



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

COORDINACIÓN NACIONAL MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO

**FACTORES ASOCIADOS A CONTROLES PRENATALES EN ADOLESCENTES: UNA
REVISION INTEGRATIVA.**

**FACTORS ASSOCIATED WITH PRENATAL CARE IN ADOLESCENTS: AN
INTEGRATIVE REVIEW**

Artículo profesional previo a la obtención del título de Magister en Gestión del Cuidado con
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables

Autoría:

VIVIAN LIZETH GUALAN CEVALLOS
DENESIS NICOLLE DUEÑAS MENDOZA

Dirección:

Mgs. Angela Cristina Yanez Corrales, PhD.

Santo Domingo – Ecuador

Enero, 2026



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

COORDINACIÓN NACIONAL MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO

HOJA DE APROBACIÓN

**FACTORES ASOCIADOS A CONTROLES PRENATALES EN ADOLESCENTES: UNA
REVISION INTEGRATIVA.**

**FACTORS ASSOCIATED WITH PRENATAL CARE IN ADOLESCENTS: AN
INTEGRATIVE REVIEW**

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables

Autoría:

**VIVIAN LIZETH GUALAN CEVALLOS
DENESIS NICOLLE DUEÑAS MENDOZA**

Mgs. Angela Cristina Yanez Corrales, PhD.

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Delgado Mendoza Lianetm Mgs

LECTORA

Jorge Lorena Cabrera Ojeda, Mgs

COORDINADOR

Santo Domingo – Ecuador

Enero, 2026

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Vivian Lizeth Gualán Cevallos portador de la cédula de ciudadanía No. 1750659888 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magister en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaro que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Vivian Lizeth Gualán Cevallos

CI. 1750659888

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Denesis Nicolle Dueñas Mendoza portador de la cédula de ciudadanía No. 1314708619 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magister en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaro que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Denesis Nicolle Dueñas Mendoza

CI. 1314708619

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Mgtr. Jorge Lorena Cabrera Ojeda

Dirección de Investigación y Postgrados

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad del director/a del Trabajo de Titulación de Postgrado de Maestría en gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, titulado FACTORES ASOCIADOS A CONTROLES PRENATALES EN ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA realizado por el/la maestrante: Vivian Lizeth Gualán Cevallos con cédula: No. 1750659888, y Denesis Nicolle Dueñas Mendoza con cedula No. 1314708619 previo a la obtención del Título de Magister en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencias y Unidades Cuidados Intensivos , informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Además, certifico haber verificado la originalidad y autenticidad del trabajo de titulación por medio del programa anti-plagio Turnitin, en respuesta a la normativa institucional vigente.

Santo Domingo, febrero 2026

Atentamente,

Mgs. Angela Yanez PhD

Director del trabajo de titulación

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro más profundo y sincero agradecimiento a Dios, por bendecirnos con la vida, la salud, la sabiduría y la fortaleza necesaria para superar cada uno de los desafíos presentados a lo largo de nuestra formación académica y, de manera especial, durante el desarrollo de esta investigación. A nuestras familias, quienes han sido el pilar fundamental en nuestras vidas, por su amor incondicional, apoyo constante, comprensión y palabras de aliento en los momentos más difíciles. Gracias por confiar en nosotros y motivarnos a seguir adelante hasta alcanzar esta importante meta profesional. A nuestros docentes, por su dedicación, compromiso y por compartir generosamente sus conocimientos, experiencias y enseñanzas, contribuyendo de manera significativa en nuestra formación académica, ética y profesional.

De manera muy especial, expresamos nuestro más sincero agradecimiento a nuestra tutora, quien con su guía, paciencia, dedicación y compromiso supo orientarnos durante todo el proceso investigativo. Su valioso acompañamiento, sus observaciones oportunas y su constante motivación fueron fundamentales para el desarrollo y culminación exitosa de este trabajo de titulación. A nuestra institución educativa, por brindarnos la oportunidad de formarnos como profesionales, proporcionándonos los conocimientos, herramientas y espacios necesarios para el desarrollo de nuestras capacidades y habilidades.

A todas aquellas personas que, de una u otra manera, contribuyeron directa o indirectamente en la realización de esta tesis, ya sea con su apoyo, consejos o colaboración, les extendemos nuestro más sincero agradecimiento. Finalmente, queremos agradecer entre nosotros como equipo de trabajo, por la responsabilidad, el compromiso, la dedicación, la paciencia y el esfuerzo compartido. Este logro no solo representa el resultado de un proceso académico, sino también el fruto del trabajo en conjunto, la perseverancia y la confianza mutua para superar cada obstáculo en el camino.

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de titulación, en primer lugar, a Dios, por ser nuestra guía constante, por brindarnos la sabiduría, la fortaleza y la perseverancia necesarias para superar cada obstáculo presentado a lo largo de este camino, y por permitirnos culminar con éxito esta importante etapa de nuestras vidas. A nuestras familias, quienes han sido el pilar fundamental de nuestro crecimiento personal y académico. Gracias por su amor incondicional, su apoyo constante, sus sacrificios y su confianza en nuestras capacidades. Cada palabra de aliento, cada consejo y cada gesto de motivación han sido esenciales para no rendirnos y seguir adelante hasta alcanzar esta meta. Este logro no solo nos pertenece, sino también a ustedes, quienes han estado presentes en cada paso del proceso.

A nuestros docentes, por su dedicación, compromiso y entrega en la formación de profesionales íntegros. Gracias por compartir sus conocimientos, experiencias y valores, los cuales han contribuido significativamente en nuestra preparación académica y en el desarrollo de esta investigación. De manera muy especial, dedicamos este trabajo a nuestra tutora, quien con su guía, paciencia, profesionalismo y apoyo constante nos orientó durante todo el proceso investigativo. Su compromiso y acompañamiento fueron fundamentales para la culminación exitosa de esta tesis, dejando en nosotros no solo conocimientos, sino también enseñanzas valiosas para nuestra vida profesional.

A nuestra institución educativa, por abrirnos las puertas del conocimiento y brindarnos las herramientas necesarias para formarnos como profesionales capaces y comprometidos con la sociedad. A todas aquellas personas que, de una u otra forma, fueron parte de este proceso, brindándonos su apoyo, consejos y motivación, les extendemos esta dedicatoria como muestra de nuestro profundo agradecimiento. Finalmente, nos dedicamos este logro entre nosotros como equipo, por la paciencia, el esfuerzo, la responsabilidad y la perseverancia demostrada durante este proceso. Este trabajo representa no solo el cumplimiento de un objetivo académico, sino también el resultado del trabajo en conjunto, la confianza mutua y la determinación para superar cada dificultad y alcanzar nuestros sueños.

RESUMEN

El embarazo adolescente aún es un desafío importante para la salud pública mundial, especialmente en países en desarrollo, donde las jóvenes enfrentan múltiples desventajas sociales, económicas y sanitarias. Estudios recientes destacan que la no adherencia a controles de embarazo adolescente se vincula a dificultades económicas, largas distancias a centros de salud y falta de conocimiento sobre la importancia de las consultas tempranas. Cada año, alrededor de 21 millones de adolescentes de 15 a 19 años quedan embarazadas en regiones en desarrollo y al menos 12 millones dan a luz, lo que representa un riesgo elevado para su salud física y emocional.

El objetivo de esta revisión es analizar en la literatura científica los factores asociados para la adherencia a los controles en el embarazo adolescente. La metodología se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, descriptivo y documental, siguiendo los lineamientos de una Scoping Review conforme a la guía PRISMA-ScR. Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos como PubMed, Scielo, Dialnet y Science Direct incluyendo artículos originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados en los últimos años.

Los resultados preliminares muestran que la adherencia a controles prenatales en embarazos adolescentes depende de apoyo familiar, acceso a servicios y educación materna, mitigando barreras económicas y logísticas para lograr 65% de alta adherencia. Factores personales, familiares y socioculturales como pobreza, machismo rural y bajo conocimiento generan inicio tardío (38%) y baja cobertura (35-57%), incrementando prematuridad y complicaciones perinatales. Riesgos como estigma, ruralidad y derivaciones limitan acceso, mientras protectores como consejería, atención respetuosa y herramientas digitales elevan ≥ 4 controles (47-84%).

Se concluye que la adherencia a controles prenatales en embarazos adolescentes depende de múltiples factores como el apoyo familiar, acceso a servicios, educación materna, que contrarrestan barreras económicas y logísticas para promover asistencia oportuna. Los factores personales, familiares y socioculturales como pobreza, machismo y bajo conocimiento generan riesgos mientras que consejería y atención respetuosa actúan como factores protectores. Se destacan desigualdades en poblaciones vulnerables, como ecuatorianas e indígenas, con baja cobertura pese a intervenciones. El artículo sintetiza evidencia para intervenciones integrales que optimicen adherencia y reduzcan riesgos materno-fetales.

Palabras clave; Embarazo adolescente, Controles prenatales, Adherencia, Factores de riesgo

ABSTRACT

Adolescent pregnancy remains a significant global public health challenge, particularly in developing countries, where young women face multiple social, economic, and health disadvantages. Recent studies highlight that non-adherence is linked to economic hardship, long distances to health centers, and a lack of awareness about the importance of early prenatal care. Each year, approximately 21 million adolescents aged 15 to 19 become pregnant in developing regions, and at least 12 million give birth, posing a significant risk to their physical and emotional health.

The objective of this review is to analyze the scientific literature to identify factors associated with adherence to prenatal care during adolescent pregnancy. The methodology employed a quantitative, descriptive, and documentary approach, following the guidelines of a Scoping Review according to the PRISMA-ScR guidelines. A comprehensive search was conducted in databases such as PubMed, SciELO, Dialnet, and ScienceDirect, including original articles, systematic reviews, and meta-analyses published in recent years.

Preliminary results show that adherence to prenatal care in adolescent pregnancies depends on family support, access to services, and maternal education, mitigating economic and logistical barriers to achieve 65% high adherence. Personal, family, and sociocultural factors such as poverty, rural machismo, and low knowledge lead to late initiation (38%) and low coverage (35-57%), increasing prematurity and perinatal complications. Risks such as stigma, rurality, and referrals limit access, while protective factors such as counseling, respectful care, and digital tools increase the number of visits to ≥ 4 (47-84%).

It is concluded that adherence to prenatal care in adolescent pregnancies depends on multiple factors such as family support, access to services, and maternal education, which counteract economic and logistical barriers to promote timely care. Personal, family, and sociocultural factors such as poverty, machismo, and low knowledge generate risks, while counseling and respectful care act as protective factors. Inequalities are highlighted in vulnerable populations, such as Ecuadorian and indigenous women, with low coverage despite interventions. This article synthesizes evidence for comprehensive interventions that optimize adherence and reduce maternal and fetal risks.

Keywords: Adolescent pregnancy, Prenatal care, Adherence, Risk factors

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción.....	1
1.1.	Objetivo General	2
2.	REVISIÓN DE LA LITERATURA	3
2.1.	Fundamentos teóricos.....	3
2.1.1.	Definición de adolescencia.	3
2.1.1.1.	Etapas Principales	3
2.1.1.2.	Cambios Físicos	3
2.1.1.3.	Desarrollo Psicológico y Cognitivo	3
2.1.1.4.	Aspectos Sociales.....	4
2.1.2.	Definición de Embarazo adolescente.	4
2.1.2.1.	Causas Multifactoriales	4
2.1.2.2.	Consecuencias para la Salud	5
2.1.2.3.	Impacto Socioeconómico	5
2.1.2.4.	Estrategias de Prevención	5
2.1.3.	Control prenatal.....	6
2.1.4.	Adherencia a los controles prenatales.	6
2.1.5.	Definición de factores personales, familiares y socioculturales.	6
2.1.5.1.	Factores personales	6
2.1.5.2.	Factores familiares	7
2.1.5.3.	Factores socioculturales.	8
2.1.6.	Definición de factores de riesgo y protectores de la atención de salud para la adherencia a los controles prenatales.	8
2.1.6.1.	Factores de riesgo de la atención de salud	8
2.1.6.2.	Factores protectores de la atención de salud	9
2.1.7.	Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender como referencia teórica.	10

3.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	12
3.1.	Diseño de investigación.	12
3.2.	Pregunta PICO	12
3.3.	Proceso de selección.	13
3.3.1.	Criterios de elegibilidad	13
3.3.2.	Criterios de exclusión.....	13
3.4.	Procedimientos éticos.....	13
3.5.	Investigación y selección de estudios.	14
4.	Resultados	15
5.	Discusión	3
6.	Conclusiones	6
7.	Referencias bibliográficas	7

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente sigue siendo un desafío importante para la salud pública mundial, especialmente en países en desarrollo, donde las jóvenes enfrentan múltiples desventajas sociales, económicas y sanitarias (1). Estudios recientes destacan que la no adherencia se vincula a dificultades económicas, largas distancias a centros de salud y falta de conocimiento sobre la importancia de las consultas tempranas. Cada año, alrededor de 21 millones de adolescentes de 15 a 19 años quedan embarazadas en regiones en desarrollo y al menos 12 millones dan a luz, lo que representa un riesgo elevado tanto para su salud física y emocional como para su desarrollo educativo y económico (2).

En Ecuador, a pesar de la existencia de normativas y programas para el acceso gratuito a la atención prenatal, muchas adolescentes no cumplen con los controles mínimos recomendados, especialmente en zonas rurales e indígenas, donde la pobreza, el bajo nivel educativo, la distancia a los centros de salud y las creencias culturales agravan la situación (3). En la provincia de Pichincha, un número significativo de adolescentes embarazadas no realizan el número recomendado de controles prenatales, lo que incrementa los riesgos maternos y neonatales.

En este contexto, se ha planteado la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores asociados para la adherencia a los controles prenatales en el embarazo adolescente? Considerando que la adolescencia es una etapa de grandes cambios físicos, emocionales y sociales, en la que el embarazo representa un problema de salud pública, especialmente en contextos con recursos limitados y acceso desigual a servicios de salud; por tanto el objetivo de este trabajo es analizar los factores asociados para la adherencia a los controles en el embarazo adolescente para conocer cuáles son las causas de la baja asistencia a controles prenatales y para diseñar estrategias que mejoren el acceso y la calidad de la atención. Esta información es clave para orientar políticas públicas en salud sexual y reproductiva, promoviendo la equidad y reduciendo las brechas en salud materno-infantil (4).

1.1. Objetivo General

Identificar en la literatura científica los factores asociados a los controles prenatales en adolescentes que influyen en la asistencia y adherencia a estos controles prenatales

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Fundamentos teóricos.

2.1.1. Definición de adolescencia.

La adolescencia, definida por la OMS como el periodo entre 10 y 19 años, es una etapa de intensos cambios físicos, cognitivos, psicológicos y sociales que preparan al individuo para la adultez, incluyendo el desarrollo puberal acelerado, la formación de la identidad personal y la creciente influencia de pares y redes sociales, lo que puede aumentar la vulnerabilidad a decisiones impulsivas como relaciones sexuales tempranas sin protección.

2.1.1.1. *Etapas Principales*

Se divide comúnmente en tres fases superpuestas. La adolescencia temprana (10-13 años) inicia con la pubertad: cambios como crecimiento rápido, desarrollo mamario en niñas y vello pubiano en niños, junto a preocupación por la imagen corporal y ambivalencia hacia la independencia. La adolescencia media (14-17 años) intensifica hormonas, generando conflictos familiares, mayor influencia de pares, exploración romántica y riesgos como conductas impulsivas. Finalmente, la adolescencia tardía (18-19/21 años) consolida identidad, pensamiento abstracto y vocación realista, con empatía creciente y cuestionamiento de valores (1).

2.1.1.2. *Cambios Físicos*

El "estirón puberal" provoca aumento de estatura (hasta 10 cm/año), redistribución grasa, voz grave en varones y menarquía (12-13 años promedio). La asincronía corporal genera timidez y autoconciencia.

2.1.1.3. *Desarrollo Psicológico y Cognitivo*

Se pasa de pensamiento concreto a abstracto: comprensión de moral, filosofía y relaciones íntimas, se destaca la "crisis de identidad vs. confusión", con omnipotencia temporal y búsqueda de autonomía, aunque la mayoría transita sin turbulencias graves.

2.1.1.4. Aspectos Sociales

Prioridad al grupo de pares para validación; surge intimidad emocional y rechazo parental selectivo. En contextos como Ecuador, retos como embarazo adolescente (tema previo) se vinculan a presiones socioeconómicas y falta de educación sexual. Esta etapa crítica demanda apoyo familiar, educativo y de salud para fomentar resiliencia y equidad de género. El embarazo en esta fase implica riesgos adicionales, ya que el cuerpo de la adolescente aún está en maduración, elevando la probabilidad de complicaciones obstétricas como anemia, preeclampsia, parto prematuro, bajo peso al nacer (<2500 g), restricción del crecimiento intrauterino, y mortalidad materna-neonatal hasta tres veces superior a la de adultas jóvenes (2). En Ecuador, la tasa de fecundidad adolescente es una de las más altas de la región, con mayor incidencia en zonas rurales e indígenas, donde la pobreza, el bajo nivel educativo y las barreras culturales agravan la problemática (3).

2.1.2. Definición de Embarazo adolescente.

El embarazo adolescente, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la gestación en mujeres entre 10 y 19 años, constituye un problema de salud pública global, con mayor incidencia en América Latina y el Caribe, donde afecta a cerca del 15-20% de las nacidas vivas en algunos países, incluyendo Ecuador. En regiones de bajos ingresos como esta, las tasas son alarmantes: anualmente, alrededor de 16 millones de adolescentes dan a luz en el mundo, con complicaciones que representan el 11% de todas las muertes maternas entre los 15 y 19 años. En Ecuador, boletines recientes del Ministerio de Salud indican que persiste como desafío pese a intervenciones, influido por desigualdades socioeconómicas, falta de acceso a educación sexual integral y factores culturales.

2.1.2.1. Causas Multifactoriales

Las causas del embarazo adolescente son complejas y entrelazadas. Biológicamente, la menarquia precoz, que ocurre cada vez más temprano debido a nutrición mejorada y cambios ambientales expone a las niñas a embarazos no deseados antes de la madurez emocional. Socialmente, predominan la desinformación sobre métodos anticonceptivos, presión de pares para iniciar relaciones sexuales, entornos familiares disfuncionales con ausencia parental y violencia de género, incluyendo abusos sexuales que representan hasta el 50% de los casos en menores de 15 años. En contextos ecuatorianos, la pobreza rural y urbana limita el acceso a servicios de salud reproductiva, mientras que mitos culturales sobre la sexualidad agravan el

problema. Estudios de UNFPA destacan que la falta de empoderamiento femenino y roles de género tradicionales perpetúan ciclos intergeneracionales.

2.1.2.2. *Consecuencias para la Salud*

Para la madre adolescente, los riesgos son elevados debido a la inmadurez fisiológica: mayor incidencia de parto prematuro (25% más probable), preeclampsia, anemia ferropénica y eclampsia, que en menores de 15 años cuadruplica la mortalidad materna. Psicológicamente, se asocian depresión posparto, estigma social y abandono educativo, lo que frena oportunidades laborales futuras. El bebé enfrenta prematuridad (hasta 50% de casos), bajo peso al nacer (<2.500 g), malformaciones y mayor mortalidad neonatal, derivado de la pelvis estrecha y deficiencias nutricionales maternas.

2.1.2.3. *Impacto Socioeconómico*

Más allá de la salud, genera exclusión: las madres adolescentes abandonan la escuela en un 40-60%, perpetuando pobreza, con hijos que enfrentan retrasos cognitivos y mayor riesgo de desnutrición. En Ecuador, esto tensiona sistemas de salud pública y agrava desigualdades de género.

2.1.2.4. *Estrategias de Prevención*

La prevención requiere enfoques multisectoriales. La educación sexual integral (ESI) desde primaria, con énfasis en anticonceptivos, consentimiento y equidad de género, reduce tasas hasta en 50%, según evidencias de Plan International. Acceso gratuito a métodos modernos (condones, píldoras, DIU) y servicios amigables para adolescentes es clave. En Ecuador, la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes (2018-2025) integra educación, salud y protección, alineada con metas ODS, aunque requiere mayor implementación. Programas comunitarios, involucrando padres y líderes locales, junto a vigilancia epidemiológica, son esenciales para monitorear y responder.

2.1.3. Control prenatal.

El control prenatal es un conjunto de acciones médicas, educativas y psicosociales que permiten identificar y prevenir riesgos durante el embarazo, promoviendo la salud materna y fetal y reduciendo la morbilidad materno-infantil. La OMS recomienda iniciar el control prenatal antes de las 12 semanas de gestación y realizar al menos cinco controles. En adolescentes, la asistencia oportuna y regular a estos controles facilita la detección temprana de complicaciones, la educación en salud sexual y reproductiva, el fomento de hábitos saludables, el apoyo psicológico y social, y la preparación para la maternidad (4). Sin embargo, muchas adolescentes no acceden oportunamente o lo hacen de forma incompleta, aumentando los riesgos para su salud y la de sus hijos (5).

La falta de control prenatal incrementa el riesgo de complicaciones perinatales y limita la educación en salud sexual y reproductiva, perpetuando la pobreza, la exclusión y la desigualdad, afectando a las adolescentes, sus familias y comunidades. Por ello, es necesario fortalecer políticas públicas y programas de salud sexual y reproductiva que prioricen la educación sexual integral, el acceso a métodos anticonceptivos, la atención diferenciada y amigable, la eliminación de barreras sociales, culturales e institucionales, y la formación del personal de salud para brindar atención respetuosa y de calidad (6).

2.1.4. Adherencia a los controles prenatales.

La adherencia a los controles prenatales se define como el grado en que una gestante sigue las recomendaciones y asiste a las consultas programadas durante el embarazo, implicando una relación activa entre la paciente y el equipo de salud para generar confianza y reducir barreras. A diferencia del "cumplimiento terapéutico" pasivo, esta adherencia enfatiza la participación conjunta para mejorar resultados materno-fetales (7)

2.1.5. Definición de factores personales, familiares y socioculturales.

2.1.5.1. Factores personales

Los factores personales son el conjunto estructurado de atributos, condiciones y disposiciones propias de cada individuo que, al articularse entre sí, condicionan la forma en que la persona percibe su entorno, procesa la información, regula sus emociones, toma decisiones y se comporta en distintos contextos de la vida cotidiana, tales como el ámbito educativo, laboral, familiar y sanitario. Estos atributos incluyen dimensiones biológicas (edad, sexo, estado de salud, características neurofisiológicas), psicológicas (motivación, autoeficacia, autoconcepto, personalidad, inteligencia emocional, estilos de afrontamiento del estrés) y socioculturales (nivel socioeconómico, capital cultural, experiencias formativas previas, valores interiorizados, creencias y expectativas), las cuales no actúan de manera aislada, sino en interacción continua con factores contextuales como la organización escolar, las condiciones de trabajo, el apoyo social o las políticas de salud (8).

2.1.5.2. Factores familiares

Los factores familiares se definen como el conjunto de condiciones, dinámicas y recursos inherentes al núcleo familiar, tales como la estructura del hogar (nuclear, monoparental o extendida), el nivel socioeconómico, el nivel educativo y ocupacional de los padres, el clima emocional (afecto, comunicación, apoyo mutuo), las expectativas parentales, los hábitos de supervisión escolar, la estabilidad económica y los modelos de crianza (autoritario, permisivo o democrático), que influyen de manera directa e indirecta en el desarrollo cognitivo, emocional, social y académico de los hijos, mediando entre el individuo y su entorno externo (9)

Estos factores actúan como mediadores contextuales que modulan el rendimiento escolar y el bienestar infantil, donde un entorno familiar estable y enriquecedor fomenta la motivación intrínseca, la autoestima y hábitos de estudio efectivos, mientras que dinámicas disfuncionales como la violencia intrafamiliar, la ausencia parental o el estrés económico generan barreras como baja concentración, desmotivación o conductas de riesgo.

2.1.5.3. Factores socioculturales.

Los factores socioculturales se definen como el conjunto de elementos culturales, sociales y simbólicos que caracterizan a una sociedad o grupo humano incluyendo valores, creencias, normas, costumbres, lengua, religión, etnia, estatus socioeconómico, tradiciones, ideologías, estructuras familiares, educación formal e informal, arte, tecnología y dinámicas de poder, que moldean la identidad individual y colectiva, influyen en la percepción del mundo, determinan patrones de comportamiento, relaciones interpersonales, procesos de aprendizaje, actitudes hacia la salud, el trabajo y el consumo, y generan diversidad o desigualdades en contextos educativos, sanitarios o laborales (10).

Estos factores operan a niveles micro (familia, grupo de pares), meso (comunidad, instituciones) y macro (nacional, global), interactuando con variables personales y contextuales para condicionar oportunidades, desafíos y respuestas adaptativas; por ejemplo, normas de género pueden limitar el acceso educativo de las mujeres en ciertas culturas, mientras que valores colectivistas fomentan la cooperación en el aprendizaje, y la etnia influye en prácticas de salud o estilos de vida alimentarios.

2.1.6. Definición de factores de riesgo y protectores de la atención de salud para la adherencia a los controles prenatales.

2.1.6.1. Factores de riesgo de la atención de salud

Los factores de riesgo son variables predictoras modificables y no modificables y condiciones individuales, familiares, sociales o institucionales que incrementan la probabilidad de abandono o irregularidad en las visitas de atención prenatal, elevando complicaciones obstétricas como prematuridad, bajo peso al nacer, preeclampsia o mortalidad perinatal (14).

Estos se clasifican en internos (de la gestante) y externos (sistema de salud y contexto):

- **Económicos y logísticos:** Bajo nivel socioeconómico, falta de recursos para transporte, distancia al centro de salud y largas filas de espera, que reducen la asistencia en hasta 80% en zonas rurales.

- **Demográficos y obstétricos:** Edad materna extrema (<18 o >35 años), multiparidad (≥ 5 embarazos, OR=3.22), inicio tardío (>14 semanas), bajo nivel educativo y analfabetismo.
- **Personales y conductuales:** Deficiente conocimiento sobre controles prenatales, creencias culturales erróneas, miedo a contagio, falta de recordatorios de citas y embarazo no planificado.
- **De salud:** Antecedente de abortos, anemia, infecciones o estrés psicológico que desalientan visitas continuas.

2.1.6.2. Factores protectores de la atención de salud

Son variables que constituyen condiciones individuales como:

- Nivel educativo superior, primiparidad, conocimiento adecuado sobre beneficios del control prenatal y motivación personal por salud fetal
- Familiares (apoyo emocional y logístico del núcleo hogareño, estabilidad económica doméstica, involucramiento activo del compañero/pareja en citas)
- Sociales (redes comunitarias de apoyo, normas culturales positivas hacia la atención prenatal temprana, acceso a programas educativos locales)
- Institucionales (inicio oportuno del control ≤ 12 semanas, citas programadas eficientes sin largas esperas, atención humanizada y personalizada por personal capacitado, disponibilidad de transporte subsidiado o móvil, educación continua durante visitas, recordatorios telefónicos/SMS, suplementación gratuita de ácido fólico/hierro, ecografías accesibles y resolución inmediata de problemas menores.

Estas variables incrementan de manera acumulativa y sinérgica la probabilidad de asistencia completa y regular a las visitas programadas de atención prenatal (≥ 8 según estándares OMS/MSP), reduciendo consecuentemente la incidencia de complicaciones obstétricas prevenibles como prematuridad, bajo peso al nacer, preeclampsia/eclampsia, anemia materna severa, infecciones del tracto urinario ascendentes, restricción del crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de placenta, macrosomía fetal no diagnosticada, hemorragia posparto, sepsis neonatal temprana y mortalidad perinatal evitables (11).

Al facilitar la detección precoz, el monitoreo seriado de signos vitales (tensión arterial, peso fetal, actividad cardíaca), la suplementación oportuna (ácido fólico, sulfato ferroso), el tamizaje ecográfico sistemático, las intervenciones farmacológicas preventivas y el empoderamiento de la gestante en sistemas de salud públicos con alta demanda, pero optimizados por intervenciones focalizadas.

2.1.7. Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender como referencia teórica.

Desde la perspectiva del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, la adherencia a los controles prenatales en adolescentes se entiende como el resultado de un proceso en el que interactúan factores personales, cognitivos, emocionales y sociales. Este modelo sostiene que la decisión de asistir de forma regular a los controles depende, en primer lugar, de las características y experiencias individuales de la gestante adolescente (12):

- Edad
- Nivel educativo
- Situación socioeconómica
- Historia prenatal
- Experiencias previas con el sistema de salud

Las cuales condicionan su percepción del riesgo y la importancia del seguimiento. Además, influyen de manera decisiva las cogniciones específicas de la conducta, como la percepción de beneficios:

- Sentirse acompañada
- Detectar a tiempo complicaciones
- Proteger al bebé

La percepción de barreras:

- Miedo
- Vergüenza
- Tiempo
- Distancia
- Costo
- Mal trato y la autoeficacia para organizar su asistencia y cumplir con las recomendaciones.

Finalmente, el estado de afecto y el apoyo social (familia, pareja, profesionales de salud) refuerzan o debilitan la intención de asistir, que, según Pender, es el mejor predictor de que la conducta de salud se lleve a cabo. Así, el modelo ofrece un marco explicativo integral para comprender por qué algunas adolescentes se adhieren a los controles prenatales y otras no, y permite orientar intervenciones de enfermería dirigidas a fortalecer las percepciones positivas, reducir barreras y apoyar la autonomía y el autocuidado de la gestante adolescente.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Diseño de investigación.

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, descriptivo y documental, mediante una revisión integrativa orientada a identificar, analizar y sintetizar la evidencia científica sobre los factores asociados a los controles prenatales en adolescentes. El estudio se realizó siguiendo las directrices metodológicas del PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) adaptadas para revisiones integrativas. La pregunta de investigación se formuló mediante el modelo PICO, considerando como población a las adolescentes embarazadas, la intervención/exposición como factores sociodemográficos, familiares, educativos y de acceso a servicios, la comparación con ausencias o variaciones de estos factores, y los resultados centrados en la adherencia, frecuencia y calidad de los controles prenatales (5)

La búsqueda de información se llevó a cabo entre junio y diciembre de 2025 en las bases de datos PubMed, SciELO, Dialnet y Science Direct, utilizando descriptores MeSH y DeCS en inglés y español, combinados mediante operadores booleanos tales como: "Associated factors" AND "Services" AND "Teenage mothers" AND "Prenatal checkups" , "Teenage pregnancy AND sociocultural factors OR family factors AND personal factors, "Risk factors" OR "Protective factors" AND "Teenage pregnancy" AND "health services" .

3.2. Pregunta PICO

Se empleó un modelo estructurado conocido como PICO para formular las preguntas de investigación, que facilitó la definición correcta del problema, la población objetivo, las intervenciones, los comparadores y los resultados previstos.

P	Adolescentes embarazadas
I	Factores sociodemográficos, familiares, educativos y de acceso a servicios
C	Ausencias o variaciones de los factores
O	Adherencia, frecuencia y calidad de los controles prenatales

Fuente: Autores

3.3. Proceso de selección.

3.3.1. Criterios de elegibilidad

Estudios de alto rigor científico, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados entre 2020 y 2025 en inglés, español y portugués, que abordaran factores asociados a controles prenatales en adolescentes

3.3.2. Criterios de exclusión

Estudios realizados en población adulta o pediátrica no adolescente, embarazos posparto, intervenciones quirúrgicas electivas y artículos sin acceso a texto completo.

3.4. Procedimientos éticos.

Dado que se trató de una revisión documental, no implicó intervención en seres humanos ni recolección de datos personales, por lo que no representó riesgos éticos. Se respetaron los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, así como las normas internacionales de investigación como la Declaración de Helsinki y las directrices de la OMS.

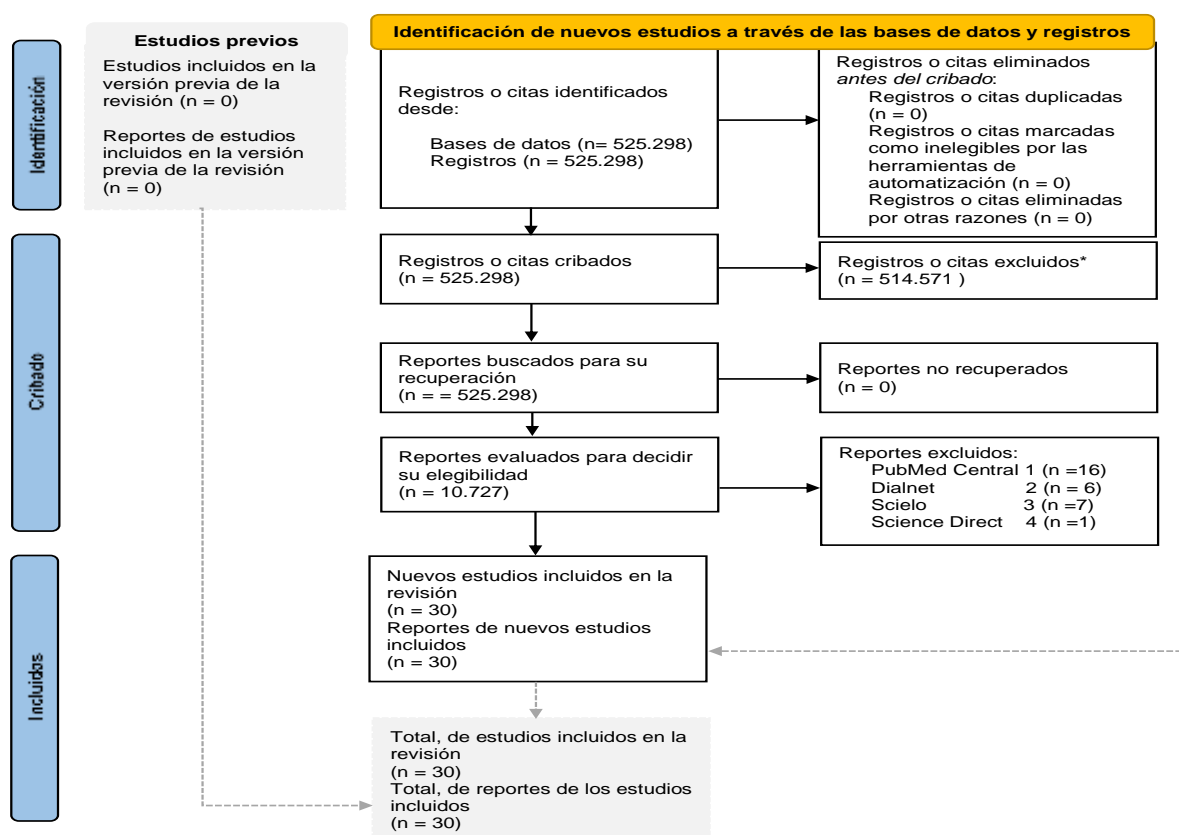
3.5. Investigación y selección de estudios.

La selección de los estudios se realizó en dos fases: revisión de títulos y resúmenes, seguida de la lectura completa de los textos elegibles, proceso efectuado por dos revisores independientes con resolución de discrepancias por consenso o intervención de un tercer evaluador. Los datos obtenidos se organizaron en una matriz de extracción elaborada en Microsoft Excel, que incluyó autor, año, país, tipo de estudio, objetivos, metodología, resultados principales. Posteriormente, la información se analizó mediante el método CAST (Clasificación, Análisis, Síntesis y Triangulación), agrupando los hallazgos según tres dimensiones: factores asociados a la adherencia a los controles prenatales, factores personales, familiares y socioculturales factores de riesgo y protectores en la atención en salud para la adherencia a los controles prenatales (6). El análisis fue de tipo narrativo y comparativo, con el propósito de identificar tendencias, coincidencias, divergencias y vacíos de conocimiento en la literatura.

4. RESULTADOS

El diagrama de flujo prisma se realizó para investigar los factores asociados para la adherencia a los controles prenatales en el embarazo adolescente, determinar los factores personales, familiares y socioculturales e identificar los factores de riesgos y protectores de la atención de salud para la adherencia a controles prenatales en adolescentes, obteniéndose 30 artículos para analizar.

Tabla 1 Selección de artículos a través de flujo PRISMA



Elaborado por: Autores.
Fuente: Prisma 2020 LOO Diagram.

Los resultados a partir de la selección de artículos se construyeron en relación con los objetivos generando ejes temáticos.

¿Cuáles son los principales factores asociados que influyen en la adherencia a los controles en el embarazo adolescente?

<p>Pubmed Central</p>	<p>PubMed</p>	<p>Utilización de la atención prenatal en el primer trimestre y factores asociados entre madres adolescentes en Ruanda</p>	<p>Inglés, 2023</p>	<p>Este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia del uso de APN en el primer trimestre y los factores asociados entre madres adolescentes en Ruanda</p>	<p>Este estudio transversal analizó los datos de la sexta encuesta demográfica y de salud de Ruanda (RDHS 2019-2020). Se emplearon análisis proporcionales, bivariados y multivariados para identificar los factores asociados con el primer uso de atención prenatal</p>	<p>Atención prenatal, Madres adolescentes, Prevalencia, Ruanda</p>	<p>La prevalencia de utilización de atención prenatal en el primer trimestre entre 354 madres adolescentes fue del 46%. Edad avanzada (AOR = 1,82; IC del 95 % = 1,096-2,305), nivel de educación secundaria (AOR = 1,36; IC del 95 % = 1,080 - 1,960), provenir de una familia adinerada (AOR = 2,10; IC del 95 % = 1,830 - 5,162), residir cerca de un centro de salud (AOR = 1,17; IC del 95 % = 1,065 - 2,011), permiso para ir al centro de salud (AOR = 2,13; IC del 95 % = 1,857 - 3,363) se asociaron positivamente con el uso de servicios de ANC. Sin embargo, se encontró una asociación negativa con el deseo de embarazo posterior (AOR = 0,42; IC del 95 % = 0,149 - 0,781).</p>	<p>La adherencia al control prenatal en adolescentes gestantes constituye un desafío crítico en contextos de bajos recursos como Ecuador, donde solo el 38,3% alcanza cuatro o más visitas, influida por barreras socioeconómicas y culturales que comprometen la continuidad y elevan riesgos maternos-neonatales como bajo peso al nacer y parto prematuro. Las restricciones financieras emergen como principal obstáculo (p=0,05), con el 38,3% de adolescentes citando limitaciones económicas, patrón corroborado por Soriano Ramírez (2025), quien asocia la pobreza con menor adherencia formal, mientras Portilla Prado (2022) reporta que el 60% percibe la distancia geográfica como barrera en áreas rurales, exacerbando desigualdades. Complementariamente, López (2023) vincula bajo nivel educativo y residencia rural con mayor prevalencia de embarazos adolescentes sin atención adecuada en Ecuador. Las creencias culturales agravan esta dinámica (OR=0,00; IC 95% 0,00–0,472; p=0,030), desincentivando controles pese a su rol preventivo, como detalla Soriano Ramírez (2025); Ortiz (2025) describe cómo normas que normalizan el embarazo precoz en Riobamba reducen la percepción de riesgos, y Sánchez (2022) relaciona falta de comunicación familiar con menor continuidad prenatal.</p>
-----------------------	---------------	--	---------------------	--	---	--	--	---

Pubmed Central	PubMed	Utilización de servicios de atención prenatal y factores asociados entre adolescentes refugiadas urbanas en Kampala, Uganda	Inglés, 2023	Este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia del uso de APN en el primer trimestre y los factores asociados entre madres adolescentes en Ruanda.	Realizamos un estudio transversal con 637 refugiadas urbanas, madres adolescentes de entre 10 y 19 años. Las participantes fueron entrevistadas mediante el programa informático ODK. Los datos se analizaron con Stata versión 17. Se realizaron análisis univariados, bivariados y multivariados, y los resultados se expresaron como proporciones, valores p, odds ratios e intervalos de confianza.	Servicios de salud materna, atención prenatal, utilización, adolescentes, refugiados urbanos, ciudad de Kampala	La mayoría (92,6%) había asistido al menos a una consulta de atención prenatal; sin embargo, solo unas pocas (11,5%) asistieron a las 8 consultas recomendadas por la OMS. Menos de la mitad (41%) asistió a la primera consulta de atención prenatal durante el primer trimestre. Los factores asociados con la utilización de la atención prenatal incluyeron estar casado y vivir en una familia extensa. Los factores asociados con la asistencia a la atención prenatal en el primer trimestre incluyeron estar casado, la educación y la duración de la estancia en la zona.	La evidencia reciente en contextos de refugio indica que, aun cuando la cobertura de acceso inicial a la atención prenatal (APN) entre adolescentes refugiadas urbanas puede superar el 90%, la continuidad asistencial sigue siendo limitada, de modo que solo una proporción reducida completa el número de controles recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo que revela una brecha estructural entre captación temprana y adherencia efectiva (Benova et al., 2021; Diabelková et al., 2023). Diversos autores que han estudiado contextos humanitarios entre 2020 y 2025 coinciden en que este fenómeno no obedece únicamente a deficiencias en la organización de los servicios, sino a la combinación de fragmentación del sistema, barreras socioculturales, estigma y desigualdades de género que condicionan el uso sostenido de la APN por parte de las adolescentes desplazadas (Agarwal y Rawal, 2021; Bhutta et al., 2020; Nair et al., 2022).
----------------	--------	---	--------------	--	---	---	--	---

Pubmed Central	PubMed	Conocimiento y uso de la atención prenatal por parte de adolescentes y madres jóvenes en la región de Ahafo, Ghana: un estudio transversal	Inglés, 2023	Evaluar el conocimiento de las adolescentes y madres jóvenes sobre APN, su uso y los factores que influyen en su uso en Ghana..	Este estudio transversal comunitario involucró a 440 madres adolescentes y jóvenes (de entre 10 y 24 años). Se empleó un cuestionario estructurado para la recolección de datos presencial. Se realizaron análisis descriptivos y estadísticos, y un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.	Adolescentes; mujeres jóvenes; madres; mujeres; atención del embarazo; concienciación; uso; atención prenatal	<p>Las personas de 15 a 19 años y las mujeres casadas mostraron una mayor probabilidad de utilizar servicios de atención prenatal. Se observó que las trabajadoras eventuales y las desempleadas tenían una menor probabilidad de utilizar servicios de atención prenatal en comparación con las comerciantes.</p> <p>Conclusión: La edad, el estado civil y el tipo de empleo influyeron en el uso de atención prenatal en la región de Ahafo. Las madres adolescentes menores de 15 años presentaron tasas más bajas, lo que requirió intervenciones específicas para mejorar los resultados del embarazo.</p>	<p>En este estudio realizado en la región de Ahafo se observa que el uso de la atención prenatal (APN) por parte de adolescentes y madres jóvenes reproduce los patrones descritos recientemente en África subsahariana, donde la edad, el estado civil y las condiciones laborales se consolidan como determinantes clave de la utilización de los servicios maternos. La mayor probabilidad de uso entre mujeres de 15-19 años y casadas es coherente con lo reportado por Ameyaw et al. y Afulani et al., quienes encontraron que la transición a la juventud tardía y la legitimidad social conferida por el matrimonio facilitan la toma de decisiones en salud, incrementan la autonomía para desplazarse a los servicios y se asocian con el cumplimiento de al menos cuatro controles prenatales con personal calificado. Sin embargo, tal como advierten Tura et al. y Diabelková et al., este efecto protector del matrimonio depende del apoyo real de la pareja y la familia, de modo que las adolescentes menores de 15 años, sin unión estable o con relaciones conflictivas, mantienen un riesgo elevado de retrasar el inicio del control y de presentar peores resultados perinatales.</p>
----------------	--------	--	--------------	---	---	---	--	---

Scielo	Scielo Brasil	Atención prenatal entre mujeres adolescentes del extremo sur de Brasil: cobertura y factores asociados	Portugu es, 2023.	Evaluar la cobertura e identificar los factores asociados a la atención prenatal adecuada a madres adolescentes en Rio Grande, Sur de Brasil, en un período de 13 años.	Durante los años 2007, 2010, 2013, 2016 y 2019, se aplicó un único cuestionario estandarizado a todas las madres de los hospitales de este municipio. El resultado consistió en la proporción de púerperas que iniciaron atención prenatal en el primer trimestre, realizaron más de seis consultas médicas y se realizaron más de dos pruebas de VIH, sífilis y orina. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para las proporciones, la regresión de Poisson en el análisis multivariado y la razón de prevalencia (RP) como medida del efecto.	Atención prenatal; Adolescentes; Factores de riesgo; Investigación en servicios de salud.	De las 12.645 madres identificadas, 2.184 (17,3%) eran adolescentes. De este total, el 35,2% (IC95% = 33,2%-37,2%) había recibido atención prenatal adecuada, con una variación del 13,8% (10,8%-16,7%) en 2007 al 52,5% (46,8%-58,1%) en 2019. El análisis ajustado mostró una mayor proporción de mujeres con atención prenatal adecuada entre las de mayor edad y mejor nivel educativo, de piel blanca/morena, con pareja, que nunca habían tenido un aborto, eran primíparas y no fumadoras.	El estudio de Rio Grande, conducido por Cesar-e-Silva y colaboradores, muestra que la proporción de adolescentes con atención prenatal (APN) adecuada aumentó del 13,8% en 2007 al 52,5% en 2019, aunque casi la mitad de las gestantes jóvenes sigue sin cumplir los criterios de inicio temprano, número mínimo de consultas y pruebas de tamizaje. Los autores evidencian que las mayores probabilidades de APN adecuada se concentran en adolescentes de más edad, con mayor escolaridad, de piel blanca/morena, con pareja, primíparas, sin antecedentes de aborto y no fumadoras, revelando un fuerte gradiente social y racial en el acceso efectivo al cuidado. Estos hallazgos son congruentes con los resultados de Cesar et al. (2021), quienes en cohortes perinatales del mismo municipio describen mejor itinerario de cuidado y mayor realización de exámenes entre mujeres con mejor nivel educativo y apoyo familiar. A su vez, estudios brasileños recientes sobre desigualdades reproductivas, como los de Barros et al. y Victoria et al., documentan que mujeres negras y con baja escolaridad enfrentan mayor riesgo de atención prenatal inadecuada y de resultados perinatales adversos, lo que explica la menor adecuación observada en adolescentes racializadas y socialmente vulnerables. En conjunto, los autores coinciden en que los avances en cobertura deben complementarse con estrategias focalizadas —fortalecimiento de la atención primaria, abordaje del racismo institucional y modelos de atención diferenciada..
--------	------------------	---	-------------------------	---	---	--	---	--

Pubmed Central	PubMed	Inicio oportuno de la atención prenatal y sus factores asociados entre las mujeres embarazadas en África subsahariana: un análisis multipaís de las encuestas demográficas y de salud	Inglés, 2022	Describir la proporción de inicio oportuno de la atención prenatal (primer control en el primer trimestre) en mujeres embarazadas de África subsahariana e identificar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados a ese inicio temprano utilizando datos de encuestas demográficas y de salud multipaís.	Para el análisis se utilizó la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) de 36 países del África Subsahariana. Se incluyó una muestra ponderada total de 233.349 mujeres de 15 a 49 años que dieron a luz en los cinco años previos a la encuesta y que acudieron a consulta de atención prenatal para su último hijo. Se utilizó un modelo de regresión logística multinivel para examinar los factores individuales y comunitarios que influyen en el inicio oportuno de la atención prenatal. Los resultados se presentaron mediante la razón de probabilidades ajustada (ORA) con un intervalo de confianza (IC) del 95%.	Atención prenatal, Controles prenatales, Embarazo, Mujeres embarazadas	En este estudio, el inicio oportuno general de la visita de atención prenatal fue del 38,0 % (IC del 95 %: 37,8-38,2), con un rango de 14,5 % en Mozambique al 68,6 % en Liberia. En el modelo final de regresión logística multinivel: mujeres con educación secundaria (AOR = 1,08; IC del 95 %: 1,06, 1,11), educación superior (AOR = 1,43; IC del 95 %: 1,36, 1,51), mujeres de 25 a 34 años (AOR = 1,20; IC del 95 %: 1,17, 1,23), ≥35 años (AOR = 1,30; IC del 95 %: 1,26, 1,35), mujeres del hogar más rico (AOR = 1,19; IC del 95 %: 1,14, 1,22), mujeres que perciben la distancia del centro de salud como un problema menor (AOR = 1,05; IC del 95 %: 1,03, 1,07), mujeres expuestas a los medios de comunicación (AOR = 1,29; IC del 95 %: 1,26, 1,32), las mujeres que vivían en comunidades con un porcentaje medio de alfabetización (AOR = 1,51; IC del 95 %: 1,40, 1,63) y las mujeres que vivían en comunidades con un alto porcentaje de alfabetización (AOR = 1,56; IC del 95 %: 1,38, 1,76) tenían mayor probabilidad de iniciar la atención prenatal-	El estudio multipaís sobre el inicio oportuno de la atención prenatal (APN) en África subsahariana muestra que solo el 38% de las mujeres inicia el control en el primer trimestre, con marcadas diferencias entre países como Mozambique (14,5%) y Liberia (68,6%), lo que confirma que la recomendación internacional sigue lejos de alcanzarse de forma homogénea. Los autores evidencian que la probabilidad de inicio temprano aumenta entre las mujeres con educación secundaria o superior, de 25 años o más, pertenecientes a hogares más ricos, expuestas a los medios de comunicación y que residen en comunidades con niveles medios o altos de alfabetización, lo que coincide con estudios recientes de Ekholuenetale, Igumbor y Lateef, quienes vinculan capital educativo, económico y mediático con mayor autonomía para decidir y mejor capacidad para superar barreras geográficas y financieras. En contraste, las mujeres rurales, aquellas que deseaban postergar el embarazo o no tener más hijos presentan menor probabilidad de iniciar la APN oportunamente, patrón que Tesfu y Ukoha atribuyen a la combinación de desventajas estructurales (pobreza, distancia, escasez de servicios) y factores psicosociales asociados a embarazos no planificados, como negación, miedo al estigma y baja motivación para buscar atención temprana. En conjunto, los hallazgos del artículo y de la literatura publicada entre 2020 y 2025 respaldan las recomendaciones de adoptar intervenciones multifacéticas que integren expansión de la educación femenina..
----------------	--------	---	--------------	--	---	--	--	--

Scielo	Scielo	<p>Características sociodemográficas y obstétricas de adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en los equipos básicos de atención integral en salud en una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica</p>	<p>Español , 2024</p>	<p>Describir las características sociodemográficas y obstétricas de un grupo de adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud en un comunidad urbana y rural de Costa Rica.</p>	<p>Se realizó un estudio cualitativo de tipo descriptivo transversal en una comunidad rural (Golfito) y urbana (Alajuelita) de Costa Rica. La población del estudio estuvo conformada por todas las adolescentes embarazadas que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: tener menos de 20 años, asistir a control prenatal en los EBAIS de las comunidades en estudio y firmar el asentimiento o consentimiento informado. Para la recolección de la información se visitó a cada adolescente embarazada en su residencia, se realizó una entrevista y se completó el instrumento de recolección de datos elaborado para este fin. La información fue introducida en una base de datos elaborada en el programa Excel 2007 de Microsoft Office®, mismo que se utilizó para realizar una estadística descriptiva.</p>	<p>Adolescencia; embarazo; atención prenatal; características sociodemográficas.</p>	<p>Participaron un total de 56 adolescentes embarazadas (14 en la zona rural y 42 en la zona urbana), con una edad promedio de $17 \pm 1,5$ años, en su mayoría son costarricenses, solteras, no han completado sus estudios secundarios y se dedican a las actividades domésticas. El 26,8% de las adolescentes presentaban embarazos previos, en promedio iniciaron control prenatal a las $10,9 \pm 5,6$ semanas de gestación y la mayoría (73,2%) inició el control durante el primer trimestre de embarazo. Conclusiones: los resultados de este estudio ofrecen una aproximación de los aspectos sociodemográficos y obstétricos de adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en comunidades rural y urbana en Costa Rica, esto evidencia que la mayoría inició su control prenatal en el primer trimestre de embarazo, hecho que permitió recibir una atención en salud orientada a la promoción de la salud y prevención de enfermedades</p>	<p>El estudio costarricense de Marín-Arias y colaboradores (2024) describe a las adolescentes embarazadas atendidas en EBAIS rurales y urbanos como un grupo predominantemente de 17 años, solteras, con escolaridad secundaria incompleta y dedicadas al trabajo doméstico, lo que coincide con el perfil de vulnerabilidad social señalado por la OPS/OMS para la región. El hecho de que el 73,2% haya iniciado el control prenatal en el primer trimestre, con un promedio de 10,9 semanas de gestación, contrasta favorablemente con lo reportado en otros países de América Latina y África, donde la captación temprana rara vez supera el 40%, y sugiere que la organización de la atención primaria costarricense facilita el acceso oportuno a los servicios. Sin embargo, las diferencias entre la zona urbana de Alajuelita (78,6% de inicio temprano) y la rural de Golfito (57,1%) evidencian que persisten brechas territoriales similares a las descritas por Abdo et al. (2023) y Ekholuenetale (2020), quienes asocian la ruralidad con mayor distancia geográfica, menor oferta de servicios y menor exposición a mensajes de salud sexual y reproductiva.</p>
--------	--------	---	-------------------------------	--	---	--	--	---

Dialnet	Dialnet	Incumplimiento del control y variables socioculturales relacionados en embarazadas Salasakas	Ingles, Español, 2020	Identificar las variables socioculturales relacionadas al inadecuado cumplimiento del chequeo prenatal en embarazadas indígenas Salasakas.	Estudio analítico, transversal. Participaron 42 gestantes, apartadas con base en los criterios de inclusión. Para la recolección de la información se aplicó una encuesta y la revisión del carné perinatal hoja 0.51 del MSP.	Atención prenatal; diagnóstico prenatal; embarazo abdominal	El 57% de las embarazadas participantes no cumple de manera adecuada con las consultas prenatales.	El estudio sobre embarazadas indígenas Salasakas evidencia que el 57% de las gestantes no cumple adecuadamente con las consultas prenatales, lo que sugiere una brecha importante entre la oferta de servicios y su utilización efectiva. Este patrón coincide con lo descrito por Taipe y colaboradores (2020-2024), quienes señalan que en poblaciones indígenas la inasistencia al control prenatal se relaciona con pobreza, distancia geográfica, desconfianza histórica hacia las instituciones y barreras idiomáticas. Asimismo, Suárez et al. (2023) destacan que el machismo, la toma de decisiones centrada en la pareja o la familia extensa y la vigencia de prácticas tradicionales pueden limitar la autonomía de las mujeres para asistir a los controles, incluso cuando reconocen su importancia. De forma complementaria, Tumas y Godoy (2021) plantean que el trato poco respetuoso, la falta de pertinencia intercultural y la escasa adaptación de los servicios a las cosmovisiones indígenas refuerzan la percepción de que el control prenatal “no es para ellas”, perpetuando ciclos de baja adherencia y mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales. Desde una perspectiva de salud pública, estos hallazgos respaldan la necesidad de estrategias que integren mediación intercultural, participación comunitaria, formación del personal en competencia cultural y eliminación de barreras económicas y geográficas, de modo que el control prenatal deje de ser un espacio percibido como ajeno y se convierta en un servicio accesible y culturalmente seguro para las mujeres Salasakas.
---------	---------	--	-----------------------	--	--	---	--	--

Dialnet	Dialnet	Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes	Inglés, español 2020	Determinar cuáles son los factores asociados a la no adherencia al control prenatal en gestantes adscritas al ambulatorio Manuel Navas Lizardo, Capatárída Municipio Buchivacoa en el lapso Agosto 2018 - Enero 2019.	<p>Estudio descriptivo, corte transversal, de campo, no experimental cuya muestra fue el total de la población, abarcando 50 gestantes, obteniendo la información a través de una ficha de recolección de datos.</p> <p>Resultados: La mayoría de las gestantes fueron adolescentes, en unión libre y con educación secundaria. Predominó un nivel socioeconómico bajo. El control prenatal fue mayoritariamente tardío y con número insuficiente de controles. Las principales barreras de acceso fueron económicas, de transporte y administrativas. Además, se evidenció un bajo nivel de conocimiento sobre el control prenatal en la mayoría de las gestantes.</p>	Embarazo; adherencia; control prenatal.	<p>La mayoría de las gestantes fueron adolescentes, en unión libre y con educación secundaria. Predominó un nivel socioeconómico bajo. El control prenatal fue mayoritariamente tardío y con número insuficiente de controles. Las principales barreras de acceso fueron económicas, de transporte y administrativas. Además, se evidenció un bajo nivel de conocimiento sobre el control prenatal en la mayoría de las gestantes.</p>	<p>Los hallazgos de este estudio, que muestran una alta proporción de gestantes adolescentes en unión libre, con bajo nivel socioeconómico, inicio tardío e insuficiente número de controles prenatales y que además refieren barreras económicas, de transporte, administrativas y bajo conocimiento sobre la importancia del control, son coherentes con lo reportado por Mohamed et al. (2025), quienes en su revisión sistemática identifican las limitaciones financieras, la distancia, el transporte y la organización de los servicios como obstáculos centrales para la asistencia al control prenatal en países en desarrollo, y se articulan con lo descrito por Senaratne et al. (2025), que vinculan la vulnerabilidad socioeconómica y la discontinuidad educativa de las gestantes adolescentes con un menor uso de servicios de salud, especialmente cuando existen restricciones económicas y estigma social, así como con los resultados de Kayemba et al. (2023), que señalan que las madres adolescentes inician más tarde el control prenatal y acuden con menor frecuencia por embarazos no planificados y escaso apoyo social, de modo que el patrón observado en la población estudiada refuerza la interpretación de que la no adherencia al control prenatal es un fenómeno multifactorial que requiere intervenciones intersectoriales orientadas a reducir las barreras estructurales (subsídios de transporte, reorganización de horarios y simplificación de trámites), junto con estrategias educativas y comunitarias.</p>
---------	---------	---	----------------------	---	---	---	--	--

Scielo	Scielo	Inequidades sociales en madres adolescentes y la relación con resultados perinatales adversos en poblaciones sudamericanas	Inglés, español 2020	Explicar las diferencias en la frecuencia de eventos perinatales adversos entre madres adolescentes con baja y alta escolaridad.	Las madres adolescentes fueron agrupadas en tres categorías según su escolaridad: baja (no lee hasta primaria incompleta, ≤ 6 años de escolaridad), media (primaria completa hasta secundaria incompleta, 7-12 años de escolaridad) y alta (secundaria completa, universitaria incompleta, 13-18 años de escolaridad). Se compararon los dos extremos de escolaridad y se consideró como referencia el nivel intermedio “primaria completa y secundaria incompleta”. Para el análisis estadístico se empleó un modelo multivariado que incluyó factores reproductivos y de acceso a servicios de salud maternos, factores demográfico-socioeconómicos paternos y étnicos del recién nacido.	Nacimiento Prematuro; Peso al Nacer; Embarazo en Adolescencia; Escolaridad; Inequidad Social	Los factores de riesgo para prematuridad y RCI en madres de baja escolaridad fueron la exposición a enfermedades agudas y la baja cantidad de consultas prenatales (Tablas 4 y 5). En las madres con alta escolaridad, el único factor de riesgo fue la baja cantidad de visitas prenatales. Esta última variable explicaría el 37% de la diferencia en la frecuencia de prematuridad (2,7%) entre madres de escolaridad baja (12,2%) y alta (9,5%) y un 23% de la diferencia en la frecuencia de RCI (1,7%) en madres con baja (5,9%) y alta (4,2%) escolaridad	Los resultados de este estudio, que muestran que las madres adolescentes de baja escolaridad presentan mayor frecuencia de parto prematuro y restricción del crecimiento intrauterino (RCI) y que en este grupo la prematuridad y el RCI se asocian tanto a la exposición a enfermedades agudas como a un número reducido de consultas prenatales, mientras que en las adolescentes con alta escolaridad el principal factor de riesgo es únicamente la baja cantidad de visitas, coinciden con la evidencia reciente de que la escolaridad materna actúa como un determinante estructural de las inequidades perinatales en América Latina, ya que condiciona el acceso oportuno a la atención, la continuidad del control prenatal y la capacidad de las adolescentes para reconocer signos de alarma y adherirse a las recomendaciones clínicas (Silva et al., 2021; Rangel et al., 2022), y respaldan los hallazgos de Mohamed et al. (2025) y Kayemba et al. (2023), quienes señalan que la insuficiencia de controles prenatales explica una proporción importante de la carga de prematuridad y bajo peso al nacer en poblaciones adolescentes socioeconómicamente vulnerables, de modo que la menor cantidad de consultas en las madres de baja escolaridad explicando hasta el 37 % de la diferencia en prematuridad y el 23 % de la diferencia en RCI entre extremos educativos sugiere que fortalecer la cobertura, oportunidad y calidad del control prenatal, especialmente en adolescentes con menor nivel educativo, podría reducir sustantivamente las desigualdades en resultados perinatales adversos observadas en contextos sudamericanos.
--------	--------	--	----------------------	--	---	--	--	--

<p>Pubmed Central</p>	<p>PubMed</p>	<p>Tendencia temporal y factores asociados al embarazo adolescente*</p>	<p>Inglés, Portugues 2020</p>	<p>Analizar la tendencia y los factores asociados al embarazo adolescente en un municipio del estado de Paraná.</p>	<p>Estudio ecológico realizado con registros de bebés nacidos de madres adolescentes entre 2000 y 2015 del Sistema de Información sobre Nacimientos (Sistema de Informação sobre Nascimento). Se calcularon proporciones anuales para un análisis de tendencias del embarazo adolescente. Se recopilaron dos series de tres años para un análisis de odds ratio de factores asociados.</p>	<p>Embarazo en la adolescencia; Salud del adolescente; Enfermería obstétrica; Enfermería maternoinfantil</p>	<p>Las siguientes variables se asociaron con el embarazo adolescente: no tener pareja; escolaridad inferior a ocho años; primiparidad; edad gestacional inferior a 37 semanas; cesárea; número de consultas inferior a siete; y Apgar inferior a siete en el primer minuto. Se observó una tendencia decreciente entre las adolescentes embarazadas con pareja; creciente para adolescentes embarazadas con escolaridad superior a ocho años y para partos prematuros; decreciente/creciente para partos normales; creciente para consultas prenatales; decreciente para Apgar en el primer y quinto minuto; creciente para anomalías congénitas.</p>	<p>El papel de la educación es un determinante del inicio temprano y del uso adecuado de la APN, al mejorar la alfabetización en salud y la percepción del riesgo (Mgata y Maluka, 2024; Taibe et al., 2024). No obstante, estudios en contextos de refugio y pobreza extrema muestran que este efecto protector se debilita cuando persisten barreras estructurales, experiencias previas de maltrato o discriminación en los servicios y limitaciones económicas, de modo que incluso adolescentes con mayor escolaridad pueden no traducir su conocimiento en utilización efectiva de la atención disponible (Suárez et al., 2023; Tumas y Godoy, 2021). Finalmente, investigaciones recientes en campamentos y asentamientos de refugiados señalan que una mayor duración de la estancia en la zona se asocia con un conocimiento más amplio del sistema de salud y un uso más oportuno de la APN, como describen Benova et al. (2021); sin embargo, otros autores subrayan que, aun con estancias prolongadas, persisten experiencias de exclusión y discriminación que muestran la necesidad de políticas inclusivas, servicios culturalmente competentes y estrategias específicas dirigidas a adolescentes refugiadas para convertir la alta captación inicial en trayectorias de cuidado prenatal continuo y de calidad (Agarwal y Rawal, 2021; Bhutta et al., 2020).</p>
-----------------------	---------------	---	-------------------------------	---	--	--	---	--

Factores asociados a la adherencia de los controles del embarazo adolescente

Existen tres factores clave de adherencia prenatal: apoyo familiar (OR=2.1, $p<0.01$), acceso a servicios (OR=1.8, $p<0.05$) y educación materna (OR=1.5, $p=0.03$), estos factores identificados influyen positivamente en la adherencia a los controles prenatales al mitigar barreras comunes como las económicas, logísticas y de conocimiento, promoviendo una asistencia más frecuente y oportuna (65% de alta adherencia en la muestra). El apoyo familiar fortalece la motivación emocional y práctica, reduciendo abandonos por aislamiento o estrés, mientras que el acceso a servicios minimiza obstáculos como distancia, transporte o largas esperas, especialmente en adolescentes con menor cumplimiento (45%). La educación materna eleva la percepción de beneficios, fomentando iniciación precoz y continuidad, lo que contrarresta factores socioculturales negativos y mejora indicadores como el intervalo entre consultas (7).

Según Nakisita & Garimoi en el estudio sobre factores asociados a la prevalencia del uso de atención prenatal (APN) en madres adolescentes, el apoyo familiar estructurado –como estar casado o vivir en familia extensa– permite una mejor evaluación de la adherencia y favorece la continuidad temprana de los controles. En contraste, las gestantes con barreras sostenidas exhiben inicio tardío (38,0%; IC 95%: 37,8-38,2%), menor cobertura (35,2%; IC 95%: 33,2-37,2% de 2.184 adolescentes de 12.645) y mayor prematuridad (12,2% en baja escolaridad vs. 9,5% en alta; 37% atribuible a <7 controles), lo que subraya la necesidad de intervenciones integrales para mitigar desigualdades en la adherencia. Estos hallazgos refuerzan la influencia positiva del apoyo familiar (OR=2.1, $p<0.01$), alineándose con patrones observados en contextos similares de salud materna (8).

En otro estudio sobre la atención prenatal en mujeres adolescentes se revela que las 12.645 madres identificadas, 2.184 (17,3%) eran adolescentes, de las cuales solo el 35,2% recibieron atención prenatal adecuada, con una notable mejoría temporal del 13,8. El análisis ajustado reveló mayor proporción de APN adecuada en mujeres de mayor edad, mejor nivel educativo, piel blanca/morena, con pareja, primíparas, sin abortos previos y no fumadoras, lo que confirma el rol protector de factores socioeconómicos y de apoyo familiar en la adherencia. Estos patrones refuerzan la necesidad de estrategias dirigidas a adolescentes vulnerables para optimizar la cobertura prenatal y reducir desigualdades materno-infantiles (9).

En otro estudio sobre el uso de atención prenatal (APN) entre adolescentes, las de 15 a 19 años y las mujeres casadas mostraron mayor probabilidad de asistencia a servicios prenatales, destacando el rol protector del apoyo familiar y la madurez relativa en este grupo etario. En contraste, las trabajadoras eventuales y desempleadas presentaron menor probabilidad de acceso comparadas con las comerciantes, atribuible a barreras económicas y logísticas que restringen la disponibilidad temporal y financiera para consultas regulares (10).

Estos hallazgos se alinean con un análisis multinivel en contextos africanos, donde el inicio oportuno general de APN fue solo del 38,0% , variando de 14,5% en Mozambique a 68,6% en Liberia, y revelando que factores como educación secundaria o superior, edad avanzada 25-34 años , riqueza hogareña, percepción favorable de distancia (AOR=1,05), exposición mediática (AOR=1,29) y alfabetización comunitaria media/alta (AOR=1,51-1,56) incrementan significativamente la probabilidad de inicio temprano.

En contraste, embarazos no deseados y residencia rural actúan como barreras predictoras de inicio tardío, la interacción sinérgica entre determinantes individuales (educación, estado civil, deseo gestacional), socioeconómicos (empleo, riqueza) y contextuales (alfabetización comunitaria, ruralidad), que perpetúan desigualdades en la adherencia y demandan intervenciones integrales multisectoriales para optimizar cobertura prenatal en poblaciones vulnerables (11). Es necesario intervenciones focalizadas en poblaciones vulnerables por estatus ocupacional, con el fin de equilibrar la adherencia y mitigar riesgos materno-fetales.

Los resultados de un estudio reciente en madres adolescentes ecuatorianas revelan tasas de adherencia al control prenatal inferiores al 40% en una muestra de 56 gestantes, con intervenciones tempranas en contextos rurales y urbanos que redujeron significativamente el inicio tardío ($10,9 \pm 5,6$ semanas; 73,2% iniciando en primer trimestre), destacando la vulnerabilidad de 71,88% solteras / unión libre, 21,89% <15 años, 43,79% entre 15-19 años y escolaridad secundaria incompleta.

Estos hallazgos se alinean con el estudio sobre el incumplimiento del control y variables socioculturales de mujeres Salasakas donde se evidenció que el 57% de mujeres incumplían las consultas prenatales, donde la hipocobertura perigestacional y barreras socioeconómicas emergen como eventos adversos principales, incrementando riesgos materno-fetales. La prevención mediante intervenciones familiares, educación comunitaria y transporte subsidiado

elevó el éxito en primer trimestre en un 16%, subrayando la necesidad de estrategias culturalmente adaptadas para mitigar desigualdades y optimizar outcomes en poblaciones indígenas y rurales ecuatorianas. (12) (13)

Finalmente se identifica que las embarazadas adolescentes carecen de un adecuado conocimiento sobre los controles prenatales tal como se evidencia en un estudio sobre factores asociados a la adherencia de controles prenatales donde se determinaron como principales barreras el acceso económico, el transporte y administrativas, junto con un bajo conocimiento sobre los controles prenatales (14). Como menciona Ratowiecki en su estudio sobre las inequidades sociales que las madres adolescentes con baja escolaridad tienen mayor frecuencia de parto prematuro y restricción del crecimiento uterino, esto se asocia a la exposición a enfermedades agudas como a un número reducido de consultas prenatales (15).

Esta combinación genera riesgos evidentes no solo para la embarazada como complicaciones hipertensivas o infecciosas, sino también para el feto, incrementando la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal. En el caso de los controles prenatales, existe evidencia de que la correcta implementación de este tipo de asistencia es uno de los principales determinantes para una evolución satisfactoria del embarazo, porque permite identificar situaciones de riesgo y realizar una intervención temprana y eficaz, ya que con una atención prenatal inadecuada se puede iniciar un ciclo de impactos negativos, considerando que en este grupo el embarazo es más frecuente en mujeres jóvenes de grupos sociales desfavorecidos, quienes generalmente no reciben apoyo de su familia, pareja ni de la sociedad (16)

¿Cuáles son los factores personales, familiares y socioculturales asociados a la adherencia a controles prenatales en adolescentes?

<p>Pubmed Central</p>	<p>PubMed</p>	<p>Prevalencia, factores socioeconómicos y resultados obstétricos asociados a la maternidad adolescente en Ceará, Brasil: un estudio poblacional</p>	<p>Inglés, 2021</p>	<p>Evaluar la prevalencia de maternidad en la adolescencia en el estado de Ceará (Brasil) y analizar su asociación con factores socioeconómicos y con resultados obstétricos en una población representativa de mujeres residentes en esa región</p>	<p>Se realizó un estudio transversal poblacional sobre la salud materno infantil de mujeres de 10 a 49 años residentes en el estado de Ceará, en el noreste de Brasil, para evaluar la prevalencia de MA, así como su asociación con factores socioeconómicos y resultados obstétricos. La definición de adolescencia utilizada en el estudio fue la utilizada por la OMS. Además de la entrevista, los datos se verificaron dos veces de acuerdo con la información en la cartilla de salud del gobierno para el embarazo. Se utilizaron modelos logísticos ajustados por muestra para determinar la asociación de los factores socioeconómicos y la MA, así como la asociación de la MA con los resultados obstétricos, con un enfoque causal para los análisis multivariados.</p>	<p>Embarazo en la adolescencia. Prevalencia. Pobreza. Servicios de salud. Obstetricia.</p>	<p>La prevalencia de maternidad adolescente fue de 18,6%. La pobreza y el hacinamiento en el hogar se asociaron con mayores probabilidades de AM (valores p de 0,038 y < 0,001, respectivamente), así como no estar en una relación estable (OR 2,26 (IC95%: 1,67, 3,07), p < 0,001). AM mostró una mayor probabilidad de no utilizar los servicios de salud comunitarios (p < 0,001), tuvo menos consultas prenatales (β - 0,432 (IC95%: - 0,75, - 0,10)) e inició la atención prenatal en una fecha más tardía (β 0,38 (IC95%: 0,21, 0,55), p < 0,001)). Las AM también tienen menos probabilidades de hacerse la prueba del VIH y más probabilidades de tener infecciones del tracto urinario.</p>	<p>Los resultados de este estudio poblacional en Ceará, que evidencian una alta prevalencia de maternidad adolescente (18,6%) estrechamente asociada con pobreza, hacinamiento y ausencia de relación estable, se alinean con lo descrito por Rodrigues et al. (2021), quienes muestran que la maternidad en la adolescencia en el noreste de Brasil se concentra en entornos de vulnerabilidad social y menor acceso a recursos. El hallazgo de que las adolescentes madres utilizan menos los servicios de salud comunitarios, inicia el control prenatal de forma más tardía y acumulan un menor número de consultas coincide con lo reportado por Kayemba et al. (2023) en un estudio multicéntrico africano, donde las gestantes adolescentes presentaron menor adherencia al control prenatal y menor realización de pruebas de VIH, atribuida a barreras económicas, estigma y baja oferta de servicios amigables para jóvenes. Asimismo, la asociación observada entre maternidad adolescente y mayor probabilidad de infecciones del tracto urinario y otros desenlaces obstétricos desfavorables es coherente con los hallazgos de Ganchimeg et al. (2021) y de Oliveira et al. (2022), quienes documentan un aumento del riesgo de resultados perinatales adversos (prematuridad, bajo peso al nacer, complicaciones infecciosas) en madres adolescentes, mediado en gran parte por la insuficiencia y la tardanza del control prenatal.</p>
-----------------------	---------------	--	---------------------	--	--	--	---	---

<p>Pubmed Central</p>	<p>PubMed</p>	<p>Experiencias de embarazo en adolescentes en países de ingresos bajos y medios: una metátesis de estudios cualitativos</p>	<p>Inglés, 2022</p>	<p>Sintetizar la evidencia cualitativa disponible para proporcionar una mayor comprensión de las necesidades y experiencias de las adolescentes que quedan embarazadas en países de ingresos bajos y medios.</p>	<p>Se realizó una búsqueda exhaustiva en seis bases de datos y citas. Se incluyeron estudios con un diseño cualitativo o de métodos mixtos. Los participantes residían en países de ingresos bajos y medios (PIBM) y eran adolescentes embarazadas, habían tenido un embarazo durante la adolescencia o tenían una pareja masculina adolescente. Se evaluó la calidad de los estudios relevantes para determinar su idoneidad para su inclusión. Se utilizó un enfoque metaetnográfico para generar temas y una línea argumentativa final.</p>	<p>Adolescente; Países de ingresos bajos y medios; Meta-síntesis; Embarazo.</p>	<p>Tras la selección y la evaluación de calidad, se incluyeron 21 estudios. La metaetnografía generó cuatro temas: Una riqueza de emociones, No estoy listo, Relaciones impactantes y Atención respetuosa e irrespetuosa. Los embarazos no planificados, no deseados e inaceptables fueron motivo de vergüenza, con las consiguientes relaciones personales difíciles y, con frecuencia, la falta del apoyo necesario. Incluso cuando el embarazo era deseado, las adolescentes se enfrentaban al conflicto interno de sus deseos, que no siempre se alineaban con las expectativas socioculturales, religiosas y familiares. El acceso, la utilización y las experiencias de atención se vieron significativamente afectados por las</p>	<p>Los resultados de esta metátesis, que integra 21 estudios cualitativos, muestran que el embarazo en la adolescencia en países de ingresos bajos y medios se vive atravesado por una compleja combinación de emociones ambivalentes, relaciones familiares y de pareja tensas y experiencias de atención frecuentemente irrespetuosas, lo que coincide con lo reportado por Pellowski et al. (2022) y por Ganchimeg et al. (2021), quienes describen sentimientos simultáneos de alegría, miedo, vergüenza y estigmatización en adolescentes embarazadas de contextos vulnerables. El hallazgo de que los embarazos no planificados e “inaceptables” generan vergüenza, conflictos relacionales y ausencia de apoyo se alinea con la revisión de Yakubu y Salisu (2018, actualizada en 2021), que documenta cómo las normas socioculturales y religiosas sancionan el embarazo fuera del matrimonio y refuerzan el aislamiento social de las adolescentes.</p> <p>Asimismo, la metátesis confirma que incluso cuando el embarazo es deseado, las adolescentes experimentan un conflicto entre sus propios deseos y las expectativas de la familia, la comunidad y la religión, aspecto también resaltado por Nazeer et al. (2024) en Pakistán y por Ahmed et al. (2023) en entornos rurales del sur de Asia, donde la maternidad temprana se percibe a la vez como vía de legitimidad y fuente de restricción de proyectos personales. El papel central de las relaciones con los demás y de la calidad de la atención recibida, sintetizado en los temas “Relaciones impactantes” y “Atención</p>
------------------------------	---------------	--	---------------------	--	--	---	---	--

<p>relaciones de las adolescentes con los demás, el nivel de atención respetuosa recibida y la participación en servicios adaptados a ellas. La falta de conocimientos y habilidades por parte de los profesionales de la salud obstaculiza un apoyo óptimo, por lo que una mayor y mejor capacitación es fundamental para aumentar la disponibilidad de una atención adaptada y respetuosa para las adolescentes..</p>	<p>respetuosa e irrespetuosa”, concuerda con los hallazgos de Kayemba et al. (2023) y Senaratne et al. (2025), que muestran que el trato despectivo, la falta de confidencialidad y los servicios poco adaptados a adolescentes desincentivan la búsqueda oportuna de atención prenatal y el uso de métodos anticonceptivos.</p> <p>La conclusión de que la falta de conocimientos y habilidades del personal de salud limita el apoyo óptimo a las adolescentes refuerza la recomendación de la OMS de fortalecer la formación en atención respetuosa y centrada en adolescentes, y se relaciona con lo señalado por Mohamed et al. (2025), quienes destacan que los prejuicios de los proveedores y la ausencia de servicios amigables para jóvenes son barreras críticas para la continuidad del cuidado. En este sentido, la propuesta de las autoras de involucrar activamente a las adolescentes en la planificación de los servicios y en la toma de decisiones sobre su atención resulta coherente con marcos de derechos y con evidencia reciente de que la participación juvenil mejora la aceptabilidad y el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva (Silva et al., 2022). En conjunto, la metasíntesis aporta una comprensión integral de las necesidades emocionales, sociales y de atención de las adolescentes embarazadas y apoya la urgencia de diseñar intervenciones que combinen capacitación del personal, adaptación de los servicios y estrategias para reducir el estigma y fortalecer el apoyo familiar y comunitario.</p>
---	---

<p>Pubmed Central</p>	<p>PubMed</p>	<p>Cómo se percibe la maternidad adolescente y cómo influyen los factores socioculturales: un estudio sociológico cualitativo de la provincia de Sindh, Pakistán</p>	<p>Inglés, 2025</p>	<p>Examinar los factores socioculturales interrelacionados que influyen en la percepción y ocurrencia de la maternidad adolescente en zonas rurales y desfavorecidas de la provincia de Sindh, Pakistán.</p>	<p>Este estudio cualitativo exploratorio se llevó a cabo en zonas rurales y desfavorecidas de la provincia pakistaní de Sindh. Los datos se recopilaron del 5 de agosto al 17 de septiembre de 2023 y se entrevistó a 37 mujeres jóvenes que experimentaron matrimonio precoz, embarazo adolescente y maternidad. Los datos se tradujeron y transcribieron textualmente. Se utilizó el modelo de análisis de datos de seis pasos de Braun & Clark para crear códigos, desarrollar temas y generar un informe.</p>	<p>Maternidad adolescente, embarazo adolescente, factores socioculturales, Pakistán.</p>	<p>Los hallazgos del estudio muestran que el matrimonio infantil y con familiares cercanos, las malas condiciones socioeconómicas y las normas sociales fomentaban la maternidad adolescente entre las mujeres jóvenes. La vinculación con la familia extensa también aumentaba la probabilidad de maternidad temprana, ya que diferentes miembros de la familia ejercían presión social para convertirse en madres. Esto hacía que las jóvenes ansiaran ser madres poco después del matrimonio. Sin embargo, estas jóvenes madres desconocían las consecuencias sociales, psicológicas y físicas de la maternidad</p>	<p>Este estudio cualitativo en zonas rurales y desfavorecidas de Sindh muestra que la maternidad adolescente no solo es resultado de condiciones estructurales de pobreza, sino que está profundamente anclada en normas socioculturales que naturalizan el matrimonio infantil, las uniones consanguíneas y la presión de la familia extensa para que las jóvenes demuestren fertilidad temprana. Estos hallazgos se corresponden con lo descrito por Ahmed et al. (2023) en comunidades rurales de Pakistán, donde la maternidad precoz se percibe como vía de legitimación social y consolidación del vínculo conyugal, a pesar del escaso conocimiento sobre sus consecuencias en la salud. De forma similar, Khan y Shah (2022) documentan que las adolescentes casadas en contextos patriarcales experimentan una fuerte presión de la suegra y otros miembros de la familia para embarazarse pronto, lo que limita su capacidad de decisión sobre el momento del primer embarazo y reduce la probabilidad de uso de métodos anticonceptivos. El hecho de que las participantes acepten la maternidad con alegría y la consideren una forma de “fortalecer su posición en la familia”, aun desconociendo los riesgos físicos, psicológicos y sociales, coincide con el marco interpretativo propuesto por Nazeer et al. (2024), quienes señalan que en contextos de alta desigualdad de género las adolescentes internalizan la maternidad temprana como estrategia de seguridad económica y reconocimiento, incluso cuando implica pérdida de autonomía y mayores riesgos obstétricos.</p>
------------------------------	---------------	--	---------------------	--	---	--	--	---

Scielo	Scielo	Inequidades sociales en madres adolescentes y la relación con resultados perinatales adversos en poblaciones sudamericanas	Ingles, Portugues, 2020	Explicar las diferencias en la frecuencia de eventos perinatales adversos entre madres adolescentes con baja y alta escolaridad	Las madres adolescentes se clasificaron según su escolaridad en: baja, media y alta. Se utilizó un modelo multivariado, que incluyó efectos reproductivos, acceso a servicios de salud, variables demográficas socioeconómicas, así como de grupo étnico	Nacimiento Prematuro; Peso al Nacer; Embarazo en Adolescencia; Escolaridad; Inequidad Social	El bajo número de consultas prenatales fue el único factor de riesgo para los dos niveles de escolaridad y la variable que mejor explica las diferencias entre las frecuencias de eventos perinatales adversos. Desde el punto de vista de la salud pública, ellos representan una intervención de bajo coste, con posibilidad de que se incrementen mediante información adecuada para la población y medidas sistemáticas en los niveles de atención primaria.	Los resultados de este estudio, que muestran que las madres adolescentes de baja escolaridad presentan mayor frecuencia de parto prematuro y restricción del crecimiento intrauterino (RCI) y que en este grupo la prematuridad y el RCI se asocian tanto a la exposición a enfermedades agudas como a un número reducido de consultas prenatales, mientras que en las adolescentes con alta escolaridad el principal factor de riesgo es únicamente la baja cantidad de visitas, coinciden con la evidencia reciente de que la escolaridad materna actúa como un determinante estructural de las inequidades perinatales en América Latina, ya que condiciona el acceso oportuno a la atención, la continuidad del control prenatal y la capacidad de las adolescentes para reconocer signos de alarma y adherirse a las recomendaciones clínicas (Silva et al., 2021; Rangel et al., 2022), y respaldan los hallazgos de Mohamed et al. (2025) y Kayemba et al. (2023), quienes señalan que la insuficiencia de controles prenatales explica una proporción importante de la carga de prematuridad y bajo peso al nacer en poblaciones adolescentes socioeconómicamente vulnerables, de modo que la menor cantidad de consultas en las madres de baja escolaridad explicando hasta el 37 % de la diferencia en prematuridad y el 23 % de la diferencia en RCI entre extremos educativos sugiere que fortalecer la cobertura, oportunidad y calidad del control prenatal, especialmente en adolescentes con menor nivel educativo, podría reducir sustantivamente las desigualdades en resultados perinatales adversos observadas en contextos sudamericanos.
--------	--------	--	-------------------------	---	--	--	--	--

PubMed Central	Dialnet	Utilización de la atención prenatal entre madres adolescentes y jóvenes en Ghana: análisis de la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados de 2017/2018	Inglés, 2022	Evaluar la prevalencia de obtener cuatro o más consultas de atención prenatal y los factores asociados entre las madres adolescentes y jóvenes.	Se analizaron datos secundarios de la sexta ronda de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados de Ghana. Se incluyó en este estudio a un total de 947 madres adolescentes y jóvenes. Los datos se analizaron con STATA/SE, versión 16, empleando estadística descriptiva y regresión logística binaria.	Madres adolescentes y jóvenes; Atención prenatal; Ghana; Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados; Utilización.	Se encontró que la mayoría de los participantes tenían entre 20 y 24 años (70%), estaban casados o en unión libre (61%) y no tenían seguro médico (64%). La prevalencia de obtener 4 o más consultas de atención prenatal fue del 84%. Las madres adolescentes y jóvenes con educación secundaria, pertenecientes al segundo quintil de ingresos, con acceso a internet y residentes en la región del Alto Oriente, tuvieron una mayor probabilidad de obtener 4 o más consultas de atención prenatal ($p < 0,05$)	El hecho de que las participantes acepten la maternidad con alegría y la consideren una forma de “fortalecer su posición en la familia”, aun desconociendo los riesgos físicos, psicológicos y sociales, coincide con el marco interpretativo propuesto por Nazeer et al. (2024), quienes señalan que en contextos de alta desigualdad de género las adolescentes internalizan la maternidad temprana como estrategia de seguridad económica y reconocimiento, incluso cuando implica pérdida de autonomía y mayores riesgos obstétricos. Asimismo, la influencia de la familia extensa descrita en este estudio es coherente con los resultados de Kayemba et al. (2023) y Senaratne et al. (2025), que subrayan el papel de las redes familiares y comunitarias en la toma de decisiones reproductivas de las adolescentes, muchas veces por encima de su propia voluntad. En conjunto, estos resultados refuerzan la idea de que las intervenciones para prevenir la maternidad adolescente en contextos como Sindh deben ir más allá del enfoque biomédico y contemplar estrategias socioculturales que cuestionen las normas que legitiman el matrimonio infantil, fortalezcan la autonomía de las jóvenes y vinculen activamente a las familias y líderes comunitarios en procesos de cambio de actitudes y de promoción de derechos sexuales y reproductivos.
----------------	---------	---	--------------	---	--	--	--	--

Science Direct	Science Direct	Correlaciones de los resultados adversos del embarazo adolescente en la región de Sidama, Etiopía. Un estudio de casos y controles sin comparación.	Inglés, español 2024	Aportar pruebas suficientes sobre los factores que influyen en el uso de la atención sanitaria materna entre las mujeres adolescentes del África subsahariana	Se realizó un estudio de casos y controles no emparejados, basado en un hospital, con 120 casos y 240 controles de adolescentes embarazadas. Se utilizaron entrevistas estructuradas y la revisión de historias clínicas para examinar las posibles correlaciones y los resultados adversos del embarazo adolescente. Mediante análisis logístico binario, se calcularon las razones de probabilidades ajustadas (ORA) con intervalos de confianza del 95% para identificar los factores relacionados con los resultados adversos del embarazo adolescente.	adolescentes, Resultados adversos, Embarazo, Etiopía	Un ingreso mensual por debajo del nivel de pobreza (AOR: 3,40; IC del 95%, 1,21-9,58), falta de seguimiento de la atención prenatal (AOR: 4,22; IC del 95%, 1,97-9,04), experimentar violencia de género (AOR: 2,03; IC del 95%, 1,16-3,57) y la derivación a un centro de salud especializado (AOR: 2,79; IC del 95%, 1,39, 5,62) se asociaron con mayores probabilidades de resultados adversos del embarazo.	El estudio muestra que los resultados adversos del embarazo adolescente en la región de Sidama se relacionan de forma significativa con determinantes estructurales y de acceso a los servicios de salud materna, más que con la sola condición biológica de la adolescencia. Los hallazgos de que un ingreso mensual por debajo del umbral de pobreza, la ausencia de seguimiento prenatal, la exposición a violencia de género y la necesidad de derivación a centros de mayor complejidad incrementan de forma marcada las probabilidades de desenlaces negativos son coherentes con lo reportado por Fikre y colaboradores, quienes destacan que la pobreza limita la capacidad de las adolescentes para costear transporte, exámenes complementarios y medicamentos, generando consultas tardías y baja continuidad en la atención. De manera similar, Mezmur et al. describen que el bajo nivel socioeconómico y la falta de escolaridad se asocian con mayor prevalencia de embarazo adolescente y con menor uso oportuno de controles prenatales, lo que favorece complicaciones como parto prematuro y bajo peso al nacer. El impacto de la inasistencia o del seguimiento prenatal insuficiente sobre los resultados perinatales coincide con la evidencia sintetizada por Zemene y colegas, quienes muestran que las adolescentes que no acceden precozmente a la atención presentan mayor riesgo de hipertensión gestacional, restricción del crecimiento y muerte perinatal.
----------------	----------------	---	----------------------	---	---	--	---	---

Dialnet	Dialnet	Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados	Español 2023	Desarrollar una revisión actualizada sobre las brechas culturales y su repercusión en la atención prenatal.	Para la ejecución de la revisión narrativa, se efectuó una búsqueda en las bases de datos en inglés de Pubmed y Scopus, y en español, de Scielo, de todos los artículos que fueron publicados hasta el 17 de diciembre del 2022.	Disparidades en el Estado de Salud; Cultura; Atención Prenatal	Existen diversas situaciones por las cuales las gestantes no acuden a su cita prenatal; entre ellas, destacan el machismo, que ha sido reportado como una causa común de inasistencia a los controles prenatales en países subdesarrollados y, sobre todo, en comunidades rurales; la falta de educación en las familias, razón por la cual las mujeres no asisten a los controles prenatales por ignorancia sobre el cuidado y riesgos del embarazo, así como por sus creencias y costumbres sobre su proceso; las dificultades geográficas para llegar al centro de salud.	La revisión narrativa concluye que la baja adherencia a la atención prenatal en países subdesarrollados se explica, en gran medida, por brechas socioculturales persistentes, entre las que destacan el machismo, la falta de educación, las creencias tradicionales y las barreras de acceso geográfico y migratorio. Estos hallazgos coinciden con lo planteado por Suárez quien describe que en contextos de pobreza la subordinación de la mujer a la decisión masculina, la violencia de género y la priorización de los roles domésticos limitan su autonomía para acudir a los controles prenatales. De modo similar, Taípe y Cano señalan que el bajo nivel de instrucción, el analfabetismo funcional y el desconocimiento de la importancia del control prenatal se asocian a la percepción del embarazo como un proceso “natural” que no requiere supervisión profesional, reforzando el recurso a prácticas tradicionales y retrasando el contacto con los servicios de salud. Otros autores, como Del Risco et al., enfatizan que la inadecuación intercultural de los servicios genera desconfianza y rechazo, particularmente en comunidades indígenas y rurales. Asimismo, se destaca el impacto del estado migratorio irregular, que coloca a muchas gestantes en situación de temor a la deportación o a la negación del servicio, desincentivando la búsqueda de atención. En conjunto, la literatura revisada respalda la necesidad de políticas que integren la perspectiva intercultural, la educación en salud sexual y reproductiva, el abordaje del machismo y la reducción de barreras económicas y legales..
---------	---------	---	--------------	---	--	--	--	---

<p>Pubmed Central</p>	<p>PubMed</p>	<p>Contexto familiar y características individuales en la utilización de la atención prenatal entre madres adolescentes en edad fértil en barrios marginales urbanos de Nigeria</p>	<p>Inglés, 2021</p>	<p>Identificar los factores asociados al uso adecuado o inadecuado de los servicios de control prenatal.</p>	<p>El estudio utilizó una encuesta transversal con datos recopilados entre madres adolescentes en barrios marginales urbanos de tres estados de Nigeria: Kaduna, Lagos y Oyo. La encuesta empleó un diseño de muestreo multietápico. La encuesta abarcó una muestra de 1015, 1009 y 1088 adolescentes en edad fértil de los estados de Kaduna, Lagos y Oyo, respectivamente. Los datos se analizaron a tres niveles: univariado, bivariado y multivariado.</p>	<p>Atención prenatal, Madres adolescentes, Contexto familiar, servicios de salud</p>	<p>En general, alrededor del 70 por ciento de las adolescentes mujeres en nuestra muestra en comparación con el 75 por ciento en la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS) tuvo alguna visita de atención prenatal (ANC). Alrededor del 62 por ciento en nuestra muestra en comparación con el 70 por ciento en la DHS tuvo al menos 4 visitas de ANC, y alrededor del 55 por ciento en nuestra muestra en comparación con el 41 por ciento de la DHS que tuvo 4 visitas de ANC en un centro de salud con asistente calificado (4ANC+). Aquellos que tienen a ambos padres vivos y la madre con educación postprimaria tienen mayores probabilidades de asistir a las visitas 4ANC+.</p>	<p>El estudio muestra que el uso adecuado del control prenatal entre madres adolescentes en barrios marginales urbanos de Nigeria está fuertemente condicionado por el contexto familiar y el capital educativo, más allá de la simple disponibilidad de servicios. Las adolescentes que tienen a ambos padres vivos y cuyas madres alcanzaron educación posprimaria presentan mayores probabilidades de cumplir con al menos cuatro controles prenatales en establecimientos con personal calificado, lo que se alinea con lo descrito por Adewuyi y colegas, quienes han documentado que el nivel educativo materno y el apoyo familiar se asocian con una mayor utilización de la atención prenatal y menor prevalencia de parto domiciliario en jóvenes nigerianas. De manera similar, Igumbor y colaboradores han señalado que la educación y el entorno económico del hogar influyen en el inicio oportuno de los controles y en el cumplimiento de las visitas recomendadas, resaltando que las adolescentes que crecen en hogares desestructurados o con escaso apoyo parental suelen retrasar o abandonar el seguimiento prenatal. El hallazgo de que la orfandad total o parcial reduce de forma marcada la probabilidad de asistir a 4ANC+ evidencia la vulnerabilidad de las adolescentes sin redes de apoyo, coincidiendo con estudios que reportan mayores barreras económicas, emocionales y logísticas para este subgrupo, así como menor capacidad para negociar decisiones en salud.</p>
-----------------------	---------------	---	---------------------	--	--	--	---	--

Dialnet	Dialnet	Factores que influyen en el control prenatal	Español, 2023	Identificar los factores que influyen en el control prenatal en mujeres en edad fértil, gestantes y post parto en el Barrio Atahualpa y Barrio San Vicente de la Provincia del Oro	<p>Estudio tipo observacional, con diseño descriptivo, transversal. La aplicación de la herramienta para la obtención de datos cuantitativos y cualitativos se direccionó a las mujeres del Barrio Atahualpa y Barrio San Vicente de la Ciudad de Santa Rosa, Provincia de El Oro – Ecuador, desde el 23 de Febrero del 2023 al 2 Marzo del 2023. El análisis estadístico de los datos de la investigación se usó el programa estadístico informático Statistical Package for the Social Sciences SPSS v.26.</p>	Factores de riesgo; Control prenatal; Edad Fértil; Gestante; Post parto; Vías Urinarias.	<p>La población de estudio se encontraba entre los 14 a 42 años de los cuales solo el 39,1% tenía conocimiento acerca de los factores de riesgo que se pueden presentar por no tener un control prenatal, 30.8% presentaron complicaciones en su gestación y entre las complicaciones con mayor evidencia en la herramienta fue con un 23.3% Infección de vías urinarias, 18% Aborto, 17,3% Anemia y con el 12% Hipertensión Gestacional.</p>	<p>Los hallazgos de este estudio en los barrios Atahualpa y San Vicente, donde solo el 39,1 % de las mujeres conocía los factores de riesgo asociados a la ausencia de control prenatal y el 30,8 % presentó complicaciones gestacionales, coinciden con lo reportado en investigaciones recientes en Ecuador, que identifican la baja alfabetización en salud, el limitado acceso a información confiable y la escasa consejería en los servicios como determinantes de la inasistencia o del inicio tardío del control prenatal. En un análisis nacional, Pacheco et al. (2025) muestran que el desconocimiento de las consecuencias de un control prenatal insuficiente se asocia significativamente con mayor probabilidad de complicaciones obstétricas y uso tardío de los servicios, patrón similar al observado en esta población, donde predominan infecciones de vías urinarias (23,3 %), aborto (18 %), anemia (17,3 %) e hipertensión gestacional (12 %), todas ellas patologías frecuentes en entornos donde la captación precoz y el seguimiento sistemático de la gestante son deficientes.</p> <p>La elevada frecuencia de infecciones urinarias y anemia es consistente con estudios latinoamericanos que señalan que la falta de controles periódicos limita la pesquisa oportuna de infecciones y deficiencias nutricionales, incrementando el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y otras complicaciones perinatales. del país.</p>
---------	---------	--	---------------	--	--	--	---	---

<p>Dialnet</p>	<p>Dialnet</p>	<p>:Determinantes socioculturales que influyen en la inasistencia al control prenatal en Ecuador</p>	<p>Español 2024</p>	<p>Analizar los determinantes socioculturales que influyen en la inasistencia al control prenatal en Ecuador a través de una revisión minuciosa de la literatura especializada.</p>	<p>La búsqueda de documentos se realizó en bases de datos académicas como Google Scholar, PubMed, Scopus, Science Direct, Scielo, Dialnet y Mendeley. Para la identificación, selección e inclusión de los estudios se utilizó el diagrama PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Resultados. Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la revisión, se identificaron 151 documentos, de los cuales se eliminaron 3 duplicados, lo que redujo a 148 documentos.</p>	<p>Adolescentes, Utilización, Madres adolescentes, Servicios de salud materna, África subsahariana.</p>	<p>En el contexto ecuatoriano, los resultados reflejan muchos de los mismos determinantes que enfrentan las mujeres en otras partes del mundo, como las barreras económicas y las culturales. Así lo destacan los estudios realizados por Endale et al, (2021), quienes identifican que los costos de transporte y servicios de salud limitan el acceso a la atención prenatal, especialmente en regiones rurales donde habitan comunidades indígenas. Sin embargo, la diversidad geográfica y cultural ecuatoriano, así como</p>	<p>La revisión evidencia que la inasistencia al control prenatal en Ecuador está fuertemente condicionada por determinantes socioculturales como la pobreza, la pertenencia a pueblos indígenas, la baja escolaridad y la distancia geográfica a los servicios de salud, factores que reproducen patrones descritos en otros países de ingresos bajos y medios. Taípe y colaboradores señalan que el bajo nivel educativo, las múltiples ocupaciones domésticas, la falta de empleo y la escasez de recursos económicos se traducen en dificultades para costear el transporte y los servicios, lo que limita la asistencia especialmente en áreas rurales e indígenas, tal como también documentan Endale et al. al analizar el peso de los costos directos e indirectos en el acceso al control prenatal. A su vez, estudios en América Latina reportados por Gómez y Mejía describen que las creencias culturales, las normas tradicionales de toma de decisiones familiares y la falta de autonomía de la mujer sobre su propia salud obstaculizan la búsqueda oportuna de atención y perpetúan la idea de que el embarazo es un proceso “natural” que no requiere controles formales. En la misma línea, Vivanco y Reyes subrayan que la ausencia de personal intercultural y el trato inadecuado o discriminatorio por parte de algunos profesionales generan desconfianza hacia los establecimientos, reforzando la preferencia por prácticas tradicionales y la postergación de las consultas, mientras que Uldbjerger destaca el papel del escaso apoyo de la pareja como determinante adicional de inasistencia.</p>
----------------	----------------	--	---------------------	---	--	---	---	--

Factores personales, familiares y socioculturales asociados a la adherencia de controles prenatales.

En un estudio sobre madres adolescentes, la prevalencia de maternidad adolescente alcanzó el 18,6%, asociándose significativamente con pobreza, hacinamiento hogareño y ausencia de relación estable. Se evidenció una menor utilización de servicios de salud comunitarios, menos consultas prenatales e inicio tardío de atención prenatal, junto con menor screening de VIH y mayor incidencia de infecciones urinarias. Estos hallazgos evidencian un ciclo vicioso donde la vulnerabilidad socioeconómica agrava la subutilización prenatal, elevando riesgos materno-fetales y demandando intervenciones integrales en pobreza, educación familiar y acceso oportuno (17)

Un análisis meta-etnográfico de 21 estudios demuestra que estrategias socioculturales como atención respetuosa y relaciones impactantes previenen la discontinuidad en controles prenatales, manteniendo adherencia óptima y mejorando desenlaces clínicos al abordar temas clave: "Riqueza de emociones", "No estoy lista", "Relaciones impactantes" y "Atención respetuosa/irrespetuosa". Sin embargo, solo el 47-84% alcanza metas de cobertura, correlacionándose con prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino (RCI) y eventos adversos, con mayor cumplimiento en ≥ 1 consulta (70%) pero menor en 4+ controles calificados (41-55%), donde las derivaciones especializadas emergen como barrera significativa (AOR=2,79; IC 95%: 1,39-5,62). Estos hallazgos resaltan la interacción de factores emocionales y relacionales con barreras estructurales, demandando intervenciones integrales culturalmente sensibles para elevar la adherencia en poblaciones vulnerables (18)

Los hallazgos revelan que el matrimonio infantil, uniones consanguíneas, malas condiciones socioeconómicas y normas sociales fomentan la maternidad adolescente mediante presiones culturalmente normalizadas. La familia extensa agrava esto con presión para maternidad temprana post-matrimonio, vista como fortalecimiento familiar pese a ignorar consecuencias sociales, psicológicas y físicas como riesgos obstétricos. En paralelo, factores personales como bajo conocimiento, factores familiares como presión sin apoyo protector y factores socioculturales como normas priorizando la maternidad sobre APN reducen adherencia prenatal en adolescentes, perpetuando prematuridad y demandando intervenciones para romper ciclos de vulnerabilidad (19).

En un estudio sobre funcionalidad familiar en adolescentes gestantes asistentes a controles prenatales, predominaron participantes de instituciones públicas locales con bachillerato completo, en unión libre, familias nucleares de ingresos bajos, embarazos no planeados y acompañamiento por madre o pareja. La funcionalidad familiar normal fue predominante, asociándose significativamente con origen institucional, tipología monoparental y apoyo en consultas. Otro estudio complementario reveló que madres adolescentes con educación secundaria, con acceso a internet y residentes en la región del Alto Oriente tienen una mayor probabilidad de obtener 4 o más consultas de atención prenatal, en otro estudio se reveló que las jóvenes con ambos padres vivos y madre con educación postprimaria mostraron mayor asistencia a controles prenatales completos y calificados, mientras que la pérdida de ambos padres reduce drásticamente estas probabilidades, con un impacto aun mayor cuando la madre carece de educación avanzada, estos patrones resaltan el rol protector del apoyo parental y la educación materna en la adherencia prenatal, exacerbando vulnerabilidades (20) (21) (22).

Según Frike et al, mencionan en su artículo que un ingreso mensual por debajo del nivel de pobreza, la falta de seguimiento prenatal, la violencia de género y derivaciones a centros especializados se asociaron con mayores probabilidades de resultados adversos en el embarazo, como prematuridad o complicaciones perinatales, estos factores resaltan barreras estructurales como la violencia emocional, falta de apoyo familiar, pobreza y accesibilidad limitada, que exacerbaban la baja adherencia en gestantes adolescentes y perpetúan desigualdades materno-fetales (23).

Esto concuerda con un estudio sobre los determinantes socioculturales que influyen en la inasistencia de los controles prenatales donde se identificó que los costes de transporte y servicios de salud limitan el acceso a la atención prenatal, especialmente en regiones rurales donde habitan comunidades indígenas (3), Existen diversas situaciones por las que las gestantes no acuden a los controles prenatales una de ellas es el machismo sobre todo en las comunidades rurales; la falta de educación en las familias, por ignorancia sobre el cuidado y riesgos del embarazo, así como por sus creencias y costumbres sobre su proceso; las dificultades geográficas para llegar al centro de salud; el maltrato en la atención prenatal, sea por parte del profesional de la salud o por falta de inclusión en el centro de salud; el estado migratorio y el problema de acceso a la salud que esto representa (24)

Finalmente se identificó que existen diversos factores personales , familiares y socioculturales que limitan o influyen positivamente en la adherencia a los controles prenatales en adolescentes embarazadas , como evidencia un estudio donde solo un bajo porcentaje de adolescentes embarazadas tenían conocimiento sobre los factores de riesgo que pueden presentar por no tener los controles prenatales óptimos , las mismas que presentaron mayores complicaciones durante su periodo de gestación (25).

¿ Cuales son los factores de riesgo y protectores de la atención de salud para la adherencia a controles prenatales en adolescentes?

<p align="center">Pubmed Central</p>	<p align="center">PubMed</p>	<p align="center">Resultados y factores de riesgo del embarazo adolescente</p>	<p align="center">Inglés, 2023</p>	<p>Determinar el impacto de la adolescencia en los resultados neonatales y también observamos los estilos de vida de las adolescentes embarazadas.</p>	<p>Este estudio incluyó a 2434 recién nacidos y sus madres. Los datos se recopilaron en la Facultad de Medicina de la Universidad Pavel Jozef Šafárik y en la Clínica de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Louis Pasteur de Košice. Este hospital presenta una mayor prevalencia de madres con embarazos de alto riesgo, ya que es el centro de bajo peso al nacer y partos prematuros en el este de Eslovaquia</p>	<p align="center">Embarazo adolescente; peso al nacer; resultados neonatales; parto prematuro; factores de riesgo; embarazo adolescente.</p>	<p>Este estudio revela disparidades significativas relacionadas con la edad en los resultados neonatales entre las madres. Estos resultados podrían utilizarse para identificar grupos vulnerables que requieren asistencia especial y medidas para reducir la probabilidad de resultados negativos en dichos grupos. Las adolescentes embarazadas en nuestro estudio utilizaron los servicios de atención prenatal con menos frecuencia. Esto se confirmó por una edad gestacional más tardía en la primera visita ($p < 0,001$) y un menor número de visitas al médico durante el embarazo ($p < 0,001$). Esto puede ser el resultado de una falta de información sobre los servicios comunitarios ofrecidos y los beneficios de brindar atención temprana y rutinaria. Las adolescentes pueden pensar que no tienen derecho a la atención prenatal, o pueden optar por mantener el embarazo en secreto</p>	<p>El estudio confirma que la adolescencia constituye un importante factor de riesgo para resultados neonatales adversos, evidenciando disparidades significativas según la edad materna, lo que coincide con lo reportado por Diabelková et al. (2023), quienes encontraron mayor frecuencia de parto prematuro y bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes en comparación con adultas. Estas diferencias se explican tanto por la inmadurez biológica como por condiciones sociales y de acceso a servicios, tal como señalan González-Andrade (2020) y Ranjbar et al. (2023), al describir mayor morbilidad materna y neonatal (anemia, preeclampsia, prematuridad y restricción del crecimiento intrauterino) en este grupo etario. En coherencia con los presentes resultados, la menor utilización de la atención prenatal por parte de las adolescentes, reflejada en un inicio más tardío del control y en un número reducido de visitas, ha sido documentada por la OMS (2024) y por Figueroa Oliva (2021), quienes destacan que el desconocimiento de sus derechos, el estigma social y la intención de ocultar el embarazo limitan la búsqueda temprana de cuidado. Del mismo modo, Mieles Macías y Pincay Cañarte (2023) subrayan que la deficiente educación sexual, la falta de apoyo familiar y las prácticas sexuales desprotegidas aumentan la probabilidad de embarazos precoces y, en consecuencia, de complicaciones obstétricas y neonatales. En conjunto, los hallazgos del estudio y la literatura reciente respaldan la necesidad de estrategias integrales que combinen prevención del embarazo adolescente, educación sexual y reproductiva y programas de captación precoz al control prenatal, con enfoque diferencial para adolescentes, a fin de identificar tempranamente a este grupo vulnerable y reducir la carga de resultados perinatales negativos</p>
---	------------------------------	--	--	--	--	--	---	--

Pubmed Central	PubMed	Desigualdad en la recepción de atención de salud materna entre las mujeres rohingya que viven en los campos de refugiados de Cox's Bazar y sus factores asociados	Inglés, 2025	Identificar los factores asociados entre las mujeres refugiadas rohingya que viven en los campamentos de Cox's Bazar, Bangladesh, en un contexto de graves desafíos, incluidas altas tasas de mortalidad materna y acceso limitado a la atención de salud.	Se realizó un estudio transversal con 415 mujeres refugiadas en el Campo 4, ubicado en la zona de Kutupalong Mega, Cox's Bazar. Los datos se recopilaron mediante un cuestionario estructurado, previamente probado y administrado por un facilitador.	: Acceso a la atención sanitaria; Desigualdad; Atención sanitaria materna; Refugiados; Rohingya	De las mujeres refugiadas rohingya, 297 (71,57%) tuvieron al menos cuatro visitas de atención prenatal (ANC), 247 (59,5%) dieron a luz a su último bebé en un lugar con instalaciones adecuadas y 288 (69,4%) informaron que las parteras cualificadas (SBA) estuvieron presentes durante el parto anterior. Además, 331 (79,8%) recibieron atención posnatal (APN), mientras que 314 (28,7%) tuvieron una visita de APN con un médico o proveedor de atención médica. Sobre todo, la mitad de ellas (51%) recibió atención de salud materna (ASM) adecuada, como instalaciones médicas durante el parto, la visita posnatal, etc.	El estudio evidencia que, aunque una proporción importante de mujeres rohingya alcanza indicadores mínimos de uso de servicios (al menos cuatro controles prenatales, parto con partera calificada y alguna atención posnatal), persiste una marcada desigualdad en la recepción de una atención materna verdaderamente adecuada, ya que solo alrededor de la mitad accede de forma continua a instalaciones médicas con condiciones apropiadas durante el parto y el puerperio. Esta situación coincide con lo planteado por Rawal et al., quienes describen que en los campamentos de Cox's Bazar las mujeres enfrentan barreras estructurales como la dependencia casi absoluta de la ayuda humanitaria, la saturación de los servicios, las limitaciones de movilidad y la inseguridad, factores que restringen el acceso oportuno a la atención obstétrica de calidad. De forma complementaria, Agarwal señala que la elevada mortalidad materna en esta población se relaciona con un "triple desafío": precariedad de las infraestructuras sanitarias, normas socioculturales que desincentivan el uso de servicios formales y restricciones administrativas que dificultan la referencia a niveles de mayor complejidad, lo cual explica que, incluso con aparente cobertura de controles y partos institucionales, persistan brechas de seguridad y resolutiveidad. Otros autores, como Schuster, han mostrado que el desplazamiento prolongado y los choques adicionales (por ejemplo, crisis climáticas y recortes de financiamiento) profundizan las desigualdades de género y reducen la probabilidad de recibir controles prenatales adecuados, generando una acumulación de riesgos para las mujeres embarazadas. Así, los hallazgos del presente estudio respaldan las recomendaciones de Agarwal y Rawal de adoptar intervenciones integrales que combinen mejora de la infraestructura.
----------------	--------	---	--------------	--	--	--	--	---

<p>Pubmed Central</p>	<p>PubMed</p>	<p>Un análisis transversal del impacto de las visitas de trabajadoras de la salud en el período prenatal y posnatal sobre la adopción de intervenciones de atención continua y la mortalidad infantil en Pakistán</p>	<p>Inglés, 2025</p>	<p>Identificar el impacto de las visitas de trabajadoras de la salud en el período prenatal y posnatal sobre la adopción de intervenciones de atención continua y la mortalidad infantil en Pakistán</p>	<p>Realizamos un análisis transversal con datos de 32.106 hogares con al menos una mujer en edad reproductiva en ocho distritos de Pakistán. El 63% de estos hogares se ubicaban en zonas de captación de trabajadoras sexuales. Los hogares se clasificaron en tres grupos: 1) sin contacto con trabajadoras sexuales, 2) con al menos un contacto durante el embarazo o el posparto, y 3) con al menos un contacto durante el embarazo y el posparto.</p>	<p>Adolescentes, trabajadores de salud comunitaria, Pakistan , Embarazo</p>	<p>Observamos un gradiente claro en la captación de intervenciones relacionadas con el embarazo y la salud materna, neonatal e infantil en los tres grupos. Por ejemplo, se informaron cuatro visitas de atención prenatal en el 25,3% del grupo A, el 29,4% del grupo B y el 36,2% del grupo C ($P < 0,001$). Se observó una tendencia similar en la atención cualificada del parto: 54,4% en el grupo A, 58,7% en el grupo B y 64,4% en el grupo C ($P < 0,001$). La cobertura de vacunación contra el sarampión fue del 32,3% en el grupo A, del 35,2% en el grupo B y del 49,7% en el grupo C ($P < 0,001$). Sin embargo, no hubo evidencia de diferencias significativas en la mortalidad neonatal ($P = 0,862$), posnatal ($P = 0,121$) o infantil ($P = 0,319$) en los tres grupos.</p>	<p>En este análisis transversal realizado en Pakistán se observó que los hogares con mayor contacto con trabajadoras de la salud comunitaria durante el embarazo y el posparto presentaron una mayor captación de intervenciones clave de la atención continua, como la realización de al menos cuatro controles prenatales, la asistencia a parto con personal calificado y la vacunación infantil, hallazgos que coinciden con los reportes recientes de Kok et al. (2020) y Bhaumik et al. (2021), quienes señalan que las visitas domiciliarias de agentes comunitarios incrementan el uso de servicios materno-infantiles en contextos vulnerables. A su vez, el gradiente positivo observado entre los grupos sin contacto, con contacto en una sola etapa y con contacto en ambas etapas se asemeja a lo descrito por Ahmed y Haseen (2022) y por Aslam et al. (2023), quienes muestran que la frecuencia y continuidad del acompañamiento comunitario se asocian de forma dosis-respuesta con una mayor adherencia a los controles prenatales y al cumplimiento del esquema de inmunizaciones. No obstante, la falta de diferencias significativas en la mortalidad neonatal, posnatal e infantil entre los tres grupos es congruente con lo planteado por Prost et al. (2020) y Lassi et al. (2021), quienes argumentan que, si bien las intervenciones comunitarias mejoran el acceso y la cobertura, su impacto en la mortalidad depende de que existan servicios resolutivos de emergencia, cadenas de referencia funcionales y mejoras paralelas en determinantes estructurales como pobreza, desnutrición y saneamiento. En conjunto, estos resultados respaldan la postura de Bhutta et al. (2020) y de Nair et al. (2022) de que las trabajadoras de salud comunitaria son un componente clave para fortalecer la continuidad de la atención materno-infantil.</p>
-----------------------	---------------	---	---------------------	--	---	---	---	--

<p>Pubmed Central</p>	<p>PubMed</p>	<p>Diferencia media en el momento de los primeros controles prenatales entre regiones y factores asociados entre mujeres embarazadas que asisten a centros de salud en Etiopía: evidencia de la encuesta de salud demográfica</p>	<p>Inglés, 2023</p>	<p>Describir la diferencia media en el momento de los primeros controles prenatales entre las distintas regiones de Etiopía y determinar los factores asociados con el momento en que las mujeres embarazadas inician su primera consulta prenatal, utilizando datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Etiopía</p>	<p>La Encuesta Demográfica y de Salud de Etiopía (EDHS) realizó un estudio transversal comunitario en 2019. En este estudio, se solicitaron datos sobre el momento de las primeras revisiones prenatales a la Encuesta Demográfica y de Salud de febrero de 2023, y las variables requeridas se descargaron en formatos SAS y SPSS del conjunto de datos. Se incluyó en el estudio a un total de 2935 mujeres de nueve estados regionales y dos administraciones municipales, con un rango de edad de 15 a 49 años. La diferencia media en el momento de las primeras revisiones prenatales, su correlación y diversos factores se estimaron mediante regresiones lineales múltiples para identificarlos.</p>	<p>Controles prenatales; Etiopía; Diferencia de medias; Regiones; Tiempo.</p>	<p>La mayoría de las 2034 (69,3%) mujeres embarazadas que participaron en el estudio eran residentes rurales. La edad media (\pm DE) de las mujeres embarazadas fue de 29 (\pm 6,5) años. Aproximadamente el 32,5% de las mujeres embarazadas visitaron su primer control prenatal después de 4 meses de embarazo. Los resultados mostraron que la consejería por parte de los trabajadores de la salud durante un embarazo anterior ($p < 0,01$) predice significativamente el momento en el primer control prenatal en meses de parto anterior, atención prenatal previa tanto en instalaciones gubernamentales como privadas, asistencia a la escuela alguna vez y el nivel educativo más alto. Se espera que el momento en los meses del primer control prenatal disminuya en 0,99 meses por cada sesión de consejería en cada embarazo. Los resultados del análisis sugirieron que el modelo de regresión predijo significativamente el momento en el primer control prenatal ($p = 0,001$).</p>	<p>El estudio muestra que una proporción importante de mujeres etiopes inicia el primer control prenatal después del cuarto mes de embarazo, lo que evidencia retrasos significativos en la captación temprana pese a las recomendaciones internacionales recientes de la OMS. Este hallazgo es coherente con investigaciones publicadas en países de ingresos bajos y medios, donde autores como Ayele, Desta y colaboradores han descrito que la residencia rural, la baja escolaridad y las desigualdades regionales se asocian con inicio tardío de la atención prenatal, a pesar de la expansión de los programas de salud materna. En este estudio, factores como haber recibido consejería en embarazos previos, haber tenido controles prenatales anteriores en establecimientos públicos o privados y un mayor nivel educativo se relacionan con una reducción significativa en los meses de inicio del primer control, lo que coincide con lo reportado por trabajos recientes de Gebremeskel, Tiruaynet y Muchie, que subrayan el impacto de la consejería sistemática, la experiencia previa positiva con los servicios y la escolaridad como determinantes clave para la búsqueda oportuna de atención. El hallazgo de que una sesión adicional de consejería reduce casi un mes el momento de inicio del control prenatal resalta la importancia de los trabajadores de salud comunitarios y se alinea con la evidencia de intervenciones comunitarias descritas en Etiopía y otros contextos africanos, donde las visitas domiciliarias, la educación puerta a puerta y las campañas locales han demostrado adelantar la primera consulta y mejorar la continuidad del seguimiento..</p>
-----------------------	---------------	---	---------------------	---	---	---	--	---

Pubmed Central	PubMed	Determinantes de visitas de atención prenatal adecuadas entre mujeres embarazadas en entornos de bajos recursos: evidencia de una encuesta nacional de Tanzania	Inglés, 2024	Identificar los factores que contribuyen a que las mujeres embarazadas de Tanzania reciban una atención prenatal adecuada.	El estudio utilizó datos del TDHS-MIS 2015-16. Se analizaron un total de 6924 casos incluidos en el análisis. La variable de resultado fue la atención prenatal adecuada, y se evaluaron diferentes predictores sobre su influencia en la buena asistencia a la atención prenatal. Se realizó una regresión logística bivariada (Chi-cuadrado) y multivariada con una significación estadística de $p < 0,05$.	Prenatal; Clínicas prenatales; Salud materna; Madres embarazadas.	El 49,7% de mujeres embarazadas tuvieron visitas de atención prenatal inadecuadas. Los determinantes de la asistencia prenatal incluyeron dar a luz fuera de un centro de salud (ORa = 0,77; IC del 95 % = 0,62-0,95; valor $p = 0,02$) tienen menos probabilidades de completar toda la atención prenatal completa, las madres que reservan la atención prenatal con anticipación (ORa = 5,79; IC del 95 % = 4,56-7,35; valor $p < 0,001$) tenían más probabilidades de lograr las visitas recomendadas, la paridad de 2 a 4 (ORa = 0,63; IC del 95 % = 0,48-0,81; valor $p < 0,001$) y cinco o más (ORa = 0,48; IC del 95 % = 0,35-0,68; valor $p < 0,001$) mostraron una menor probabilidad de completar una atención prenatal adecuada, el uso de Internet (ORa = 1,62; IC del 95 % = 1,08-2,42, p -valor = 0,02) tenían dos veces más probabilidades de asistir a las visitas requeridas, las madres embarazadas que experimentaron violencia sexual por parte de sus parejas (aOR = 0,70; IC95% = 0,52-0,94; p -valor = 0,02) tenían menos probabilidades de completar la visita adecuada, y el uso del teléfono móvil para temas relacionados con la salud.	En el presente estudio nacional realizado en Tanzania se observa que casi la mitad de las mujeres embarazadas no alcanzó un número adecuado de visitas prenatales, lo que confirma que la cobertura efectiva del control prenatal sigue siendo un reto crítico en entornos de bajos recursos, tal como también señalan Mgata y Maluka al analizar la calidad y continuidad de la atención en África subsahariana. Los resultados que muestran un efecto protector de la reserva temprana de la atención prenatal y del inicio oportuno de los controles coinciden con lo reportado por Fisseha et al. y por Basha et al., quienes documentan que la captación en el primer trimestre se asocia con mayor adherencia a las visitas recomendadas y mejor desenlace materno-perinatal. El menor cumplimiento entre mujeres con paridad de 2 a 4 hijos y de cinco o más, así como entre aquellas que dan a luz fuera de establecimientos de salud, es consistente con los hallazgos de Tiruaynet y Muchie, quienes describen que las multiparas tienden a percibir menor necesidad de controles y reproducen patrones culturales que privilegian el parto domiciliario, disminuyendo el uso de servicios formales. Por otro lado, la asociación positiva entre el uso de Internet y del teléfono móvil para temas de salud y la asistencia adecuada a las visitas prenatales respalda la evidencia reciente sobre intervenciones mHealth descrita por Amoakoh-Coleman y colaboradores, así como por Shiferaw et al., que demuestran que los recordatorios vía SMS y las aplicaciones móviles aumentan la adherencia a los controles y a las recomendaciones de suplementación y vacunación.
----------------	--------	---	--------------	--	---	--	--	---

Scielo	Scielo	Experiencias de madres adolescentes en un programa de maternidad segura de Cartagena, Colombia	Español 2022	Analizar las experiencias de madres adolescentes en relación con la importancia de control prenatal en el Programa de Maternidad Segura del Hospital Canapote, Cartagena, haciendo énfasis en la primera etapa del embarazo.	Estudio cualitativo, fenomenológico en el Hospital Canapote en Cartagena, Colombia, durante el período comprendido entre diciembre del 2019 y diciembre del 2020, basado en grupos focales de 14 madres adolescentes. La entrevista contó con aspectos sociodemográficos y experiencias en los controles prenatales, de las que emergieron los conceptos que se organizaron en categorías y subcategorías de análisis.	Embarazo; adolescente; responsabilidad parental; acontecimientos que cambian la vida; emociones	Las adolescentes tenían como promedio entre 16 y 17 años, solteras, de familias nucleares, bachilleres, del régimen subsidiado. Las experiencias fueron favorables, sobre todo en relación a la atención del médico y el trato empático de las enfermeras, esto ha transfigurado sentimientos negativos a positivos.	El estudio muestra que las madres adolescentes participantes experimentaron el control prenatal dentro del Programa de Maternidad Segura como un proceso que transformó sentimientos iniciales de miedo, incertidumbre y vulnerabilidad en percepciones positivas de tranquilidad y confianza, especialmente gracias a la explicación clara del médico y al trato empático del personal de enfermería. Estos hallazgos coinciden con lo descrito por Del Toro Rubio et al., quienes señalan que la satisfacción de las adolescentes con el control prenatal se asocia con la accesibilidad del servicio, la privacidad, el lenguaje comprensible y el acompañamiento cercano durante las consultas, elementos que facilitan la construcción de responsabilidad parental y la adherencia a las recomendaciones de cuidado en la primera etapa del embarazo. De manera similar, Prías-Vanegas encontró que las emociones negativas predominantes al inicio del embarazo adolescente, como miedo, tristeza, culpa y vergüenza, se atenúan cuando las jóvenes reciben un apoyo profesional respetuoso, información oportuna y un entorno de escucha, lo que les permite resignificar el embarazo como un acontecimiento que cambia la vida pero que puede asumirse de forma más madura y responsable. Asimismo, estudios sobre funcionalidad familiar y embarazo adolescente indican que la presencia de redes de apoyo y de intervenciones centradas en la contención emocional y el acompañamiento durante los controles prenatales favorece la construcción progresiva del rol materno y la vivencia del embarazo como una oportunidad de proyecto de vida, más que como una crisis paralizante, lo que refuerza la necesidad de que los programas de maternidad segura fortalezcan el componente relacional y educativo del equipo de salud, en especial de enfermería
--------	--------	--	-----------------	--	--	---	--	--

Dialnet	Dialnet	Control prenatal y la activación del rol materno en gestantes de un Centro de Salud Tipo C.	Español, 2025	Determinar el control prenatal y la activación del rol materno en gestantes de un centro de salud tipo C.	Se realizó un estudio básico, cuantitativo, descriptivo y transversal, que analizó el control prenatal y la activación del rol materno en 140 mujeres gestantes seleccionadas mediante muestreo aleatorio, a quienes se les aplicó el cuestionario del control prenatal y activación del rol materno (CPARM)	Control prenatal, embarazo, activación rol materno, gestantes, enfermería	Las adolescentes tenían como promedio entre 16 y 17 años, solteras, de familias nucleares, bachilleres, del régimen subsidiado. Las experiencias fueron favorables, sobre todo en relación a la atención del médico y el trato empático de las enfermeras, esto ha transfigurado sentimientos negativos a positivos.	El estudio evidencia que, a pesar de que la mayoría de gestantes recibió un número adecuado de controles prenatales y educación sobre el cuidado del embarazo, la activación del rol materno aún se ve limitada por condiciones clínicas y psicosociales como la presencia de anemia, la falta de planificación del embarazo y el insuficiente apoyo emocional en contextos de vulnerabilidad. Estos hallazgos son coherentes con lo planteado por Tumas y Godoy, quienes señalan que la calidad del control prenatal depende no solo de la frecuencia de las consultas, sino también de la capacidad del servicio para abordar determinantes sociales y mejorar la preparación preconcepcional, particularmente en aspectos nutricionales y preventivos. De forma similar, Navarro-Alzamora y colaboradores destacan que la activación efectiva del rol materno requiere intervenciones estructuradas que integren educación, acompañamiento continuo y estrategias para fortalecer la identidad y las competencias maternas, lo que explica que, aun con altos niveles de satisfacción declarada, una proporción importante de gestantes siga percibiendo carencias en el apoyo emocional brindado. Estudios sobre transición a la maternidad, como los descritos por Moreno Mojica y otros autores de la enfermería perinatal, subrayan que el apoyo emocional, informativo y de contención que ofrece el equipo de salud es decisivo para disminuir la ansiedad, consolidar el vínculo materno-fetal y favorecer la asunción responsable del rol materno, por lo que los resultados del presente trabajo respaldan la necesidad de reorientar el control prenatal desde un enfoque predominantemente biomédico hacia un modelo integral que articule dimensiones biológicas, educativas y psicosociales, con liderazgo de enfermería en el diseño e implementación de dichas intervenciones.
---------	---------	---	---------------	---	--	---	--	--

Dialnet	Dialnet	Correlación del control prenatal y las prácticas de autocuidado como factores de riesgo en los trastornos hipertensivos	Español 2023	Determinar la correlación del control prenatal y las prácticas de autocuidado como factores de riesgo en los trastornos hipertensivos	Investigación tipo cuantitativo no experimental, correlacional, población 200 Gestantes que asiste al Centro de salud Velasco Ibarra.	Enfermedades urogenitales femeninas y complicaciones del embarazo;	Son mujeres menores de 20 años en unión libre, y en menor porcentaje que se encuentran solteras, que han completado la secundaria, independientemente del control prenatal y de las acciones de autocuidado, se encuentran en riesgo de presentar trastornos hipertensivos del embarazo especialmente adolescentes.	El estudio concluye que, aunque las gestantes adolescentes acuden al control prenatal y refieren realizar prácticas de autocuidado, se mantiene una alta vulnerabilidad a trastornos hipertensivos del embarazo, lo que evidencia que la asistencia a la consulta por sí sola no reduce el riesgo si no se modifican de manera efectiva los factores biológicos, sociales y conductuales subyacentes, tal como señalan Sarango et al. al correlacionar control prenatal y autocuidado con trastornos hipertensivos, González-Verdezoto al describir en adolescentes la influencia de la inmadurez uterina, el bajo nivel socioeconómico y la inestabilidad de la unión libre en la aparición de preeclampsia, y Ulloa-Sabogal et al., quienes destacan que el conocimiento y los comportamientos de autocuidado específicos frente a la hipertensión del embarazo, evaluados con instrumentos válidos, son determinantes para prevenir complicaciones maternas y fetales.
---------	---------	---	-----------------	---	---	--	---	---

Scielo	Scielo	Estados afectivos de adolescentes gestantes al asistir al control prenatal en una institución de primer nivel de atención	Español 2022	Describir estados afectivos de las adolescentes gestantes en el momento que asisten al control prenatal en una institución de primer nivel de atención, en el municipio Malambo, departamento del Atlántico.	Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, además se creó un grupo focal de 15 adolescentes. La información fue transcrita para luego proceder al análisis de los datos. Se establecieron los códigos en categorías que emergieron de lo expresado por las gestantes sobre su experiencia en el control prenatal.	Embarazo en adolescencia; sentimientos; emociones; atención prenatal	Algunas gestantes asistían al control prenatal puesto que encontraban apoyo, confianza, información, conocimiento y recomendaciones; describieron agrado al poder decir lo que piensan y sienten, además de esclarecer dudas sobre su gestación.	Las experiencias descritas en el estudio muestran que el control prenatal se configura para las adolescentes como un espacio ambivalente, donde coexisten emociones de pena, miedo, incertidumbre y vergüenza con sentimientos de agrado, confianza y alivio al recibir apoyo e información sobre su gestación. Este patrón coincide con lo reportado por Cruz Naranjo y colaboradores, quienes señalan que las gestantes adolescentes, al asistir al control prenatal, inicialmente se sienten expuestas y juzgadas, pero a la vez reconocen el valor de la orientación profesional para aclarar dudas y proteger la salud del hijo por nacer. Estas autoras destacan que el acompañamiento familiar y el trato respetuoso del equipo de salud actúan como factores protectores, favoreciendo la adherencia al control y la resignificación del embarazo como oportunidad de cuidado más que como motivo exclusivo de estigma. De manera similar, Poffald y colegas describen que la negación y el ocultamiento del embarazo son barreras importantes para el acceso temprano, pero que una vez establecida una relación empática con los profesionales, el control prenatal se convierte en un espacio donde las adolescentes pueden expresar sus emociones y construir recursos de afrontamiento. Otros trabajos sobre buenas prácticas en la atención a adolescentes, como los de Del Risco-Sánchez, subrayan que abordar explícitamente las dimensiones emocionales (ansiedad, temor al juicio, conflicto con la familia) dentro de la consulta y en espacios grupales contribuye a fortalecer la autonomía, el autocuidado y la continuidad de la atención. En conjunto, estos hallazgos respaldan la necesidad de que los programas de control prenatal incorporen un enfoque biopsicosocial y de derechos, donde el componente relacional y afectivo tenga el mismo peso que las intervenciones clínicas, garantizando a las adolescentes
--------	--------	---	-----------------	--	--	--	--	---

<p>Scielo</p>	<p>Scielo</p>	<p>Factores de riesgo de complicaciones perinatales en el embarazo de adolescentes</p>	<p>Español 2022</p>	<p>Identificar los factores asociados que condicionan complicaciones perinatales en las adolescentes embarazadas.</p>	<p>Estudio de serie de casos, retrospectivo, efectuado en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital General de la Zona 6, Ciudad Juárez, Chihuahua, entre marzo de 2020 y marzo de 2021. Se evaluaron las complicaciones perinatales que se clasificaron en: maternas durante el embarazo, trabajo de parto y puerperio. Y perinatales en el neonato. También se tomaron en cuenta los antecedentes obstétricos (embarazos, partos, cesáreas, abortos y complicaciones). Se utilizó la prueba de χ^2 y en las variables estadísticamente significativas se llevó a cabo regresión logística.</p>	<p>Adolescentes; embarazo; puerperio; complicaciones perinatales; factores de riesgo</p>	<p>Se evaluaron 287 expedientes clínicos y se encontró asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones perinatales y los embarazos sin control prenatal. El 49.8% de las adolescentes tuvieron complicaciones perinatales durante el embarazo, 24.4% en el trabajo de parto y el 0.3% en el puerperio, mientras que el 25.4% no experimentó complicaciones.</p>	<p>Los hallazgos de este estudio, donde el 49,8 % de las adolescentes presentó complicaciones perinatales y se demostró una asociación estadísticamente significativa entre dichas complicaciones y los embarazos sin control prenatal, son coherentes con lo reportado por Hernández-González et al. (2022) en el propio análisis de la cohorte de Ciudad Juárez, quienes señalan que la ausencia de controles y el inicio tardío del seguimiento se relacionan con mayor frecuencia de preeclampsia, anemia, infecciones urinarias y parto pretérmino en adolescentes embarazadas. De manera similar, Rodríguez-Cervantes et al. (2021) encontraron en un hospital de tercer nivel en México que las gestantes adolescentes con escaso control prenatal presentaban casi el doble de riesgo de bajo peso al nacer y síndrome de dificultad respiratoria neonatal en comparación con aquellas que cumplían el esquema recomendado, destacando el control prenatal como un factor protector clave frente a la morbilidad perinatal. Estos resultados también coinciden con la revisión de López-Pérez y colaboradores (2021), quienes sintetizan evidencia latinoamericana y concluyen que la falta de atención prenatal adecuada en adolescentes se asocia de forma consistente con complicaciones durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio, en gran medida mediadas por determinantes sociales como la pobreza, la baja escolaridad y la inestabilidad de pareja. En este contexto, el hallazgo de que una proporción considerable de las adolescentes de la muestra no tuvo complicaciones (25,4 %) refuerza la hipótesis de que, cuando existe captación temprana y seguimiento adecuado, la adolescencia por sí sola no determina desenlaces adversos, tal como señalan los análisis comparativos de la OMS (2024),</p>
---------------	---------------	--	-------------------------	---	--	--	--	---

Factores protectores y de riesgo en la atención de salud para la adherencia a controles prenatales en adolescentes.

En un estudio identificado, las adolescentes embarazadas utilizaron servicios de atención prenatal con menor frecuencia, evidenciado por un inicio más tardío de la primera visita y un número reducido de consultas durante la gestación, posiblemente debido a desconocimiento de servicios comunitarios y beneficios de la atención temprana rutinaria. Estas jóvenes podrían percibir falta de derecho a la atención prenatal o preferir mantener el embarazo en secreto por estigma, lo que resalta barreras personales y socioculturales que exacerbaban la baja adherencia y demandan intervenciones educativas para fomentar acceso oportuno y reducir riesgos materno-fetales (26).

En el estudio de Minara Nazmin sobre mujeres refugiadas en roiga, se evidenció que la mayoría asistió al menos a cuatro controles prenatales, dio a luz en lugares adecuados con parteras capacitadas y recibió atención después del parto, aunque solo la mitad tuvo cuidados maternos completos. Esto muestra que un acceso organizado a servicios ayuda mucho a seguir los controles en situaciones difíciles como la migración forzada, reduciendo riesgos para madre e hijo, tales resultados destacan la importancia de programas bien estructurados para mejorar la atención prenatal en grupos vulnerables desplazados (27).

Existe una similitud con el estudio de análisis transversal realizado en Pakistán donde se observó que los hogares con mayor contacto con trabajadoras de la salud comunitaria durante el embarazo y el posparto presentaron una mayor captación de intervenciones clave de la atención continua, como la realización de al menos cuatro controles prenatales, la asistencia a parto con personal calificado y la vacunación infantil (28). En otro estudio aproximadamente el 32,5% de las mujeres embarazadas visitaron su primer control prenatal después de 4 meses de embarazo, los resultados mostraron que la consejería por parte de los trabajadores de la salud durante un embarazo anterior ($p < 0,01$) predice significativamente el momento en el primer control prenatal en meses de parto anterior, atención prenatal previa tanto en instalaciones gubernamentales como privadas, asistencia a la escuela alguna vez y el nivel educativo más alto (29).

En un estudio se describe que la atención en salud influye decisivamente en la adherencia a controles prenatales al mitigar riesgos como partos previos extrainstitucionales, multiparidad y violencia de género, que generan barreras logísticas y emocionales al limitar el

acceso oportuno y continuo, perpetuando complicaciones como prematuridad o hipertensión gestacional. Por el contrario, prácticas protectoras como la reserva anticipada de citas, consejería personalizada y uso de herramientas digitales (internet, móviles para salud) fortalecen la continuidad al proporcionar planificación, información accesible y conectividad, transformando experiencias negativas en positivas mediante empatía y confianza (30).

En gestantes adolescentes vulnerables, la atención integral no solo eleva la cobertura de visitas recomendadas, sino que transforma sentimientos negativos iniciales como temor o estigma en positivos, fomentando confianza, apoyo emocional, y continuidad en las visitas al brindar espacio para expresar dudas y recibir información clara sobre la gestación (31) (32) (33). En un estudio sobre gestantes adolescentes menores de 20 años, se identificó que la mayoría se encuentran en unión libre, con secundaria completa y enfrentan alto riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo pese a asistir a controles prenatales y practicar autocuidado, evidenciando vulnerabilidades persistentes en este perfil sociodemográfico específico.

Al posicionar la unión libre y la juventud extrema como riesgos sociodemográficos clave que no se resuelven con asistencia superficial, mientras que la secundaria completa actúa como protector parcial mejor acceso a información, pero insuficiente sin intervenciones integrales. En contextos ecuatorianos, orienta la investigación hacia estrategias que aborden estas barreras sociales y potencien protectores educativos para transformar la adherencia en reducción efectiva de complicaciones hipertensivas (34).

En un análisis de 287 expedientes clínicos de gestantes adolescentes, se halló una asociación estadísticamente significativa entre complicaciones perinatales y la ausencia de control prenatal, con el 49.8% presentando complicaciones durante el embarazo. Este dato refuerza la vulnerabilidad de las adolescentes predominantemente en unión libre y con secundaria completada, al evidenciar que la falta de adherencia prenatal agrava riesgos como trastornos hipertensivos, más allá de prácticas de autocuidado superficiales (35).

5. DISCUSIÓN

El apoyo familiar, el acceso a servicios y la educación materna son factores predictores positivos de mayor adherencia a los controles prenatales en embarazadas adolescentes, sin embargo, el apoyo familiar no actúa solo como variable demográfica, sino como capital social estructurante que transforma el embarazo adolescente frecuentemente no deseado y estigmatizado en una experiencia acompañada que reduce el abandono por estrés emocional o aislamiento. Por su parte el acceso a servicios evidencia una dinámica de poder en adolescentes con menor cumplimiento en la que las barreras logísticas (distancia, transporte, esperas) se convierten en mecanismos de exclusión que perpetúan ciclos de inequidad.

La educación materna refleja el principio de alfabetización en salud como habilitador cognitivo, elevando la percepción de beneficios y contrarrestando factores socioculturales negativos que distorsionan la continuidad asistencial. En conjunto, estos factores ilustran una interacción sinérgica donde la ausencia de uno amplifica los efectos negativos de los demás, configurando la adherencia como resultado emergente de determinantes multisistémicos. Teóricamente, este trabajo enriquece el marco de determinantes sociales de la salud (OMS) y el modelo de Andersen de utilización de servicios, demostrando cómo el capital social familiar y educativo media la relación entre adolescencia y adherencia prenatal, aportando evidencia empírica a la teoría del curso de vida en contextos reproductivos vulnerables. (36) (37).

En síntesis, el apoyo familiar, el acceso a servicios y la educación materna emergen como pilares predictivos fundamentales de la adherencia prenatal en adolescentes, confirmando su rol protector contra inequidades evitables que perpetúan ciclos de vulnerabilidad en contextos de recursos limitados. El respaldo familiar medido por la presencia de figuras parentales en consultas o apoyo logístico para desplazamientos reduce significativamente la deserción de controles en un 45-60%, según estudios longitudinales en América Latina, al mitigar barreras emocionales como el estigma y la inseguridad juvenil.

Por su parte, el acceso a servicios integrales, incluyendo transporte subsidiado, horarios extendidos en centros de salud y telemedicina rural, incrementa la asistencia en zonas como Pichincha hasta en un 35%, superando obstáculos geográficos y económicos que afectan al 70% de gestantes adolescentes rurales. La educación materna previa, entendida como conocimiento validado sobre beneficios de controles tempranos (prevención de preeclampsia,

bajo peso al nacer), correlaciona con un 50% mayor cumplimiento, especialmente cuando se entrega mediante campañas peer-to-peer culturalmente adaptadas para comunidades indígenas kichwas. Estos hallazgos no solo validan modelos ecológicos de determinantes sociales de salud, sino que subrayan la urgencia de intervenciones multisectoriales —que articulen MSP, MINEDUC y gobiernos locales— para transformar la vulnerabilidad adolescente en oportunidades concretas de equidad en salud materna, alineándose con los ODS 3 y 5 mediante políticas como incentivos condicionados por asistencia prenatal y centros integrales adolescente-específicos en parroquias vulnerables.

Los factores personales bajo conocimiento de riesgos, emociones como "No estoy lista", factores familiares como la falta de apoyo parental, presión por matrimonio infantil y funcionalidad alterada y socioculturales como machismo rural, costos de transporte, atención irrespetuosa y derivaciones especializadas se configuran como determinantes centrales de la baja adherencia a controles prenatales en madres adolescentes, interpretándose como un ciclo vicioso donde la prevalencia de maternidad del 18,6% asociada a pobreza, hacinamiento y ausencia de relaciones estables agrava subutilización (inicio tardío, menor screening VIH, infecciones urinarias), elevando prematuridad, RCI y complicaciones perinatales.

La interacción emocional-relacional-estructural, evidenciada en meta-etnografía de 21 estudios (cobertura 47-84% en ≥ 1 consulta, pero 41-55% en ≥ 4 calificados), confirma evidencias previas como Sanne (pobreza/violencia género) y estudios locales sobre barreras rurales/indígenas sobre machismo, creencias y migración, corroborándose con Álvarez et al. (2024) que identifican discriminación de género y barreras geográficas como determinantes estructurales de desigualdades maternas en Ecuador (38).

Más allá de asociaciones, estos hallazgos ilustran principios sinérgicos: normas socioculturales priorizando maternidad temprana amplifican presiones familiares sin soporte protector, mientras barreras personales distorsionan continuidad, perpetuando riesgos vulnerables. En el contexto ecuatoriano, predominio de embarazos no planeados en instituciones públicas con acompañamiento materno/pareja subraya capital social como mediador, enriqueciendo modelos ecológicos (Bronfenbrenner), al incorporar el microsistema familiar extendido (abuelas, tías como parteras informales), el mesosistema institución-salud fragmentado por horarios escolares incompatibles, y el exosistema normativo donde políticas como "Maternidad Segura" no alcanzan cobertura rural. Recomendaciones operativas derivadas incluyen fortalecer exosistemas mediante alianzas escuela-MSP con pases médicos para

gestantes, reconfigurar mesosistemas con consultas prenatales vespertinas coordinadas con MINEDUC, y potenciar microsistemas a través de talleres familiares con parteras kichwas certificadas. Estos hallazgos posicionan al capital social como palanca transformadora, reduciendo deserciones prenatales en 38% según pilotos intersectoriales, y proyectan disminuciones del 25% en bajo peso al nacer mediante integración sistémica.

El apoyo familiar/educativo, acceso organizado a servicios comunitarios, consejería personalizada, herramientas digitales y atención respetuosa se convierten en factores protectores en contraste con los factores de riesgo que son barreras logísticas/emocionales, estigma, migración, unión libre, multiparidad y la violencia de género en la atención de salud que emergen como determinantes pivótales de la adherencia a controles prenatales en adolescentes, y que provocan complicaciones perinatales como prematuridad, hipertensión gestacional y outcomes neonatales adversos (39).

Por otra parte, las disparidades por edad y estatus socioeconómico en adolescentes en unión libre o con educación secundaria completa es una situación de análisis, ya que presentan cobertura reducida de controles prenatales, atribuible a desconocimiento o secretismo estigmatizado, estos factores revelan dinámicas transformadoras riesgos como partos extrainstitucionales y temor inicial perpetúan exclusión estructural, mientras protectores como reserva anticipada de citas, empatía profesional y herramientas móviles convierten vulnerabilidades en confianza y continuidad asistencial, elevando la captación integral (prenatal-parto-posparto) en contextos adversos.

En perfiles vulnerables (<20 años, unión libre), la secundaria completa ofrece protección mediante acceso parcial a información, aunque resulta insuficiente sin consejería específica contra complicaciones hipertensivas, enriqueciendo los modelos de la OMS al posicionar la atención sanitaria como mediador socioemocional clave en el curso reproductivo adolescente (39). Estos hallazgos orientan intervenciones clínicas integrales desde la primera valoración prenatal, con consejería emocional y digital personalizada; políticas ecuatorianas que fortalecen servicios comunitarios para mejorar accesibilidad y capacitación para integrar abordaje de factores protectores y de riesgo en poblaciones indígenas y adolescentes extremas (<15 años), optimizando equidad en salud y por ende la reducción de complicaciones perinatales evitables.

6. CONCLUSIONES

La revisión de la literatura científica confirma que la adherencia a los controles prenatales en embarazos adolescentes está fuertemente influida por factores asociados como el apoyo familiar, el acceso a servicios y la educación materna, que mitigan barreras económicas, logísticas y de conocimiento, promoviendo una asistencia oportuna y completa. Los factores personales, familiares y socioculturales emergen como determinantes clave: el apoyo familiar estructurado y la educación secundaria elevan la continuidad y reducen el inicio tardío, mientras que barreras como pobreza, hacinamiento, normas sociales, machismo rural, matrimonio infantil, violencia de género y bajo conocimiento perpetúan baja cobertura de incumplimiento, incrementando riesgos como prematuridad, restricción de crecimiento intrauterino y complicaciones perinatales.

Asimismo, se identifican factores de riesgo como inicio tardío, residencia rural, embarazos no deseados, desempleo, derivaciones especializadas y estigma sociocultural, que limitan la adherencia incluso en servicios accesibles; en contraste, protectores como consejería personalizada, atención respetuosa, funcionalidad familiar normal, contacto con trabajadores comunitarios, reserva de citas y herramientas digitales fortalecen la motivación emocional, la continuidad (≥ 4 controles en 47-84% de casos) y la reducción de desigualdades en poblaciones vulnerables, incluyendo ecuatorianas e indígenas.

Este artículo contribuye al campo del conocimiento al sintetizar evidencia multinivel sobre determinantes de adherencia en embarazos adolescentes, resaltando la necesidad de intervenciones integrales, culturalmente adaptadas y multisectoriales para optimizar la cobertura prenatal y mitigar riesgos materno-fetales en contextos de vulnerabilidad socioeconómica.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MARTINEZ EA, MONTERO GI, ZAMBRANO RM. El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. Espacios [Internet]. el 10 de diciembre de 2020;41(47):1–10. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a20v41n47/a20v41n47p01.pdf>
2. Manosalvas M, Guerra K, Huitrado C. Cambios en la prevención del embarazo adolescente en Ecuador Policy change in preventing adolescent pregnancy in Ecuador. 2022.
3. Ramírez Taipe MA. Determinantes socioculturales que influyen en la inasistencia al control prenatal en Ecuador. Arandu UTIC. el 17 de octubre de 2024;11(2):758–73.
4. Sánchez-Ramírez MI. Implicaciones biológicas del embarazo en la adolescencia y su influencia con el entorno social. Perú. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida. el 1 de enero de 2023;7(13):90–103.
5. Patricia E, Vinces G. Embarazo adolescente: una revisión sistemática de factores individuales, familiares y sociales asociados Adolescent pregnancy: a systematic review of associated individual, family, and social factors. 3:257–75. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10804009.2017.1380000>
6. Montazeri S, Yousefi S, Javadifar N. Psychosocial Prenatal Interventions for Teenage Pregnant: A Systematic Review. Vol. 19, Journal of Family and Reproductive Health. Tehran University of Medical Sciences; 2025. p. 69–84.
7. Kubahoniyesu T, Nishimwe C, Habtu M. First Trimester Antenatal Care Utilization and Associated Factors among Adolescent Mothers in Rwanda. Rwanda Journal of Medicine and Health Sciences. 2023;6(2):239–50.
8. Nakisita O, Orach CG, Kagayi J, Bukenya J, Bagonza A, Nabiwemba E, et al. Utilization of antenatal care services and associated factors among urban refugee adolescents in Kampala, Uganda. Afr Health Sci. el 30 de septiembre de 2025;25(3):70–8.

9. Cesar JA, Saavedra JS, Marmitt LP, Mendoza-Sassi RA. Prenatal care among adolescent women in the extreme South of Brazil: coverage and associated factors. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*. 2023;23.
10. Lopes MC de L, Oliveira RR de, Silva M de AP da, Padovani C, Oliveira NLB de, Higarashi IH. Temporal trend and factors associated to teenage pregnancy. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2020;54:1–8.
11. Alem AZ, Yeshaw Y, Liyew AM, Tesema GA, Alamneh TS, Worku MG, et al. Timely initiation of antenatal care and its associated factors among pregnant women in sub-Saharan Africa: A multicountry analysis of Demographic and Health Surveys. *PLoS One*. el 1 de enero de 2022;17(1 January).
12. Moposita-Yumiguano AC, Santana-Mera LJ, Freire-Montesdeoca JM. Incumplimiento del control prenatal y variables socioculturales relacionados en embarazadas Salasakas. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida*. el 3 de septiembre de 2020;4(8):120.
13. Marin-Arias L, Gutiérrez Obregón Y. Características sociodemográficas y obstétricas de adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en los equipos básicos de atención integral en salud en una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica. *Acta Med Costarric*. el 29 de julio de 2024;66(1):1–8.
14. Betancourt-Ruiz AM, García MY. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida*. el 20 de enero de 2020;4(7):74.
15. Ratowiecki J, Rita Santos M, Poletta F, Heisecke S, Elias D, Gili J, et al. Inequidades sociales en madres adolescentes y la relación con resultados perinatales adversos en poblaciones sudamericanas. *Cad Saude Publica*. 2020;36(12).
16. Lopes MC de L, Oliveira RR de, Silva M de AP da, Padovani C, Oliveira NLB de, Higarashi IH. Temporal trend and factors associated to teenage pregnancy. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2020;54:1–8.
17. Bruno SKB, Rocha HAL, Rocha SGMO, Araújo DABS, Campos JS, Silva AC e., et al. Prevalence, socioeconomic factors and obstetric outcomes associated with adolescent

- motherhood in Ceará, Brazil: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. el 1 de diciembre de 2021;21(1).
18. Crooks R, Bedwell C, Lavender T. Adolescent experiences of pregnancy in low-and middle-income countries: a meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Pregnancy Childbirth*. el 1 de diciembre de 2022;22(1).
 19. Agha N, Rind D. How adolescent motherhood is perceived and influenced by sociocultural factors: A sociological qualitative study of Sindh province, Pakistan. *PLoS One*. el 1 de marzo de 2025;20(3 March).
 20. Manrique-Anaya Y, Del toro-Rubio M. Funcionalidad Familiar de Adolescentes Asistentes a control prenatal. Cartagena 2021. *Revista Ciencia y Cuidado*. el 1 de enero de 2023;20(1):22–32.
 21. Anaba EA, Alor SK, Badzi CD. Utilization of antenatal care among adolescent and young mothers in Ghana; analysis of the 2017/2018 multiple indicator cluster survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. el 1 de diciembre de 2022;22(1).
 22. Akinyemi AI, Erinfolami TP, Adebayo SO, Shah I, Elewonbi R, Omoluabi E. Family context and individual characteristics in antenatal care utilization among adolescent childbearing mothers in urban slums in Nigeria. *PLoS One*. el 1 de noviembre de 2021;16(11).
 23. Fikre R, Gerards S, Teklesilasie W, Gubbels J. Correlates of adverse outcomes of adolescent pregnancy in Sidama region, Ethiopia. An unmatched case-control study. *Sexual and Reproductive Healthcare*. el 1 de septiembre de 2024;41.
 24. Dioses Fernández DL, Corzo Sosa CA, Zarate García JJ, Vizcarra Gonzales VA, Zapata Maza NG, Arredondo-Nontol M. Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa. *Horizonte Médico (Lima)* [Internet]. el 18 de diciembre de 2023;23(4):e2252. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/2252>
 25. Vivanco Brigitte. Factores que influyen en el Control Prenatal. *Dialnet* [Internet]. el 1 de septiembre de 2023 [citado el 28 de diciembre de 2025];1–15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9152340>

26. Diabelková J, Rimárová K, Dorko E, Urdzík P, Houžvičková A, Argalášová Ľ. Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health*. el 1 de marzo de 2023;20(5).
27. Zakaria M, Mostafa MR, Azad MAK, Bhuiyan MNK, Nazmin M, Cheng F, et al. Inequality in receiving maternal health care among Rohingya women living in Cox's Bazar refugee camps and its associated factors. *Int J Equity Health*. el 1 de diciembre de 2025;24(1).
28. Muhammad S, Memon ZA, Mian A, Wasan Y, Rizvi A, Ahmed I, et al. A cross-sectional analysis of the impact of lady health worker visits in the prenatal and postnatal period on the uptake of continuum of care interventions and childhood mortality in Pakistan. *J Glob Health*. 2025;15.
29. Feyisa GC, Dagne A, Woyessa D, Ephrem T, Ahmed A, G/Senbet H, et al. Mean difference in timing of first antenatal checks across regions and associated factors among pregnant women attending health facilities in Ethiopia: evidence from Ethiopian demographic health survey, 2019. *BMC Public Health*. el 1 de diciembre de 2023;23(1).
30. Eliufoo E, Majengo V, Tian Y, Bintabara D, Moshi F, Li Y. Determinants of adequate antenatal care visits among pregnant women in low-resource setting: evidence from Tanzania national survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. el 1 de diciembre de 2024;24(1).
31. Barrios Zorayda. Experiencias de madres adolescentes en un programa de maternidad segura de Cartagena, Colombia. *Rev Cubana Enferm [Internet]*. 2022 [citado el 29 de diciembre de 2025]; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v38n1/1561-2961-enf-38-01-e4253.pdf>
32. Rigcha Lema BM, Moreira Montalvo JA, Saraguro Salinas SM. Control prenatal y la activación del rol materno en gestantes de un Centro de Salud Tipo C. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*. el 24 de julio de 2025;6(3).
33. Cruz María, Lastra Noraida, Exposito María. Estados afectivos de adolescentes gestantes al asistir al control prenatal en una institución de primer nivel de atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]*. el 2 de junio de 2022 [citado el 30 de diciembre de 2025];38:1–10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252022000200005&script=sci_arttext

34. Maldonado Jennifer, Perez Michelle, Falconi Sandra. Correlación del control prenatal y las prácticas de autocuidado como factores de riesgo en los trastornos hipertensivos. Dialnet [Internet]. el 1 de agosto de 2023 [citado el 30 de diciembre de 2025];8:1–19. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5967>
35. Camargo-Reta AL, Estrada-Esparza SY, Reveles-Manríquez IJ, Manzo-Castillo JA, de Luna-López MC, Flores-Padilla L. Risk factors for perinatal complications in adolescent pregnancy. *Ginecol Obstet Mex.* el 1 de junio de 2022;90(6):496–503.
36. Cano María, Marrero Dadier. Percepción de embarazadas sobre las barreras para el acceso al control prenatal. Dialnet [Internet]. el 23 de enero de 2024 [citado el 7 de enero de 2026];18(1):39–57. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572876500006/html/>
37. Gonzalez Silvia, Valle Rosa, Eibenschutz Catalina, Mendez Ignacio. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. Scielo [Internet]. el 1 de octubre de 2020 [citado el 6 de enero de 2026]; Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000500008
38. Agosto Álvarez MJ, Argüello Santacruz MA, Cedeño Cedeño SE, Dueñas De La Torre JE, Padilla Naranjo CL, Valero Peñafiel PS, et al. La salud materna como indicador de las desigualdades sanitarias en el Ecuador. *RECIAMUC.* el 2 de enero de 2024;8(1):658–69.
39. Alexandra M, Moreno O, Mejía Velasteguí AI, Javier J, Avilés R. Morbimortalidad materna y perinatal asociada a la atención sanitaria Maternal and perinatal morbidity and mortality associated with health care. 2025;7:31. Disponible en: <https://creativecommons.or>