al igual que ellas contribuyen a un desarrollo y comprensión más profunda sobre la percepción.

Finalmente y de los enfoques más recientes, se encuentra la teoría *Neurofisiológica*, la cual afirma que los procesos sensoriales y perceptuales son explicados a través de mecanismos neurales y fisiológicos, que hacen funcionar las estructuras sensoriales. Estos mecanismos dominan los aspectos del comportamiento y suministran valiosa información sobre el ambiente, sin embargo, esta teoría por sí sola no puede explicar el complejo proceso de la percepción, puesto que ésta va más allá de mecanismos biológicos y fisiológicos, como se mencionó en otras teorías.

Con todo lo anterior, recogiendo la información y los elementos que aporta cada teoría, se puede concluir que la percepción, en primer lugar es subjetiva, es decir, que cada persona experimenta de forma distinta un mismo estímulo, y es temporal, porque se lleva a cabo a corto plazo, la percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias o varían las necesidades y motivaciones. Para obtener una percepción, la información que se recibe atraviesa por 3 procesos, el primero es de selección, donde los individuos perciben una pequeña porción de los estímulos del medio, esto se da de acuerdo a los intereses y motivaciones que tenga la persona, luego pasa a la organización de esos estímulos, donde se clasifican y se les asigna un significado y la última fase del proceso perceptual, es la interpretación, la cual depende únicamente del individuo, de sus experiencias, de sus intereses personales, de las interacciones con otras personas, de sus creencias, entre otras.

Para este trabajo es fundamental comprender la percepción de las gestantes adolescentes con respecto al control prenatal, siendo ésta una parte fundamental del comportamiento humano, de acuerdo a sus experiencias previas, a sus patrones culturales, a las expectativas que tengan y a los estímulos que reciben del exterior, en este caso del control prenatal. Por esta razón, se trae como principal consideración lo denominado como *percepción social*, lo cual hace referencia,

sobre todo a asuntos que están por fuera del individuo mismo, influenciado por modelos culturales, que de una u otra forma intervienen en lo que la persona piensa u opina de lo que vive y experimenta, convirtiéndose en el elemento más importante de las relaciones intrahumanas.

### **2.4.3 Percepción social**

Todas las personas reciben estímulos del exterior, los cuales seleccionan, organizan e interpretan, de acuerdo a sus intereses, motivaciones, expectativas, entre otras. Las ideas del mundo se desarrollan en distintas condiciones, a partir del clima, las razas, la historia de las naciones, la formación de los Estados, según las épocas y edades, estas condiciones se enlazan con condiciones especiales, como la conducta, la experiencia de la vida y la estructura de la totalidad psíquica, que influyen en el origen de la multiplicidad de las visiones del mundo (100).

En el caso de la percepción social, los comportamientos sociales y las personas, actúan como estímulos que de igual forma se seleccionan, organizan y se interpretan, sin embargo, hay algunas características que distingue a esta percepción, de la percepción como tal de objetos (101), es decir, no se mira el mundo simplemente con colores y formas, sino que también se percibe con sentido y significado:

- Las personas son percibidas como agentes causales, capaces de controlar la información que presentan de sí mismas de acuerdo a sus objetivos e intereses.
- Tanto el objeto como el sujeto de la percepción son personas, lo que permite al perceptor hacer una serie de inferencias acerca de los sentimientos o actitudes de la persona percibida, en base a sus propias experiencias.
- La percepción de personas implica una interacción muy dinámica, donde la presencia, expectativas y conducta del perceptor pueden afectar la conducta de la persona percibida, en un proceso circular.
- La percepción de personas es usualmente más compleja que la percepción de objetos, ya que existen muchos atributos no observables directamente, las personas cambian más que los objetos, y la exactitud de la percepción es más difícil de comprobar.

Las relaciones interpersonales comienzan con la percepción de la otra persona, con un conocimiento y una evaluación de sus atributos, de sus intenciones y de sus probables reacciones ante las acciones (102), esta percepción está más influenciada por procesos subjetivos, actitudes, emociones, deseos, intenciones y sentimientos. Para Welhofer en 1981, la percepción social no es un proceso pasivo, no es una recepción objetiva de los estímulos del medio ambiente, en cambio, es un proceso activo que actúa de acuerdo a determinadas leyes, influenciadas por 3 aspectos (103):

- Condiciones neurológicas fisiológicas
- Condiciones de la psicología de la Gestalt
- Condiciones psicológicas sociales

Las 2 primeras condiciones, determinan la percepción de objetos neutrales desde el punto de vista emocional y las condiciones psicológicas sociales, hacen referencia a que todos los objetos del entorno están cargados de significados subjetivos, específicos de un grupo. Así lo define el libro *Introducción a la psicología social*, "el concepto de percepción social hace referencia sobre todo a la percepción de personas, pero también se extiende a la percepción de cualquier objeto o relación que tenga un significado social" (104), el entorno no se reconoce como algo desestructurado, siempre se ordena relacionando una cosa con la otra.

De igual forma, la teoría que se destaca en la percepción social es la *teoría de la espera o de la hipótesis del percibir*, la cual, señala que el percibir encierra un ciclo de 3 partes. Este ciclo inicia con una etapa de *espera o hipótesis*, donde el individuo se prepara o se dispone a ver, escuchar, sentir, oler, etc. El segundo paso es de *información sobre el medio ambiente*, en este caso se reciben los estímulos y la información del entorno, dependiendo de lo que se reciba, llega la tercera etapa, llamada *revisión confirmando o rechazando*, donde se lleva a cabo un rechazo o confirmación de la primera etapa (hipótesis ó espera) (103).

Además de este ciclo, según la *teoría de hipótesis*, la percepción tiene 4 funciones que no se separan claramente unas de otras, pero son fundamentales para el proceso de percepción. La primera función se denomina *selección*, donde se puede percibir conscientemente tan sólo una parte de los estímulos que se desarrollan en el entorno, estos estímulos se eligen de acuerdo a la naturaleza o clase de ellos, de las experiencias y de los procesos de aprendizaje, de las actitudes y de los motivos que actúen en la persona que percibe.

La segunda función es de *organización y configuración*, la cual se ocupa de las tendencias configurativas del conocimiento perceptor, la configuración se considera como ese compromiso entre estímulos objetivos y procesos de elaboración condicionados por las expectativas. La tercera función es de *acentuación*, aquí el individuo agranda y revitaliza ciertos puntos cargados de más significado que otras cosas, sobresalen las cosas que más le llaman la atención o que tienen mayor importancia para esa persona, y la última función es la de *fijación*, donde se confirma la hipótesis con la información recibida del ambiente. La constante confirmación de las expectativas brinda el fundamento para nuevas hipótesis, que se desarrollan más sólidas, contribuyendo a nuevos aprendizajes y experiencias.

Después de observar como la percepción juega un papel esencial en las relaciones humanas y en la comprensión del mundo, cabe mencionar que se han realizado diferentes estudios sobre el tema. Sin embargo, se evidencia una escasa información e investigación acerca de la percepción con relación al control prenatal, tanto a nivel nacional como mundial. Algunos estudios para resaltar y que han enriquecido algunos campos corresponden a Matamorros Quesada et al., en 2007 realizaron un estudio explorativo, de enfoque cuantitativo, no experimental, donde se describe la percepción que tiene los usuarios (as) adultos acerca del quehacer de enfermería en un primer nivel de atención (105), como resultado principal, se destaca que la población ignora los roles que tiene el personal de enfermería, es decir, que existe un pobre empoderamiento de la profesión, limitando el prestigio y protagonismo social del profesional. Estos resultados son vitales para trabajar con los profesionales de enfermería en el mejoramiento de su profesión.

Igualmente se encuentra otra investigación de Mayca et al., en 2009, quienes a través de un estudio cualitativo y transversal decidieron explorar las percepciones del personal de salud y la comunidad con relación a la adecuación cultural de servicios maternos perinatales en la región de Huánuco (106). Su principal conclusión se enmarca en que la percepción del personal de salud y la comunidad sobre los servicios maternos, no cuentan con un adecuado acondicionamiento relacionado con la cultura de la comunidad, ya que es muy poco lo que la gestante podría reconocer en el consultorio de acuerdo a sus creencias y costumbres. Estos resultados contribuyen a la reorientación de los servicios maternos perinatales de esta comunidad, garantizando resultados óptimos tanto para el centro de salud como para las gestantes y sus familias. Para reafirmar lo anterior, el estudio en 2009 de Olufemi Oladapo y Modinat Osiberu, exploró la relación entre los factores sociodemográficos y la percepción global de la calidad de la

atención prenatal, expresada como el nivel de “satisfacción general”, con el fin de identificar las características maternas que pueden ser utilizadas para formular las políticas y mejorar la percepción de la atención (107). La percepción de las mujeres en general para la calidad fue determinada en gran parte por atributos como la competencia técnica del personal y el ambiente de los servicios. Los resultados arrojaron que las características sociodemográficas de las mujeres tienen un impacto limitado en su percepción de la calidad de la atención prenatal. Estos resultados pueden servir para mejorar la calidad percibida y la utilización de un modo sostenido de los servicios de atención prenatal en los centros de atención primaria de salud.

Otro estudio que también trata sobre percepción de la atención en salud, es el de Bones Rocha et al. de 2009, realizado en Brasil, ellos describieron cómo los travestis, transgéneros y transexuales perciben la atención de la salud que reciben en el Sistema de Salud Público de Brasil (SUS) (108). Allí los participantes señalaron la falta de preparación de los profesionales de la salud para atender a este grupo, destacando la necesidad de sensibilización. Perciben que todavía falta mucho para que les garanticen una atención con calidad y la igualdad de sus derechos, este estudio sugiere la importancia de continuar con la realización de investigaciones para definir programas y políticas de salud que posibiliten la inclusión de poblaciones vulnerables.

Es así como los estudios donde el interés se enmarca en la percepción, permiten conocer y profundizar más en diferentes eventos y situaciones en las que se desenvuelve el individuo, los grupos y las comunidades, posibilitando la realización de estrategias, propuestas y ajustes a las problemáticas que se identifiquen. Cuando se percibe, hay una dimensión de historia, la cual se confronta con un presente.

## 2.5 Hermenéutica

La palabra Hermenéutica viene del vocablo griego *hermeneia* que significa el acto de la interpretación (109). Fue Homero, desde una perspectiva literaria, quien otorga vida a Hermes, hijo de Zeus (hijo de Cronos) y de Maya (ninfa, hija de Atlas) (110), conocido como el dios de los viajeros, comerciantes y ladrones, quien era el enviado divino que llevaba los mensajes de los dioses a los hombres (111, 112). Hermes “es símbolo de conjunción, integración, de lo racional (pensamiento) y lo irracional (sentimientos), unidad y alteridad, superación de dualismos y dogmatismos...” (113).

Desde sus orígenes hay una distinción entre hermenéutica teológico-filológica y una hermenéutica jurídica (112), ya que a partir de esta, se realizaron en gran parte, los análisis y exposiciones de textos bíblicos y de escrituras sagradas. Aristóteles empieza a concebirla, según el lenguaje, como algo general, el cual se analiza, pero en cuanto a la teoría jurídica, lo considera específico, para comprender, interpretar y construir algo nuevo (110).

Existen diversas escuelas y corrientes hermenéuticas, que constituyen las bases de la interpretación y comprensión hermenéutica, estas son: a) Las ciencias del espíritu de Wilhelm Dilthey, b) La sociología comprensiva de Max Weber, c) La formación de conceptos y teorías de las ciencias sociales de Alfred Schutz, d) El lenguaje como medio de la experiencia hermenéutica de Hans-Georg Gadamer, e) La filosofía del lenguaje de Ludwig Wittgenstein, f) La intencionalidad y explicación teológica de Henrik von Wright (114).

Hans-Georg Gadamer, uno de los principales exponentes de la hermenéutica, señala que ésta trata sobre el “anuncio, la traducción, la explicación, la interpretación y la comprensión” (112), es decir, que es el arte de explicar y transmitir, a través de la interpretación, lo dicho por otra persona, en palabras de Gadamer “es siempre esa transferencia desde un mundo a otro, desde el mundo de los dioses al de los humanos, desde el mundo de una lengua extraña, al mundo de la lengua propia”, y así, “el don hermenéutico no es, de hecho, otra cosa que ser capaz de comprender incluso lo que nos parece extraño e incomprensible” (115). En este sentido, quien utilice la hermenéutica (el hermeneuta), deberá comprender los textos a partir del ejercicio de la interpretación, procurando traspasar el significado literal de la palabra, desvelando el sentido profundo de éstas y de los mensajes, frecuentemente plasmados en un papel.

### **2.5.1 Características de la Hermenéutica**

Según Meneses en 2006, las características generales de la hermenéutica son:

- *Lingüística del ser.* El ser es lenguaje y únicamente éste posibilita lo real, porque es el medio a través del cual el “ser” se deja oír.
- *El ser es temporal e histórico.* El mundo no puede ser pensado como algo fijo o estático, la realidad siempre es un proceso, un desarrollo en el tiempo.

- *Precomprensión y “círculo hermenéutico”*. No existe un saber objetivo, transparente ni desinteresado sobre el mundo, cualquier conocimiento viene mediado por una serie de prejuicios, expectativas y presupuestos recibidos de la tradición que determinan, orientan y limitan la comprensión.
- *Imposibilidad de un conocimiento exhaustivo y totalitario de la realidad*. Se hace imposible un conocimiento totalitario, objetivo y sistemático del mundo. La verdad solo puede ser parcial, transitoria y relativa.
- *La interpretación como ejercicio de la sospecha o restauración del sentido*. La hermenéutica supone el esclarecimiento de la verdadera “intención” y del “interés” que subyace bajo toda “comprensión” de la realidad.

Así, el análisis hermenéutico se enmarca en el paradigma interpretativo comprensivo, suponiendo un rescate de los elementos del sujeto por sobre aquellos hechos externos a él. En este sentido, debe destacarse que dicho análisis toma como eje fundamental el proceso de interpretación (109).

## 2.5.2 Contextos y maneras de interpretación

En el libro *El legado de la hermenéutica* de Grondin, se distinguen 5 campos o áreas, donde funciona la hermenéutica (116):

- a) *Interpretación filológica*. Se trata del tipo de interpretación que los filósofos toman con frecuencia como la más fundamental. El objeto de la interpretación es de geometría variable: *el intérprete* puede no solo llegar a elucidar una frase, palabra, sino también una obra, poema, pensamiento, autor, etc.
- b) *Interpretación artística*. Esta interpretación se encuentra en la danza, el teatro, la ópera y la música. Interpretar quiere decir aquí que se ejecuta o se actúa una obra, basándose en un texto o en una partitura.
- c) *Interpretación traducción*. Se da, en efecto, el nombre de intérprete a aquel que asegura el paso de una lengua a otra.

- d) *Interpretación jurídica*. Busca circunscribir el sentido de una ley a fin de aplicarla en un caso presente.
- e) *Interpretación de nuestra presencia en el mundo*. En el mundo contemporáneo, el término interpretación designa algo más amplio que un proceso o una actividad distinta, así que esta interpretación puede entenderse en un **sentido cognitivo** (no hay conocimiento del mundo sin esquema establecido, interpretación que se operaría ya a un nivel de nuestro aparato perceptivo), un **sentido más ideológico** (toda visión del mundo estaría guiada por intereses más o menos reconocidos), o un **sentido histórico** (toda interpretación es hija de su tiempo, de sus paradigmas y de sus escalas de valor), aunque hoy es comprendida por el lenguaje, este encerraría ya toda una interpretación del mundo, que formaría la matriz de todas las interpretaciones.

### 2.5.3 Análisis hermenéutico

En la hermenéutica se pueden distinguir dos corrientes que enmarcan la investigación social, una de ellas es el paradigma positivista, donde su principal exponente Emile Durkheim, sostiene que la mayor preocupación de este paradigma es establecer leyes generales en torno a la ocurrencia de determinados hechos sociales. Los elementos externos determinan en gran medida el modo de pensar y actuar de los individuos que pertenecen a una organización social determinada. Por otra parte, se encuentra el paradigma humanista, en el cual se enmarca esta investigación, puesto que su máximo exponente, Max Weber hace énfasis en la interpretación de los fenómenos particulares que acontecen en un contexto de tiempo y espacio definido, considerando el concepto de acción social, como parte fundamental de esta paradigma, el cual implica que “cualquier acto realizado por el o los individuos posee una "carga" de intencionalidad propia, lo que supone la presencia de elementos subjetivos internos en el actuar de los sujetos” (109), sin dejar de lado las características de la percepción, como la experiencia previa, el contexto, la cultura, entre otras.

Así, Baeza en 2002, presenta nueve recomendaciones para tener en cuenta en el momento de desarrollar un análisis hermenéutico:



- Lograr un conocimiento acabado del contexto en el cual es producido el discurso sometido a análisis.
- Considerar la frase o la oración como unidad de análisis en el *corpus*.
- Trabajar analíticamente apoyándose en la malla temática y sus codificaciones respectivas.
- Establecer un primer nivel de síntesis en el análisis de contenido.
- Trabajar analíticamente por temas, desde la perspectiva del entrevistado.
- Establecer un segundo nivel de análisis de contenido.
- Trabajar analíticamente el conjunto de las entrevistas, desde las perspectivas de las personas sometidas a entrevista.
- Revisar el análisis en sentido inverso, es decir comenzando esta vez desde la perspectiva del entrevistado.
- Establecer conclusiones finales según estrategia de análisis de contenido escogida (vertical u horizontal).

Con lo anterior, es importante adicionar que el análisis hermenéutico se ejerce desde el inicio de la lectura o de la conversación (en este caso desde las entrevistas y transcripciones de las mismas), sobre aquello que se quiere comprender o conocer (percepción de las gestantes adolescentes sobre el control prenatal), así lo señala González Agudelo en 2011 “los textos serían, entonces, el objeto de estudio de la hermenéutica... el texto como un todo puede comprenderse e interpretarse en sí mismo y en relación con cada una de sus partes, es el círculo hermenéutico” (110).

## **2.6 Empresa Social del Estado – ESE**

Según el Decreto 1876 de 1994, las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por Ley, por las asambleas o concejos.

El objeto de las ESE es la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud. Para cumplir con su objeto deben orientarse por los siguientes principios básicos:

- La Eficiencia, definida como la mejor utilización de los recursos, técnicos, materiales, humanos y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida.
- La calidad, relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada, continua, de acuerdo con estándares aceptados sobre procedimientos Científico - Técnicos y Administrativos y mediante la utilización de la tecnología apropiada, de acuerdo con los requerimientos de los servicios de salud que ofrecen y de las normas vigentes sobre la materia.

Otros objetivos de las Empresas sociales del Estado son:

- Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas.
- Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.
- Garantizar la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social.
- Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas Naturales o Jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
- Satisfacer los requerimientos del entorno.
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos (117).

## 3. Diseño metodológico

### 3.1 Tipo de estudio

Estudio exploratorio, cualitativo, de tipo hermenéutico, cuyo interés sobre el objeto de estudio se enmarca en la percepción que tienen las gestantes adolescentes sobre el control prenatal.

### 3.2 Área de estudio

La localidad cuarta San Cristóbal, actualmente se conforma por 211 barrios y limita al Norte con las Localidades de Santa Fe y Antonio Nariño, al occidente con Antonio Nariño, Rafael Uribe y Usme, al sur con la Localidad de Usme y al oriente con los cerros orientales. El margen occidental está delimitado por la Carrera Décima, al norte alcanza la Calle Primera y la Quebrada Chorrerón, por el oriente. Así mismo contempla bienes de interés cultural, como el Hospital La Samaritana, El Hospital Materno Infantil y la iglesia 20 de Julio (118).

El comportamiento de la fecundidad en adolescentes de esta localidad, se ha convertido en una de sus prioridades, ya que durante el 2009 se evidenciaron cifras muy por encima de las distritales, especialmente entre los 10 y los 29 años, resaltando los embarazos en edades tempranas de 10 a 14años. Es así como lo demuestra el Cuadro 3-1:

**Cuadro 3-1:** Tasas Específicas de Fecundidad. San Cristóbal Vs Bogotá 2006-2009.

Edad	2006		2007		2008		2009	
	Btá	Loc	Btá	Loc	Btá	Loc	Btá	Loc
10 a 14	1,73	2,46	1,64	2,64	1,87	2,89	1,83	2,05
15 a 19	65,62	88,88	68,16	96,27	66,84	86,53	64,3	64,3
20 a 24	97,88	126,86	98,93	133,24	102,11	134,54	99,78	136,87

Edad	2006		2007		2008		2009	
	Btá	Loc	Btá	Loc	Btá	Loc	Btá	Loc
25 a 29	85,10	95,52	85,73	98,68	85,46	97,30	83,57	103,78
30 a 34	66,69	66,55	65,72	64,08	64,65	59,09	63,57	58,13
35 a 39	39,23	37,30	39,92	36,97	38,99	33,69	37,79	35,8
40 a 44	11,14	10,60	10,47	10,29	10,46	11,64	10,24	9,41
45 a 49	0,83	0,64	0,81	0,86	0,69	0,77	0,64	0,46

*Fuente: Bases de DATOS DANE- Sistema de Estadísticas Vitales*

Esta localidad cuenta con el Hospital San Cristóbal, el cual fue creado mediante el acuerdo No. 20 de 1990 del Concejo de Santa Fé de Bogotá y se transforma en Empresa Social del Estado mediante el acuerdo 17 de 1997; se encuentra localizado al Sur - Oriente de Bogotá en la Localidad Cuarta de San Cristóbal Sur y cuenta con 4 Unidades Primarias de Atención (UPA) y 1 Centro de Atención Médica Inmediata (CAMI).

En la parte baja de la Localidad están concentrados los barrios con mayores condiciones físicas, socioeconómicas, infraestructura urbana y funcionamiento de los servicios públicos, allí se encuentran la UPA Primera de mayo. En el sector medio se encuentra la mayor concentración de barrios con un 70% de ellos, para uso residencial y comercial intensivo, allí se encuentran las UPA Bello Horizonte, Los Alpes y La Victoria. En la parte alta se encuentra el sector más crítico en cuanto a infraestructura, servicios públicos, clima y estratificación social, encontramos en esta zona el CAMI de Altamira.

Como hospital de primer nivel de atención la respuesta se enfoca a consulta externa, medicina general, promoción y prevención, odontología general, higiene oral, consulta enfermería, consulta de optometría, vacunación, endodoncia, ginecología y obstetricia, atención al usuario, actividades de promoción y prevención realizadas por el médico, por la enfermera profesional; otros procedimientos como suturas, curaciones y toma de tensión arterial; servicios de apoyo diagnóstico como laboratorio clínico, imagenología y los servicios de apoyo terapéutico como farmacia y terapia respiratoria (119).

Para el año 2016, el objetivo es ser una Empresa reconocida a Nivel Nacional por su calidad humana y técnica, mejorando las condiciones de calidad de vida y salud de la comunidad (120).

### **3.3 Población y muestra**

La población del estudio estuvo constituida por las gestantes adolescentes que acuden al programa de control prenatal en el Hospital San Cristóbal ESE, las cuales se captaron a través de los cursos de preparación para la maternidad y paternidad, realizados en las UPAs Primero de Mayo, Bello Horizonte y Victoria de la localidad cuarta, San Cristóbal.

En los estudios cualitativos usualmente se emplean muestras pequeñas, no aleatorias, ya que el objeto de esta investigación se enmarca en el interés propio de descubrir significados o reflejar realidades, por lo que la generalización no es un objetivo de la investigación cualitativa (121). Por esta razón, para este estudio el muestreo fue teórico (noción proveniente de los americanos Glaser y Strauss), es decir, que se determina con base en las necesidades de información, puesto que la recopilación de datos se acompaña con el análisis de los mismos, se muestrean conceptos y no personas.

Uno de los principios que guía el muestreo es la saturación de datos, la cual se alcanza cuando no surge ningún dato nuevo o información adicional en las últimas entrevistas, se considera una indicación para poner fin a la recogida de datos y su análisis.

### **3.4 Criterios de inclusión y exclusión**

Los criterios de inclusión y exclusión de las participantes se presentan en el Cuadro 3-2:

**Cuadro 3-2:** Criterios de inclusión y exclusión de las participantes

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
Gestantes adolescentes entre los 14 y 19 años de edad	Gestantes adolescentes menores de 14 y mayores de 19 años
Que se encuentre en el segundo o tercer trimestre de gestación	Que el control prenatal se esté realizando en un 2do o 3er nivel de atención
Haber recibido 3 o más controles prenatales	Que la atención del control prenatal no se lleve a cabo dentro de la localidad cuarta, San Cristóbal
Participación voluntaria en el estudio con firma del consentimiento informado	
Disponibilidad de tiempo	

Para la OMS, el periodo de la adolescencia comprende los 10 y 19 años de edad, cuando se evidencian cambios a nivel biológico, psicológico y social, influenciados por el ambiente y el contexto cultural en el que se desenvuelven. Sin embargo, este estudio considera como participantes a las adolescentes gestantes mayores de 14 años, puesto que según la ley 12 de 1991, ellas tienen derecho de solicitar por sí mismas servicios de salud sexual y reproductiva. En cambio, las menores de 14 años, necesitan estar acompañados por sus padres o un acudiente.

De igual forma es importante que tengan 3 o más controles prenatales realizados por el Hospital San Cristóbal, con el fin de construir su percepción con base en la experiencia.

## 3.5 Técnicas de recolección de la información

### 3.5.1 Entrevistas semiestructuradas

La recolección de datos se llevó a cabo a través de entrevistas individuales semiestructuradas, las cuales conceden amplia libertad tanto al entrevistado como al entrevistador, puesto que este puede decidir libremente el orden de presentación de los temas y el modo de formular las preguntas, garantizando al mismo tiempo la discusión de todos los temas y la recolección de la información necesaria (122). La entrevista se estructuró en dos partes: en la primera, se elaboraron preguntas generales como la edad, el nivel educativo, estado civil, afiliación, entre otras, con el fin de caracterizar a los participantes. En la segunda parte, se incluyeron preguntas que responden directamente a las dimensiones del control prenatal (Ver anexo A).

Para la construcción de las preguntas, se tomó como referente las características del control prenatal (precoz, periódico, de buena calidad, integral, universal y de libre elección), consignadas en las Guías de Atención Materna de la Secretaría Distrital de Salud, las cuales se encuentran descritas ampliamente en el capítulo de Referentes conceptuales.

- **Precoz:** propende a que la atención se brinde en la preconcepción o desde el primer trimestre de gestación. Detectar a tiempo la gestación es fundamental para la salud de la madre y del niño por nacer, logrando dirigir al cuidado prenatal, posibilitando acciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad y detectando factores de riesgo.

Las preguntas planteadas a partir de esta característica fueron:

- ¿Cuénteme usted hace cuánto tiempo inició el control prenatal, cuántas semanas o meses de gestación tenía?
- Si inició tarde el control prenatal ¿cuáles fueron los motivos?

Con estas preguntas se pretende explorar aspectos relacionados con el inicio temprano o tardío de la atención prenatal, además de cómo fue y quién la orientó al primer contacto con los servicios de salud.

- Periódico: se debe cumplir un mínimo de número de controles prenatales según la edad gestacional, los factores de riesgo, los recursos disponibles en cada región y las normas establecidas. El seguimiento y la periodicidad de los controles para gestantes de bajo riesgo, deben ser mensuales hasta la semana 32, luego cada 15 días hasta la semana 36 y semanal o quincenalmente hasta el parto.

Las preguntas planteadas a partir de esta característica fueron:

-¿Cuántas semanas o meses de gestación tiene?

-¿A cuántos controles ha asistido?

-¿Por qué asiste a los controles prenatales?

Estas preguntas permiten analizar si el número de controles prenatales realizados corresponde con las semanas de gestación que actualmente tiene la adolescente. Además, indagar los motivos o razones por las cuales asiste a los controles prenatales.

- Buena calidad: las condiciones en las que se brinda la atención prenatal es un indicador de la calidad del mismo. Cuando existe aceptabilidad de los servicios prenatales, este se refleja en la satisfacción, continuidad y adherencia por parte de la gestante para cumplir sus controles y recomendaciones del profesional.

Las preguntas planteadas a partir de esta característica fueron:

- ¿Qué recuerda y cómo se sintió en esos controles prenatales?

- ¿Cómo se sintió atendida por los profesionales de la salud (médico, enfermero (a) y auxiliar de enfermería) durante sus controles prenatales?

- ¿Considera usted que hay algún trato diferente por parte de las personas que le realizan los controles prenatales, por estar embarazada a su edad?

- ¿Cómo se siente con el tiempo que le dedican a sus controles prenatales?

- ¿Cómo le gustaría que fuera el control prenatal para las adolescentes?



Se busca conocer cómo se siente la adolescente con respecto al control prenatal, a la atención por parte del profesional de salud, con el tiempo de la consulta, además de indagar sobre que le agregaría o le suprimiría al control y como le gustaría que fuera.

- Integral: la atención prenatal debe incluir el fomento, la prevención, educación y recuperación de la salud. En todos los controles se indican los signos de alarma por los que la gestante debe consultar oportunamente, se debe brindar información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional y consejería en planificación familiar, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los dos años.

Las preguntas planteadas a partir de esta característica fueron:

- ¿Qué recuerda y cómo se sintió en esos controles prenatales?
- ¿Le mencionaron los derechos y deberes del usuario y/o la gestante?
- ¿Le explican los signos de alarma que se pueden presentar durante la gestación y otras recomendaciones que le brindan en el control prenatal?
- ¿Por qué asiste o por qué no asiste a los cursos de preparación para la maternidad y paternidad?
- ¿Cómo le gustaría que fueran estos cursos?

Estas preguntas buscan explorar específicamente las actividades que el profesional le realiza dentro del control prenatal, entre ellas la indicación de los signos de alarma y otras recomendaciones importantes para el bienestar de las gestantes. Por otro lado, se indaga sobre las actividades de los cursos de preparación para la maternidad y paternidad y si le agregaría o suprimiría algún elemento. Básicamente, la exploración sobre el curso, es de interés para la Empresa Social del Estado, donde se llevará a cabo esta investigación.

- Universal: la cobertura es una característica muy relevante para asegurar que la asistencia y las intervenciones sean efectivas.

La pregunta planteada a partir de esta característica fue:

- ¿Cuénteme qué barreras administrativas usted encontró para solicitar sus controles prenatales?

Con esta pregunta se desea comprender si existen inconvenientes para que la gestante acceda a los controles prenatales y como se ha sentido con esos trámites.

- Libre elección: hace referencia a garantizar el acceso de la usuaria a la institución más cercana. Esto favorece la asistencia a los controles prenatales.

La pregunta planteada a partir de esta característica fue:

- ¿Dónde le realizan los controles prenatales?

Se pretende conocer si la gestante recibe atención prenatal en el centro de salud más cercano a su domicilio.

### **3.5.2 Diarios de campo**

El diario de campo se clasifica como un instrumento de registro no sistematizado de carácter personal en el que registra de forma completa, precisa y detallada conductas, sentimientos, emociones y percepciones del entorno. Al realizar cada entrevista, se desarrolló un diario de campo que permitió registrar aspectos ambientales y psicosociales del entorno.

Se debe tener en cuenta datos de ubicación (lugar, fecha), lo observado (hechos) y los comentarios del investigador (opiniones, interpretaciones).

## **3.6 Procedimiento y recolección de datos**

Se coordinó con la gerencia del Hospital San Cristóbal ESE, la realización de este estudio a través de la presentación del mismo ante el comité de ética, donde fue avalado y autorizado.

El procedimiento y la recolección de datos se llevó a cabo de la siguiente forma:

- a) Prueba piloto para ajustar el procedimiento.** La primera aproximación a la población fue a través de la realización de 5 entrevistas piloto a gestantes adolescentes que cumplieran con los criterios de inclusión planteados en el trabajo y previa autorización y

firma del consentimiento informado. Lo anterior, con el fin de tener un primer acercamiento hacia las gestantes adolescentes, determinar sus comportamientos, definir y estandarizar el procedimiento realizado en las entrevistas, ajustar las preguntas y su lenguaje para que sea comprensible, desarrollar habilidades en el desarrollo de la entrevista por parte del investigador, conocer el tiempo promedio de la entrevista y realizar un primer barrido de categorización.

**b) Recolección de la información.** Luego de ajustar la entrevista y su procedimiento, se determinó que la mejor forma de identificar y captar a las gestantes adolescentes era en los cursos de preparación para la maternidad y paternidad, realizados en las Unidades Primarias de Atención (UPA) del Hospital. Este se encuentra conformado por cuatro UPA y un CAMI, pero solo hay tres espacios para la realización de los cursos de preparación para la maternidad y paternidad, en la UPA Primero de Mayo, UPA Bello Horizonte Y UPA La Victoria, así que la UPA Alpes y el CAMI Altamira realizan sus cursos en la UPA La Victoria.

- Cuando se identificaron y se captaron las gestantes adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión del estudio, se les explicó el objetivo del mismo y la posibilidad de participar voluntariamente en el desarrollo de la investigación. Las que desearon participar voluntariamente, se programaron para la entrevista.

- En las tres UPAs donde se realizan los cursos, se contó con el apoyo del profesional de enfermería encargado del curso, explicándole el propósito del estudio, la metodología y la presentación de la investigadora.

- Se acordaron espacios apropiados, como consultorios ventilados y con buena iluminación, para la realización de la entrevista, puesto que esta requiere de un ambiente íntimo y de confianza que favorezca la comunicación.

- La recolección de la información se realizó en el periodo comprendido de mayo a julio de 2012.

**c) Preparación de la entrevista**

- Se estableció un ambiente agradable y de confianza, entre la participante del estudio y el entrevistador, teniendo en cuenta que la entrevista debe desenvolverse como una conversación y no como un interrogatorio.
- Se presentó la investigadora, se describió con detalle el objetivo y motivo de la entrevista y se explicó el por qué había sido seleccionada para la investigación, de igual forma se aclararon dudas.
- Se trató el tema de la confidencialidad, el anonimato y el uso que va a hacerse de ella.
- Se realizaron preguntas exploratorias evitando un tono de lectura o interrogación, con el fin de estimular y animar a la gestante para no estar a la defensiva.

#### **d) Desarrollo de la entrevista**

- La realización de las entrevistas fueron grabadas con previa autorización y firma del consentimiento informado.
- Fue importante motivar, incentivar, animar la conversación para obtener la mayor información (122). Para esto se utilizaron expresiones como: “esto es muy interesante”, “entiendo”, “entonces, me ha dicho que...”, “¿puede explicarlo mejor”. De igual forma se realizaron pequeñas pausas para favorecer la confianza por parte del entrevistado.
- En un diario de campo se anotaron sugerencias, expresiones, gestos, etc., es decir todo aquello que permita comprender el significado de lo que dice la gestante para obtener y registrar información de aspectos ambientales y psicosociales del entorno de la entrevista.
- Se otorga a la gestante adolescente el tiempo suficiente para pensar y responder, realizando la entrevista al ritmo del entrevistado.

### 3.7 Análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizó como metodología la hermenéutica, la cual, según Gadamer, se trata sobre el “anuncio, la traducción, la explicación, la interpretación y la comprensión” (112), es el arte de explicar y transmitir, a través de la interpretación, lo dicho por otra persona. Quien utilice la hermenéutica (el hermeneuta), deberá comprender los textos a partir del ejercicio de la interpretación, procurando traspasar el significado literal de la palabra, develando el sentido profundo de éstas y de los mensajes, que frecuentemente son plasmados en un papel.

Se realizaron los siguientes pasos:

- Transcripción. Las entrevistas fueron transcritas en un tiempo no mayor a 48 horas después de realizadas, ya que el paso del tiempo, el contacto con otras personas o la realización de diversas actividades, podrían hacer perder la exactitud y los detalles de los registros recolectados, se tuvieron en cuenta las notas o el diario de campo de la investigadora. El tiempo invertido por entrevista completa (hacerla, revisarla, transcribirla) fue de 15 a 20 horas.

Es oportuno mencionar que el texto, más específicamente el procedimiento que lo crea, es decir, la escritura, actúa como fijador del discurso y también muchas veces es el "salto del habla"; en gran medida es la escritura la que permite al hombre tener su mundo y no simple situaciones aisladas. Así se pasa del pensamiento a la escritura (109). Por esta razón, para este proceso se tuvo en cuenta, según López y Deslauriers: respetar el sentido y la lógica del entrevistado, realizar una buena puntuación y concordancia verbal, precisar el pensamiento pero sin transformarlo, escribir correctamente distinguiendo el lenguaje utilizado de manera simple y transcribir las ideas por párrafos y subpárrafos (123).

- Lectura preliminar de las transcripciones. Se realizó un proceso de lectura y escucha varias veces, para lograr la mayor fidelidad posible a lo que dijeron las entrevistadas.

-Se llevó a cabo una primera aproximación al análisis, mediante anotaciones de ciertos apartados de las entrevistas en un cuadro matriz, el cual consiste en tres columnas donde se registran oraciones o frases, categorías y temáticas identificadas.

- La técnica utilizada para el análisis de los datos fue, el análisis de contenido.

### 3.7.1 Análisis de contenido

El análisis de contenido, según Andréu Abela en 2002, es una técnica de interpretación de textos, ya sean escritos, grabados, pintados, registros de datos, transcripción de entrevistas, documentos, los cuales al leerlos e interpretarlos adecuadamente, abre las puertas al conocimiento de diversos aspectos y fenómenos de la vida social (124). Este análisis, básicamente se basa en la lectura como herramienta para la recolección de la información, la cual debe ser sistemática, objetiva, replicable y válida, combinando la observación y producción de datos, y la interpretación o análisis de los mismos.

El análisis de contenido se clasifica en dos tipos, *el manifiesto*, donde el investigador busca palabras específicas o ideas, las cuales son registradas y usadas para producir estadísticas sobre el contenido de los datos. El análisis *latente*, por el contrario, busca el significado de fragmentos o párrafos específicos en el contexto de los datos, a través de la identificación, codificación y categorización de los datos (125). Así que esta investigación, se basó en los estudios de la socióloga Minayo (1992), quién plantea los siguientes pasos (126):

- a) *Organización de los datos*. En esta primera etapa se realiza un mapeo de los datos obtenidos, en este caso en las transcripciones. Se leen los datos, se identifican y subrayan palabras, frases, temas, fragmentos o secciones y se realizan comentarios al margen, de todo aquello que es sobresaliente para el investigador. Se puede optar por varios tipos de *unidades de registro*, que hacen referencia a los elementos obtenidos mediante la separación de todo el mensaje. Para este caso, se estableció la frase u oración como *unidad de registro*. Todo este proceso es reconocido como *codificación*.
- b) *Clasificación de los datos*. Después de la *codificación*, los datos están listos para ser categorizados. En esta fase es importante la lectura exhaustiva y repetida de los textos,

estableciendo interrogantes para identificar lo que surge de relevante. Con base a lo que se identifica como relevante, se inició con el proceso de *categorización*, el cual hace referencia a un concepto que abarca elementos con características comunes o que se relacionan entre sí, es decir, que se empiezan a establecer clasificaciones. Así que se recortaron y se agruparon por categorías, los fragmentos subrayados en el paso anterior.

Para lograr esto, se trabajó con un cuadro matriz para cada entrevista, el cual contiene tres columnas: frase u oración, categoría y tema, y luego se recopilieron todas las entrevistas. El criterio para la formación de las categorías dependió de elementos inferenciales, razonamientos del investigador y elementos teóricos, que permitieron consolidarla categorización.

Las categorías presentaron cualidades como: todas las partes de los datos fueron incluidos, generando una visión total de los datos, se etiquetaron utilizando el mismo lenguaje de los datos, una misma unidad de información no se clasificó en varias categorías, las categorías fueron elaboradas de acuerdo a los objetivos de la investigación y se revisaron por parte de otros investigadores (directoras de la tesis y de un par académico).

- c) *Análisis final*. En ese momento, primero, se debe contener todas las categorías y encontrar el tema o los temas centrales del objeto del estudio, se responden preguntas como: ¿Qué relación hay entre las categorías? ¿Qué patrones básicos se encuentran recurrentemente en los datos? ¿Qué conclusiones pueden ser formuladas? Esto lleva a un nivel superior de análisis, síntesis y descripción. Además, se busca establecer relaciones entre los datos y los referentes teóricos de la investigación.

### 3.7.2 Rigor metodológico

El rigor es parte integral de la investigación cualitativa, por lo que autores como Guba (1989), Ruiz e Ispizua (1989), Franklin & Ballau (2005) y Mertens (2005), proponen criterios que son coherentes con los propósitos, fines y bases filosóficas de la investigación cualitativa. Los criterios que comúnmente se utilizan para evaluar el rigor metodológico son la dependencia, credibilidad, auditabilidad y transferibilidad (127).

- **Dependencia**

La dependencia o consistencia lógica, es el grado en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efectúen los mismos análisis, generen resultados equivalentes. Existe una dependencia interna (diversos investigadores, al menos dos, generan temas similares con los mismos datos), y una externa (diversos investigadores generan temas similares en el mismo ambiente y período, pero cada quien obtiene sus propios datos).

En este caso se realizó revisión por parte de las directoras de la tesis en la recolección y análisis de los datos.

- **Credibilidad**

La credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. Es la garantía de la calidad y cantidad de observaciones hechas y la exactitud de las relaciones que se establecen.

Por esta razón, se recolectaron diversos datos, provenientes de varias perspectivas y se mantuvieron conversaciones prolongadas con las participantes del estudio para que la recolección de los datos produjera hallazgos que realmente se aproximaran a lo que ellas piensan y sienten.

- **Auditabilidad**

Reconocida también como *confirmabilidad*, se trata de la habilidad de otro investigador de seguir la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original, siempre y cuando tengan perspectivas similares.



- **Transferibilidad**

Hace referencia a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones, la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos aun contexto diferente del estudio. Para ello se necesita que se describa densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos.

### 3.8 Limitaciones del estudio

- Dificultad para captar a las participantes del estudio. Se determinó que la mejor forma de captar a las gestantes adolescentes era en los cursos de preparación para la maternidad y paternidad, la dificultad se presentó cuando en los cursos no asistían las participantes que requería la investigación, es decir, gestantes que cumplieran con los criterios de inclusión (entre 14 y 19 años, 3 o más controles prenatales, etc...).Esto prorrogó la obtención de la información.
- En la recolección de información. Cuando se programaban las entrevistas con las gestantes que deseaban participar en la investigación, algunas no cumplieron con la cita para dicha entrevista, justificando falta de tiempo, así que se captaron nuevas participantes.
- Dificultad para obtener la información. Al realizar las entrevistas, las gestantes no profundizaban en sus respuestas, lo que llevo a un gasto mayor de tiempo en la realización de las entrevistas. Por lo tanto, se utilizaron preguntas y expresiones para estimular y animar el diálogo, entre ellas: ¿puede explicármelo mejor? “continúe”, “me gustaría conocer mejor su opinión” “es muy interesante”.
- Con respecto a la investigadora, se dificultó al inicio el abordaje de la investigación por la falta de habilidad y experiencia en la metodología cualitativa.
- El escaso material bibliográfico relacionado con la percepción sobre el control prenatal.

### 3.9 Aspectos éticos

Cuando en una investigación, el ser humano sea sujeto de estudio deberán prevalecer tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia (CIOMS) (128). El respeto por las personas incluye el respeto por la autonomía, en este caso sobre el pensamiento, las ideas y las decisiones de las gestantes adolescentes; la beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño, en este estudio no existe riesgo de daño, y la justicia es la obligación de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

De igual forma, se tuvo en cuenta la *Pauta 17 Mujeres embarazadas como sujetos de investigación* de la CIOMS, donde señalan que la investigación con esta población sólo es relevante para las necesidades particulares de salud de una mujer embarazada o de su feto o para las necesidades de salud de las mujeres embarazadas en general. La investigadora garantiza que las gestantes serán informadas sobre los riesgos y beneficios para ellas y para su gestación.

Según el artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud Colombiano, este estudio se clasifica dentro de la categoría "sin riesgo", donde se menciona:

“Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta” (129)

Por lo anterior, no se pondrá en riesgo la vida de la madre ni de su hijo por nacer, además prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad de cada gestante adolescente y la protección de sus derechos y su bienestar.

Además, en toda investigación con seres humanos, el investigador debe obtener el consentimiento informado voluntario del potencial sujeto, el cual consiste en una decisión de

participar en la investigación, a través de su aceptación en un documento, escrito y leído antes de realizar, en este caso, la entrevista (Ver anexo B).

Antes de solicitar el consentimiento de las gestantes adolescentes para participar en este estudio, la investigadora les proporcionó la siguiente información en un lenguaje comprensible: inicio por una invitación a participar en la investigación a la gestante adolescente, explicación de los objetivos y métodos de la investigación, además de la duración esperada de la entrevista, los beneficios esperados para la gestante, explicación del carácter confidencial de la información, la libertad para negarse a participar o de retirarse si lo considera conveniente sin consecuencias penales o pérdida de beneficios y la garantía de recibir respuesta o aclaraciones a cualquier duda.

A partir de lo mencionado, igualmente se presenta un anteproyecto ante el Comité de Ética del Hospital San Cristóbal ESE, el cual fue avalado oficialmente el 26 de julio de 2012 (Ver anexo C).

La difusión del estudio se realizará a través de la socialización y conocimiento al Comité de Ética y al equipo de salud del Hospital San Cristóbal ESE. Igualmente, se publicará un artículo en la Revista de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia



## **4. Resultados**

### **4.1 Resultados información diarios de campo**

En los diarios de campo se registró información sobre aspectos ambientales y psicosociales de las entrevistas (Ver anexo D).

Para todas las entrevistas, la ubicación geográfica tuvo lugar en las instalaciones del Hospital San Cristóbal ESE de la localidad cuarta, en las UPAs primero de mayo, Bello horizonte y La Victoria, donde se habilitaron consultorios que en el momento de las entrevistas no tenían programadas consultas. Dentro de los aspectos ambientales se destacan espacios fríos, iluminados, con buena ventilación y sillas cómodas; no hay molestias por ruido, ni por interrupciones, así que las entrevistas se realizan de manera agradable, íntima y continua.

En cuanto a las actitudes de las entrevistadas, sobresalen la tranquilidad, la timidez y la angustia, que se reflejaron en la mayoría de las adolescentes. La timidez estuvo al principio de las entrevistas, puesto que las respuestas que daban a las preguntas eran monosílabos y no se extendían ni daban detalles. La angustia aparecía en algunas preguntas donde debían recordar sus experiencias tanto de los controles como de otros embarazos. La tranquilidad se evidenció desde la mitad de la conversación, cuando ya adquirieron más confianza con la investigadora y el ambiente se tornó más cálido y agradable. Otras adolescentes fueron muy efusivas y alegres en sus relatos, lo que permitió al investigador obtener más información.

### **4.2 Resultados de información entrevistas semiestructuradas**

En este apartado se presenta la información relacionada con la caracterización de las participantes y el análisis de contenido de las entrevistas semiestructuradas. El análisis de los

datos provenientes de las entrevistas, fueron categorizados siguiendo las categorías emergentes del análisis de contenido.

#### **4.2.1 Caracterización de las participantes**

En la investigación participaron 12 gestantes adolescentes, entre los 17 y 19 años de edad, las cuales, según su nivel educativo, el 50% eran bachilleres y el otro 50% estaban cursando bachillerato. Se ha demostrado que el nivel educativo influye en los embarazos a temprana edad, como lo señala la Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011: “a mayor nivel educativo e índice de riqueza, los porcentajes de adolescentes embarazadas son menores” (4), al igual que el inicio tardío de las relaciones sexuales. Sin embargo, es importante mencionar que en este grupo ninguna adolescente se retiró del colegio, a pesar de que un estudio de Salazar et al. en 2007 (31), demostrara que hay una altísima probabilidad de deserción por embarazo.

En cuanto al estado civil, el 50% eran solteras y el 50% vivían en unión libre. La encuesta mencionada anteriormente refiere que en la localidad San Cristóbal, el 36% de las mujeres en edad fértil son solteras, el 34% viven en unión libre y el 16% son casadas. En la adolescencia hay una inmadurez biológica, psíquica y emocional lo que puede conllevar a relaciones inestables, donde en muchas ocasiones las adolescentes gestantes quedan sin el apoyo del compañero.

Con respecto a los antecedentes ginecoobstétricos, el 58% eran primigestantes y el 42% multigestantes; esto permite evidenciar que la fecundidad en adolescentes sigue en aumento, donde a los 19 años algunas ya han estado embarazadas hasta 4 veces. Factores económicos, sociales y familiares, influyen significativamente en el embarazo a temprana edad. En la localidad San Cristóbal, el 15% de las adolescentes entre 15 y 19 años alguna vez ha estado en embarazo.

Según el trimestre de gestación, el 17% se encontraban en el segundo trimestre y 83% en el tercer trimestre. El Cuadro 4-1 muestra individualmente las características de las participantes.

**Cuadro 4-1:** Características de las participantes

GESTANTE	EDAD	PROCEDENCIA	NIVEL EDUCATIVO	ESTADO CIVIL	AFILIACIÓN	SEMANAS DE GESTACIÓN	# DE CONTROLES	CENTRO DE SALUD	ANTEC. GINECO.
<b>G1 LG</b>	19	Bogotá	Noveno	Unión libre	Solsalud	19	4	UPA Victoria UPA	G4 P1 A2
<b>G2 SG</b>	18	Bogotá	Bachiller	Soltera	Fondo Financiero	37	7	Primero de Mayo UPA	G2 P0 A1
<b>G3 AT</b>	17	Bogotá	Once	Unión libre	Capital Salud	36	4	Primero de Mayo UPA	G1 P0 A0
<b>G4 KG</b>	18	Bogotá	Bachiller	Soltera	Humana Vivir	30	3	UPA La Victoria	G1 P0 A0
<b>G5 MN</b>	19	Bogotá	Bachiller	Soltera	Solsalud	28	3	UPA La Victoria	G2 P0 A1
<b>G6 MM</b>	19	Tolima	Séptimo	Unión libre	Fondo Financiero	34	5	CAMI Altamira	G1 P0 A0
<b>G7 YF</b>	19	Bogotá	Bachiller	Soltera	Humana Vivir	34	3	CAMI Altamira	G2 P0 A1
<b>G8 YU</b>	19	Bogotá	Décimo	Unión libre	Saludcoop	28	3	Bello Horizonte	G2 P1 A0
<b>G9 AR</b>	18	Yopal	Bachiller	Unión libre	Fondo Financiero	31	6	UPA Primero de Mayo	G1 P0 A0
<b>G10 DC</b>	19	Cali	Décimo	Soltera	Humana Vivir	20	3	UPA Primero de Mayo	G1 P0 A0
<b>G11 MA</b>	18	Bolívar	Décimo	Unión libre	Ecoopsos	28	5	UPA Bello Horizonte	G1 P0 A0

GESTANTE	EDAD	PROCEDENCIA	NIVEL EDUCATIVO	ESTADO CIVIL	AFILIACIÓN	SEMANAS DE GESTACIÓN	# DE CONTROLES	CENTRO DE SALUD	ANTEC. GINECO.
G12 MV	19	Bogotá	Bachiller	Soltera	Capital Salud	26	5	CAMI Altamira	G1 P0 A0

*Fuente: Mayorga, Andrea. Percepción de las gestantes sobre el control prenatal en la E.S.E San Cristóbal, Bogotá 2012*

## 4.2.2 Descripción de categorías y subcategorías emergentes

A partir de la aproximación inicial al análisis de contenido de las entrevistas, se definieron las categorías y subcategorías emergentes que permitieron la clasificación textual de los hallazgos.

A continuación se describen las 5 categorías y subcategorías que emergieron:

- **Experiencias del control prenatal**

Esta categoría abarca las experiencias de las gestantes en sus controles prenatales, la cual se determina cuando un individuo adquiere conocimiento sobre diferentes situaciones vividas afectada por el contexto social y cultural; esta experiencia siempre será única en cada persona, así se esté ante la misma situación. Cuando se habla de percepción, se entiende que está influenciado por la personalidad del individuo y la vivencia de un estado, este proceso revive una “prehistoria” de cada uno, la cual es verdadera a partir del contacto con la situación, evento o contexto, en este caso, con el control prenatal.

Dentro de la categoría se identificaron las siguientes subcategorías, que permiten profundizar en diferentes aspectos del control prenatal:

- Aproximación al autocuidado
- Expresando lo que piensan y sienten
- Actividades y recomendaciones
- Atención y actitud del profesional



- Tiempo de la consulta
- Derechos y deberes
- Sugerencias

▪ **Pensamientos con respecto a la gestación y atención como adolescente**

En muchas ocasiones, la gestación en la adolescencia no es esperada, planeada o establecida con la conciencia de las implicaciones que conlleva. La experiencia del embarazo en una adolescente es tan impactante que genera desequilibrio en su personalidad, debido a que es algo que llega de improviso a truncar el desarrollo normal de su vida cotidiana (2). Sin embargo, al atravesar por un caos de sentimientos, ideas y pensamientos, es acogido positivamente por la mayoría de las adolescentes, quienes generan las transformaciones necesarias en su contexto para alcanzar su pleno desarrollo. Esta categoría expone los pensamientos y algunos sentimientos que las adolescentes tienen sobre su proceso de gestación y cómo valoran la atención brindada en el control prenatal.

Se identificaron las siguientes subcategorías:

- Importancia de la gestación
- Atención como protección
- Atención como sermón
- Sentimientos de tristeza

▪ **Sentimientos que envuelven el control prenatal**

Los sentimientos son resultado de la relación, vivencias y experiencias de la forma de actuar de cada individuo. Sentir es un proceso único, el cual se conforma de dos partes: la experiencia cognitivo-emocional que el objeto provoca (persona, animal, cosa, situación), y los efectos que dicha experiencia desencadena en el organismo (130). Cada gestante adolescente, de acuerdo a su relación con el control prenatal, expresa una variedad de sentimientos, los cuales se encuentran influenciados por su entorno familiar, por las condiciones en las que quedó embarazada, por su red de apoyo y por la atención que recibe. Los sentimientos que ellas describieron sobre su experiencia en el control prenatal fueron diversos, desde la alegría y la satisfacción hasta el temor y la angustia. Así, se presentan las siguientes subcategorías:

- Alegría y satisfacción
- Protección y confianza
- Incomodidad
- Temor y angustia

▪ **Curso de preparación para la maternidad y paternidad**

El Curso de Preparación para la Maternidad y Paternidad es una herramienta básica, útil y de fácil manejo, la cual busca enseñar a la familia gestante a detectar factores de riesgo para tratarlos oportuna y adecuadamente, evitando complicaciones mayores (61). Además, pretende que la gestante reciba la información adecuada sobre el nacimiento, la respiración apropiada para cada etapa, diferentes posiciones para recibir las contracciones, aplicando terapias alternativas, música terapia, aromaterapia, reflexología, sesión de relajación y talleres con participación activa del grupo familiar.

El curso es un complemento importante del control prenatal, ayuda a reforzar la información brindada en el control y fortalece otros conocimientos que favorecen a las gestantes en su cuidado y el del bebé.

Dentro de esta categoría se identifican las siguientes subcategorías:

- Favorece el cuidado
- Espacio y actitud del personal de salud
- Sugerencias

▪ **Imaginario sobre el control prenatal**

A partir de las experiencias de otras personas y de la transmisión de conocimiento de unos a otros, todos los individuos forman imaginarios alrededor de un contexto, evento o situación. Cuando una mujer asiste, en este caso, al control prenatal, la mayoría de veces manifiesta su experiencia a otras mujeres (hermanas, amigas, primas, hijas) las cuales, van formando hipótesis o supuestos sobre cómo se desarrolla un control prenatal. Por esta razón, las gestantes pensaban o creían algunas cosas sobre la atención prenatal, que luego fueron

confirmando o cambiando, a medida que asistían a los controles. De igual forma, es esencial lo que les transmiten sus familiares, en cuanto a cuidados y consejos sobre su gestación y atención en el centro de salud.

Un imaginario “es un conjunto real y complejo de imágenes mentales, independientes de los criterios científicos de verdad y producidas en una sociedad a partir de herencias, creaciones y transferencias relativamente conscientes” (131). En lo imaginario coexisten tres grandes categorías: a) Las imágenes, entendidas como realidades físicas y mentales que se encuentran en todos los escenarios vitales y permiten ver la realidad, b) Los imaginarios son los marcos de referencia desde los cuales los sujetos decodifican las imágenes que le vienen del contexto y configuran las suyas propias, y c) La fantasía es el escenario de la imaginación creativa, de las cosas no pensadas ni dichas.

Dentro de esta categoría se identificaron las subcategorías:

- Llegando al control prenatal
- Consejos y creencias

### 4.2.3 Contenido textual según categorías y subcategorías emergentes

A partir de las entrevistas realizadas, se presentan algunas unidades de análisis que dieron lugar a las categorías y subcategorías de este estudio. El cuadro 4-2, relaciona el contenido textual con las subcategorías para la categoría 1 (Experiencias del control prenatal).

**Cuadro 4-2:** Categoría 1

EXPERIENCIAS DEL CONTROL PRENATAL	
SUBCATEGORÍAS	UNIDAD DE ANÁLISIS
Aproximación al autocuidado	<p><i>“El control prenatal es algo muy básico, que es muy importante que uno no debe dejar de asistir y es de las pocas veces que uno le dedica un tiempito a su bebé y que nunca está de más...” G2</i></p> <p>SG</p>
	<p><i>“Necesito saber cómo va mi bebé, cómo estoy yo, qué dificultades tiene para el parto, cómo me tengo que cuidar en</i></p>

EXPERIENCIAS DEL CONTROL PRENATAL	
SUBCATEGORÍAS	UNIDAD DE ANÁLISIS
	<p><i>caso de que "haiga" algún riesgo de algo y para que todo me salga bien en el parto si Dios quiere" G3 AT</i></p> <p><i>"Cuando uno decide tener un bebé... o bueno por "equivocación" llamémoslo así, hay que tomar las medidas que sean necesarias para cuidarlo desde el primer momento y una de esas medidas pues me parece que es el control prenatal" G6 MM</i></p>
Expresando lo que piensan y sienten	<i>"Uno puede decir lo que siente y lo que tiene de malestar o algo anormal que uno piensa" G1 LG</i>
	<i>"Me explica muy bien, todo lo que yo le pregunto ella me lo aclara, pues no en el lenguaje técnico porque a veces uno no entiende, pero ella me explica muy bien, me aconseja muy bien" G2 SG</i>
	<i>"Si todo lo que yo pregunte cualquier cosa así sea por más mínima a mí me la explican... eso es muy bien, porque para mí es mi primer bebé y yo no sé muchas cosas, entonces al saber que uno puede llegar a la cita y preguntar, se siente bien, además que no lo van a regañar ni nada de eso" G2 SG</i>
Actividades y recomendaciones	<i>"Me pesan, me miden el útero, le escucho el corazoncito el bebé... me programan la otra cita, me dicen que las cosas van bien, cuánto ya tengo de semanas y ya" G3 AT</i>
	<i>"Recuerdo que lo miden a uno, lo pesan, le miden el bebé, como está y le mandan exámenes según los meses que uno tenga" G1 LG</i>
	<i>"Los signos de alarma me los explican cómo dolor de cabeza, sonidos en los oídos, pitos, y sangrados..." G6 MM</i>
	<i>"Me enseñan cómo debo tomarme las pastas que nos dan en los controles, lo que hace cada una y con qué comidas se pueden tomar" G4 KG</i>
	<i>"Le hablan de planificación, que eso es importante para uno no llenarse de hijos y también le enseñan que cosas uno puede comer y que otras no" G11 MA</i>
	<i>"Y pues él me orienta, me escucha, no me regaña..." G1 LG</i>
	<i>"Es muy amable, siempre está dispuesto para uno, para guiarlo y</i>

EXPERIENCIAS DEL CONTROL PRENATAL	
SUBCATEGORÍAS	UNIDAD DE ANÁLISIS
Atención y actitud del profesional	<i>ayudarlo. Es muy buen médico” G1 LG</i>
	<i>“Me siento muy tranquila pues entro con ella en confianza y todo porque atiende con muy buen ánimo, siempre con muy buena cara porque pues hay personas que a uno lo atienden como de afán, como de rapidez, no ella si a tiempo las consultas” G2 SG</i>
	<i>“Yo llego, ella me pregunta cómo estoy, me recibe con una sonrisa, me pregunta que cómo me he sentido” G3 AT</i>
	<i>“... Lo saluda a uno cuando llega, también se despide, no se ve de mal genio, tiene una buena actitud” G4 KG</i>
	<i>“Hay unos como que le hacen mala cara a uno, como de afán, como que no les gustara su trabajo, no sé. Es incómodo, no son todos, pero si algunos” G2 SG</i>
	<i>“Es una actitud que no se debe tomar por parte de ellas, en vez de ayudarlo a uno, lo único que hacen es bajarle la moral y pues uno con qué ganas va a volver” G8 YU</i>
	<i>“Si uno no tiene completos los exámenes, lo regañan o le hacen caras como de “usted si el colmo”... primero deberían enterarse de lo que uno tiene que luchar y hacer para sacar esas citas y hasta donde lo mandan” G8 YU</i>
Tiempo de consulta	<i>“Me parece que el tiempo es lo justo para que lo examinen a uno, no me parece mal y me he sentido cómoda” G1 LG</i>
	<i>“Cada control dura por ahí media hora o 20 minutos, pero en ese momento lo examinan bien a uno, no son acelerados y miran que uno esté perfectamente y el bebé también” G1 LG</i>
Derechos y deberes	<i>“Los derechos y deberes no los he escuchado en ningún lado, ni en los controles ni afuera” G10 DC</i>
	<i>“Esos derechos y deberes deberían estar más al alcance de todos, en hojitas, en folletos, revistas, algo así...” G12 MV</i>
Sugerencias	<i>“A veces faltan como más didácticas las, los controles” G3 AT</i>
	<i>“Yo le quitaría tantos papeles que le entregan a uno, a veces la carpeta que uno tiene es llena de papeles y uno hasta se confunde, no sabe a veces cual es el papel para cada cosa, inventaría algo diferente a tanto papel” G4 KG</i>
	<i>“Que todos los exámenes y las cosas que uno necesitara se</i>

EXPERIENCIAS DEL CONTROL PRENATAL	
SUBCATEGORÍAS	UNIDAD DE ANÁLISIS
	<i>pudieran hacer ahí en el mismo sitio, en el mismo centro de salud, para no dar vueltas de un lado para otro” G8 YU</i>
	<i>“Me gustaría que cuando uno tuviera el control, el mismo día le sacaran la próxima cita... eso quitaría trámites y ya se tendría la cita segura” G9 AR</i>
	<i>“Me gustaría que los exámenes y eso se pudieran hacerse en el mismo lado donde uno asiste al control y no que lo manden a diferentes sitios” G12 MV</i>
	<i>“Sería chévere que hubiera un teléfono, una línea para que cuando uno tenga la duda o quiera preguntar algo, pudiera llamar” G12 MV</i>

Con la experiencia de las gestantes adolescentes en sus controles, se reconoce la importancia del control prenatal como un elemento esencial para lograr un bienestar tanto para ellas como para sus bebés, manifiestan que la experiencia que adquieren en la atención prenatal es fundamental en el desarrollo de sus vidas, pues con el conocimiento que reciben podrían guiar y ayudar a otras madres.

Las gestantes coinciden en que asisten al control prenatal porque, a parte del bienestar que les brinda, encuentran apoyo, confianza, información, conocimiento y recomendaciones; la mayoría de las adolescentes (7 gestantes) esperan su primer hijo, por lo cual centran su atención en conocer el proceso de su embarazo.

Refieren que se sienten cómodas al poder expresar lo que sienten y piensan, además de poder aclarar dudas sobre su gestación. El tener la posibilidad de expresar sentimientos, dudas, anécdotas, etc., en la consulta prenatal genera una gran motivación en las gestantes adolescentes para continuar asistiendo. Cabe resaltar que el uso de palabras o lenguaje técnico no se destacó en esta investigación, es decir, las adolescentes manifestaron que los profesionales brindan explicaciones y respuestas claras a sus dudas y no utilizan palabras confusas o difíciles de entender.

En las entrevistas realizadas, la mayoría de las adolescentes describen específicamente que las actividades realizadas en el control prenatal son: toma de peso, altura uterina, tensión arterial y

frecuencia cardiaca del bebé. También coinciden en que los signos de alarma los mencionan en la mayoría de los controles prenatales y que se los saben de memoria, al igual que la toma de los micronutrientes. Sin embargo, se evidencia que algunas gestantes no mencionan en sus relatos las indicaciones que deben recibir sobre lactancia materna y alimentación complementaria. La consejería sobre planificación familiar es la información más proporcionada por el profesional de la salud. Otras recomendaciones que señalaron hacen referencia a la alimentación saludable para el embarazo, al aseo e higiene personal y al mantenimiento del peso ideal. Ninguna gestante mencionó o tuvo en cuenta la remisión a odontología o higienista oral, vacunación, nutrición y al curso de preparación para la maternidad y paternidad.

Por otro lado, algunos relatos permiten evidenciar que las gestantes se han sentido satisfechas con la atención y actitud del profesional que les realiza el control prenatal, destacando positivamente el lenguaje no verbal utilizado por los profesionales como miradas, sonrisas, dar la mano para saludar y despedirse; la amabilidad, el respeto y “el buen genio” son otras características que se presentaron durante la atención.

Ellas resaltan que la atención y actitud por parte del profesional de salud es fundamental para permanecer en los controles, puesto que algunos comportamientos por parte de ellos, son negativos y las desmotivan para continuar con la atención prenatal. Otro grupo de gestantes adolescentes demuestra inconformidad sobre la actitud del personal, señalando que en la atención recibida, los profesionales no tienen una buena disposición, sienten que realizan el control de manera muy rápida y esto las hace sentir incómodas e insatisfechas, generando pensamientos radicales de no continuar en los controles.

Las adolescentes muestran satisfacción con el tiempo de realización del control prenatal, la mayoría manifestó que este tiempo es suficiente para llevar a cabo las actividades por parte del profesional, entre ellas, examen físico, lectura de exámenes, recomendaciones. Según las Guías de Atención Materna de la Secretaría Distrital de Salud, los controles deben durar 20 minutos tanto con enfermería como por medicina.

Al indagar con respecto a los derechos y deberes del usuario, los cuales deben ser mencionados en cada control, las gestantes revelan que la mayoría de profesionales no los indican, es decir, ellas no están informadas de cuáles son sus derechos y deberes, por lo tanto, en muchas ocasiones no tienen el conocimiento de qué es justo y de pronto en cuáles situaciones están

siendo vulneradas. Otras gestantes refieren que saben algunos derechos y deberes porque los han leído en las carteleras del centro de salud o los escuchan por parte de otras personas.

Algunos testimonios de las gestantes permiten evidenciar que los controles prenatales son monótonos, por lo cual, les gustaría que fueran más didácticos, con mayor participación de ellas, por ejemplo, colocar videos sobre la formación del bebé o a través de imágenes explicar el proceso en el que están de su gestación. También, refieren que en los controles les entregan muchos papeles, lo cual les genera incomodidad y desearían que los exámenes solicitados (cuadro hemático, prueba de VIH, parcial de orina, etc.), se realizarán en el mismo centro de salud, puesto que muchas de ellas deben dirigirse a otros sitios para la toma de los mismo. Así mismo, coinciden que dentro del control prenatal, debería quedar registrada o facturada la próxima cita de control prenatal, para evitar filas, gasto de tiempo y demás. Es interesante ver que a varias adolescentes les gustaría que se habilitara una línea telefónica para cuando surja una duda, poderse comunicar en cualquier momento del día.

En el cuadro 4-3, se presentan las unidades de análisis que se relacionan con las subcategorías de la categoría 2 (Pensamientos de la gestación y atención como adolescente):

**Cuadro 4-3:** Categoría 2

<b>PENSAMIENTOS DE LA GESTACIÓN Y ATENCIÓN COMO ADOLESCENTE</b>	
<b>SUBCATEGORÍAS</b>	<b>UNIDAD DE ANÁLISIS</b>
Importancia de la gestación	<i>“Es responsabilidad de uno, el bebé es de uno, uno lo quiso así entonces ahora cuídalo...” G4 KG</i>
	<i>“Quiero que todo en mi embarazo salga muy bien, sin complicaciones, ni problemas” G4 KG</i>
	<i>“Ahorita lo más importante es el bebé” G5 MN</i>
	<i>“Uno debe cuidarse, es el cuerpo de uno y es el bebé de uno, nadie lo va estar empujando para que vaya” G6 MM</i>
	<i>“Pensé que me iban a regañar o algo así pues por lo jovencita, pero me di cuenta que no fue así...” G10 DC</i>
	<i>“Por uno estar embarazado muy joven, no es rechazo, son</i>



PENSAMIENTOS DE LA GESTACIÓN Y ATENCIÓN COMO ADOLESCENTE	
SUBCATEGORÍAS	UNIDAD DE ANÁLISIS
Atención como protección	<i>simplemente consejos que le dan a uno, pero no es discriminación, ni hacen comentarios en contra de uno, lo tratan como de ayudar y de apoyar” G1 LG</i>
	<i>“Por lo que uno es gestante le tienen mucha más atención que una persona que no esté gestando” G1 LG</i>
	<i>“Esa es una ventaja de estar embarazada, lo cuidan y le tratan de facilitar las cosas, no lo ponen a complicarse a uno ni hacerle las cosas o las vueltas difíciles” G2 SG</i>
	<i>“Pienso que tratan como de protegerlo a uno, además creo que con 18 años está bien tener un bebé...” G11 MA</i>
Atención como sermón	<i>“Es bueno que le digan: mire por qué quedó, pero tampoco oiga usted por qué está embarazada si es que ellos no tienen por qué saberlo” G8 YU</i>
	<i>“Yo creo que a veces uno da con doctores que se creen más que uno, pues si pueden ser estudiosos y todo eso, pero todos valemos lo mismo” G9 AR</i>
	<i>“Uno ese sermón se lo dieron en la casa...” G3 AT</i>
	<i>“Que lo respeten, que no lo miren mal, que no le pongan trabas, que no lo regañen a uno, suficiente uno tiene con los regañones de los papás en la casa, para que venga a los controles y lo sigan regañando, eso es feo” G6 MM</i>
Sentimientos de tristeza	<i>“... Bueno eso me afectó mucho al comienzo, lloraba algunas veces y me arrepentía de mi embarazo” G5 MN</i>
	<i>“En mi casa sí, al comienzo mis hermanos me recriminaban el embarazo, que yo porque la embarre, que todavía estaba muy pequeña, que porque no pensé en mis papás...” G5 MN</i>
	<i>Me dicen ay usted sí es boba, por qué se embarazó a esa edad, que no sé qué, bueno me tratan mal, ellas (hermanas) ni me quieren tampoco por eso” G6 MM</i>
	<i>Me dicen ay usted sí es boba, por qué se embarazó a esa edad, que no sé qué, bueno me tratan mal, ellas (hermanas) ni me quieren tampoco por eso” G6 MM</i>
	<i>“Empecé a regañar y a recriminar mi embarazo...” G11 MA</i>
	<i>“A veces es uno como el que solito se rechaza o se siente mal” G12</i>

A partir de las entrevistas, se vislumbra que este grupo de adolescentes siente el deseo de proteger y asumir la responsabilidad de sus hijos, a pesar de que algunas experimentaron desprecio y rechazo por parte de sus familias, amigos y personal de salud, por quedar en embarazo a su edad. Este deseo de proteger al bebé, es una motivación más para que asistan a los controles prenatales.

Los pensamientos que tiene sobre la atención se enfocan en dos aspectos, un grupo de adolescentes menciona que el estado de gestación es una ventaja para la atención que les brindan, se sienten protegidas porque piensan que el personal de salud las quiere ayudar, cuidar y apoyar, más no rechazar o discriminar, además, refieren que no les ponen muchos inconvenientes a la hora de solicitar alguna cita. Por el contrario, otro grupo de adolescentes piensa que en la atención brindada hay mucho “sermón”, ya que algunos profesionales de la salud realizan comentarios negativos sobre el embarazo a temprana edad o las cuestionan sobre el mismo.

Las adolescentes experimentaron sentimientos de tristeza y arrepentimiento por el embarazo, influenciados por su entorno familiar, quienes en algún momento les recriminaron su estado de gestación a temprana edad.

En el cuadro 4-4, se describe el contenido textual que dio lugar a las subcategorías y categoría 3 (Sentimientos que envuelven el control prenatal):

**Cuadro 4-4:** Categoría 3

<b>SENTIMIENTOS QUE ENVUELVEN EL CONTROL PRENATAL</b>	
<b>SUBCATEGORÍAS</b>	<b>UNIDAD DE ANÁLISIS</b>
Alegría y satisfacción	<i>“Me he sentido bien porque lo tratan bien a uno... le muestran una sonrisa, no lo desprecian, lo saludan, hasta algunos nos dan la mano para saludarnos” G1 LG</i>
	<i>“Me he sentido satisfecha porque pues me dicen el resultado de los exámenes, puedo escuchar el corazón del bebé en cada control” G3 AT</i>
	<i>“Lo deja entrar a la cita con un acompañante y eso es tranquilizante para uno o por lo menos para mí” G4 KG</i>
	<i>“Tratan de cuadrarle rápido las citas, los exámenes, en el horario</i>

SENTIMIENTOS QUE ENVUELVEN EL CONTROL PRENATAL	
SUBCATEGORÍAS	UNIDAD DE ANÁLISIS
	<i>que a uno le sirva..." G4 KG</i>
	<i>"Se ven dispuestos para uno y eso es agradable, lo hacen sentir bien, cómodo" G6 MM</i>
	<i>"Creo que a uno como que lo "consienten" un poco, lo tratan bien, lo atienden en el momento que es, osea no se demoran en llamarlo a uno para la cita" G8 YU</i>
	<i>"Cada vez que tengo un control, me levanto muy feliz, muy ansiosa, si me toca madrugar lo hago con muchas ganas, es algo muy bonito, solo se puede sentir cuando uno va ser mamá" G3 AT</i>
Protección y confianza	<i>Él está pendiente de todo, me hace sentir bien, que alguien se preocupa por mí y mi bebé, como que no lo abandonan a uno" G4 KG</i>
	<i>"Uno confía que lo que le hacen es lo mejor para uno, entonces confío en que lo que me hacen y lo que me mandan está bien" G5 MN</i>
	<i>"No me he sentido rechazada o cosas así, por el contrario me tratan bien y quieren como protegerlo a uno..." G7 YF</i>
	<i>"Cuando uno tiene esas personas alrededor uno siente apoyo, siente que no está solo..." G9 AR</i>
	<i>"Es bueno que a uno lo estén examinando las personas que saben del tema, uno confía en ellas, a pesar de que todos somos humanos y podemos cometer errores, pero uno siempre confía mucho en los médicos y las enfermeras" G12 MV</i>
Incomodidad	<i>"No me gusta mucho, es que le preguntan muchas cosas íntimas a uno y pues a mi me da pena... ni uno le cuenta a la mamá y si le tiene que contar a un desconocido, pues eso me parece un poco feo" G4 KG</i>
	<i>"No me gusta que se demoren tanto, uno va a lo que va" G4 KG</i>
	<i>"A veces nos quitan tiempo porque entran otras personas, otra muchacha por ejemplo, o empiezan a golpear otras pacientes y pues eso interrumpe el control" G3 AT</i>
	<i>"Pues al principio nervios, muchos nervios y pues me molestaba que me hicieran tantos exámenes, que chucen, que saquen, que</i>

SENTIMIENTOS QUE ENVUELVEN EL CONTROL PRENATAL	
SUBCATEGORÍAS	UNIDAD DE ANÁLISIS
Temor y angustia	<i>pongan, que pregunten” G2 SG</i>
	<i>“Al comienzo me dio un poco de miedo, pues todas las preguntas que le hacen a uno, parece un interrogatorio...” G5 MN</i>
	<i>“Deberían decirle bien a uno que es lo que le van hacer en esos controles, porque casi no voy de los nervios” G5 MN</i>
	<i>“Tenía un poco de susto pues que me regañaran porque el primer bebé todavía está pequeño y pues yo ya embarazada de otro bebé...” G8 YU</i>
	<i>“Yo siempre le he tenido miedo a eso, incluso en este embarazo me ha pasado, de que, en el san Blas la doctora que me atendía era: y por qué hasta ahora, y es que usted no trae los exámenes...” G8 YU</i>
	<i>“Sentía como... vergüenza, me daba pena mostrar mi barriga, que me bajaran un poco el pantalón y los pantis” G10 DC</i>
	<i>“Tenía pues mucha pena, me preguntaron qué a qué edad tuve mi primera relación sexual, que con cuantos, que si me cuidó, que las enfermedades... mejor dicho, yo creo que estaba roja de la pena” G12 MV</i>

En cuanto a los sentimientos que envuelven el control prenatal, las adolescentes manifestaron sentir alegría y satisfacción principalmente por el trato y la atención recibida durante el control prenatal. Desde una sonrisa, un saludo, la lectura de exámenes, hasta dejar entrar a un acompañante al control, son aspectos esenciales que producen un estado placentero para las adolescentes. También surgen sentimientos de protección y confianza entre las adolescentes, quienes refieren que el personal de salud está pendiente de ellas y de sus bebés, no se sienten abandonadas, por el contrario, encuentran confianza y el apoyo en el momento del control prenatal.

Por otro lado, sobresalen sentimientos negativos hacia el control prenatal, en gran medida, las adolescentes resaltan sentirse incómodas por las preguntas tan “íntimas” que realizan en los primeros controles, como por ejemplo, la edad de inicio de relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, entre otras. La demora en el control prenatal y la interrupción del mismo

por parte de los trabajadores del centro de salud o por las otras usuarias, generan sentimientos de incomodidad.

El temor y la angustia hacen parte de esta variedad de sentimientos entre las adolescentes, quienes manifiestan que, en primer lugar, experimentan estos sentimientos antes de iniciar el control, puesto que en ocasiones, ninguna persona les explica de que se trata, que actividades se realizan, etc. En segundo lugar, al iniciar los controles, cuando les hacen un “interrogatorio”, al enviarles tantos exámenes y llenarlas de papeles. En tercer lugar, aparecen estos sentimientos cuando piensan en la actitud del profesional de salud, sienten que las van a regañar, a juzgar, a rechazar o discriminar por la edad y el número de hijos, más aún, cuando ya han tenido experiencias desagradables en la atención. Finalmente, el tener que mostrar su cuerpo a un “desconocido” y dejarse tocar, son otros aspectos que causan estos sentimientos.

En el cuadro 4-5, se encuentran algunas unidades de análisis para las subcategorías y categoría 4 (Curso de preparación para la maternidad y paternidad):

**Cuadro 4-5:** Categoría 4

<b>CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD</b>	
<b>SUBCATEGORÍAS</b>	<b>UNIDAD DE ANÁLISIS</b>
Favorece el cuidado	<i>“Hacen ejercicios y esos son muy buenos, porque le enseñan cosas a uno, o sea, hay cosas que uno puede comer, cómo debe sentarse, cómo se debe agachar, qué puede hacer, cómo está el bebé avanzando...” G3 AT</i>
	<i>“Dan unas técnicas como más avanzadas... te dicen cómo es la nutrición, te dicen los ejercicios adecuados, te dan una charla de cómo hacer las cosas, la preparación para el parto, te dan todo” G7 YF</i>
	<i>“Hacemos talleres, nos divertimos, jugamos con nuestro bebé, el bebé algunas veces me responde, lo he sentido zapatear... nos divertimos al máximo con nuestro bebé” G7 YF</i>
	<i>“Los temas son chéveres, que la alimentación, que los ejercicios, que el parto... lo de conocer nuestro cuerpo, la lactancia, todo eso es súper importante para nosotras las próximas mamás, y más si es</i>

CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD	
SUBCATEGORÍAS	UNIDAD DE ANÁLISIS
	<i>nuestra primera vez” G11 MA</i>
	<i>“Lo que no conocemos en un control prenatal lo podemos conocer en esos cursos, es como un complemento de lo que nos dan en el control...” G8 YU</i>
	<i>Uno aprende bastante, aprende ejercicios para también hacerlos en la casa, aprende sobre alimentos, sobre lactancia materna, hasta sobre nuestro propio cuerpo que eso casi no lo sabemos” G12 MV</i>
Espacio y actitud del personal de salud	<i>“El salón donde hacemos el curso lo están utilizando para otras cosas y a nosotras nos toca allí en un espacio como abierto donde toda la gente lo puede ver a uno y pues eso es incómodo, a uno no le gusta que lo vean hablando o haciendo ejercicios y como la gente es chismosa pues pasan y se quedan ahí viéndolo a uno...” G6 MM</i>
	<i>“Cuando hacemos los ejercicios siento que necesitamos más espacio, primero para hacerlos bien y de pronto no incomodar a las otras mujeres” G10 DC</i>
	<i>“Me parece que donde hacen los cursos es muy frío y el clima a veces no ayuda” G11 MA</i>
	<i>“Con la actitud de la enfermera, pues lo hace ver como aburrido...” G11 MA</i>
	<i>“Me parece que lo hace por hacerlo, no porque de verdad le guste estar con nosotras y enseñarnos... ella cree que uno no lo siente, pero varias si lo hemos sentido” G11 MA</i>
	<i>“En ocasiones no me siento bien con la doctora que dicta el curso, bueno la enfermera...” G11 MA</i>
	<i>“Aquí en la Victoria es pequeño el espacio porque venimos hartas mamas y la idea no es estar incómodo” G12 MV</i>
	<i>“Que fueran un poquito más largos, digamos... que fueran... sí que tuvieran digamos 1 hora más extensa o algo así” G2 SG</i>
Sugerencias	<i>“... También que viéramos películas o videos de cómo se va formando nuestro bebé, y que aprendiéramos muchos juegos y canciones para el bebé” G5 MN</i>
	<i>“Me gustaría que el espacio fuera más decorado para uno, con muñequitos, bebés o cosas así” G10 DC</i>

CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD	
SUBCATEGORÍAS	UNIDAD DE ANÁLISIS
	<i>“Me gustaría que nos dieran en las clases pues como otras herramientas como balones, aros, para hacer más ejercicios, más recreativos” G10 DC</i>
	<i>“Que nos pongan algunas tareas chiquitas para que en el otro curso uno hable con otras de sus experiencias...” G11 MA</i>
	<i>“Sería muy bueno que en el CAMI, abrieran un espacio para nuestros cursos” G12 MV</i>

Las adolescentes refieren que el curso de preparación para la maternidad y paternidad es una herramienta más que favorece el cuidado de ellas y de sus hijos, actuando como un complemento del control prenatal. Indican que aprenden y hacen talleres sobre muchos temas como el cuerpo, la alimentación sana, preparación para el parto, lactancia materna, entre otros. También refieren que realizan ejercicios para relajarse, para saber respirar durante el parto y para alegrar al bebé, los cuales siguen efectuando en la casas de ellas. A pesar de lo productivo que resulta ser el curso de preparación para las adolescentes, muestran insatisfacción en cuanto al espacio donde realizan el curso y sobre la actitud de algunas enfermeras. Ellas describen que en algunas UPA, el espacio es muy reducido, o es un espacio abierto donde todas las personas tienen acceso, por lo cual no pueden realizar de forma adecuada y tranquila las actividades (estiramiento, ejercicios) del curso, por incomodidad y por “vergüenza” de que las demás personas (usuarios, vigilantes, personal administrativo y de salud) las miren realizando los ejercicios y demás.

En cuanto a la actitud de algunas enfermeras que realizan el curso, las adolescentes señalan que perciben actitudes negativas, como de aburrimiento, falta de ganas o ánimo para estar con ellas. Sienten que algunas enfermeras “no están hechas” para trabajar con gestantes y que esto las lleva a desanimarse del curso y a no volver.

Las adolescentes coinciden en que aumentar el tiempo del curso, ver videos o películas sobre la formación del bebé, implementar elementos como balones, aros y lazos para la realización de los ejercicios y que el espacio estuviera un poco más decorado, acorde a la gestación, son aspectos que les gustaría cambiar o adicionar para mejorar la realización del curso de preparación para la maternidad y paternidad.

El cuadro 4-6, describe algunas unidades de análisis para las subcategorías y categoría 5 (Imaginarios sobre el control prenatal):

**Cuadro 4-6:** Categoría 5

IMAGINARIOS SOBRE EL CONTROL PRENATAL	
SUBCATEGORÍAS	UNIDAD DE ANÁLISIS
Llegando al control prenatal	<i>“Ella fue la primera que me dijo que debía estar en controles porque es importante controlar la salud del bebé y la mía...”</i> G5MN
	<i>“Yo vivía con una cuñada entonces ella cuando quedó embarazada iba a los controles”</i> G6 MM
	<i>“... Fue mi mamá la que me dijo que necesitaba los controles y ahí fui informándome hasta que llegué”</i> G7 YF
	<i>“Mi suegra me dijo que debía ponerme en controles para estar al tanto de la salud del bebé y la mía, entonces ella me llevó allá, me pidieron la prueba de embarazo...”</i> G9 AR
	<i>“Me dijo que al otro día iríamos al centro de salud para iniciar los controles”</i> G11 MA
	<i>“Fue una tía la que me cogió un día y me hizo ir al CAMI, pues para averiguar y nos dijeron que ahí yo los podía empezar”</i> G12 MV
	<i>“Yo ya sabía, por mis amigas, mis tías o mujeres que yo he tenido cerca y han quedado embarazadas”</i> G12 MV
Consejos y creencias	<i>“Mis tías me dicen que mejor que se demoren, que entre más se demoren es porque me están haciendo bien el control, que cuando ellas tuvieron sus embarazos a unas les fue bien y a otras no tanto, porque no les dedicaban mucho tiempo”</i> G4 KG
	<i>“Pensé que me iban a regañar o que lo iban a desvestir a uno en esas citas...”</i> G4 KG
	<i>“Eso pensé al comienzo, que de pronto me iban a regañar porque uno está todavía muy joven, pero eso no sucedió menos mal”</i> G4 KG
	<i>“Pensé que iba a ser más difícil porque cuando uno no está embarazado, las citas para el médico se demoran muchísimo y le</i>



IMAGINARIOS SOBRE EL CONTROL PRENATAL	
SUBCATEGORÍAS	UNIDAD DE ANÁLISIS
	<i>toca a uno hacer largas filas...” G4 KG</i>

La mayoría de adolescentes señalan que familiares como la mamá, las tías, las cuñadas o la suegra, fueron las personas quienes las orientaron hacia los controles prenatales y les hablaron de la importancia que tenía este para su gestación. Otras adolescentes, ya habían estado en controles prenatales por embarazos previos o al tener la experiencia de amigas, hermanas o primas, sabían de la existencia de este programa para gestantes.

Las experiencias de las personas que rodean a la gestante son fundamentales para la formación de imaginarios, creencias sobre la atención prenatal y las actividades que se desarrollan en el mismo. Es así, como las adolescentes, a partir de la experiencia de otros, pensaban que en el control prenatal las iban a regañar por su edad, por el número de hijos y por iniciar tarde los controles. Además, la mayoría pensaban que en cada control las iban a desvestir totalmente y que sería difícil solicitar las citas con el médico. Igualmente, los consejos que les brindan las personas de su entorno son importantes para la forma de cómo perciben la atención. Si estos consejos dados por las madres, hermanas, abuelas no se cumplen en el control prenatal, las gestantes tendrán una percepción negativa sobre la atención.

## 5. Discusión

Retomando el concepto de percepción, entendida como un proceso fundamental para acceder, construir, interpretar y comprender el entorno, dependiendo de situaciones, experiencias vividas y del contexto socio-cultural del individuo, cada gestante adolescente al interactuar con la consulta de control prenatal (profesional de la salud, actividades, ambiente físico, actitudes, etc.) formó percepciones particulares ante una situación similar.

La percepción de las gestantes adolescentes sobre el control prenatal, en general, es positiva puesto que reconocen la importancia de este para lograr un bienestar tanto para ellas como para sus hijos, además, encuentran apoyo, confianza, información y conocimiento. Los resultados se ajustan al estudio de Jiménez et al. en 2012 (132), el cual describió de manera general los beneficios y barreras percibidos por la adolescente embarazada en el control prenatal, en una ciudad de México. Se encontró que el mayor beneficio que perciben del control prenatal es *para tener un bebé sano*, seguido de *para aprender cómo proteger su salud* y *para aprender mejores hábitos de salud*. Estos aspectos influyen favorablemente en la conducta de las adolescentes para invertir tiempo en la atención prenatal y asistir periódicamente, contribuyendo a cumplir el deseo de todas, que el bebé esté sano y nazca en buen estado.

Igualmente, el poder expresar lo que sienten y piensan es una motivación más para continuar asistiendo a los controles. La comunicación o interacción social no solo transmite información, sino que a la vez influye mutuamente en la definición de la relación entre los individuos (133). Es por esta razón, que las adolescentes valoran positivamente el hecho de que la atención prenatal no solo se centre en los aspectos biomédicos y en el registro de diagnósticos, sino que también genera un espacio de escucha y diálogo mutuo.

En el estudio de Blossiers (134) se explora la interacción entre el personal de salud y las adolescentes gestantes y uno de sus hallazgos es que las jóvenes embarazadas señalaron que durante la consulta prenatal, el personal de salud no les daba explicaciones claras sobre los

términos que utilizaban para realizar el diagnóstico del embarazo. Como consecuencia, las gestantes pueden ausentarse de los controles puesto que en ellos no recibirán información comprensible. Se destaca que el uso de palabras o lenguaje técnico no se reportó en esta investigación, es decir, las adolescentes manifestaron que los profesionales brindan explicaciones y respuestas claras a sus dudas y no utilizan palabras confusas o difíciles de entender.

Es importante que en el control prenatal, se generen espacios de reflexión para la adolescente, ya que esta población es vulnerable y si los profesionales de salud logran realizar un acompañamiento, este será valioso para apoyar el crecimiento y fortalecimiento como seres humanos, lo cual permitirá afrontar de mejor manera las diversas situaciones que se presentan alrededor de la gestación.

Otro aspecto fundamental que determina la adherencia al control prenatal es la atención y actitud por parte del profesional de la salud que les realiza el control prenatal. La actitud es un “estado mental y nervioso de preparación, organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los que está relacionada” (135). Así, la actitud apunta a la predisposición para actuar de una manera determinada, influenciada por valores culturales (136). A pesar de que varias adolescentes se han sentido satisfechas con la atención y actitud de los profesionales de la salud, otro grupo de gestantes adolescentes demuestran inconformidad con algunos comportamientos negativos, señalando que en la atención recibida, los profesionales no tienen una buena disposición, sienten que realizan el control de manera muy rápida y esto las hace sentir incómodas e insatisfechas, generando pensamientos radicales de no continuar en los controles.

Este pensamiento coincide con otros estudios realizados a gestantes adolescentes (132, 137), los cuales indagaron sobre las razones por las cuales no existe satisfacción del control prenatal, manifestando que lo hacen rápido o que el tiempo no es suficiente, que la revisión es superficial y que los profesionales muestran poco interés por la consulta. Además, las gestantes identifican que la primera barrera relacionada con los servicios de salud que afectan el cuidado prenatal es la actitud del personal. Los estudios también mencionan que existen diferencias en el trato durante el control prenatal, dependiendo del género, es decir, que el personal de salud femenino brinda mayor confianza, tranquilidad y calidez; el personal de salud masculino es más

controlador y técnico (134). Sin embargo, en esta investigación, las adolescentes no indicaron alguna diferencia con respecto al género.

El estado emocional de las adolescentes es variable e inestable, tienen un mayor riesgo de no acceder ni adherirse a los servicios de salud, por esta razón es muy importante que la atención y actitud del profesional sea humanizada, donde se contemplen cualidades que respeten la gestación como experiencia única y personal, preservando la privacidad y autonomía de la adolescente. No es suficiente que el profesional tenga competencias técnicas, es indispensable que sean capaces de comprender las situaciones y brindar comodidad en la consulta.

Así, la atención y actitud del personal de salud durante el control prenatal debe ser integral, de buena calidad, favoreciendo un ambiente agradable para la gestante que permita compartir conocimientos e información. La sensibilidad por parte del profesional, es un gran aliado para crear una relación de confianza que posibilite la expresión por parte de la gestante de sus necesidades reales.

Para que una mujer disfrute de la gestación de forma tranquila y saludable, es fundamental recibir una atención prenatal que identifique oportunamente factores de riesgo, realice intervenciones adecuadas y proporcione acogida, generando confianza entre el profesional y la gestante. Algunas intervenciones que se describen para un control prenatal, deben incluir: anamnesis, examen físico completo, análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino, presión arterial media, análisis de los resultados de exámenes paraclínicos, informar, educar y brindar consejería en planificación familiar, educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses; y con alimentación complementaria hasta los dos años y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones de la paciente (61).

También se debe brindar información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, se direcciona a odontología o higienista oral, vacunación, nutrición y al curso de preparación para la maternidad y paternidad. En todos los controles se indican los signos de alarma por los que la gestante debe consultar oportunamente. Ninguna gestante mencionó en sus relatos la remisión a odontología o higienista oral, vacunación, nutrición y al curso de preparación para la maternidad y paternidad. Un estudio de Vélez et al. En 2008 (137), reveló que las indicaciones y recomendaciones sobre conductas de autocuidado que brindan el médico

y la enfermera es suficiente, sin embargo, un 20% manifestó que la información brindada es angustiante y complicada, frecuentemente por términos desconocidos. Como se mencionó anteriormente, en esta investigación se resalta que los profesionales ofrecen la información de una manera clara, con lenguaje comprensible para la usuaria. Con respecto al curso de preparación para la maternidad y paternidad, es fundamental recordarles en cada control la importancia de participar en estos, ya que uno de los factores por los cuales las gestantes no asisten al curso es el desconocimiento sobre la importancia del mismo (137).

Dentro de la información que deben brindar en los controles prenatales se encuentran los derechos y deberes del usuario, lo cual no se lleva a cabo. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, señala que toda persona tiene derecho a la asistencia médica, por ende, todas las personas deben conocer y exigir los derechos, al igual que respetar y cumplir los deberes, para el mejoramiento de la calidad del servicio de salud y la posible humanización de la atención.

A pesar de que las gestantes adolescentes reconocen sentirse cómodas durante el control prenatal, algunos relatos manifiestan lo que adicionarían o cambiarían de los controles para mejorarlo, de acuerdo a las experiencias que han tenido, las cuales contribuyen a la construcción de la percepción. A través de la percepción se asignan características cualitativas a los elementos o eventos del entorno, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad (84), para la elaboración de juicios. Los juicios se forman a partir de la constante interacción entre el individuo y la sociedad y dependen del orden, clasificación y elaboración de categorías con los que se comparan los estímulos que el individuo recibe. Es por esta razón, que las gestantes adolescentes elaboran juicios sobre la atención prenatal y arrojan opiniones para, según la percepción de ellas, mejorarlo.

Es fundamental tener en cuenta las recomendaciones que hacen las adolescentes, puesto que si se realiza la atención prenatal de acuerdo a las sugerencias de ellas, posiblemente se tendría más adherencia y cobertura. La OMS menciona que en la mayoría de los países, el personal de enfermería tiene un papel importante en asegurar que las gestantes tengan acceso a la atención prenatal básica, así como a la referencia de una atención más integral y especializada cuando sea necesario (132).

La gestación en la adolescencia es un evento de gran impacto para la adolescente y su familia, donde surgen ideas o pensamientos negativos. Los hallazgos de esta investigación muestran que a pesar de que algunas adolescentes experimentaron rechazo o desprecio por parte de su grupo familiar, es más fuerte el deseo de proteger y asumir la responsabilidad de sus hijos, adoptando conductas saludables como la asistencia al control prenatal. Contrario a lo reportado por Blázquez (138), quien menciona que para las adolescentes embarazadas no es prioritario adoptar conductas saludables, porque los cambios de la etapa y el mismo embarazo afectan gravemente la personalidad y ésta interviene directamente en la adquisición o no de conductas preventivas. Podría pensarse que desde la teoría planteada por Erikson, el embarazo intensifica la crisis de identidad propia de la adolescencia.

Muchas veces la gestación en la adolescencia no es esperada, planeada o establecida con la conciencia de las implicaciones que conlleva. Soto en 2008 (139), realizó un estudio con gestantes adolescentes en la localidad de Kennedy, sobre las experiencias de ellas en el embarazo, allí emergió la categoría central *“Deseando el embarazo pero no tan pronto”*, la cual se soportó sobre el proceso de las acciones/interacciones de las adolescentes embarazadas, mediado por la ambivalencia que representa convivir por un lado con la indeterminación, la incertidumbre y el caos de asumir y enfrentar el embarazo, frente al deseo de ser madres sin importar las consecuencias que esta decisión provoque. En contraste, el estudio de Jiménez et al. en 2007 (132), muestra que algunas adolescentes tienen actitudes negativas sobre el embarazo o el control prenatal, manifestando que *no estaba feliz por estar embarazada, no quería que la gente supiera de mi embarazo y el embarazo no fue planeado*.

Por otra parte, los sentimientos de tristeza y arrepentimiento fueron expresados por las adolescentes, quienes se sintieron abrumadas debido al embarazo. El miedo, dolor, culpa, vergüenza, tristeza, arrepentimiento, decepción, frustración y baja autoestima fueron reportados por Prías y Miranda en 2009, donde las adolescentes experimentaron estos sentimientos causados en el momento de enfrentar la realidad, de no saber cómo contarle a los padres, por no seguir las orientaciones de ellos y de pensar que la gestación es un obstáculo para cumplir con sus expectativas (2). El estudio de Lugo en 2000, reporta que la experiencia esencial que las adolescentes viven durante su embarazo es el sufrimiento, puesto que su vida cotidiana cambia y se sienten en un cuerpo que es ajeno (27). En consecuencia, se refleja que su mundo de sueños, fantasías y el pensamiento de “supremacía”, se quiebran ante una realidad compleja que deben enfrentar en un gran momento de vulnerabilidad emocional.

Así como las adolescentes atraviesan por una variedad de sentimientos al asumir su gestación, la atención prenatal igualmente generó otros sentimientos, los cuales son resultado de la relación, vivencias y experiencias de la forma de actuar de cada individuo. En este caso, los sentimientos se encuentran influenciados por el entorno familiar, por las condiciones en las que quedó embarazada, por su red de apoyo y por la atención que recibe. La alegría, satisfacción, protección y confianza fueron expresados por las adolescentes, principalmente por el trato y la atención recibida durante el control prenatal. Lo anterior reafirma, que la atención humanizada por parte del profesional de la salud es determinante para continuar en los controles prenatales, reconociendo que cada gestante es única y necesita respuestas a sus necesidades. En los resultados de Blossiers, el hecho de que las gestantes sean llamadas por su nombre, significa para ellas ser tratadas con confianza, sentirse bien y no ser consideradas una joven más durante la atención prenatal (134).

Así mismo, el temor, la angustia y la incomodidad son sentimientos que experimentan durante el control prenatal, ocasionados por el desconocimiento de las actividades que se realizan en el mismo, las preguntas “íntimas” que les hacen, el hecho de mostrar su cuerpo y ser “tocado”, además de algunas interrupciones que se presentan durante la atención. Es importante tener en cuenta estos sentimientos para comprender los cambios de estado de las adolescentes y tratar de minimizar estas acciones. Blossiers destaca que las jóvenes embarazadas sienten vergüenza al mostrar su cuerpo a los ginecoobstetras por primera vez, contrario si ellas son atendidas por el personal de salud femenino (134). A pesar de que estas situaciones generan molestias, las adolescentes lo toleran pensando en el bienestar de su bebé.

Ahora bien, a partir del análisis y la integración de las categorías emergentes señaladas anteriormente, surge el tema central *La gestación en la adolescencia: entre lo imaginario y lo real a la hora del control prenatal* (Figura4-1):

**Figura 5-1:** Categoría central *La gestación en la adolescencia: entre lo imaginario y lo real a la hora del control prenatal*



Los imaginarios consisten en un “conjunto real y complejo de imágenes mentales, independientes de los criterios científicos de verdad y producidos en una sociedad a partir de herencias, creaciones y transferencias relativamente conscientes” (131), la fantasía es el escenario de la imaginación creativa, de las cosas no pensadas ni dichas; en la adolescencia los sueños, las fantasías y la consolidación de la identidad son características especiales de esta etapa. Cuando acontece la gestación, la mayoría de las adolescentes no tienen aún la suficiente capacidad física y emocional que les permita asumir este nuevo proceso, a partir de esa situación, el entorno familiar y social juegan un papel fundamental para la aceptación y desenvolvimiento de la gestación.

La familia es considerada una importante red social, que acompaña continuamente a la gestante durante la atención prenatal y es esta la que, en la mayoría de los casos, transfiere el conocimiento, las prácticas, cuidados y creencias entorno a la gestación. Las madres, abuelas, hermanas y tías, son principalmente, las personas que orientan y dirigen a la adolescente hacia



---

el control prenatal. Así lo evidenció Jiménez et al. en 2012, quienes señalaron que alguien de la familia es de quien más frecuentemente reciben apoyo para motivarlas a llevar el control prenatal (132), es decir, que ellas les transmiten sus experiencias de gestaciones anteriores y ayudan a la formación de imaginarios en las adolescentes antes de acceder al servicio.

Cuando la adolescente inicia el control prenatal compara sus imaginarios con la realidad de la atención, formando nuevos conceptos y percepciones que permiten elaborar juicios sobre la situación vivida. Por esta razón, es esencial que las adolescentes reciban una información clara y precisa sobre realmente que actividades se realizan durante el control prenatal y cuáles son sus objetivos. Esto contribuye a que las experiencias de las gestantes adolescentes sean más coherentes con la información recibida y a la continuidad de la atención.



## 6. Conclusiones y recomendaciones

### 6.1 Conclusiones

- A partir de las fases que Bruner plantea sobre la percepción, las gestantes adolescentes atravesaron por este proceso de la siguiente forma: en la primera fase, estuvieron a la expectativa de cómo sería el control prenatal, que actividades realizarán, como se sentirán, cómo será la atención por parte del profesional, etc..., en la segunda fase, ellas recibieron la consulta de control prenatal, es decir, el estímulo. Finalmente, evaluaron las expectativas que tenían con lo que experimentaron, desarrollaron un juicio y formaron una imagen mental del contacto entre ellas y el servicio, definiendo la percepción.
- La percepción y los imaginarios de las gestantes adolescentes están condicionados por la experiencia vivida, por el contexto social, cultural, por el estado emocional y motivacional de cada una.
- Las gestantes adolescentes perciben de forma positiva el control prenatal, sienten el deseo de proteger y asumir la responsabilidad de sus hijos. Coinciden en que éste es un programa fundamental para el desarrollo óptimo de la gestación, nacimiento, parto y posparto donde encuentran apoyo, confianza, información y bienestar. Los motivos de mayor peso para asistir a los controles son: *que el bebé esté sano y nazca en buen estado.*
- Definitivamente la actitud y atención por parte del profesional de salud afecta la adherencia al control prenatal. Es importante mantener una actitud cordial, de apoyo y confianza para que las gestantes adolescentes se sientan cómodas y continúen con los

controles. Los comportamientos negativos, por parte del personal de salud, las desmotivan para continuar con la atención prenatal.

- Los profesionales de la salud brindan información, recomendaciones y aclaran dudas sobre signos de alarma, alimentación sana, toma de exámenes, micronutrientes, planificación familiar, entre otros, durante los controles prenatales de una manera clara, sencilla y con lenguaje comprensible para la usuaria.
- Se evidencia que los profesionales de la salud no proporcionan información sobre los derechos y deberes del usuario en los controles prenatales. Suministrar esta información es importante para que las adolescentes conozcan y exijan sus derechos, al igual que respeten y cumplan sus deberes. Esto contribuye a mejorarla calidad y satisfacción del servicio.
- La percepción que tienen las gestantes adolescentes sobre el tiempo de la consulta es favorable y coincide con lo establecido en las Guías de Atención Materna de la SDS.
- Las gestantes adolescentes experimentan durante el control prenatal sentimientos de alegría, confianza, protección, satisfacción, temor, angustia e incomodidad, principalmente por la atención, la actitud y las actividades que los profesionales realizan en el control.
- Las gestantes adolescentes perciben que el curso de preparación para la maternidad y paternidad es un buen complemento del control prenatal, allí aprenden ejercicios dirigidos, de relajación, para el nacimiento, entre otros y refuerzan la información brindada en el control prenatal. Sin embargo, esta percepción se obstaculiza por los espacios insuficientes para la realización del curso y las actitudes negativas de algunas enfermeras.
- Las adolescentes perciben la gestación como un evento de incertidumbre e inestabilidad, difícil de afrontar, pero le encuentran ventaja en el momento de acceder a los servicios de salud, en la solicitud de citas, preferencia en las filas y facilidad para la toma de exámenes.

## 6.2 Recomendaciones

- Se sugiere que los resultados de esta investigación sean tenidos en cuenta por la ESE San Cristóbal para contribuir con el mejoramiento de sus programas de atención prenatal, principalmente enfocados a la población adolescente.
- Se recomienda a futuros investigadores que les interese el control prenatal en adolescentes, seguir explorando sobre factores asociados y determinantes sociales de la adherencia, calidad, satisfacción, conocimientos, percepciones, prácticas y creencias.
- Comparar los resultados de esta investigación con posteriores, para enriquecer el diseño de futuros programas de control prenatal dirigidos a la población adolescente.
- Se sugiere comparar los resultados de esta investigación con trabajos que tengan mayor cantidad de gestantes y la misma población. De igual forma, contrastar con estudios que contengan resultados de gestantes de mayor edad para determinar si se presentan las mismas percepciones.



# **A. Anexo: Entrevista para las gestantes adolescentes**



## **PERCEPCIÓN SOBRE EL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES**

1. Presentación de la investigadora
2. Explicación a la gestante de lo que se va realizar
3. Firma del consentimiento informado
4. Identificación de la gestante: nombre, edad, procedencia, nivel educativo, estado civil, afiliación, semanas o meses de gestación, número de controles, sitio donde le realizan los controles, antecedentes ginecoobstétrico
5. Inicio de la conversación entorno al control prenatal
  - a) ¿Cuénteme usted hace cuánto tiempo inició el control prenatal, cuántas semanas o meses de gestación tenía? (Quién la orientó hacia el control prenatal, si inició tarde cuáles fueron los motivos)
  - b) ¿Qué recuerda y cómo se sintió en esos controles prenatales? ¿Qué actividades le realizan dentro del control prenatal?
  - c) ¿Le mencionaron los derechos y deberes del usuario y/o la gestante?

- d) ¿Le explican los signos de alarma que se pueden presentar durante la gestación y otras recomendaciones que le brindan en el control prenatal?
- e) ¿Cómo se sintió atendida por los profesionales de la salud (médico, enfermero (a) y auxiliar de enfermería) durante sus controles prenatales?
- f) ¿Considera usted que hay algún trato diferente por parte de las personas que le realizan los controles prenatales, por estar embarazada a su edad? ¿Te permiten aclarar dudas?
- g) ¿Cómo se siente con el tiempo que le dedican a sus controles prenatales? ¿Llena sus expectativas como adolescente? ¿Cuánto tiempo duran sus controles aprox?
- h) ¿Cuénteme cuáles son los trámites administrativos que usted realiza para solicitar sus controles prenatales? ¿Cómo se siente con esos trámites? ¿Ha presentado alguna dificultad para acceder a éste?
- i) ¿Por qué asiste a los controles prenatales? ¿Cuáles fueron las razones por las cuales usted no asistió a algún control prenatal?
- j) ¿Cómo le gustaría que fuera el control prenatal para las adolescentes? ¿Qué cambios realizaría? ¿Le agregaría o le quitaría algo?
- k) ¿Asiste a los cursos de preparación para la maternidad y paternidad? ¿Por qué asiste o por qué no asiste?
- l) ¿Cómo le gustaría que fueran estos cursos? ¿Qué cambios realizaría? ¿Le agregaría o le quitaría algo?

## 6. Cierre y agradecimiento



## B. Anexo: Consentimiento informado para las entrevistas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN  
“*PERCEPCIÓN SOBRE EL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES EN LA E.S.E SAN CRISTÓBAL, BOGOTÁ 2012*”

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ T.I. \_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_

Acepto participar voluntariamente en la investigación “*PERCEPCIÓN SOBRE EL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES EN LA E.S.E SAN CRISTÓBAL, BOGOTÁ 2012*”, la cual hace parte de la Maestría en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

El objetivo del estudio es explorar la percepción que tienen las gestantes adolescentes que acuden al Hospital San Cristóbal E.S.E. con relación al control prenatal.

Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y libre, consiste en hablar sobre el control prenatal durante una entrevista que será grabada. Dicha información será confidencial y yo tendré acceso a ésta en el momento en que lo solicite. La información que doy no tendrá efectos sobre mi atención de salud en la E.S.E. a la cual acudo a mis controles prenatales.

Para cualquier información con relación a este estudio me puedo comunicar con la investigadora Andrea Mayorga Palacios al teléfono 313 2385909.

También se me explicó que me puedo retirar de la investigación en cualquier momento en que lo considere conveniente.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

C.C.

Testigo \_\_\_\_\_

C.C.

Investigador \_\_\_\_\_

C.C

Firma \_\_\_\_\_

## C. Anexo: Autorización formal de la E.S.E San Cristóbal



Bogotá 29 de Julio 2012

Señores:  
Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina  
Programa de Maestría en Salud Pública

Cordial saludo.

La presente es con el fin de aceptar la solicitud realizada por la estudiante Andrea del Pilar Mayorga Palacios, para la realización de su trabajo de realización "*Percepción de las gestantes adolescentes sobre el control prenatal en la E.S.E San Cristóbal, Bogotá 2012*", presentado ante el comité de ética el día 26 de Julio del presente año.

Se llegaron a los siguientes acuerdos:

- 1-Disponibilidad de espacios para la realización de entrevistas en las Upas Primero de Mayo, Bello Horizonte y Victoria.
- 2- Informes mensuales de los avances por parte de la estudiante.
- 3- Socialización de la investigación al finalizar la misma.

Cordialmente



Elizabeth CAMPOS MORENO  
Subgerente Servicios de Salud (e)  
E.S.E San Cristóbal

Calle 20 Sur No. 8ª-22  
Conmutador: 2091480 Fax 2783980  
[www.esesancristobal.gov.co](http://www.esesancristobal.gov.co)  
Info: Línea 195



**BOGOTÁ**  
HUMANANA





## D. Anexo: Formato de diario de campo



FORMATO DE DIARIO DE CAMPO PARA LA INVESTIGACIÓN “*PERCEPCIÓN SOBRE EL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES EN LA E.S.E SAN CRISTÓBAL, BOGOTÁ 2012*”

Ciudad:

Fecha:

Hora de inicio:

Entrevistado:

Ubicación geográfica:

Aspectos ambientales:

Actitud del entrevistado:

Hora de finalización:







## Bibliografía

1. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Capítulo 10: Salud materno–infantil. Disponible en:<http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-10.pdf>
2. Prías Vanegas HE, Miranda Mellado C. Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. Aquichan [en línea] 2009 abril. [Consultado 08 de abril de 2011]; 9(1): 93-105. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74111465009>
3. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Capítulo 5: Fecundidad. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-5.pdf>
4. PROFAMILIA. Resumen de prensa. 1era Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá2011. Disponible en: <http://www.demografiaysaludbogota.co/admin/acrobat/resumendeprensa.pdf>
5. Murcia Lora JM, Esparza Encina ML. Ventajas de la reproducción humana natural. Persona y Bioética [en línea] 2009 enero-junio [Consultado 14 de febrero de 2012]; 13 (32): 85-93. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/832/83211402007.pdf>
6. Arias Charry J, Bernal Arias K, Giraldo Carvajal D, González Echeverri E, Rivera Mejía P. Calidad del control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS pública, Manizales 2007. Hacia la promoción de la salud [en línea] 2008 enero-diciembre. [Consultado 10 de abril de 2011]; 13: 131-42. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13\\_8.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_8.pdf)

7. Cáceres Manrique FM. El control prenatal: Una reflexión urgente. *Rev Colom de Obst y Ginec* [en línea] 2009 [Consultado 11 de abril de 2011]; 60(2): 165-70. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1952/195214328007.pdf>
8. Cano Serral G, Rodríguez Sanz M, Borell C, Pérez M, Salvador J. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gac Sanit* [en línea] 2006. [Consultado 01 de julio de 2011]; 20 (1): 25-30. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v20n1/original2.pdf>
9. Donas Burak S. *Adolescencia y juventud en América Latina. Libro Universitario Regional*. Costa Rica: Tecnológica de Costa Rica; 2001.
10. Schutt Aine J, Maddaleno M. *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Implicaciones en programas y políticas*. 2003 Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.
11. Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio, informe 2008*. Nueva York: Naciones Unidas; 2008.
12. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *Rev Ped Elec* [en línea] 2008 [consultado 10 de abril de 2011]; 5(1): 42-51. Disponible en: [http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5\\_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf)
13. Ministerio de la Protección Social. *Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna*. Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2004.
14. División Técnica de Información Estadística en Salud. *El IMSS en cifras. La salud de los adolescentes*. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [en línea] 2008 [consultado 15 de febrero de 2012]; 46 (1): 91-100. Disponible en: [http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev\\_med/pdf/gra\\_art/A14.pdf](http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A14.pdf)
15. Secretaría Distrital de Salud. *Política Distrital "Sexualidad sin indiferencia"* <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/politicadesdeSalud.aspx>
16. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe sobre la salud en el mundo 2005. Cada madre y cada niño contarán. Capítulo 3: Grandes expectativas en torno a la reducción de los riesgos del embarazo*. Ginebra: OMS; 2005. [Consultado 10 de

- abril de 2011] Disponible en:  
[http://whqlibdoc.who.int/whr/2005/9243562908\\_chap3.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whr/2005/9243562908_chap3.pdf)
17. World Health Organization. Coverage of maternity care: a listing of available information 1997. 4<sup>th</sup> ed. Family and reproductive health, maternal and newborn health / Safe motherhood. Geneva, Switzerland. 1- 66.
  18. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [sede Web]. Bogotá: Avance Jurídico Casa Editorial; [actualizado 30 de noviembre de 2011; acceso 28 de marzo de 2012]. Documento CONPES DNP-091-DDS-PNDH-DDUPA. Disponible en:  
[https://www.icbf.gov.co/transparencia/derechobienestar/conpes/conpes\\_dnp\\_0091\\_2005.html](https://www.icbf.gov.co/transparencia/derechobienestar/conpes/conpes_dnp_0091_2005.html)
  19. Valls Hernández M, Safora Enríquez O, Rodríguez Izquierdo A, López Rivas J. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea] 2009 enero – marzo. [Consultado 05 de julio de 2011]; 35(1): 1-9. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2009000100002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2009000100002&script=sci_arttext)
  20. Risueño A, Motta I. La adolescencia existe o existen adolescentes. La adolescencia como constructo. Universidad Argentina John F. Kennedy. Departamento de Biopsicología. Disponible en: <http://www.adolescenza.org/risueno.pdf>
  21. Estupiñán Aponte MR, Rodríguez Barreto L. Aspectos psicosociales en universitarias embarazadas. Rev. salud pública [en línea] 2009 [Consultado 10 de febrero de 2012]; 11 (6): 988-98. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n6/v11n6a15.pdf>
  22. Domínguez García L. Psicología del desarrollo problemas, principios y categorías. Reynosa: Interamericana de Asesoría y servicios S.A; 2006.
  23. Secretaría de Salud. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. Segunda Edición, 2002. México, D.F. [consultado 04 de julio de 2011] Disponible en:  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>
  24. Guerrero Masiá MD, Guerrero Masiá M, García Jiménez E, Moreno López A. Conocimiento de los adolescentes sobre salud sexual en tres institutos de educación secundaria valencianos. Rev Pediatr Aten Primaria [en línea] 2008 [consultado 16 de

- septiembre de 2012]; 10: 433-42. Disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-849-pdf/962.pdf>
25. Shaffer D, Kipp K. Desarrollo del yo y de la cognición social. En: Pérez Bonilla JT, director. *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. 7ma ed. México: Thomson; 2007. p. 467-507.
26. Ortiz Serrano R, Anaya Ortiz N, Sepúlveda Rojas C, Torres Tarazona S, Camacho López P. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. *Med UNAB [en línea]* 2005 agosto [consultado 05 de marzo de 2011]; 8 (2): 71-77. Disponible en: <http://132.248.9.1:8991/hevila/Medunab/2005/vol8/no2/3.pdf>
27. Lugo Agudelo NV. El mundo afectivo de la adolescente embarazada. Artículo basado en el trabajo de investigación presentado para optar el título de Magister en salud pública con énfasis en salud mental, en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en Junio del 2000. Disponible en: <http://www.dialogosproductivos.net/upload/publications/09092010123849.pdf>
28. Alarcón Argota R, Coello Larrea J, Cabrera García J, Monier Despeine G. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Rev. Cubana de Enfer [en línea]* 2009 enero - junio. [Consultado 05 de julio de 2011]; 25(1-2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n1-2/enf071\\_209.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n1-2/enf071_209.pdf)
29. Galicia Moyeda IX, Jiménez Vega L, Pavón Figueroa S, Sánchez Velasco A. Actitudes de madres adolescentes y adultas y su relación con la personalidad de sus hijos. *Psicología y Salud [en línea]* 2006 julio-diciembre [consultado 01 de febrero de 2012]; 16 (2): 159-69. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29116205.pdf>
30. Parada Baños AJ. El embarazo adolescente le cuesta al país. *UN periódico*. 2005 marzo 20. Sociedad.
31. Salazar A, Rodríguez LF, Daza RA. Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y municipios aledaños. Consecuencias en el estudio, estado civil, estructura familiar, ocupación y proyecto de vida. *Pers. Bioét [en línea]* 2007 [Consultado 29 de febrero de 2012]; 29 (2): 170-85. Disponible en:

---

[http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=embarazo%20y%20maternidad%20%20adolescente&source=web&cd=4&ved=0CDsQFjAD&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fservlet%2Ffichero\\_articulo%3Fcodigo%3D25613](http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=embarazo%20y%20maternidad%20%20adolescente&source=web&cd=4&ved=0CDsQFjAD&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fservlet%2Ffichero_articulo%3Fcodigo%3D25613)

32. Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá, febrero de 2003.
33. Armendáriz Ortega AM, Medel Pérez BY. Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes. Synthesis [en línea] 2010 julio-septiembre [Consultado 14 de febrero de 2012]; 19-24. Disponible en: [http://www.uach.mx/extension\\_y\\_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta\\_de\\_intervencion\\_para\\_prevenir\\_el\\_embarazo\\_en\\_adolescentes.pdf](http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta_de_intervencion_para_prevenir_el_embarazo_en_adolescentes.pdf)
34. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico 2008 – 2012. Serie de documentos de planificación de la OPS; junio 2008
35. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009. Ginebra: OMS; 2009.
36. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010. Ginebra: OMS; 2010.
37. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011. Ginebra: OMS; 2011.
38. Decreto 3039 de 2007. Ministerio de la Protección Social. 10 de agosto de 2007.
39. World Health Organization. Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. Geneva, Switzerland 2003.
40. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Aprobada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948.

41. Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo. Convenio sobre la protección de la maternidad, 1919. Washington, Estados Unidos de América 29 de octubre de 1919.
42. Naciones Unidas – Centro de Información [sede Web]. [actualizada 09 de junio de 2004; acceso 12 de julio de 2011]. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Disponible en: [http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/c\\_elim\\_disc\\_mutxt.htm](http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/c_elim_disc_mutxt.htm)
43. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [sede Web]. [acceso 11 de julio de 2011]. Convención sobre los Derechos del Niño. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
44. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York, 1995. Disponible en: [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf)
45. Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Informe sobre los períodos de sesiones 20º y 21º. Nueva York y Ginebra 2000. Disponible en: [http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-4/files/docs/4\\_docs\\_onu/21.%201999%20Suplemento%202%20Informe%20periodos%2020%20y%2021.pdf](http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-4/files/docs/4_docs_onu/21.%201999%20Suplemento%202%20Informe%20periodos%2020%20y%2021.pdf)
46. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio, informe 2010. Nueva York: Naciones Unidas; 2010.
47. Constitución política de Colombia 1991. Asamblea Nacional Constituyente. 04 de julio de 1991.
48. Ley 100 de 1993. El congreso de la República de Colombia. 23 de diciembre de 1993.
49. Resolución número 3997 de 1996. Ministerio de Salud. 30 de octubre de 1996.
50. Resolución número 412 de 2000. Ministerio de Salud. 25 de febrero de 2000.
51. Decreto 2309 de 2002. Ministerio de Salud. 15 de octubre de 2002.

52. Acuerdo 415 de 2009. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. 29 de mayo de 2009.
53. Secretaría Distrital de Salud. Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012. Bogotá, D.C., julio de 2008.
54. Proyecto de Acuerdo 229 de 2011. Concejo de Bogotá D.C. 2011.
55. Proyecto de Acuerdo número 489 de 2012. El Concejo de Bogotá, D.C. 2012
56. Sánchez Nuncio HR, Pérez Toga G, Pérez Rodríguez P, Vásquez Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [en línea] septiembre – octubre 2005. [Consultado 01 de julio de 2011]; 43(5): 377-80. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055c.pdf>
57. Organización Mundial de la Salud. Provision of effective antenatal care. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC). Standars for Maternal and Neonatal Care. 2006
58. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerperio. Atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2005. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5.
59. Ministerio de Salud de la Nación. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. 2001
60. Beeckman K, Louckx F, Putman K. Determinants of the number of antenatal visits in a metropolitan region. BMC Public Health [en línea] 2010. [Consultado 05 de julio de 2011]; 10(527): 1-9. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-527.pdf>
61. Secretaría Distrital de Salud. Guías de atención materna 2009.
62. Faneite P, Rivera C, Rodríguez F, Amato R, Moreno S, Cangemi L. Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica? Rev Obstet Ginecol Venez [en línea]

2009. [Consultado 08 de julio de 2011]; 69 (3): 147-51. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v69n3/art02.pdf>
63. Pécora A, San Martín ME, Cantero A, Furfaro K, Jankovic P, Llompарт V. Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud? Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá [en línea] 2008 [consultado 01 de febrero de 2012]; 27 (3): 114-19. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/912/91227304.pdf>
64. Seclen-Palacín JA, Benavides B, Jacoby E, Velásquez A, Watanabe E. ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú. Rev Panam Salud Pública [en línea] 2004. [Consultado 06 de mayo de 2011]; 16(3):149–57. Disponible en: <http://journal.paho.org/uploads/1145999973.pdf>
65. Organización Mundial de la Salud. Nuevo modelo de control prenatal de la OMS. 2003
66. Peña de Martí G, Comunián Carrasco G, Martí Peña A, Martí Carvajal A. Asociación entre la calidad del control prenatal y los desenlaces perinatales. Salus [en línea] 2005 diciembre [consultado 10 de febrero de 2011]; 9 (3): 21 – 24. Disponible en: [http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/prenatal\\_y\\_desenlaces.pdf](http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/prenatal_y_desenlaces.pdf)
67. Silva J, Cecatti G, Serruya S. A qualidade do pré-natal no Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [en línea] 2005 [consultado 17 de febrero de 2012]; 27 (3): 103 – 05. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n3/24929.pdf>
68. Menezes Succi R, Nigio Figueiredo E, Carvaiho Zanatta L, Biffani Peixe M, Bertelli Rossi M, Carneiro Vianna L. Evaluation of prenatal care at basic health units in the city of Sao Paulo. Rev Latino-am Enfermagem [en línea] 2008 novembro – dezembro [consultado 30 de mayo de 2012]; 16 (6): 986 – 92. Disponible en: <http://www.sinab.unal.edu.co:2108/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=49768f28-67fb-49e1-8a7d-cac581531972%40sessionmgr111&vid=1&hid=110>
69. Maderuelo J, Haro A, Pérez F, Cercas L, Valentín A, Morán E. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. Gac Sanit. [en línea] 2006 [consultado 16 de mayo de 2012]; 20 (1): 31 – 9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv20n1/original3.pdf>



70. Tamez González S, Valle Arcos R, Eibenschutz Hartman C, Méndez Ramírez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud Pública de México* [en línea] 2006 septiembre-octubre [consultado 01 de febrero de 2012]; 48 (5): 418-29. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=79&IDARTICULO=12646&IDPUBLICACION=1317>
71. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Rev Med Hered* [en línea] 2011 [consultado 30 de mayo de 2012]; 22 (4): 169 – 75. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v22n4/v22n4ao3.pdf>
72. Pazmiño de Osorio S, Guzmán Gómez N. Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia, 1994 -2004. Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* [en línea] 2009 [consultado 20 de septiembre de 2011]; 60 (1): 12-18. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n1/v60n1a04.pdf>
73. Tipiani O, Tomatis C. El control prenatal y el desenlace materno perinatal. *Rev Per Ginecol Obstet* [en línea] 2006 [consultado 29 de septiembre de 2011]; 52 (4): 247 – 52. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/ginecologia/vol52\\_n4/pdf/A11V52N4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A11V52N4.pdf)
74. Aguilar Barradas M, Méndez Machado G, Guevara Arenas J, Caballero Leal L. Mortalidad perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de la atención prenatal. *Rev Med IMSS* [en línea] 2005 [consultado 30 de mayo de 2012]; 43 (3): 215 – 20. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im053e.pdf>
75. Real Academia Española: *Diccionario Esencial de la Lengua Española*. Madrid: Espasa Calpe; 2006. Percibir; p. 1128.
76. Webster's Online Dictionary [Sede Web]. [Consultado 04 de marzo de 2012]. Perception. Disponible en: <http://www.websters-online-dictionary.org/definitions/perception>

77. Diccionario General de Ciencias Humanas. Madrid: Cátedra; 1978. Percepción; p. 690.
78. Diccionario de Filosofía. Tomo II L-Z. Buenos Aires: Sudamericana; 1965. Percepción; p. 391.
79. Enciclopedia de las Ciencias Filosóficas. Buenos Aires: Libertad; 1944. El percibir; p.299.
80. A Modern Dictionary of Sociology. New York: Thomas Y. Crowell Company; 1969. Perception; p 295.
81. Cepeda Aparicio L. Fenomenología descriptiva e historia. Una reflexión a partir del llamado fenomenológico por volver a las cosas mismas. Bucaramanga: SIC; 2007.
82. Cubero M. Un análisis cultural de los procesos perceptivos. Anuario de Psicología. [en línea] 2005 [consultado 20 de enero de 2012]; 36 (3): 261-80. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61818/76170>
83. Ramos Schlegel I. Procesos simbólicos y percepción cognitiva de control. Gazeta de Antropología. [en línea] 2000 [consultado 27 de enero de 2012]; 16: 1-9. Disponible en: [http://digibug.ugr.es/html/10481/7507/G16\\_12Ignacio\\_Ramos\\_Schlegel.html](http://digibug.ugr.es/html/10481/7507/G16_12Ignacio_Ramos_Schlegel.html)
84. Vargas Melgarejo LM. Sobre el concepto de percepción. ALTERIDADES. [en línea] 1994 [consultado 20 de enero de 2012]; 4 (8): 47-53. Disponible en: <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf>
85. Wundt G. Introducción a la filosofía. 5ta ed. Madrid: Daniel Jorro; 1911.
86. Diccionario de Psicología. 5 ed. Barcelona: Herder; 1985. Percepción; p. 560.
87. Whittaker JO, Whittaker SJ. Psicología. 4ta ed. México D.F: Interamericana; 1984.
88. Alvira R. Reflexiones sobre el concepto de percepción en la filosofía aristotélica. En: VI Congreso Nacional de Psicología. Pamplona; 1979. p. 157 – 62.
89. Burlando G. Recepción Suareciana de Aristóteles: percepción, representación y verdad. Rev Filosófica de Coimbra [en línea] 2005 [consultado 03 de enero de 2012];

- (28): 323-48. Disponible en:  
[http://www.uc.pt/fluc/dfci/publicacoes/recepcion\\_suareciana](http://www.uc.pt/fluc/dfci/publicacoes/recepcion_suareciana)
90. Descartes R. Meditaciones acerca de la filosofía primera. Seguidas de las objeciones y respuestas. Traducción de Jorge Aurelio Díaz. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas; 2009.
91. Berkeley G. Principios del conocimiento humano. Barcelona: Folio; 1999.
92. Copleston F. Historia de la Filosofía Vol. VI de Wolff a Kant. Barcelona: Ariel; 1974
93. Titchener EB. Elementos de psicología. México: Librería de la Vda de CH. Bouret; 1923
94. Bartley SH. Principios de percepción. México: Trillas S.A; 1969
95. Meleau-Ponty M. Fenomenología de la percepción. México D. F: Fondo de Cultura Económica; 1957.
96. Bayo Margalef J. Percepción, desarrollo cognitivo y artes visuales. Barcelona: Anthropos; 1987.
97. Aramburu Oyarbide M. Jerome Seymour Bruner: De la percepción al lenguaje. Rev Iberoamericana de Educación [en línea] 2004 [consultado 11 de diciembre de 2011]; 33 (7): 1-17. Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/749Aramburu258.PDF>
98. Oviedo GL. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. Rev de Estudios Sociales [en línea] 2004 [consultado 21 de noviembre de 2011]; (18): 89-96. Disponible en: [http://res.uniandes.edu.co/pdf/descargar.php?f=../data/Revista\\_No\\_18/10\\_Dossier8.pdf](http://res.uniandes.edu.co/pdf/descargar.php?f=../data/Revista_No_18/10_Dossier8.pdf)
99. Computing & the Arts [sede Web]. [acceso 06 de marzo de 2012]. Computational theories of Visual Perception. David Marr's model. Disponible en: <http://www.doc.gold.ac.uk/~mas02fl/MS101/Vision/Marr.html>

100. Wilhelm D. Traducción Marias J. Teorías de las concepciones del mundo. Madrid: Revista Occidente; 1944.
101. Barra Almagia E. Psicología social. 2da ed. Vicerrectoría Académica, Dirección de Docencia; 1998.
102. Mann L. Elementos de psicología social. México D. F: Limusa Noriega Editores; 1997.
103. Wellhofer PR. Compendio de psicología social. Barcelona: Herder; 1981.
104. Ibañez Gracia I, Botella i Mas M, Domenech i Argemí M, Feliu i Samuel J, Martínez Martínez L, Pallí Monguilod C, et al. Introducción a la psicología social. Barcelona: UOC; 2004.
105. Matamorros K, Obando N, Rivera S, Romero D, Torres C, Guzmán A. Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención. *Revenf [en línea] 2007 abril-septiembre [consultado 20 de enero de 2012]; 12: 1-12.* Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/448/44801201.pdf>
106. Mayca J, Palacios E, Medina A, Velásquez J, Castañeda D. Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco. *Rev Peru Med Exp Salud Publica [en línea] 2009 [consultado 15 de febrero de 2012];26(2):145-60.* Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a04v26n2.pdf>
107. Olufemi O, Modinat O. Do Sociodemographic Characteristics of Pregnant Women Determine their Perception of Antenatal Care Quality? *Matern Child Health J [en línea] 2009 [consultado 17 de febrero de 2012]; 13: 505 -11.* Diponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4907dc58-ae22-4e6f-adba-f81e9f377fc6%40sessionmgr14&vid=2&hid=17>
108. Bones Rocha K, Rubin Barbosa LH, Zambom Barboza C, ÜckerCalvetti P, Torres Carvalho F, Cerqueira Santos E, et al. La atención a la salud en Brasil a partir de la percepción de travestis, transexuales y transgéneros. *Forum: qualitative social*

- research [en línea] 2009 mayo [consultado 11 de marzo de 2012]; 10 (2). Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1302/2783>
109. Cárcamo Vásquez H. Hermenéutica y análisis cualitativo. Cinta de Moebio [en línea] 2005 [consultado 16 de abril de 2012]; 23. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10102306>
110. González Agudelo EM. El retorno a la traducción o nuevamente sobre la historia del concepto de hermenéutica. Opinión jurídica [en línea] 2011 enero – junio [consultado 01 de mayo de 2012]; 10 (19): 41 – 60. Disponible en: [http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero\\_articulo?codigo=3688438](http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=3688438)
111. Kleining G, Witt H. Discovery as Basic Methodology of Qualitative and Quantitative Research. Forum: Qualitative Social Research [en línea] 2001 febrero [consultado 11 de abril de 2012]; 2 (1). Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/977/2130>
112. Gadamer HG. Traducción Olasagasti M. Verdad y Método II. Salamanca: Ediciones Sígueme; 1992
113. Verjat A. El retorno de Hermes. Hermenéutica y Ciencias Humanas. Barcelona: Anthropos, editorial del hombre; 1989.
114. Meneses J. La hermenéutica y la fenomenología: dos visiones en la construcción del conocimiento. [Tesis doctoral]. Caracas: Tecana American University; 2006.
115. Gadamer HG. Estética y hermenéutica. Traducción Gómez A. 2da ed. Madrid: Tecnos; 1998.
116. Grondin J. Traducción Cuartas JM. El legado de la hermenéutica. Cali: Programa editorial Universidad del Valle; 2009.
117. Decreto 1876 de 1994. Ministerio de Salud. 03 de agosto de 1994.
118. E.S.E Hospital San Cristóbal. Diagnóstico local de salud con participación social 2010. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C; 2010

119. ESE Hospital San Cristóbal. Localidad 04 San Cristóbal. Diagnóstico local de salud con participación social 2010. Bogotá DC; 2010.
120. E.S.E San Cristóbal Sector Salud [Sede Web]. Bogotá: E.S.E San Cristóbal; Febrero 21, 2011 [consultado 26 de junio de 2012]. Misión y Visión [1 página]. Disponible en: <http://esesancristobal.gov.co/lportal/web/guest/mision-y-vision1>
121. Martín-Crespo Blanco MC, Salamanca Castro AB. El muestreo en la investigación cualitativa. Nure Investigación [en línea] 2007 marzo-abril [consultado 30 de agosto de 2011]; 27. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/FMetodologica\\_27.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf)
122. Corbetta P. Metodología y técnicas de investigación social. Madrid: Mc Graw Hill; 2007.
123. López Estada RE, Deslauriers JP. La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. Margen [en línea] 2011 junio [consultado 01 de septiembre de 2012]; 61: 1-19. Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen61/lopez.pdf>
124. Andréu Abela J. Las técnicas de análisis de contenido: Una revisión actualizada. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces; 2002. Disponible en: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
125. Mayan MJ. Una Introducción a los Métodos Cualitativos: Módulo de Entrenamiento para Estudiantes y Profesionales. Traducción Cisneros Puebla CA. Canadá: International Institute for Qualitative Methodology; 2001.
126. Gomes R. El análisis de datos en la investigación cualitativa. En Souza Minayo MC, organizadora. Investigación Social Teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar editorial; 2004. p 53-63.
127. Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. LIBERABIT [en línea] 2007 [consultado 16 de junio de 2012]; 13: 71-78. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>

128. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra; 2002.
129. Resolución 008430 de 1993. República de Colombia, Ministerio de Salud. 04 de octubre de 1993.
130. Castilla del Pino C. Teoría de los sentimientos. Barcelona: Tusquets; 2000.
131. Martínez Posada JE, Muñoz Gaviria DA. Aproximación teórico-metodológica al imaginario social y las representaciones colectivas: apuntes para una comprensión sociológica de la imagen. Universitas Humanística [en línea] 2009 enero-junio [consultado 26 de septiembre de 2012]; 67: 207-21. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n67/n67a10.pdf>
132. Jiménez Martínez AA, Peralta Cerda EG, Hinojosa García L, García García P, Castillo Muraira Y, Miranda Posadas C. Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal. Ciencia UANL [en línea] 2012 enero-marzo [consultado 26 de septiembre de 2012]; 15 (57): 81-92. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3835335>
133. Watzlawick P. Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas. Argentina: Tiempo contemporáneo; 1976.
134. Blossiers C. Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal: un estudio cualitativo. Rev Perú Med Exp Salud Publica [en línea] 2010 [consultado 16 de septiembre de 2012]; 27(3): 337-44. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n3/a05v27n3.pdf>
135. Hogg M, Vaughan G. Psicología social. 5ta ed. Madrid: Médica Panamericana; 2010.
136. Parales Quenza CJ, Vizcaíno Gutiérrez M. Las relaciones entre actitudes y representaciones sociales: elementos para una integración conceptual. Revista Latinoamericana de Psicología [en línea] 2007 [consultado 19 de septiembre de

- 2012]; 39 (2): 351-61. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v39n2/v39n2a10.pdf>
137. Vélez Álvarez C, Gómez Gómez DE, González Robledo MC. Errores o equivocaciones por acción u omisión en acciones de promoción y prevención dirigidas a gestantes en Manizales, 2007. *Hacia la promoción de la salud* [en línea] 2008 enero-diciembre [consultado 05 de julio de 2011]; 13: 61-76. Disponible en:  
[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13\\_4.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_4.pdf)
138. Blázquez Morales MA, Sobeida L, Torres Férman IA, Pavón León P, Gogeochea Trejo M, Blázquez Domínguez CR. Estilos de vida en embarazadas adolescentes. *Salud en Tabasco* [en línea] 2010 enero-abril [consultado 16 de julio de 2012]; 16 (1): 883-90. Disponible en:  
[redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/487/48719442005.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/487/48719442005.pdf)
139. Soto Lesmes VI. Experiencias de las adolescentes embarazadas en la localidad de Kennedy en la ciudad de Bogotá: Las adolescentes desean ser madres pero... [tesis doctoral]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009