



## i. RESUMEN

**ANTECEDENTES:** entre los problemas de salud del Ecuador se encuentra el embarazo en adolescentes, su trascendencia no es solo médica sino social, familiar, cultural y ética. Según las últimas proyecciones INEC 2009, el 19,9% de la población son adolescentes y de ellos las mujeres representan el 9,79%.

**MÉTODOS:** estudio observacional descriptivo, con una muestra de 100 adolescentes embarazadas, que ingresaron a la sala de puerperio del HVCN desde el mes de abril hasta el mes de junio del año 2011 y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; los resultados fueron procesados gráfica y estadísticamente en Microsoft Excel y el Software estadístico SPSS 15.0.

**RESULTADOS:** el promedio de edad fue de 16,5 años, se encontraban en adolescencia tardía 76%, tienen instrucción secundaria incompleta 58%, viven en unión libre 44%, el 58% presentan migración de algún familiar cercano; 46% refirieron no haber planificado su embarazo; 13% de adolescentes presentaron su segundo embarazo, el promedio de edad de aparición de la menarquia fue 12,78 años y el promedio de edad de la primera relación sexual 15,68 años. Sólo 51% de adolescentes recibió información sobre planificación familiar; el 81% de adolescentes no utilizaron ningún tipo de método anticonceptivo. Entre las enfermedades asociadas al embarazo la infección de vías urinarias fue la más frecuente con 58%. Los casos de cesárea fueron 34% a causa de desproporción cefalopélvica, anemia y preeclampsia; los partos distócicos fueron el 24% y fueron a causa de hipodinamia uterina, parto conducido, rotura prematura de membranas y preeclampsia.

**DeCS:** salud sexual y reproductiva; embarazo en adolescencia-psicología, embarazo en adolescencia-fisiología, embarazos en adolescencia-datos estadísticos; adolescentes hospitalizados - estadísticas y datos numéricos; Hospital Regional Vicente Corral Moscoso; Cuenca-Ecuador.



**i. ABSTRACT**

**BACKGROUND:** Among the various health problems of Ecuador is teenage pregnancy, which has significance not only medical but social, familial, cultural and ethical. According to the latest projections by INEC in 2009, 19.9% of the populations are adolescents which women account for 9.79% teens.

**METHODS:** An observational, descriptive, the universe consisted of 100 pregnant adolescents, we identified cases according to age, being considered by OMS those with between 10 and 19 years of age, who were admitted to the obstetrics of HVCM from April to June 2011 and met the inclusion and exclusion criteria. The results were processed graphically and statistically in Microsoft Excel and SPSS 15.0 Software.

**RESULTS:** The average age of pregnant teenagers was 16.5 years; late adolescence (17-19 years) got the highest number of cases 76%. 58% completed the secondary education. Adolescents who lived in cohabitation without being married were the 44%. Depending on the type of family structure 45% have a nuclear family. 58% have a close relative migration story. 46% reported not having planned their pregnancy. 13% of adolescents had her second pregnancy during the research. The average age of menarche onset was 12.78 years and the average age for the first sexual intercourse was 15.68 years. Only a 51% of adolescents received family planning information. 81% of cases did not use any contraception. Among the diseases associated with pregnancy are urinary tract infections with a 58%, anemia and gestational hypertension. A 34% of the cases had a cesarean; most often causes were cephalopelvic disproportion, acute fetal distress and preeclampsia. A 24% had a difficult birth due to uterine hypodynamy, conduced, premature membrane rupture and preeclampsia each one.

**DeCS:** sexual and reproductive health, pregnancy in adolescence-psychology; pregnancy in adolescence-physiology; pregnancy in adolescence-statistics and numerical data; adolescent, hospitalized; Hospital Regional Vicente Corral Moscoso; Cuenca-Ecuador.



<b>ii. INDICE DE CONTENIDOS</b>	<b>págs.</b>
i. RESUMEN.....	1
ii. RESPONSABILIDAD.....	5
iii. AGRADECIMIENTO.....	6
iv. DEDICATORIA.....	7
I. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	16
III. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	18
3.1. DEFINICIÓN.....	18
3.2. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.....	18
3.3. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	19
3.4. FACTORES PREDISPONETES.....	21
3.5. FAMILIA.....	26
3.6 FACTORES DETERMINANTES.....	28
3.7 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	32
COMPLICACIONES MATERNAS.....	32
COMPLICACIONES EN LA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO.....	35
COMPLICACIONES SOMÁTICAS PARA EL HIJO DE UNA MADRE ADOLESCENTE	37
COMPLICACIONES PSICOSOCIALES DE UNA MADRE ADOLESCENTE.....	38
3.8 CONSECUENCIAS.....	38
III.- OBJETIVOS.....	40
IV.-DISEÑO METODOLÓGICO.....	41
4.1. Tipo de estudio:.....	41
4.2. Universo y muestra:.....	41
4.3. Área de estudio.....	42
4.4. Procedimientos, Técnicas e Instrumentos.....	42
4.6. Procedimientos, Técnicas e Instrumentos para Recolección de los Datos.....	43
4.7. Operacionalización de las Variables:.....	45
V. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	52
VI. DISCUSIÓN.....	68
VII. CONCLUSIONES.....	75
VIII.RECOMENDACIONES.....	76
IX ANEXOS:.....	77
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	89

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**“ESCUELA DE MEDICINA”**

**FACTORES PREDISPONENTES DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL  
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA  
DURANTE EL AÑO 2011**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO.

**AUTORES:**

MARÍA JOSÉ TRELLES URGILÉS

IVÁN ANDRÉS URGILÉS VINTIMILLA

XIMENA MONSERRATH VALDEZ SALAMEA

**DIRECTOR:** DR. BERNARDO VEGA CRESPO

**ASESOR:** DR. JAIME MORALES

CUENCA – ECUADOR  
SEPTIEMBRE 2011



**iii. RESPONSABILIDAD**

Los contenidos vertidos en el presente trabajo de investigación son de total confidencialidad y exclusiva responsabilidad de los autores:

---

María José Trelles Urgilés

CI: 0104860630

**ESTUDIANTE**

---

Iván Andrés Urgilés Vintimilla

CI: 010444452-6

**ESTUDIANTE**

---

Ximena Monserrath Valdez Salamea

CI: 010458144-2

**ESTUDIANTE**



**iv. AGRADECIMIENTO**

Expresamos nuestro más profundo agradecimiento a Dios, reconociendo que sin Él la realización de este proyecto no hubiese sido posible, también al Dr. Bernardo Vega por su apoyo, aliento y estímulo incondicional y al Dr. Jaime Morales por su asesoría y apoyo intelectual en la realización de nuestra investigación; los mismos que posibilitaron la conquista de esta meta.



v. DEDICATORIA

***“¡Venturoso aquel a quien el cielo dio un pedazo de pan, sin que le quede obligación de agradecerse a otro que al mismo cielo!”***

***Miguel de Cervantes Saavedra***

Dedico esta tesis primero a mi Dios que junto a la Virgen María Auxiliadora me han ayudado y jamás me han fallado, también dedico a un ángel donde su espíritu ha permanecido a mi lado a ti Mami María de Lourdes; y también a la persona más importante de mi vida, a un hombre grandioso que Dios me lo dio por padre a ti Ariosto Trelles Cabrera que ha estado conmigo siempre, que vio mi transformación de niña a mujer, que me apoyo a cada instante a pesar de tantos problemas que tuvimos que pasar; jamás me olvidaría de ti que me enseñaste a ver la vida de otra manera, por enseñarme a ser persona; gracias porque confiaste en mi y sé que estas orgulloso de mí, como yo de ti. Gracias padre por enseñarme que en la vida no hay que tener riquezas para ser alguien, porque los humildes son los que triunfan en esta vida y por último gracias por la herencia más valiosa que me podías dar una profesión.

María José

***“En el mundo tendréis aflicción; pero confiad, yo he vencido al mundo”***

**Jesús**

Dedico este trabajo a Dios, es Él quien me ha llevado de su mano en este largo y difícil caminar y reconozco que todos mis logros son para su gloria. A mis padres y a mis hermanos la representación física de mi amor en esta tierra.

Andrés

***“Solamente una vida dedicada a los demás merece ser vivida.”***

***Albert Einstein***

A Vicente, Monserrat y Andrés, son las personas más importantes en mi vida, cada día me dan soporte y fortaleza para seguir adelante y no decaer ante los obstáculos que se presentan, además me motivan siempre para esforzarme a conseguir todos los objetivos que me he propuesto alcanzar.

Ximena



## I. INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es un fenómeno donde se asocian factores sociales, familiares, biológicos y éticos de gran importancia, debido al aumento progresivo en toda Latinoamérica, convirtiéndose en un problema de salud pública, que genera graves consecuencias entre ellas el abandono de los estudios y hogares, limitando los proyectos de vida, lo que hace necesario empezar a realizar estrategias realmente preventivas basadas en realidades concretas. Además las condiciones socioculturales son las que han determinado un incremento en proporción considerable de mayor incidencia en este grupo etéreo, aconteciendo con igual frecuencia en sectores urbanos y rurales, encontrándose en todos los estratos económicos de la sociedad. (1)

A nivel mundial ha aumentado el inicio de la vida sexual activa a edades más tempranas, el 20% de los partos son de madres adolescentes, la tasa de muertes relacionadas con el embarazo y el parto es de 2-5 veces más alto entre mujeres menores de 18 años, comparadas con las de 20-29 años. (2)

La adolescencia transcurre en el segundo decenio de la vida de ser humano, desde los 10 hasta los 19 años, y se concreta esta etapa como el momento en que el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual. (3)

La adolescencia es, a su vez, el momento de más rápido y completo aprendizaje del individuo, pues tiene que adaptarse en un breve lapso de tiempo que dura sólo 9 años; a todos los aspectos relacionados con el rol de adulto, además del dominio de sus instintos y necesidades; incluido el manejo de sus dimensiones corporales y posibilidades funcionales que se adquieren a través de los cambios endócrinos y morfológicos, surgen nuevas formas de relación con los adultos, intereses, actividades de estudio, cambios de la conducta y de actitud ante la vida. (4)



Las adolescentes de esta época están atravesando por una grave situación en lo referente al embarazo en esta etapa de la vida; la crisis de la adolescencia toma sentido como un desarrollo y no sólo como un crecimiento, puede ser resuelta o agravada de modos diversos por la sociedad y se constituye en un período inevitable y crucial, que facilita o dificulta el desarrollo psicosocial del joven. (5)

En la actualidad es motivo de gran preocupación porque en las adolescentes existe relaciones sexuales a temprana edad, falta de educación sexual, planificación familiar y utilización de métodos anticonceptivos, por tal motivo las jóvenes se ven obligadas a enfrentar un embarazo no deseado con los riesgos que implica, no solo físicos sino también psicológicos y sociales, que requiere de nuevas acciones para combatir este fenómeno. Se ha demostrado que las madres adolescentes prestan los peores indicadores de salud materno infantil que en las mujeres con edad óptima para la procreación, hoy en día la salud reproductiva se refiere a una educación continua que empieza antes de la concepción; incluye la educación a temprana edad, abarca el desarrollo de las adolescentes y pasa por el período de la fecundidad y la reproducción hasta que la mujer llega a la menopausia y el climaterio. (6-7)

En el Ecuador según el código penal la mujer que voluntariamente haya consentido abortar o se causare por sí misma el aborto será penada con prisión; el aborto es permitido y no será punible solo cuando la vida y la salud de la madre esté en peligro y si este no puede ser evitado por otros medios, además si el embarazo proviene de una violación o estupro cometido en una mujer idiota o demente. Es por esto que algunas de las adolescentes embarazadas deciden acudir a centros clandestinos en donde se realizan abortos ilícitos, sin las adecuadas normas de asepsia y antisepsia; por lo que puede desencadenar la aparición de complicaciones, determinando un factor de riesgo para la mortalidad materna. (8-9)



El embarazo impide alcanzar a las adolescentes la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como lo son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo, al igual que las oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría se ven obligadas a desertar del sistema escolar, quedando con un nivel educativo muy bajo que no les permite acceder a un trabajo digno. (10)

Debido a que en nuestro medio no existe información actualizada y concisa sobre este tema; se realizó este trabajo de investigación para identificar los factores predisponentes de embarazo en adolescentes, en el Hospital Vicente Corral Moscoso donde se incluyeron todas las adolescentes que luego del parto se encontraban hospitalizadas en la sala de puerperio.

Entre los principales resultados encontrados en nuestra investigación se encuentran la falta de información sobre educación sexual, planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos, bajo nivel de instrucción educativa, inicio temprano de las relaciones sexuales; siendo la principal enfermedad asociada al embarazo la infección de vías de urinarias.

El presente estudio brinda un conocimiento real sobre algunos factores que influyen en la ocurrencia de embarazos en las adolescentes, para de esta manera poder plantear una intervención a nivel preventivo, teniendo en cuenta los resultados encontrados, en donde se pretende conocer la problemática de este grupo de población y el embarazo como producto de factores predisponentes; entre ellos la falta de conocimiento del proceso de embarazo tanto en el aspecto fisiológico, anatómico, económico y social.



## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 100 millones y en los países en desarrollo 1 de cada 4 personas está en la adolescencia, a diferencia de 1 de cada 7 en los países desarrollados<sup>2</sup>. Para OPS la proporción de adolescentes en Latinoamérica es del 21% y ha continuado incrementándose en términos proporcionales y absolutos. (11)

En el Ecuador aproximadamente según proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos para el año 2009; el 19,9% de la población son adolescentes, y de ellos 2.799.063 son adolescentes de 10 a 19 años, de las cuales las mujeres adolescentes representan el 9,79%. La Tasa Global de fecundidad del Ecuador se ha reducido a un promedio de 2,6 hijos por cada mujer. (12)

Según algunas investigaciones se ha demostrado que dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa). El 57.8% de mujeres de entre 15 y 24 años, eran estudiantes cuando supieron de su primer embarazo e interrumpieron sus estudios, de ellas tan solo el 16.5% volvió a estudiar y el 41.3% en promedio no volvió a hacerlo. En muchos países, la tasa de fertilidad en adolescentes es alarmante: de los 15 millones de nacimientos al año, el 11% proviene de madres adolescentes. (13-14)

La alta incidencia de embarazos en adolescentes es un indicador de los aspectos disfuncionales de una sociedad que sufre rápidos cambios sociales y culturales; es importante conocer con exactitud sus causas resulta difícil, aunque son múltiples y se relacionan entre sí como maduración sexual temprana, el impulso sexual, falta de acceso a la educación impartida a las



adolescentes desde la niñez incluyéndose los factores culturales y normativos, desconocimiento de los y las adolescentes sobre la sexualidad, métodos de planificación, abuso sexual, grupos sociales, trabajo infantil, poca comunicación con la familia. (15)

Para comprender mejor lo dramático de esta situación debemos recordar que alrededor del 50% de las adolescentes, entre 15 y 19 años, tienen una vida sexual activa, se plantea que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 hasta los 19 años; el 25% de las adolescentes con experiencia sexual se embaraza y ocurren el 60% de estas gestaciones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales. (16)

Las consecuencias de una madre adolescentes son el aborto ilegal, el aumento de la morbilidad materna e infantil, mayor riesgo de divorcio, limitaciones en el desarrollo integral de las mujeres, así como el empeoramiento de su situación socioeconómica por el desempleo, especialmente en aquellas de hogares pobres podemos decir que los ingresos mensuales de las madres adolescentes son alrededor de un 90% menor que los de las madres adultas. (17)

La gravidez y la maternidad durante la adolescencia presentan considerables riesgos; en comparación con las mujeres sanas de entre 20 y 30 años de edad, la posibilidad de que las jóvenes mueran por un parto es 5 veces mayor; y cuando son menores que 15 años, es 2 veces mayor, que cuando tienen entre 15 y 19 años. (18)

Una manera de solucionar esta condición es: abrir espacios físicos apropiados para la atención de los adolescentes, asignar presupuestos específicos para esta población, recuperar el nivel técnico de los equipos de apoyo para defender la condición de adolescencia y manejar conceptos amplios sobre



adolescencia y salud reproductiva, entre otros. Esto obedece a la falta de una política institucional que avale los programas con adolescentes, como una línea de trabajo con sus propias características. (19)

En el Ecuador mediante Acuerdo Ministerial del 23 de Septiembre de 2005 se establece al 26 de Septiembre de cada año como el “Día de la Prevención del Embarazo en Adolescentes”, en el Plan Decenal de Desarrollo y en la Agenda Social de la Niñez y Adolescencia 2007-2010, se propone “Reducir en 25% el embarazo adolescente al 2010”. (20)

La educación en salud implica proporcionar elementos a los adolescentes para que asuman su salud como un derecho, es necesario que los adolescentes comprendan este mensaje y lo incorporen dentro de sus prácticas cotidianas; someterlos a un proceso de aprendizaje que implica una construcción de un conjunto de valores, creencias, conocimientos y prácticas. (21)

La entrega de información debe cumplir un papel de formación, no sólo para llenar un vacío de conocimiento, de tal manera que se desarrollen actitudes como la capacidad de establecer comunicación abierta con sus pares, pareja o familia, de obtener y usar condones, cómo usarlos, de la anticoncepción, prevención de las ETS, del proceso de gestación, de cómo y por qué una mujer queda embarazada. (22-23)

El sector debe asumir un liderazgo en la prevención y atención del embarazo en comunidades pobres y, dentro de éste, los servicios de salud. Es importante resaltar la red de servicios en el ámbito de la atención primaria. Además, muchos de los adolescentes se captan a través de la atención médica, en especial a las mujeres, por medio de la consulta de control prenatal. Se recomienda que en todos los niveles de atención; el servicio a la población adolescente deba ser especializado. (24)



En cuanto a la participación de los servicios de salud en el mejoramiento de la calidad de vida de las adolescentes embarazadas, es preciso que se acerquen más a las comunidades, con el fin de evitar que el control prenatal se haga hasta el tercer o cuarto mes de gestación. Además, es la forma más eficiente de encontrar respuestas acertadas para prevenir el embarazo, siempre y cuando éstas sean producto de la participación de los diferentes grupos de adolescentes. (25-26)

Estas actitudes se pueden introducir mediante una serie de actividades, tales como: aclaración de valores, práctica de toma de decisiones y refuerzo del comportamiento mediante la imitación de modelos y reacciones positivas. Por ejemplo, los programas escolares pueden incentivar a los estudiantes a hablar acerca de sus sentimientos y decir lo que piensan acerca de la actividad sexual sin riesgos, con el fin de conocer cuáles componentes del comportamiento preventivo pueden ser difíciles para cierta persona y por qué. (27)

Los programas dirigidos a la prevención y atención del embarazo en la adolescente, deben abordar los antecedentes sexuales concretos de sus estudiantes, sus niveles de actitud para prevenir un embarazo o la infección por el VIH y las formas de relaciones que establecen entre sí. (28)

En la ciudad de Cuenca no existen datos actualizados que identifique cuáles son los factores que predisponen al embarazo en las adolescentes; el conocimiento de la incidencia es útil para proyectar las estrategias de salud necesarias tanto en prevención y promoción, como en los recursos necesarios que deberían tener los servicios de salud involucrados. Sin embargo, teniendo en cuenta esto último, se plantean las siguientes preguntas:

¿Cuál es la incidencia de los embarazos en adolescentes en HVCM?

¿Cuáles son los factores de predisponentes de los embarazos en adolescentes en HVCM?

De esta manera se considera si estudios realizados por otros países son aplicables a la nuestro, nos mueven a buscar la realidad de la incidencia y



factores predisponentes del embarazo en adolescentes en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca” durante el año 2011; de modo que en esta se base la propuesta y ejecución de planes políticos a nivel local y nacional que permitan promoción y prevención que evite los embarazos en adolescentes y los problemas que con lleva para la adolescente, familia, y sociedad.



## 1.2. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes es y sigue siendo un problema de salud pública que debe ser abordado de manera integral, en donde debe existir una participación del gobierno local, nacional, y la familia como núcleo importante de la sociedad. Por lo que con la presente investigación se pretende conocer los factores predisponentes de los embarazos en adolescentes y sería probable implementar programas y proyectos que ayuden a disminuir la magnitud del problema, ya que en la actualidad se trabaja la adolescencia en el manejo de las consecuencias, de los actos indecisos propios de esta época y no se hace énfasis en la atención en salud integral, sexual y reproductiva dirigida a mujeres y hombres y a la prevención aunque se conocen algunos factores a nivel institucional, los mismos no son conocidos y actuar sobre todo a nivel familiar, porque los padres de familia deberán conocer los factores que inciden en el embarazo de adolescentes. (29-30)

La influencia de factores determinantes como un menor acceso a servicios, la pobreza, abandono, control prenatal tardío y/ o insuficiente, darán origen a consecuencias físicas, psicológicas y sociales, lo cual determina riesgos para la futura madre, los mismos que aumentan considerablemente en adolescentes menores de 19 años. (31)

En el Ecuador las cifras de embarazos en la adolescencia no son exactas, se establecen registros en hospitales, centros de salud con tendencia al incremento en proporción siendo la más alta en la subregión andina. A nivel de la provincia del Azuay en los últimos dos años la fecundidad en mujeres de 14 a 19 años representa el 71.6%; de estas jóvenes mujeres el 43.0% son primigestas. (32)

A pesar de que existe una alta aceptación del uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes varones y mujeres, este grupo poblacional es el menos



expuesto a mensajes de planificación familiar carecen por lo general de los conocimientos, actitudes y habilidades para tomar decisiones responsables respecto al inicio de su vida sexual, prevención del embarazo y el uso de métodos anticonceptivos. (33)

Los resultados de este estudio se presentarán a las autoridades del Hospital Vicente Corral Moscoso y Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, para implementar un enfoque diferente al manejo de las adolescentes y padres de familia, considerándolas no solo desde el punto de vista médico, sino también social. El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana son hechos frecuentes, y experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres y las adolescentes jóvenes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad.



### III. FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 3.1. DEFINICIÓN

La palabra adolescente, deriva del verbo latino adolescere y significado es “en crecimiento”, lo cual indica que es un época donde es más notoria la transición de niños a adultos por los múltiples cambios biológicos, psicológicos y conductuales. Muchos adolescentes encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad. (34-35)

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por la pubertad; así como por la integración de funciones de carácter reproductivo, acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante. (36)

#### 3.2. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

**Adolescencia Temprana (10-13 años):** es el período de la pubertad donde hay grandes cambios corporales y funcionales, cuya máxima expresión es la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder el interés por los padres, posee un pensamiento concreto e inicia amistad con individuos de su mismo sexo y contemporáneos a su edad. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías, no controlan sus impulsos.

**Adolescencia Media (14-16 años):** poseen un pensamiento lógico y cuestionamientos, es la etapa caracterizada por un completo crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus compañeros y amigos, comparte valores y conflictos con los padres, esto ocurre porque es una etapa donde el joven busca independencia social, pero



no tiene la económica. Es la etapa de experiencia y de actividad sexual, se sienten invulnerables, asumiendo conductas de omnipotencia y en muchos casos generadoras de riesgos y peligros.

**Adolescencia Tardía (17-19 años):** presentan madurez física y sexual, ya aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres en busca del consejo, sus valores presentan una nueva perspectiva adulta. Las relaciones íntimas adquieren mayor importancia y el grupo de amigos va perdiendo jerarquía, desarrollan su propio sistema de valores, con metas vocacionales más reales, en esta etapa el adolescente ya planifica su futuro. (37)

### 3.3. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El rápido aumento de la población de adolescentes y la mayor prevalencia de embarazadas constituye un problema actual de salud pública de importancia indiscutible debido a las múltiples complicaciones del embarazo en este grupo, repercusiones sociales desfavorables y además aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más vulnerables, pero en la actualidad se están presentando en igual manera en todos los estratos económicos. (38-39)

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre entre los 10 a 19 años de edad de la madre, es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las complicaciones que tiene sobre la salud de la madre y el niño, además de las secuelas psicosociales, y particularmente sobre el proyecto de vida de las jóvenes. También se suele designar como embarazo precoz, porque se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional e independencia económica para asumir la compleja tarea de la maternidad. (40)



La actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa en la vida por la que transita: en la adolescencia temprana, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal, se preocupan más por sus necesidades personales y no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. En la adolescencia media, frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. En la revisión Madriz, Venezuela 2007, estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. con una muestra de 1856 se observó que el intervalo de edad en el que ocurrieron con más frecuencia los embarazos fue entre los 15 y 16 años, con 77,6% que corresponde a la Adolescencia Media; en el rango de 12 a 14 años fue 16,9% y una menor incidencia en el rango de 17 a 19 años con un 5,6% . (41)

En la adolescencia tardía, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja y asumir el papel de madre joven. (42) En la literatura revisada Díaz, Venezuela 2008, realizó un estudio observacional, descriptivo y longitudinal prospectivo, con el propósito de Identificar los Factores asociados al Embarazo en la Adolescencia en dos consultorios del Área de Salud Integral Comunitaria: “Los Mangos”, con una muestra 105 adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión encontró mayor incidencia del embarazo en adolescentes en el rango de 17 a 19 años, correspondiente a la Adolescencia Tardía con un 79%, seguido del grupo de 14 a 16 años con 16,1% que corresponde a la Adolescencia Media y Adolescencia Temprana con un 4,7%. (43) Espín, Cuba 2010 realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se describieron las características clínicas y epidemiológicas de una población de adolescentes embarazadas con un enfoque cuantitativo; trabajó con el total de la población conformado por 50 gestantes adolescentes pertenecientes al Policlínico Docente “Ramón Pando Ferrer”, municipio Santa Clara, Provincia Villa Clara,



pudo constatar que el 56.0% representó la etapa tardía y el 44.0% de la muestra correspondió a la Adolescencia Media. (44)

### 3.4. FACTORES PREDISPONENTES

**MENARQUIA TEMPRANA:** se presenta la pubertad alrededor de 12 a 13 años y el inicio de los mecanismos endocrinos que permiten la reproducción; conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor; investigaciones reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas. (45)

Espín muestra que en la descripción de la menarquia en las adolescentes gestantes y el comportamiento de las primeras relaciones sexuales: el 56.0% presentaron una menarquia precoz y el inicio de las relaciones sexuales ocurrió predominantemente, en la adolescencia media 20.0%. (46)

**INICIO PRECOZ DE LAS RELACIONES SEXUALES:** cuando aún no existe la madurez biológica y emocional necesaria para implementar una adecuada prevención. En esta etapa existen actos impulsados por la madurez sexual, con influencia del medio ambiente, sumado a la mala educación sexual impartida por su grupo de amigos. (47)

Madriz, con respecto a las características obstétricas de las adolescentes evidencia que la edad promedio de menarquia fue a los 12 años con un 73,1%.; y que el 97,7% se iniciaron sexualmente entre los 14 y 16 años. (48) Padrón menciona que la menarquía se presentó en la gran mayoría 91.3% entre los 11 y 14 años, y que el inicio de la vida sexual activa más temprano fue a los 11 años y la más tardía a los 18 años. (49)

Estudios realizados en Estados Unidos han evidenciado una tendencia al alza de la actividad sexual en los adolescentes durante los últimos 30 años. Según



la Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud, en Chile, el 35,2% de los adolescentes se encontraban sexualmente activos. Mientras en otros países como Cuba el 50 % de las adolescentes tiene vida sexual activa y se ha visto un incremento del 10% anual. Al año 2003 se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo en trabajos más recientes se ha visto una tendencia a una mayor precocidad. Como ejemplo de lo anterior es posible citar el estudio realizado por González, 2005 en donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15,6 años. (50)

**BAJO NIVEL EDUCATIVO:** la educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes; la precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta; la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. (51) En un estudio, Díaz con una muestra de 50 adolescentes gestantes refiere que el nivel de escolaridad está en estrecha relación con la ocurrencia del embarazo en la adolescencia, hay predominio de bajo nivel de escolaridad, manifiesta una mayor incidencia de adolescentes en el nivel primario con un 80%, seguido del secundario, con 11,4% y el bachillerato solamente exhibió el 8,5%. (52)

Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla; una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. (53)

Madriz, encontró que la mayoría de adolescentes presentó un nivel secundario correspondiente al 61,1%, y 38,4 % un nivel primario, 0,2% nivel preuniversitario y analfabetas. (54) Brenes, realizó un estudio descriptivo observacional de cincuenta y tres expedientes de pacientes de la clínica de



adolescentes del Hospital Calderón Guardia, observó que el 45,28% se encontraban cursando la secundaria, seguido del 24,53% nivel primario, y 1,60% en la universidad. (55) En otra investigación, Della trabajo con 200 adolescentes del sexo femenino (embarazadas, n= 100; con hijo, n= 100) localizó que la mayor frecuencia fue secundaria incompleta con un 72%. (56) Reyes, realizó un estudio descriptivo sobre los factores predisponentes al embarazo en adolescentes de la Colonia Flor del Campo, Honduras, año 2005, se realizó con 81 adolescentes demostró que la mayor frecuencia alcanzó un 39% con primaria completa, seguido de 36% con secundaria incompleta, 12% con secundaria completa y primaria incompleta, respectivamente y analfabeta 1%. (57)

**RESIDENCIA:** en la investigación de Madriz se encontró datos que en la zona urbana hay más casos de adolescentes embarazadas con un 73,8% y Reyes, refirió que el 100% viven en área urbana. (58-59)

**MIGRACIONES RECIENTES:** la migración produce cambios, particularmente dentro de la familia, que se ve obligada a reorganizar su estructura y funciones, debido los cambios de rol familiar. Según resultados de investigaciones en hijos de migrantes; por lo menos la mitad de estas familias se caracteriza por haber tenido relaciones conyugales inestables, separaciones frecuentes de padres, episodios de violencia intrafamiliar, crianza de los hijos delegada a terceros y otras problemáticas sociales como pobreza, alcoholismo, infidelidad y culturales. (60)

Si bien es cierto, que a los hijos de migrantes se les ha atribuido problemas de deserción escolar, indisciplina, bajo rendimiento académico, tendencia al suicidio, embarazos prematuros, problemas legales, y predisposición al uso de drogas; un análisis más profundo, nos demuestra que la relación con la migración no es tan directa y simple; sino que obedece en la mayoría de los casos a un tratamiento inadecuado del hecho migratorio y sus implicaciones



presentes y futuras para el niño, niña o adolescente y su familia. Es importante recalcar, que la migración ha dado lugar a nuevas y diferentes estructuras familiares en las que conviven tíos, abuelos, madres y padres solos e incluso amigos o vecinos que quedan a cargo de los hijos, o también hermanos mayores. (61)

**ESTADO CIVIL:** la mayoría de adolescentes no están preparadas para formar una familia, en varios estudios como el de Díaz encontró una mayor incidencia del embarazo en adolescentes solteras con 69,5%, seguido de unión libre con un 20% y seguido las casadas en 10,4%. (62) En otra comparación Madriz, observó mayor incidencia de adolescentes solteras con 90,1% y 9,9% de adolescentes embarazadas casadas. (63) Otra referencia analizada de Espín y Acevedo, encontraron que predominó el estado civil soltero con un 60% aproximadamente (64-65); al igual que el estudio de Brenes, solteras 43,40%, seguido de unión libre 37,74%, y 5,66 se encontraban casadas. Reyes, demostró mayor frecuencia viven en unión libre con un 64% y el 32% son solteras y un 4% casadas. (66-67)

**FALTA O DISTORSIÓN DE LA INFORMACIÓN:** es frecuente entre adolescentes mitos por la falta de una educación sexual apropiada en los centros educativos y en el núcleo familiar debido a que no existe una adecuada difusión de información además de falta de comunicación, presencia de situaciones conflictivas y la pérdida del valor de la familia. Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, falta de acceso a los servicios de planificación familiar. (68) Padrón en el que el 20% menciona no haber recibido información. Mientras que un 39% la recibió por parte de su madre. El mayor porcentaje 25% de casos recibieron información por parte de su institución educativa, seguido de un 21% por parte de profesionales de la medicina, familiares y otros medio. (69)



**EDUCACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:** en el ámbito educativo, persisten brechas entre las necesidades de información y educación sobre la sexualidad y reproducción, y la calidad y cobertura de los programas educativos. Las adolescentes carecen por lo general de los conocimientos y las habilidades básicas para tomar decisiones responsables en términos de inicio y de protección de sus relaciones sexuales, de manera que están mal preparadas para evitar un embarazo, una ETS o el VIH. El papel de la familia en la planificación familiar de los adolescentes no es lo representativo que debería ser, en la literatura revisada está en correspondencia con los hallados de esta investigación, 14%. Sin embargo otros reflejan a la familia como una fortaleza en la transmisión de experiencia y conocimientos de sexualidad. Los medios de comunicación tienen una enorme influencia en la percepción de las adolescentes de su propia sexualidad al bombardear con estímulos eróticos y sexuales; existe una paradoja entre mayor acceso a información a través de medios de comunicación y una falta de capacidad en la toma de decisiones de las adolescentes. A pesar de que existe una alta aceptación del uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes varones y mujeres (aproximadamente 90%), este grupo poblacional es el menos expuesto a mensajes de planificación familiar, presenta el porcentaje más bajo de conversaciones con proveedores de servicios, tiene el menor porcentaje sobre el conocimientos de fuentes, así como una mayor demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. Los medios de comunicación juegan un rol importante profundizando la paradoja de que adolescentes y jóvenes tienen mayor acceso a información, pero no se garantiza la calidad y veracidad de la misma, esto afecta la toma de decisiones informadas y autónomas. (70)

**FACTORES SOCIOCULTURALES:** el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades; esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud, fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. El advenimiento de nuevas libertades sexuales, conlleva a tener una visión del



problema más abierta. El machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos, especialmente entre los adolescentes. (71)

**HACINAMIENTO:** en la revisión de Díaz demostró que en el 81,9% el índice de hacinamiento fue elevado, es decir, la presencia de más de 2 personas por dormitorio; son datos que no concuerdan con nuestros resultados ya que el 8% presentó hacinamiento; debido a que según estudios realizados en el Ecuador el índice de hacinamiento corresponde a la presencia de más de 3 personas en un dormitorio. (72)

**HABITOS TOXICOS:** en el trabajo de Espín determina que el 60.0% no presentó adicciones, y el 16.0% consumió cigarrillos, 14.0% café, 4.0% alcohol y el 10.0% psicofármacos. (21) (73) El estudio de Díaz se observa mayor incidencia del embarazo en adolescentes que consumían cigarrillo 39%, seguido del alcohol 27% y las drogas 24%, siendo la marihuana la más consumida y el café 3%. (74)

### 3.5. FAMILIA

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los microambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, que deberá promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. (75)

Según el Art.96 del Código de la Niñez y Adolescencia, la familia es el núcleo básico de la formación social y el medio natural y necesario para el desarrollo integral de sus miembros, principalmente de los niños y adolescentes. Recibe el apoyo y protección del estado a efecto de que cada uno de sus integrantes pueda ejercer plenamente sus derechos y asumir sus responsabilidades. (76)



La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. (77)

### 3.5.1 TIPOS DE FAMILIA

#### POR SU ESTRUCTURA

**Nuclear:** conformada por dos generaciones, papá, mamá e hijos.

**Extensa:** una pareja con o sin hijos, más otros miembros de las familias. Puede recoger varias generaciones.

**Ampliada:** tres generaciones, abuelos, padres e hijos. Se presenta como una familia solidaria y de apoyo mutuo.

**Monoparental:** conformada por uno de los padres (por viudez, divorcio o separación) o progenitor soltero y uno o varios hijos.

**Ensamblada:** es la unión de dos familias diferentes por viudez o divorcio de uno de los dos esposos. (78)

En la revisión de Della en cuanto al grupo de convivencia, refiere que viven con padre y madre 42%; con un solo progenitor o con otros familiares el 15%; un amplio porcentaje comparte su hogar con su pareja 34%. Reyes, obtuvo que el 68% de las adolescentes conviven con su pareja, el 16% sólo viven con la madre, 10% con ambos padres y el 6% con otras personas, al comparar con nuestro estudio hay datos similares donde la mayoría de adolescentes embarazadas vivían con padres y su pareja. (79)

#### POR SU FUNCIONALIDAD



**Funcional:** aquellas en las que sus miembros se sienten cómodos en sus relaciones diarias, lo que permite ir evolucionando en sus ciclos vitales y resolviendo sus problemas desde los acuerdos.

**Características:** comunicación clara, jerarquía aceptada, tener la capacidad de cambio de acuerdo a los ciclos vitales, realizar acuerdos de convivencia constantemente entre sus miembros, presenta límites flexibles y definidos, capacidad de resolución de problemas. (80)

**Disfuncional:** se evidencian cuando sus miembros, o uno de ellos, no se siente acomodado en la familia, son aquellas familias que pueden estar apretando desde las normas y límites a sus miembros o sencillamente cuando estas no existen en las que sus miembros se sienten cómodos en sus relaciones diarias, lo que permite ir evolucionando en sus ciclos vitales y resolviendo sus problemas desde los acuerdos.

**Características:** no existe comunicación, no respetan límites ni jerarquía, tener no existen acuerdos que posibiliten la convivencia, no existen normas, ni roles definidos, no existe capacidad de resolución de problemas. (81)

### 3.6 FACTORES DETERMINANTES

#### RELACIONES SEXUALES SIN ANTICONCEPCIÓN

Diversos métodos pueden utilizarse de forma inocua y segura; sin embargo, a pesar que la adolescente conoce las opciones de planificación familiar, no las emplea; en este aspecto es necesario desarrollar un mayor conocimiento de la relación existente entre lo que las adolescentes saben sobre anticoncepción y cómo es su comportamiento anticonceptivo. Es un tema que no se conversa en familia; la institución educativa entonces pasa a ser una importante fuente de información y comunicación sobre anticonceptivos en niños y adolescentes en nuestro país, por lo que se debiera apoyar fuertemente a educadores en



esta temática y motivar la incorporación y participación de los padres y familias a esta labor educativa; se asocia también a prácticas de riesgo como el alcoholismo y la drogadicción. Conviene recordar que si se mantienen relaciones sexuales con cierta regularidad y no se usa ningún método anticonceptivo, la probabilidad de embarazo es altísima: en torno al 80% en un año. (82-83-84)

Como lo reporta un estudio llevado a cabo en Chile que tuvo como objetivo dar a conocer la relación previa entre la educación sexual y el uso de Método Anticonceptivo en las adolescentes que se embarazan. Se trata de un análisis descriptivo de fichas clínicas (n=347) donde casi un 80% había recibido alguna vez algún tipo de educación sexual. La mayoría de éstos la recibió tanto en el hogar como en el colegio. Un 98.55% conocía algún tipo de método anticonceptivo, sin embargo de los que refirieron haber recibido algún tipo de educación sexual, sólo un 34% utilizó alguno de éstos. Los otros no los ocuparon por vergüenza o miedo; de los que si usaron, la mayoría 55.1% usó anticonceptivos orales. (85)

En otra investigación realizada en Costa Rica de tipo observacional descriptivo, (n=53) según expedientes en cuanto a los métodos de planificación utilizados por las adolescentes; en el cual 22,64% reportaron haber estado planificando cuando quedaron embarazadas, y 49,05% no planificaron el embarazo. Parece claro que para una adecuada Salud Sexual y Reproductiva en los adolescentes, se debe fomentar el desarrollo de capacidades saludables en el ámbito social y conductual, así como favorecer conocimientos adecuados y la capacidad para aprenderlos. (86-89)

## **ELECCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

La educación sexual se ha de complementar con una disponibilidad y buen uso de los métodos anticonceptivos. Las razones por las que no se usan son: la



desmotivación, la falta de información y la escasa percepción del riesgo o la dificultad para conseguirlos. Al hablar de los métodos anticonceptivos preferibles en adolescentes se debe tener en cuenta distintos requisitos: que sea efectivo, reversible, de fácil adquisición, de uso sencillo y adecuado a su actividad sexual; además de ofrecer la posibilidad de elegir libremente el método anticonceptivo para el cumplimiento correcto del mismo.

FIGO clasifica los métodos anticonceptivos para adolescentes en:

- **Preferentes:** preservativo y anticoncepción hormonal oral.
- **Aceptables:** diafragma, espermicidas y anticoncepción hormonal inyectable o intradérmica.
- **Menos aceptables:** DIU, abstinencia periódica y contracepción quirúrgica.
- **De emergencia:** no se recomienda su uso en adolescentes de forma sistemática.

En cuanto a los métodos más utilizados por las adolescentes embarazadas en una investigación realizada en España a adolescentes entre 15 y 19 años sobre el método anticonceptivo que usan habitualmente; un 40,3% de mujeres afirman no haber usado ninguno. En todos los estudios, el método más empleado fue el preservativo con 58,5%, seguido por la anticoncepción oral 13,9%. Los menos usados con un 0,3% cada uno son el DIU, el coito interrumpido y el parche; sin embargo los expertos recomiendan el uso combinado del preservativo y la anticoncepción hormonal oral, conocido como el doble método, que es de elección puesto que previene simultáneamente los embarazos no deseados y las ETS. Expertos coinciden en que toda la información y educación sexual aportada a los adolescentes no es útil si ésta no se acompaña de una mayor accesibilidad a los métodos anticonceptivos; una posible solución como la que actualmente se está llevando a cabo es la financiación de los mismos por parte del Ministerio de Salud. (88)



## **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Se considera a toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de los integrantes del núcleo familiar. (89)

### **FORMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:**

**Violencia Física:** todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiera para su recuperación.

**Violencia Psicológica:** constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la persona agredida; es también la amena hacia un miembro de la familia que infunde miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente en su persona o descendientes. (89-90)

**Violencia Sexual:** se considera todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona, y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación o amenazas. Según el art. 509 y 510 del Código Penal se llama estupro a la cópula con una persona, empleando la seducción o engaño para alcanzar su consentimiento, el cual se reprimirá con prisión de tres meses a tres años si la víctima fuere mayor de catorce años y menor de dieciocho (92)

## **PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO**

En cuanto a la planificación del embarazo, los estudios más recientes



coinciden con el nuestro, al identificar la no planificación de la gestación en la mayoría de los casos. Otros trabajos realizados en el extranjero, señalan que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas del 73% al 93 %. Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes. (93)

### **3.7 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE**

En el último tiempo los adolescentes se inician sexualmente cada vez a edades más tempranas y de esta forma se ha incrementado el embarazo no deseado con una serie de consecuencias que se han agrupado en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales. Algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto. (94)

El riesgo para la salud del embarazo temprano no depende tanto de la edad de la adolescente en sí misma, sino de otros factores básicos como el estado nutricional y salud básica de las jóvenes; incluido el acceso a una atención materna de calidad, siendo más limitado por barreras de tipo económico, geográfico, cultural y sobre todo legal. (95)

### **COMPLICACIONES MATERNAS**

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar las diversas afecciones propias del embarazo adolescente, el cual corresponde a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo lo que se conoce como Síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre



sí a nivel materno y/o fetal, a continuación describiremos con más detalle algunas de las principales afecciones que sufren las adolescentes gestantes. (96-97)

### **INFECCIÓN URINARIA**

Es una patología frecuente en múltiples estudios la ubican como una de las principales complicaciones, en ello influye que la ingestión de líquidos no es adecuada además de la falta de responsabilidad del embarazo y medidas de higiene inadecuadas. (98)

Como lo afirma la investigación realizada en Costa Rica, en donde se incluyeron en el estudio a 53 jóvenes de la consulta prenatal; (n=53) en donde el 43,40% de las adolescentes del estudio presentaron en algún momento de su embarazo según datos de laboratorio o clínicos infección urogenital. Entre las más comunes se encuentran las infecciones urinarias 52,17%, el agente más reportado E. coli; infecciones vaginales 47,83%; de estas pacientes el 13,04% presentaron infecciones distintas simultáneamente: 8,70% presentaron infección urinaria e infección vaginal. (99)

En un estudio de casos y controles realizado Cuba, durante el trimestre de octubre a diciembre del 2009, (n=30) gestantes adolescentes, se escogió igual número de grávidas mayores de 20 años, que conformaron el grupo control y se identificaron las enfermedades clínico obstétricas asociadas que pudieran complicar la gestación y el parto, con repercusiones negativas en el recién nacido. Se observó un alto número de complicaciones en la madre en donde primaron la infección vaginal y la anemia, con 30 y 20 %, respectivamente, en las adolescentes, y 20 % cada una en el grupo control. (100)

### **ANEMIA MICROCÍTICA HIPOCRÓMICA**



Destaca como una de las complicaciones más frecuente en el embarazo de la adolescente y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los malos hábitos alimentarios propios de la edad pueden contribuir al déficit de hierro. En estos casos los riesgos nutricionales se incrementan, y además de la anemia existen otras carencias nutricionales que colocan en peligro tanto el embarazo como su crecimiento y desarrollo. (101-102)

La frecuencia de anemia e infección del tracto urinario reportada en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas. Cuando la anemia es severa, se ha relacionado con otros factores de riesgo de la madre adolescente, demostrándose que su presencia estaría vinculada con parto prematuro y recién nacidos de bajo peso al nacimiento. Una investigación realizada en Perú, de de casos y controles; cuyo objetivo era identificar las principales complicaciones maternas y perinatales; en el cual se dividió a la población en dos grupos homogéneos de 162 participantes cada uno, escogidas aleatoriamente y distribuidas por edad; se obtuvo que la complicación más frecuente de la adolescente fue la infección de tracto urinario en relación al grupo control con diferencia altamente significativa ( $p=0.00$ ). También se observó elevada incidencia de anemia, preeclampsia, RPM, distocia ósea, y otras infecciones pero sin diferencias estadísticas significativas respecto al grupo control. (103)

## **HIPERTENSIÓN GESTACIONAL**

Complicación que se presenta en el 13 al 20% de las gestantes adolescentes. Es bien conocido que se presentan con mayor frecuencia en los extremos de la vida; hay estudios que le otorgan el primer lugar, recientemente fue publicado uno que atribuye a la hipertensión gestacional como la principal enfermedad propia de la gestación sobretodo en los embarazos adolescentes ocurridos a menor edad. (104-105)



## **PREECLAMPSIA**

Es más frecuente en las adolescentes embarazadas de bajo nivel socioeconómico y que cursan su primer embarazo. Además se ha postulado una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, que pueden presentarse como prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino y el DPPNI. (106)

Un estudio realizado en Chile, cuyo objetivo era conocer las complicaciones que conlleva el embarazo en adolescentes; demostró que la mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años. La anemia y la HTA gestacional han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. La anemia con un 49, 36% se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde existen malos hábitos alimentarios propios de la edad que contribuyen a un déficit de hierro. (107)

## **COMPLICACIONES EN LA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO**

En la adolescencia la pelvis no ha alcanzado su máximo desarrollo, es decir, que es pequeña para permitir el paso de la cabeza del bebe en el momento del parto trayendo como consecuencia algunas alteraciones como son partos prolongados y difíciles; partos prematuros; perforaciones uterinas y hemorragia en cualquiera de las etapas del embarazo; entre otras complicaciones están la desproporción cefalopélvica y la muerte fetal. La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de 2 a 5 veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 a 29 años de edad. Existe un estudio



realizado en Cuba de casos y controles con 30 gestantes adolescentes, para determinar la morbilidad por embarazo precoz; se identificó que al relacionar el tipo de parto con la edad de las pacientes, 60,0 % presentaron partos eutócicos y 40,0 % distócicos, en tanto las del grupo control (más de 20 años) mostraron cifras superiores en los partos eutócicos, con 70,0 %, e inferiores en los distócicos, 30,0 %. En otra investigación realizada en Perú, de tipo comparativo retrospectivo de casos y controles; se observó que a menor edad de la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto, debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna y de sus partes blandas lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica (DCP), por lo tanto más trabajos de parto prolongados y mayor uso de fórceps y cesáreas. (108-109)

En Argentina se realizó un estudio observacional descriptivo; cuyo objetivo era determinar la frecuencia de cesárea abdominal en embarazadas adolescentes con una muestra 579 partos, 30,56% correspondieron a embarazadas adolescentes; del total de 75,7% culminaron por parto vaginal y 24,3% por cesárea abdominal; en conclusión se observó que la cesárea abdominal es más frecuente en mujeres adultas, mientras que en adolescentes aumenta conforme se acercan a los 20 años. (110)

Igual resultado se obtuvieron en Panamá, donde se realizó un estudio de cohorte prospectivo, con una muestra de 2 902 pacientes para evaluar los riesgos maternos y fetales de mujeres embarazadas menores de 21 años; entre los resultados se encontró que en el grupo de adolescentes hubo menos control prenatal y se encontró un menor porcentaje de cesáreas ( $P < 0,001$ ); igual que en Colombia;  $n = 8.045$  se encontró que la incidencia de cesárea es menor en las adolescentes 18,0% que en las mujeres mayores 21,4%, diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,0002$ ). Ser adolescente es un factor protector para la terminación del parto por cesárea 15% menos.



## **AMENAZA DE PARTO Y PARTO PRETÉRMINO**

Afecta a más del 10% de las gestantes adolescentes; a esta condición contribuyen una serie de factores presentes con mayor frecuencia en las adolescentes que en las gestantes adultas, como por ejemplo la malnutrición materna, la anemia y las infecciones. Algunos autores lo ubican como la complicación más frecuente, sobre todo si la gestante es menor de 15 años. Una serie de estudios realizados, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas; la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna. (111)

## **COMPLICACIONES SOMÁTICAS PARA EL HIJO DE UNA MADRE ADOLESCENTE**

En el recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, pero si existen diferencias cuando la madre es menor de 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes presenten embarazos con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo. En un estudio de casos y controles de 30 gestantes adolescentes de Cuba, para determinar identificar las repercusiones negativas en el recién nacido, se observó que las complicaciones que predominaron en los recién nacidos de las madres adolescentes fueron la dificultad respiratoria y el apgar bajo al minuto de nacer con 20,0 % cada una. (112)

En diferentes estudios se menciona que las complicaciones neonatales son mayores en hijos de madres adolescentes, además se señala que tienen el doble de posibilidad de presentar alguna patología. En la mayoría de los estudios se encuentra una frecuencia mayor de recién nacidos de bajo peso al



nacer, pareciendo ser el principal riesgo del recién nacido de madre adolescente. El bajo peso al nacer, está dado tanto por la condición de prematuro, así como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional (RNPEG). Igualmente hay una investigación que indica mayor frecuencia de RNPEG en adolescentes con respecto al grupo de madres adultas. (113)

### **COMPLICACIONES PSICOSOCIALES DE UNA MADRE ADOLESCENTE**

En el recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, pero si existen diferencias cuando la madre es menor de 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes presenten embarazos con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo. En Cuba, se realizó un estudio de casos y controles, en 30 gestantes adolescentes, se observó que las complicaciones que predominaron en los recién nacidos fueron la dificultad respiratoria y el apgar bajo al minuto de nacer con 20,0 % cada una. Los hijos de madres adolescentes tienen el doble de posibilidad de presentar alguna patología; la mayoría de estudios encuentran una mayor frecuencia de recién nacidos de bajo peso al nacer, está dada tanto por la condición de prematuro, así como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional (RNPEG). (114)

### **3.8 CONSECUENCIAS**

El aborto ha trascendido los marcos de la salud pública para convertirse en polémica social, en la cual participan además de los proveedores de salud, instituciones religiosas, líderes políticos y grupos sociales, que escenifican protestas públicas, tanto a favor como en contra del mismo. Por todo ello, se ha convertido en uno de los temas más delicados de la ética médica actual. Es



difícil conocer con exactitud la problemática real de los abortos en la adolescencia en nuestro país, ya que en la mayoría de Latinoamérica este proceder es ilegal o tiene serias restricciones, por lo que se realizan en forma clandestina lo que dificulta una recolección fidedigna de estos datos. Según un estudio de UNICEF, la tasa de nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años en España es de 26,33‰, con una proporción de abortos de 51,09% embarazos, cifra que ha ido en aumento. (20) Según investigadores latinoamericanos este fenómeno es frecuente entre mujeres adolescentes solteras que no planeaban sus embarazos. En Ecuador el 10% de las mujeres entre 15 y 24 años que tuvieron su embarazo antes de los 15 años, dijeron que éste terminó en aborto.

La evidencia sugiere que el embarazo y la fecundidad adolescente es un problema tanto a nivel individual como social; este fenómeno se relaciona directamente con la falta de oportunidades para el ejercicio de los derechos, desarrollo educativo y laboral. Además, el embarazo es causa importante de las desigualdades socio-económicas, generacionales y de género. La mayoría de las madres adolescentes se encuentra en una perspectiva de exclusión y marginación, debido a que sus hijos tienen altas probabilidades de continuar inmersos en esta dinámica. (115-116)



### III.- OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo General

Identificar la frecuencia de los Factores Predisponentes de Embarazos en Adolescentes del Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca durante el año 2011.

#### 3.2. Objetivos Específicos

- Determinar la edad, estado civil, etnia, residencia y nivel de instrucción de las embarazadas del grupo de estudio.
- Identificar los hábitos perjudiciales presentes en estas gestantes.
- Clasificar a las embarazadas adolescentes según nivel de hacinamiento, personas con quienes convive.
- Identificar la edad de ocurrencia de la menarquia y de su primera relación sexual.
- Evaluar el tipo de relación familiar, mediante el APGAR familiar y si existe migración por parte de algún miembro de la familia.
- Identificar el conocimiento de la adolescente sobre educación sexual y cuál fue el medio por el que lo obtuvo.
- Determinar el conocimiento sobre planificación familiar y cuáles fueron los métodos de anticoncepción más utilizados por las adolescentes antes de la gestación.
- Determinar las enfermedades asociadas al embarazo, terminación del embarazo y las indicaciones que tuvieron durante el parto o cesárea.



## IV.-DISEÑO METODOLÓGICO

**4.1. Tipo de estudio:** la investigación a realizada fue un estudio observacional descriptivo, en donde se estudió un grupo de adolescentes embarazadas, entre 10 a 19 años que ingresaron luego del parto a la sala de puerperio del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el período de abril a junio del año 2011.

**4.2. Universo y muestra:** según datos estadísticos del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2010, el total de adolescentes embarazadas fue de 1284; dando un promedio de 107 adolescentes embarazadas por mes. Según investigaciones realizadas el factor predisponente de más baja prevalencia corresponde al hacinamiento con un 11%; mediante el programa Epi Info con un error aceptable de 5% y un nivel de confianza de 95% obtuvimos una muestra aproximada de 97 adolescentes embarazadas, que ingresarían luego del parto a la sala de puerperio del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el período de abril a junio del año 2011.

EpiInfo Version 6		Statcalc		November 1993	
Population Survey or Descriptive Study Using Random (Not Cluster) Sampling					
Population Size	:		1284		
Expected Frequency	:		11.00 %		
Worst Acceptable	:		5.00 %		
Confidence Level				Sample Size	
		80 %			43
		90 %			70
		95 %			97
		99 %			158
		99.9 %			240
		99.99 %			312

- **Criterios de inclusión y exclusión**
  - **Inclusión**



Adolescentes embarazadas entre 10 a 19 años que ingresarían luego del parto a la sala de puerperio del Hospital Vicente Corral Moscoso durante período de abril a junio del año 2011.

- **Exclusión**

Para estudio no se hallaron criterios de exclusión, a no ser que la paciente por decisión propia, o representante legal de la menor de edad decida excluirse del mismo.

- **Caso de estudio**

Aquellas adolescentes embarazadas entre los 10 a 19 años, que ingresaron luego del parto a la sala de puerperio del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el período de abril a junio del año 2011, donde se cumplan los criterios de inclusión.

#### **4.3. Área de estudio**

El área de estudio comprende Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador. Localizado en la Av. 12 de abril y Av. Los Arupos; sabiendo que el Hospital es un servicio de salud gratuito que presta atención a todos los pacientes provenientes el Austro Ecuatoriano.

#### **4.4. Procedimientos, Técnicas e Instrumentos**

**-Técnica:** basadas en el empleo de encuestas.

**-Instrumentos:** para la recolección de los datos se utilizó una encuesta elaborada bajo la supervisión del Dr. Bernardo Vega Crespo, y también nos guiamos en la información recolectada del CLAP de la OMS es un formulario tipo registro, estandarizado en todo Latinoamérica cuya finalidad es buscar la



existencia de factores predisponentes relacionados con el embarazo en adolescentes (Anexo 1).

#### **4.6. Procedimientos, Técnicas e Instrumentos para Recolección de los Datos**

1. Autorización del Dr. Danilo Encalada Moreno, Director del Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca.
2. Selección de los casos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión anotados.
3. Recolección de los datos, mediante el empleo de encuestas.
4. Consentimiento informado dirigido a los padres de las adolescentes menores de edad; consentimiento de adolescentes mayores de edad y adolescentes menores de edad emancipadas; asentimiento informado a las adolescentes menores de edad.
5. Tabulación y Análisis de los resultados obtenidos, de acuerdo a los objetivos planteados en la presente investigación.

##### **4.6.1 Procesamiento de Datos**

El procesamiento de la información se realizará una vez recolectados los datos, siguiendo el orden de las preguntas estructuradas en el cuestionario.

##### **4.6.2 Plan de Análisis de Datos**

Los resultados se presentaron en forma de porcentajes para las variables cualitativas y promedios de dispersión para las variables cuantitativas; mediante la utilización de los programas de Microsoft Word, Excel y el Software estadístico SPSS 15.0; para la elaboración de Gráficos, Tablas y Tabulación.

##### **4.6.3 Trabajo de Campo**

- Se pidió una autorización previa del Director del HVCM para la realización de la investigación.



- Se realizó las entrevistas en forma individual a cada una de las adolescentes embarazadas, que acudieron al HVCM.
- Dar a conocer la información obtenida al HVCM una vez terminado el estudio, para identificar los principales factores predisponentes del embarazo; para que junto al comité multidisciplinario se planteen las medidas de intervención.



## 4.7. Operacionalización de las Variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>Edad</b>	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de captación por la fuente de información.	Edad en Años	10 a 13 años 14 a 16 años 17 a 19 años
<b>Instrucción</b>	Educación formal o informal, impartida en un círculo familiar o en una escuela, colegio o universidad.	Nivel de Instrucción	Analfabeta Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Superior
<b>Etnia</b>	Grupos humanos que se identifican entre ellos con base en una real o presunta genealogía y ascendencia común, en lazos históricos, y en prácticas culturales comunes.	Percepción de la pertenencia étnica	Indígena Blanco Mestizo Afroecuatoriano
<b>Estado Civil</b>	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo	Tipo de estado civil	Soltera. Casada. Unión Libre. Otro



	o de su mismo sexo.		
<b>Residencia</b>	Lugar donde vive o reside una persona.	Ubicación de la zona	Urbano Rural
<b>Menarquia</b>	Primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual.	Edad en años cumplidos al ocurrir la menarquia.	10 a 12 años 13 a 15 años > 16 años
<b>Edad de la primera relación sexual</b>	Edad de inicio de los comportamientos eróticos que hayan llevado al coito.	Edad en años cumplidos al momento de ocurrir la primera relación sexual.	< 12 años 13-15 años 16-17 años > 18 años
<b>Hábitos tóxicos</b>	Costumbre adquirida repetida y frecuente de consumir alguno de los tóxicos enlistados.	Presencia de hábitos inadecuados.	Café. Cigarrillo Medicamentos. Bebidas Energizantes Alcohol. Drogas. Ninguno
<b>Índice de Hacinamiento</b>	Situación lamentable en la cual los seres humanos que habitan un determinado espacio son superiores a la capacidad que tal espacio debería	Nº de personas/ Nº De habitaciones para dormir.	<b>Si Hay Hacinamiento=</b> +3 personas / habitación.  <b>No Hay Hacinamiento=</b> 1-2 personas/ habitación.



	contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene.		
<b>Embarazo deseado y no deseado</b>	Nivel de satisfacción o inconformidad de la adolescente al encontrarse embarazada.	Planificación del Embarazo	Si No
<b>Migración</b>	Dejar el lugar de residencia para establecerse en otro país o región, especialmente por causas económicas o sociales.	Presencia de Migración	Si No
<b>Familiar Migrante</b>	Persona que tiene un lazo de parentesco y que ha dejado el lugar de residencia para establecerse en otro país.	Miembro de la Familia que ha migrado	Padre Madre Hermanos Otros
<b>Apgar Familiar</b>	Sistema de terapia familiar en el que APGAR es el acrónimo formado por la primera letra de cinco palabras: adaptabilidad, participación, crecimiento, afectividad y resolución.	Nivel de Funcionalidad Familiar	0-3=Disfunción Familiar Severa 4-6=Disfunción Familiar Moderada 7-10= Buena Función Familiar



<b>Tipos de Familia por su Estructura</b>	Forma en cual se constituye la familia según los miembros que la integran.	Tipo de Familia	Nuclear Extensa Ampliada Monoparental Ensamblada
<b>Violencia Intrafamiliar</b>	Toda acción que consista en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de los integrantes del núcleo familiar.	Tipo de Violencia.	Violencia Física Violencia Psicológica Violencia Sexual Ninguna
<b>Educación sexual</b>	Conocimientos bio-psico-sociales que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, como parte de la formación integral de su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación personal	Conocimiento sobre educación sexual.	Si Tienen Conocimientos. No Tienen Conocimientos.
<b>Planificación Familiar</b>	Conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja orientadas básicamente al control de	Conocimiento sobre planificación familiar.	Si Tienen Conocimientos. No Tienen Conocimientos.



	la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.		
<b>Vía de Información:</b>	Medio por el cual la adolescente recibe la educación sexual.	Fuente de Acceso a la información	Padres. Amigos Institución Educativa Medios de comunicación Médicos o profesionales de salud. Otros.
<b>Usa anticonceptivos</b>	Uso de métodos o procedimientos para evitar el embarazo.	Método anticonceptivo utilizado.	Pastillas Inyección Implante Condón DIU No usa
<b>Trastornos asociados al embarazo</b>	Alteración que aparece en el transcurso del embarazo y repercute sobre la salud de la encuestada. Examen clínico o de laboratorio que revele patología.	Tipos de Enfermedades asociadas a la gestación.	Trastornos Psicológicos Anemia. Infección urinaria. Infección vaginal. Desnutrición por defecto. Obesidad. H. T. A. Ninguno
<b>Terminación del Embarazo</b>	Salida del feto del cuerpo materno y que da por finalizada la	Vía de terminación del embarazo.	Parto Eutócico Parto Distócico Cesárea



	situación de embarazo de una mujer.		
<b>Indicación de la Cesárea</b>	Procedimiento quirúrgico para extraer el feto por una incisión a través de la pared abdominal.	Motivo de Cesárea	Desproporción Cefalopélvica Preclampsia Sufrimiento Fetal Agudo Hipodinamia Uterina Rotura Prematura de Membranas Presentación Anómala Cesárea Iterativa
<b>Motivo del Parto Distócico</b>	Ocurre cuando hay anomalías anatómicas o funcionales del feto, de la pelvis de la madre, el útero y el cérvix, los cuales interfieren con el curso normal del parto y alumbramiento.	Indicación del Parto Distócico	Preclampsia Hipodinamia Uterina Sufrimiento Fetal Agudo Rotura Prematura de Membranas

### Consideraciones Éticas

El siguiente estudio se llevó a cabo mediante la utilización de los resultados obtenidos tras la aplicación de encuestas para determinar los factores predisponentes del embarazo en adolescentes, que ingresaron luego del parto a la sala de puerperio del el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo de abril a junio del 2011.



Los nombres de los pacientes y su información personal fueron manejados con absoluta reserva, manteniendo su confidencialidad; para el respectivo estudio se estableció un consentimiento informado dirigido a los padres de las adolescentes menores de edad y adolescentes mayores de edad y adolescentes menores de edad emancipadas; asentimiento informado a las adolescentes menores de edad. Se solicitó autorización previa al Director del Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad Cuenca.



## V. RESULTADOS Y ANÁLISIS

### 5.1. EDAD

El promedio de edad de las adolescentes embarazadas fue de 16,5 años, el rango de edad se encontró entre los 14 y 19 años, con un desvío estándar de 1,191, de las cuales la edad más frecuente encontrada fue 18 años con un 36%. La adolescencia tardía resultó con el mayor número de casos siendo esta del 76%, seguida por la adolescencia media con 24% y al final la temprana que no obtuvo ningún caso.

**Tabla N°1**

**Distribución según la Edad de Adolescentes Embarazadas.**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14	1	1,0
15	5	5,0
16	18	18,0
17	21	21,0
18	36	36,0
19	19	19,0
<b>Total</b>	100	100,0

MINIMO	MAXIMO	PROMEDIO	D. ESTÁNDAR
14	19	16,5	1,191

**5.2. ETNIA** Se encontró una mayor incidencia de personas mestizas con un 97%.

**Tabla N°3**

**Distribución según la Etnia**

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
<b>Mestiza</b>	97	97,0
<b>Indígena</b>	2	2,0
<b>Afroecuatoriana</b>	1	1,0
<b>Total</b>	100	100,0



### 5.3. RESIDENCIA

Se encontró que un 56% de las adolescentes vivían en la zona urbana.

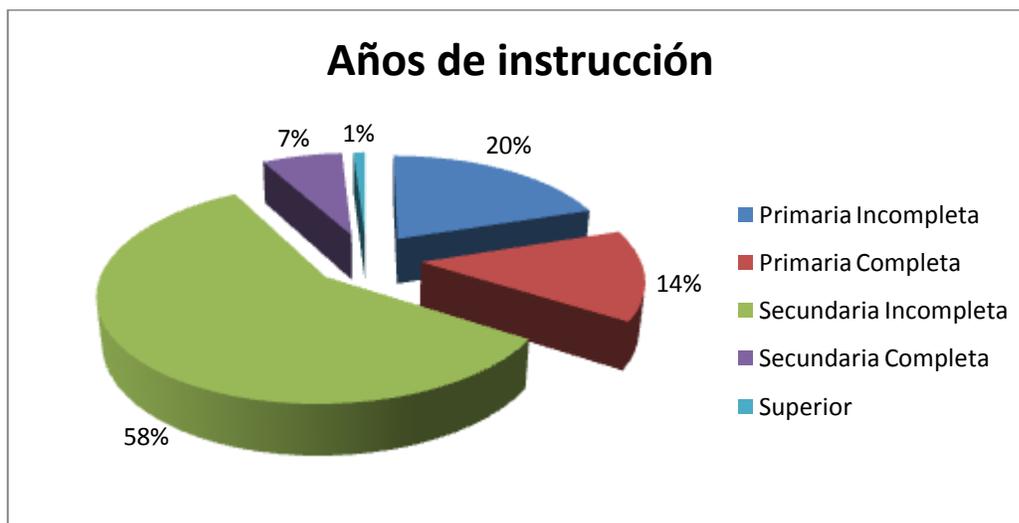
**Tabla N°4**  
**Distribución según la Residencia**

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	56	56,0
Rural	44	44,0
Total	100	100,0

### 5.4. INSTRUCCIÓN

Se encontró un mayor porcentaje de adolescentes embarazadas que tienen una instrucción secundaria incompleta correspondiendo a un 58%, seguida por primaria incompleta y luego primaria completa, cabe resaltar que tan solo el 1% tuvo educación superior.

**Grafico N°1**  
**Distribución según la Instrucción.**



Fuente: Tabla N° 6



## 5.6. ESTADO CIVIL

El estado civil con mayor número de casos fue la unión libre correspondiendo a un 44%, seguida de las solteras con 34% y al final las casadas con 22%.

### Distribución según Estado Civil.

Tabla N°7

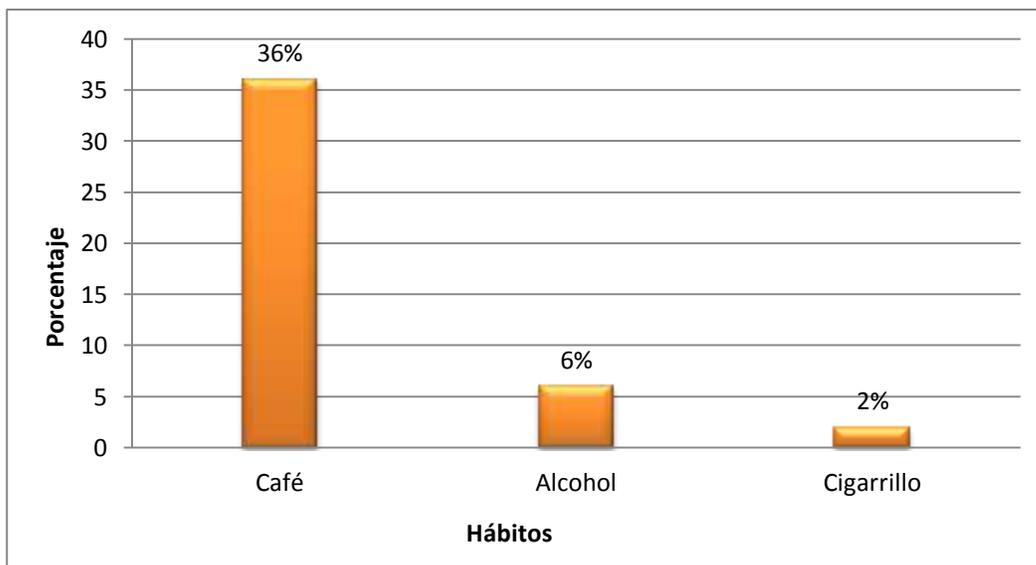
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	34	34,0
Casada	22	22,0
Unión Libre	44	44,0
Total	100	100,0

## 5.7. HÁBITOS TÓXICOS

Del total de casos el 36% refirieron consumir café, el 6% alcohol y sólo el 2% cigarrillo.

Grafico N°2

### Distribución según Hábitos Tóxicos



Fuente: Tabla N° 9



**5.8. HACINAMIENTO**

Del total de casos el 92% no tienen hacinamiento.

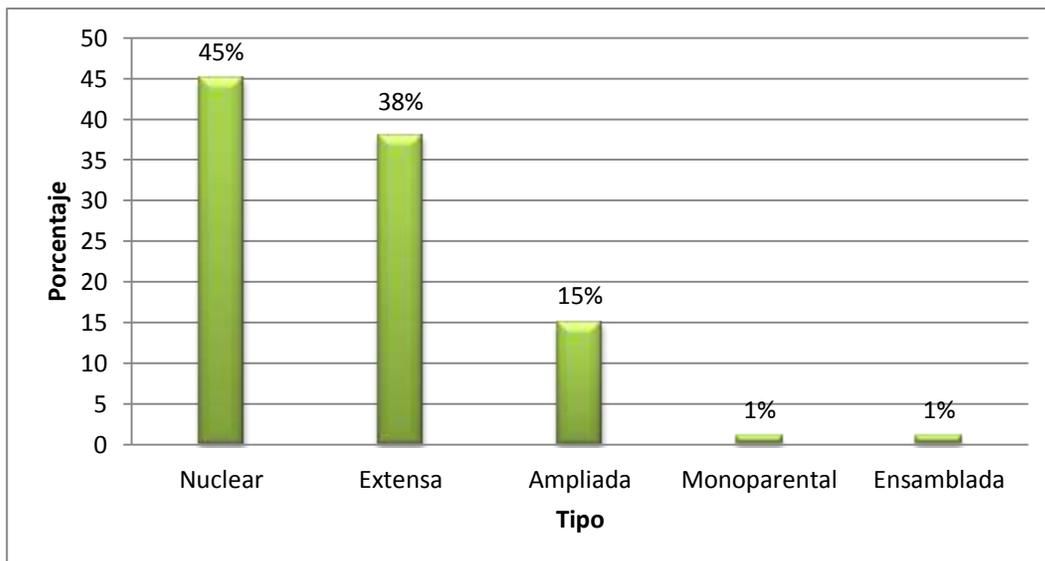
**Tabla N°10**  
**Distribución según el Índice de Hacinamiento.**

Hacinamiento	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	8,0
NO	92	92,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

**5.9. TIPO DE ESTRUCTURA FAMILIAR**

Se observó que la mayoría de casos presentaban una familia nuclear correspondiendo a un 45%, seguida por una familia extensa en un 38%.

**Grafico N°3**  
**Distribución según el Tipo de estructura familiar**



**Fuente: Tabla N° 11**



### 5.10. MIGRACIÓN DE ALGÚN FAMILIAR

Se observó que en la mayoría de adolescentes embarazadas algún familiar cercano ha migrado del país correspondiendo a un 58%.

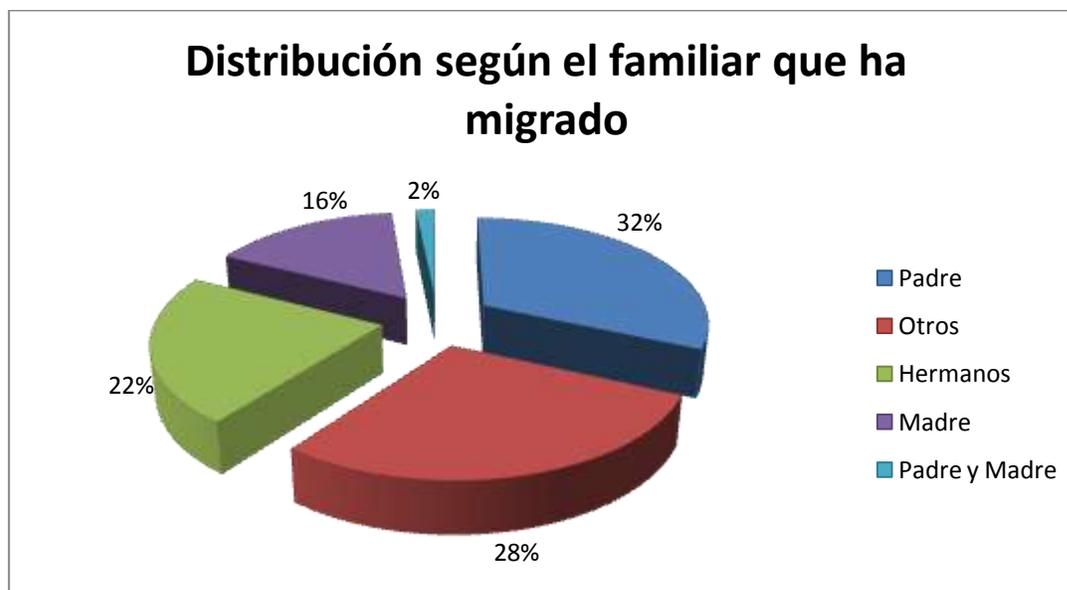
**Tabla N°12**  
**Distribución según la Migración.**

Migración de algún familiar	Frecuencia	Porcentaje
SI	58	58,0
NO	42	42,0
Total	100	100,0

### 5.11. FAMILIAR QUE HA MIGRADO

En la mayoría de casos es el padre quien ha migrado correspondiendo a un 32%, seguido de hermanos, otros familiares cercanos y la madre.

**Gráfico N °4**



Fuente: Tabla N° 13



### 5.12. PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO

El 54% indica que ha planificado su embarazo en comparación con los embarazos no planificados.

**Tabla N° 14**

**Distribución de las adolescentes según si su embarazo fue planificado o no.**

Planificación del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
SI	54	54,0
NO	46	46,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

### 5.13. NÚMERO DE HIJOS VIVOS

La mayoría de las adolescentes con un 87% cursaron su primer embarazo y parto mientras que el 13% presentó su segundo embarazo.

**Tabla N° 15**

**Distribución según el Número de Hijos Vivos.**

Número de hijos vivos	Frecuencia	Porcentaje
1	87	87,0
2	13	13,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

### 5.14. EDAD DE APARICIÓN DE LA MENARQUIA

El promedio de edad de aparición de la menarquia fue 12,78 años, el rango fue de 10 como mínimo y 16 como máximo, con un desvío estándar de 1,244, la edad más frecuente fueron los 13 años con un 33% de casos.



Tabla N°16

Edad de aparición de la menarquia (Años)	Frecuencia	Porcentaje
10	4	4,0
11	9	9,0
12	28	28,0
13	33	33,0
14	17	17,0
15	8	8,0
16	1	1,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

MINIMO	MAXIMO	PROMEDIO	D. ESTÁNDAR
10	16	12,78	1,244

### 5.15. EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

La edad promedio de la primera relación sexual fue 15,68 años, con un desvío estándar de 1,705; la edad con más casos registrados fue los 17 años con 29% seguido de los 15 y 16 años.

Tabla N°17

Edad de Primera Relación Sexual (Años)	Frecuencia	Porcentaje
-12	1	1,0
12	4	4,0
13	2	2,0
14	11	11,0
15	25	25,0
16	20	20,0
17	29	29,0
18	7	7,0
19	1	1,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>



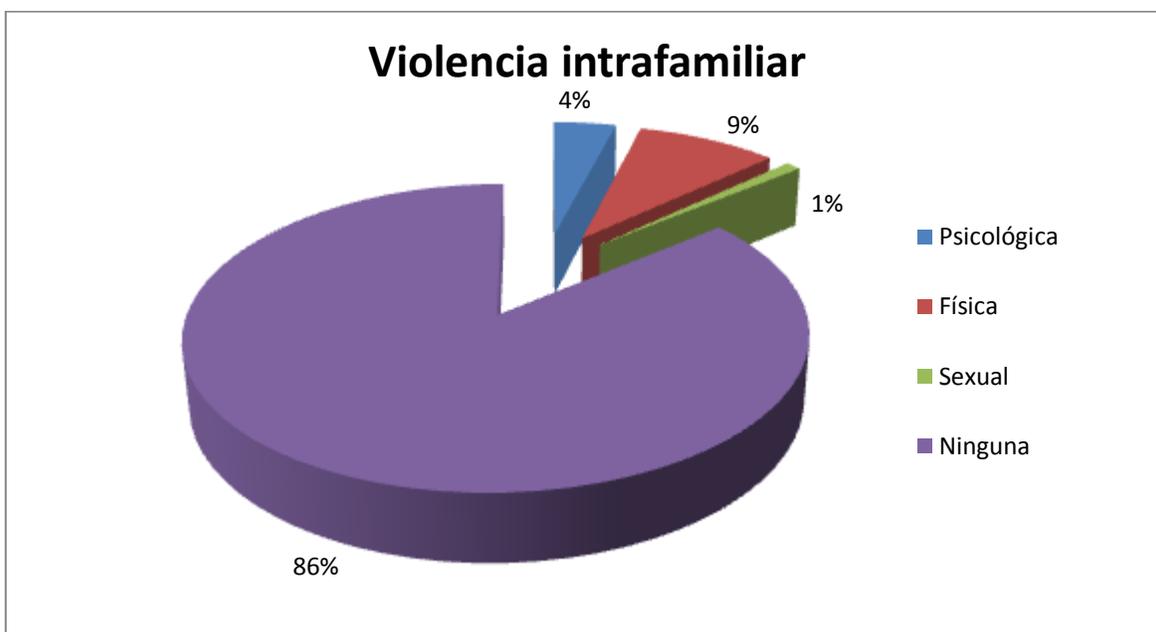
PROMEDIO	D. ESTÁNDAR
15,68	1,705

### 5.16. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La mayoría de las adolescentes con un 86% no refirieron haber sufrido ningún tipo de violencia intrafamiliar, la violencia más frecuente fue la física con un 9% seguida por la violencia psicológica y sexual.

**Gráfico N° 5**

**Distribución según si ha sufrido o no violencia y de que tipo ha sido.**



**Fuente: Tabla N° 18**

### 5.17. GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Un 83% de las adolescentes presentaron una buena función familiar, seguidas por una disfunción familiar moderada con 12% y un 5% que presenta una



disfunción familiar severa.

**Tabla N° 19**

**Distribución dependiente del grado de Funcionalidad familiar según APGAR familiar.**

<b>Grado de funcionalidad familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Buena función familiar</b>	83	83,00
<b>Disfunción familiar moderada</b>	12	12,00
<b>Disfunción familiar severa</b>	5	5,00
<b>Total</b>	100	100,0

#### **5.18. INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL**

El 77% de adolescentes refirieron haber recibido información.

**Tabla N°20**

**Distribución de las adolescentes según si ha recibido o no información sobre educación sexual.**

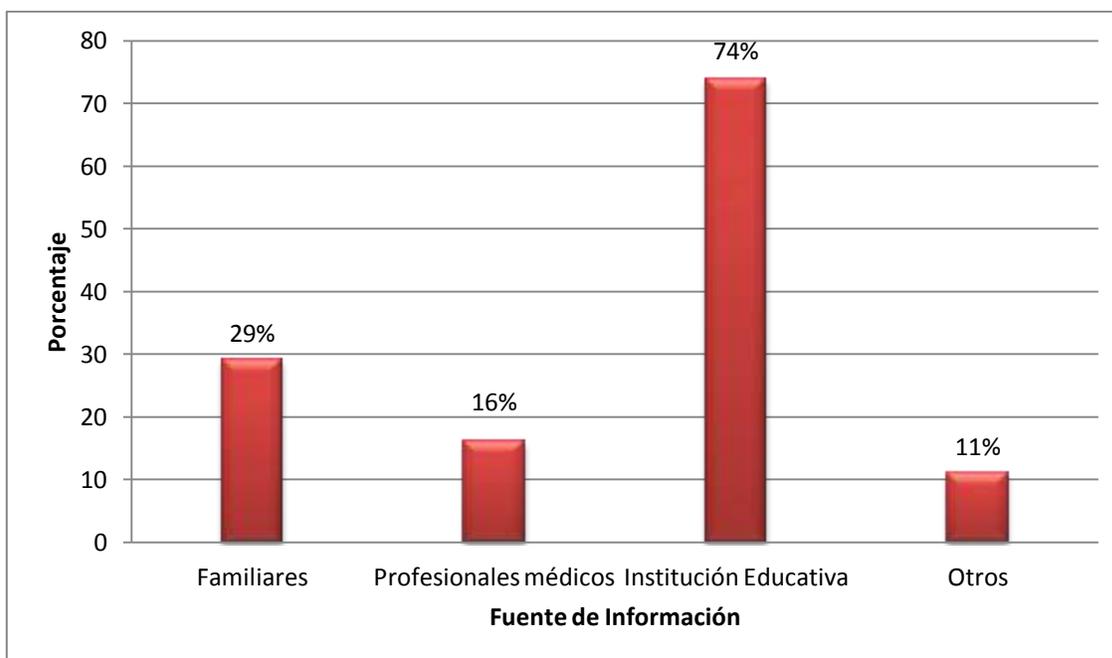
<b>Información sobre educación sexual</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	77	77,0
<b>NO</b>	23	23,0
<b>Total</b>	100	100,0

El mayor porcentaje 74% de casos recibieron información por parte de su institución educativa, seguido de un 29% por parte de familiares, profesionales médicos y otros.



Gráfico N°6

Distribución de las adolescentes según la fuente de quien recibió información sobre educación sexual



Fuente: Tabla N° 21

### 5.19. INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El 51% de adolescentes refirieron haber recibido información sobre planificación familiar.

Tabla N°22

Distribución de las adolescentes según si ha recibido o no información sobre planificación familiar.

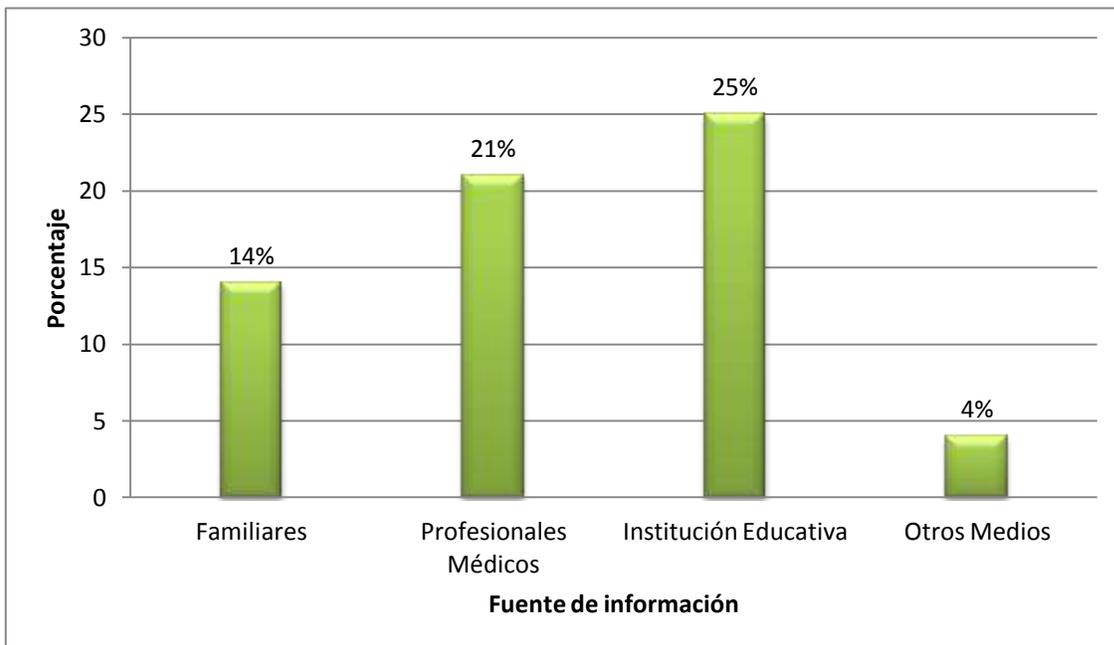
Información sobre planificación familiar	Frecuencia	Porcentaje
SI	51	51,0
NO	49	49,0
Total	100	100,0



El mayor porcentaje 25% de casos recibieron información por parte de su institución educativa, seguido de 21% por parte de profesionales de la medicina, familiares y otros medios.

**Gráfico N°7**

**Distribución de las adolescentes según la fuente de quien recibió información sobre planificación familiar.**



Fuente: Tabla N° 23

**5.20. USO Y ELECCIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO.**

El 81% de casos no refirieron utilizar ningún tipo de método anticonceptivo.

**TABLA N° 24**

**Distribución según el uso de algún método anticonceptivo.**

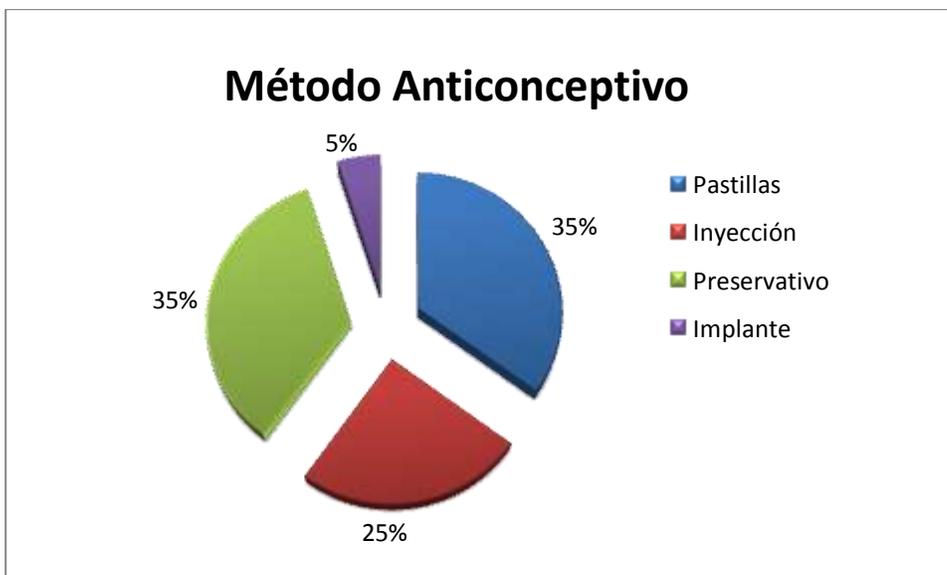
Uso de algún método Anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
SI	19	19,0
NO	81	81,0
<b>Total</b>	100	100,0



Se observa que los anticonceptivos orales y el preservativo fueron los más utilizados y tuvieron un porcentaje del 35% cada uno seguido de la inyección 25% y al final el implante con un 5%.

**Gráfico N°8**

**Distribución según la Utilización del Método Anticonceptivo**



Fuente: Tabla N° 25

### 5.21. ENFERMEDADES ASOCIADAS AL EMBARAZO

La gran mayoría presentaron enfermedades asociadas al embarazo que corresponden al 70% de las de las adolescentes.

**Tabla N°26**

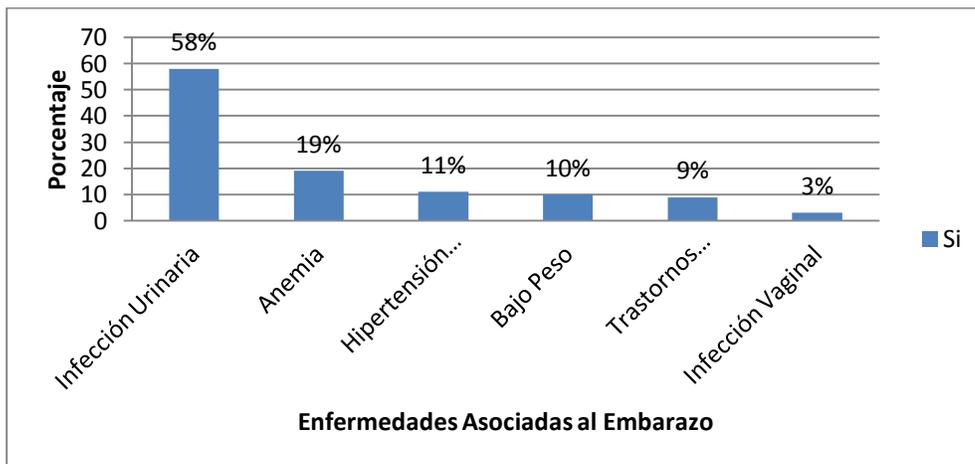
**Distribución según si tuvieron o no alguna Enfermedad Asociada al Embarazo**

Enfermedades Asociadas al Embarazo	Frecuencia	Porcentaje
SI	70	70,0
NO	30	30,0
<b>Total</b>	100	100,0



Se observó que la gran mayoría de las adolescentes un 58% habían presentado Infección Urinaria durante su gestación; 19% con Anemia; y sólo el 11% presentó HTA gestacional, seguida de otras enfermedades.

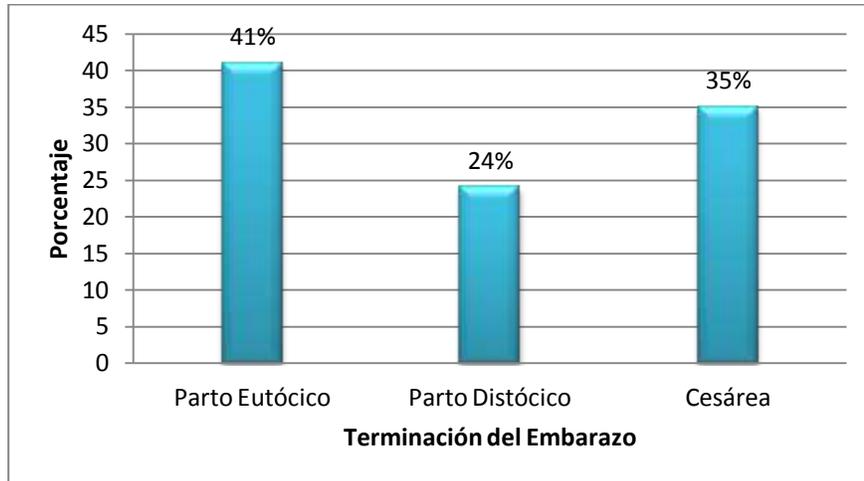
**Gráfico N°9**  
**Distribución según las Enfermedades más frecuentes Asociadas al Embarazo**



Fuente: Tabla N° 27

## 5.22. TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

Se encontró que un 59% de las adolescentes embarazadas presentó dificultades en la terminación de su embarazo, por tal motivo se les realizó cesárea a un 35%; el 24% tuvo un parto distócico y sólo el 41% de adolescentes embarazadas tuvo un parto eutócico.

**Gráfico N°10****Distribución según la Terminación del Embarazo**

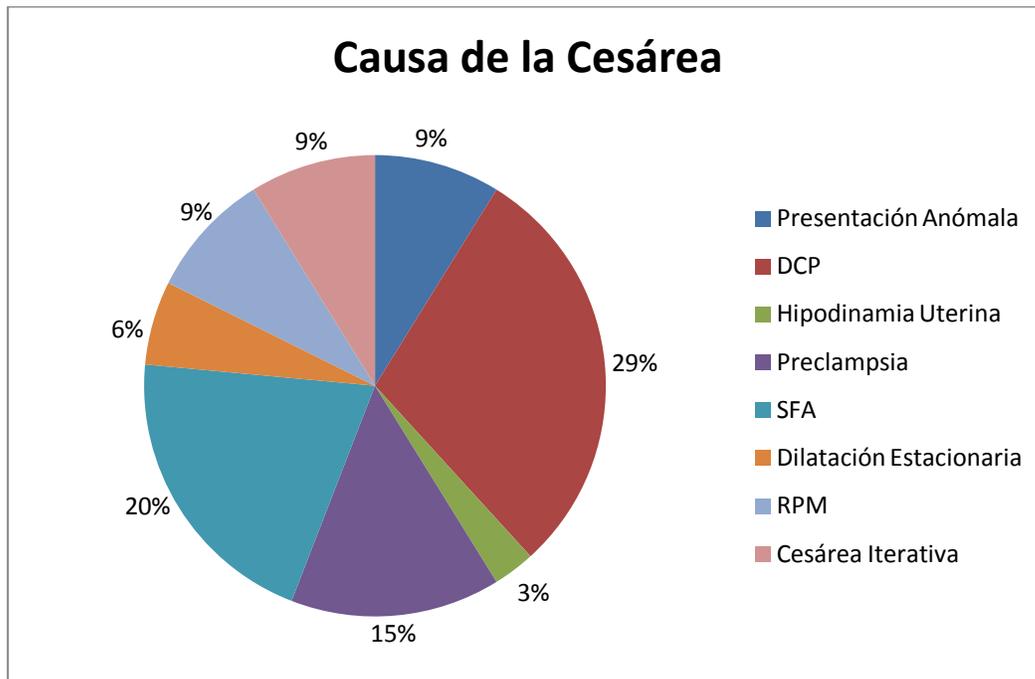
Fuente: Tabla N° 28

**5.23. INDICACIÓN DE LA CESÁREA**

Se observó que al 29% de las adolescentes se les realizó cesárea por presentar Desproporción Cefalopélvica (DCP); 20% fue por Sufrimiento Fetal Agudo (SFA), 15% por Preeclampsia, y los demás casos en menor porcentaje.



**Gráfico N° 11**  
**Distribución según la Causa de la Cesárea**



**Fuente: Tabla N° 29**

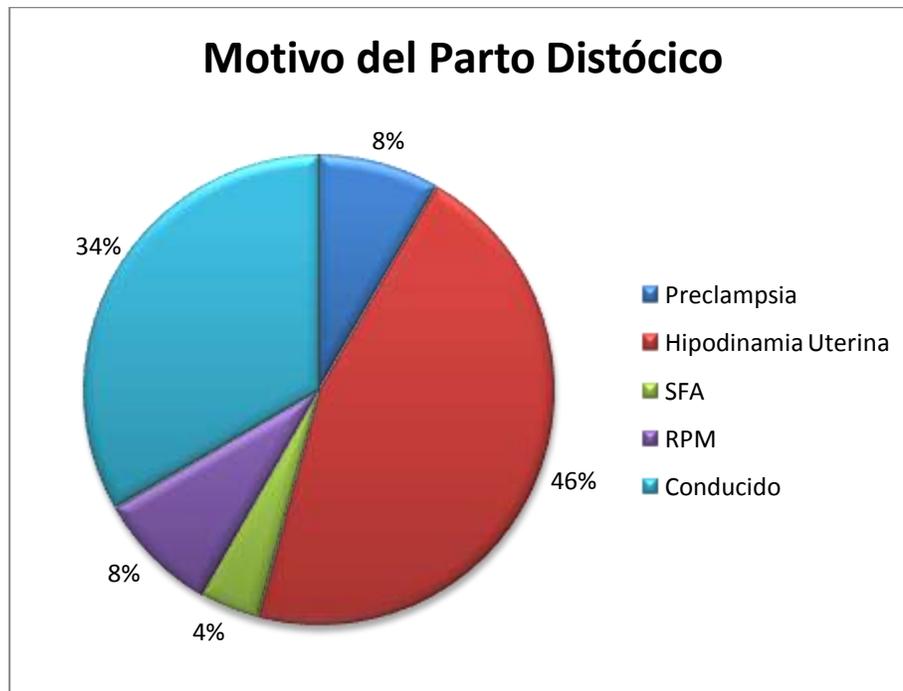
#### 5.24. MOTIVO DEL PARTO DISTÓCICO

Se observó que la mayoría presentó un parto distócico por 46% Hipodinamia Uterina, seguida de un 34% que presentó un Parto Conducido, 8% fue por Preeclampsia y Rotura Prematura de Membranas (RPM), respectivamente; y sólo el 4% por Sufrimiento Fetal Agudo (SFA).



Gráfico N° 12

Distribución según el Motivo del Parto Distócico



Fuente: Tabla N° 30



## VI. DISCUSIÓN

Con respecto a la edad en la literatura revisada Díaz encontró al igual que en nuestro estudio una mayor incidencia del embarazo en adolescentes en el rango de 17 a 19 años, correspondiente a la Adolescencia Tardía con un 79% al igual que el estudio de Espín también pudo constatar que el 56 .0% representó la etapa tardía. En otra revisión Madriz observó que el intervalo de edad en el que ocurrieron con más frecuencia los embarazos fue entre los 15 y 16 años, con 77,6% que corresponde a la Adolescencia Media estos datos no concuerdan con nuestra investigación ya que se observa un mayor porcentaje en las menores de edad embarazadas (117-118)

En relación a la Residencia Madriz encontró datos similares al nuestro ya que en la zona urbana hay más casos de adolescentes embarazadas al igual que el estudio de Reyes, Nicaragua 2006. (119)

En correlación a la Instrucción Díaz manifiesta una mayor incidencia de adolescentes en el nivel primario con un 80%, se puede observar que los resultados no concuerdan, ya que en nuestro estudio un 65% corresponde secundaria y un 34% a primaria. En cambio, Madriz, encontró datos similares a los obtenidos en nuestro estudio donde la mayor incidencia de adolescentes presentó un nivel secundario al igual que el estudio de Brenes, Costa Rica 2010, observó que el 45,28% se encontraban cursando la secundaria; y en ambas revisiones se encontró un bajo porcentaje de nivel superior. Della, Argentina 2005, localizó también que la mayor frecuencia fue secundaria incompleta con un 72%. Reyes, demostró que la mayor frecuencia alcanzó un 39% con primaria completa, seguido de 36% con secundaria incompleta, 12% con secundaria completa y primaria incompleta, respectivamente y analfabeta 1%. (120-121)



En correspondencia al Estado Civil Díaz encontró una mayor incidencia del embarazo en adolescentes solteras con 69,5% discrepando con nuestro estudio, puesto que el mayor porcentaje se da en unión libre, existiendo en este estudio un 20%. En otra comparación Madriz, observó mayor incidencia de adolescentes solteras con 90,1% y 9,9% de adolescentes embarazadas casadas; situación que no concuerda con nuestro estudio. Otra referencia analizada de Espín y Acevedo encontraron que predominó el estado civil soltero con un 60% aproximadamente; al igual que el estudio de Brenes, solteras 40%, seguido de unión libre 37,74%, y 5,66 se encontraban casadas. Nuestra investigación tiene resultados similares a la de Reyes, ya que la mayor frecuencia viven en unión libre. (122-123)

En concordancia a los Hábitos Tóxicos, Espín determina datos diferentes en relación a nuestro estudio 60.0% no presentó adicciones, y el 16.0% consumió cigarrillos, 14.0% café, 4.0% alcohol y el 10.0% psicofármacos. Igual en el estudio de Díaz se observa mayor incidencia del embarazo en adolescentes que consumían cigarrillo 39%, seguido del alcohol 27% y las drogas 24%, siendo la marihuana la más consumida y el café 3% lo que discrepa con nuestro estudio. (124)

Con respecto al Hacinamiento, Díaz demostró que en el 81,9% el índice de hacinamiento fue elevado datos que no concuerdan con nuestros resultados ya que el 8% presentó hacinamiento. (125)

En relación al tipo de Estructura Familiar, Della refiere la mayor frecuencia al igual que nuestro estudio que las adolescentes tienen una familia nuclear; Reyes, obtuvo que el 68% de las adolescentes conviven con su pareja datos similares donde la mayoría de adolescentes embarazadas vivían con padres y su pareja.



En correlación a la Migración se observó que en la mayoría de adolescentes embarazadas, algún familiar cercano ha migrado del país correspondiendo a un 58%. Según resultados de investigaciones en hijos de migrantes se ha observado embarazos prematuros, demuestra que la relación con la migración no es tan directa y simple; sino que obedece en la mayoría de los casos a un tratamiento inadecuado del hecho migratorio y sus implicaciones presentes y futuras para el niño, niña o adolescente y su familia. (126)

La edad promedio de aparición de la menarquia fueron los 12,78 años; al compararlo con un estudio realizado por Espín, muestra que en la descripción de la menarquia en las adolescentes gestantes y el comportamiento de las primeras relaciones sexuales: el 56.0% presentaron una menarquia precoz y el inicio de las relaciones sexuales. Serrano evidencia que la edad promedio de menarquia fue a los 12 años con un 73,1%, además indica que el 97,7% se iniciaron sexualmente entre los 14 y 16 años. En el estudio de Padrón, México 2005, menciona que la menarquía se presentó en la gran mayoría (91.3%) entre los 11 y 14 años, y que el inicio de la vida sexual activa más temprano fue a los 11 años y la más tardía a los 18 años y que la edad promedio de la primera relación sexual fueron 15,68 años, la edad con más casos registrados fueron los 17 años con 29%. Citando el estudio realizado por López J. España, 2005 en donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15,6 años. (127-128)

En concordancia al grado de Funcionalidad Familiar, el 83% de las adolescentes presentaron una buena función familiar, seguidas por una disfunción familiar moderada con 12% y un 5% que presenta una disfunción familiar severa, en comparación con un estudio de Reyes la relación que mantienen las adolescentes con las personas que conviven se encontró que el 77%, mantienen buenas relaciones en su hogar, el 22% es regular y el 1% es mala.



La tendencia porcentual habla de que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres, sin embargo el tipo de familia no constituyó un factor que incidiera en éste nivel de conocimientos. El 77% de adolescentes en nuestro estudio refirieron haber recibido información sobre educación sexual en algún punto, al comparar estos datos con los de los autores López J. en su estudio ellos encuentran que un 83,7% nunca recibió información.

En cuanto al medio por el cual se recibió la información el mayor porcentaje corresponde a los que la recibieron por parte de su institución educativa en un 74%, seguido de un 26% por parte de familiares, profesionales médicos y otros. Si comparamos estos datos con el estudio anterior vemos que en su caso sólo el 20% recibió información por parte de educadores correspondiendo el mayor porcentaje a medios de comunicación y amigos. Por otro lado el 49% de adolescentes refirieron no haber recibido información sobre planificación familiar, comparando con un estudio de Padrón, en el que el 20% menciona no haber recibido información. Mientras que un 39% la recibió por parte de su madre. El mayor porcentaje 25% de casos recibieron información por parte de su institución educativa, seguido de 21% por parte de profesionales de la medicina, familiares y otros medios.

A pesar de que existe una alta aceptación del uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes varones y mujeres aproximadamente 90%, este grupo poblacional es el menos expuesto a mensajes de planificación familiar, presenta el porcentaje más bajo de conversaciones con proveedores de servicios, tiene el menor porcentaje sobre el conocimientos de fuentes, así como una mayor demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. Los medios de comunicación juegan un rol importante profundizando la paradoja de que adolescentes y jóvenes tienen mayor acceso a información, pero no se



garantiza la calidad y veracidad de la misma, esto afecta la toma de decisiones informadas y autónomas. (129)

Della, en cuanto a la información sexual recibida de los padres, se muestra que en el 67% de las jóvenes manifestó que sus padres les permitieron acercarse a ellos para aclarar sus dudas sobre la sexualidad; sin embargo, el 73% de las que recibieron información manifiesta no haber utilizado un método anticonceptivo, mientras que el 50% de las que utilizaron método anticonceptivo no recibió información de sus padres. El estadístico V de Cramer arroja un valor de 0.271 con una significación de 0.007, indicando que existe asociación negativa moderada ( $j = -0.271$ ) entre la comunicación sobre temas sexuales y la utilización de método anticonceptivo, se puede concluir que a mayor acceso a la comunicación sobre temas de la sexualidad con sus padres, menor utilización de método anticonceptivo.

Con respecto al Uso y Elección del Método Anticonceptivo, existe una marcada discrepancia entre el conocimiento sobre métodos anticonceptivos en más del 90%, y la utilización entre adolescentes y jóvenes. Exceptuando Colombia y Chile, en los demás países, el uso de anticoncepción moderna en adolescentes sexualmente activos está por debajo del 50%. (130)

En el estudio realizado por Brenes, Costa Rica 2010, el 49,05% no utilizó un método anticonceptivo cuando quedaron embarazadas; en comparación a nuestro estudio, en donde la gran mayoría de las adolescentes embarazadas 81% refirieron no utilizarlo; debido a que existen barreras de tipo económico, educativo, cultural, religioso, social y de influencia de los medios de comunicación.

En una investigación realizada por López, España 2005, un 40,3% de mujeres afirman no haber usado ninguno. En todos los estudios, el método más empleado fue el preservativo, seguido por la anticoncepción oral; los menos usados fueron el DIU, el coito interrumpido y el parche; al comparar con nuestro estudio se observó semejanzas, ya que los métodos de elección



fueron los anticonceptivos orales y el preservativo con un porcentaje del 35% cada uno, seguido de la inyección y el implante.

En relación a las Enfermedades Asociadas al Embarazo, existen algunas investigaciones como la realizada por Brenes, en donde el 43,40% de las adolescentes del estudio presentaron en algún momento de su embarazo según datos de laboratorio o clínicos infección urogenital. Entre las más comunes se encuentran las infecciones urinarias; el agente más reportado E. coli; seguido de infecciones vaginales. En otro estudio Acevedo, Cuba 2010; primaron la infección vaginal y la anemia, seguido de la HTA y RPM. Espín observó que la mayoría presentaron anemia, seguido de infección urinaria y la infección vaginal. León, Chile 2008; refiere que la anemia y la HTA gestacional han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. Al comparar con nuestro estudio se observó que un 58% habían presentado Infección Urinaria durante su gestación; teniendo una gran semejanza con el estudio realizado por Brenes; con respecto a la anemia el 19% la presentó, seguido del 11% con HTA gestacional, semejante a los resultados obtenidos en el estudio de Acevedo. Pero existe una diferencia en los resultados encontrados por Espín y León refieren una mayor frecuencia de anemia, seguida de infección vaginal y por último la infección urinaria. (131)

En correspondencia a la Terminación del Embarazo; entre algunos estudios Acevedo, al relacionar el tipo de parto con la edad de las pacientes, obtuvo que la mayoría de las adolescentes presentó partos eutócicos, seguida 40% distócicos. Otro estudio realizado por Amaya, al comparar el grupo total de adolescentes con el grupo de 20 a 29 años, encontró que la incidencia de cesárea es menor en las adolescentes que en las mujeres mayores; esta diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,0002$ ). Ser adolescente es un factor protector para la terminación del parto por cesárea 15% menos. También Vigil-De Gracia, Panamá 2007; encontró que en el grupo de



adolescentes hubo menos control prenatal y se encontró un menor porcentaje de cesáreas ( $P < 0,001$ ), una mayor incidencia de preeclampsia y un mayor número de recién nacidos con bajo peso. Sin embargo en nuestro estudio se encontró un alto porcentaje de las adolescentes 35 % a las que se les realizó cesárea; al comparar con los estudios anteriores donde los porcentajes de cesárea son más bajos que en la población total. Entre las causas más frecuentes para la realización de cesárea se encontró la Desproporción Cefalopélvica (DCP); Sufrimiento Fetal Agudo (SFA), y Preeclampsia; como es conocido esta patología se asocia con un mayor porcentaje de cesárea; por lo que se puede concluir que los embarazos en adolescentes son causales de un mayor porcentaje de cesáreas, similar a los resultados obtenidos por González y Sandoval. (132)



## VII. CONCLUSIONES

Entre los factores predisponentes de embarazo en adolescentes de mayor frecuencia se encuentran:

- Inicio a temprana edad de las relaciones sexuales (92%).
- Bajo nivel de instrucción académica (92%).
- Ausencia en el uso de método anticonceptivo (81%).
- Falta de educación sexual (77%).
- Inadecuada planificación familiar (51%).

Entre las principales enfermedades asociadas al embarazo en adolescentes:

- Infección de vías urinarias (58%)
- Anemia (19%)
- Hipertensión Gestacional (11%)

Tipo de terminación del embarazo más frecuente:

- Cesárea: (35%)
- Distócico: (24%)

Principales causas para la realización de cesárea:

- Desproporción Cefalopélvica: (29%)
- Sufrimiento Fetal Agudo: (20%)
- Preeclampsia: (15%)

Principales motivos del parto distócico:

- Hipodinamia Uterina: (46%)
- Parto Conducido: (34%)
- Preeclampsia (8%)
- Rotura Prematura de Membranas: (8%)



## VIII. RECOMENDACIONES

- Diseñar estrategias para la difusión de información acerca de educación sexual y planificación familiar permanente dirigida a la población adolescente.
- Motivar al personal del MSP a realizar investigaciones en adolescentes para conocer a fondo sus necesidades, prioridades, realidades y así poder ayudarles a las adolescentes embarazadas y de esta manera atenderlas de manera integral.
- Incentivar a las adolescentes embarazadas a cumplir a cabalidad con los controles prenatales requeridos para de esta manera prevenir y disminuir el riesgo de las enfermedades y complicaciones asociadas.
- Fortalecer el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador, mediante la asignación de recursos humanos, económicos y materiales necesarios; en donde se considere a la adolescente como grupo prioritario reconociendo el verdadero valor que tiene en la sociedad como futuro del país.
- Impulsar en los padres de familia y adolescentes, la organización de talleres donde se desarrollen temas de interés para tratar de mantener la unión familiar, comunicación de padres e hijos y de esta forma mejorar la situación familiar.



IX ANEXOS:

9.1. ENCUESTA

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA

FACTORES PREDISPONENTES DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" DE LA CIUDAD DE CUENCA EN EL AÑO 2011

Fecha:

Nº Formulario  Nº Historia Clínica

1. Edad de la gestante:

2. Etnia:  Mestiza  
 Blanca  
 Indígena  
 Afroecuatoriana

3. Residencia:  Urbano  
 Rural

4. Años de instrucción:

5. Estado Civil:  Soltera  
 Casada  
 Unión estable  
 Otro

6. ¿Qué hábitos tóxicos tiene?  
 Café  
 Cigarrillos  
 Alcohol  
 Medicamentos  
 Drogas  
 Bebidas Energizantes  
 Ninguno

7. Número de personas con quienes convive  Cuál(es)? .....

Número de habitaciones o cuartos destinados a dormir

Índice de Hacinamiento

8. ¿Algún miembro familiar vive fuera del país?  Si  No Cuál(es)? .....

9. ¿Su embarazo actual fue deseado? Si   
No

El niño que va a tener es:  Primero  Segundo  Tercero

10. Edad de aparición de la Primera Menstruación:

11. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

12. ¿Ha sufrido algún tipo de violencia o maltrato intrafamiliar?  
 Violencia Psicológica  
 Violencia Física  
 Violencia Sexual  
 Ninguna



**13. APGAR Familiar**

FUNCIÓN	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Está satisfecha con la ayuda que recibe de su familia cuando tengo algún problema?					
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?					
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?					
¿Está satisfecha con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?					
¿Siente que su familia le quiere?					
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>					

14. ¿Ha recibido usted información sobre educación sexual? Si  No

De ser SI su respuesta diga, ¿por quién le fue ofrecida la información?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Por padres o familiares.                   | <input type="checkbox"/> Por amigos contemporáneos de su edad. |
| <input type="checkbox"/> Por medios de difusión masiva y literatura | <input type="checkbox"/> Por médicos y profesionales.          |
| <input type="checkbox"/> Institución Educativa                      | <input type="checkbox"/> Otros.                                |

15. ¿Conoce usted sobre planificación familiar?  Si  No

De ser SI su respuesta diga, ¿por quién le fue ofrecida la información?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Por padres o familiares.                   | <input type="checkbox"/> Por amigos contemporáneos de su edad. |
| <input type="checkbox"/> Por medios de difusión masiva y literatura | <input type="checkbox"/> Por médicos y profesionales.          |
| <input type="checkbox"/> Institución Educativa                      | <input type="checkbox"/> Otros.                                |

16. ¿Utiliza algún método anticonceptivo?  Si  No

17. ¿Cuál es el método de planificación familiar que utiliza?:

- Pastillas
- Inyección
- Condón
- DIU
- No usa

18. ¿Qué enfermedades ha tenido asociadas al embarazo?

- Trastornos Psicológicos
- Infección Urinaria.
- Infección Vaginal.
- Desnutrición por defecto (bajo peso).
- Obesidad.
- Hipertensión Arterial.
- Anemia.
- Ninguna.

19. Terminación del embarazo

- Parto Eutócico
- Parto Distócico
- Cesárea



9.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS – ESCUELA DE MEDICINA

“FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES  
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE  
CUENCA DURANTE EL AÑO 2011.”

CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ADOLESCENTE EMBARAZADA MAYOR DE EDAD

Nosotros María José Trelles Urgilés, Iván Andrés Urgilés Vintimilla, Ximena Monserrath Valdez Salamea estudiantes de Quinto Año de la Escuela de Medicina de la Universidad Estatal de Cuenca, solicitamos su permiso para realizar un estudio de investigación, cuyo tema es “**FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA DURANTE EL AÑO 2011**”; mediante la aplicación de la respectiva encuesta; los datos obtenidos serán protegidos y manejados con absoluta confidencialidad, por lo que esperamos contar con su colaboración.

Yo....., de..... años de edad y con CI ....., manifiesto que he sido informada sobre el procedimiento para la obtención de datos relacionada con la aplicación de la encuesta, destinados para la realización del estudio y he sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos y manejados con absoluta confidencialidad.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a la realización del presente cuestionario, cuya información será utilizada para la elaboración del proyecto.

---

**FIRMA DEL PACIENTE**



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS – ESCUELA DE MEDICINA

“FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES  
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE  
CUENCA DURANTE EL AÑO 2011.”

ASENTIMIENTO INFORMADO  
ADOLESCENTE EMBARAZADA MENOR DE EDAD

Nosotros María José Trelles Urgilés, Iván Andrés Urgilés Vintimilla, Ximena Monserrath Valdez Salamea estudiantes de Quinto Año de la Escuela de Medicina de la Universidad Estatal de Cuenca, solicitamos su permiso para realizar un estudio de investigación, cuyo tema es “**FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA DURANTE EL AÑO 2011**”; mediante la aplicación de la respectiva encuesta; los datos obtenidos serán protegidos y manejados con absoluta confidencialidad, por lo que esperamos contar con su colaboración.

Yo....., de..... años de edad y con CI ....., manifiesto que he sido informada sobre el procedimiento para la obtención de datos relacionada con la aplicación de la encuesta, destinados para la realización del estudio y he sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos y manejados con absoluta confidencialidad.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi ASENTIMIENTO a la realización del presente cuestionario, cuya información será utilizada para la elaboración del proyecto.

---

**FIRMA DEL PACIENTE**



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS – ESCUELA DE MEDICINA

“FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES  
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE  
CUENCA DURANTE EL AÑO 2011.”

CONSENTIMIENTO INFORMADO  
REPRESENTANTE LEGAL DE LA MENOR DE EDAD

Nosotros María José Trelles Urgilés, Iván Andrés Urgilés Vintimilla, Ximena Monserrath Valdez Salamea estudiantes de Quinto Año de la Escuela de Medicina de la Universidad Estatal de Cuenca, solicitamos su permiso para realizar un estudio de investigación, cuyo tema es “**FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA DURANTE EL AÑO 2011**”; mediante la aplicación de la respectiva encuesta; los datos obtenidos serán protegidos y manejados con absoluta confidencialidad, por lo que esperamos contar con su colaboración.

Yo....., Representante Legal de la menor de edad..... y con CI ....., manifiesto que he sido informado/a sobre el procedimiento para la obtención de datos relacionada con la aplicación de la encuesta, destinados para la realización del estudio y he sido también informado/a de que los datos personales serán protegidos y manejados con absoluta confidencialidad.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a la realización del presente cuestionario, cuya información será utilizada para la elaboración del proyecto.

---

**FIRMA DEL PACIENTE**



## 9.3. TABLAS:

Tabla N°2

Distribución según la Etapa de Adolescencia

Etapa de Adolescencia	Frecuencia	Porcentaje
Adolescencia Temprana	0	0,0
Adolescencia Media	25	25,0
Adolescencia Tardía	75	75,0
Total	100	100,0

Tabla N°5

Distribución según los Años de Instrucción.

Años de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
5	1	1,0
6	18	18,0
7	13	13,0
8	11	11,0
9	12	12,0
10	21	21,0
11	4	4,0
12	13	13,0
13	5	5,0
14	2	2,0
<b>Total</b>	100	100,0

MINIMO	MAXIMO	PROMEDIO	D. ESTÁNDAR
5,00	14,00	9,5	2,303



**Tabla N°6**  
Distribución según la Instrucción.

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Completa	14	14,0
Primaria Incompleta	20	20,0
Secundaria Incompleta	58	58,0
Secundaria Completa	7	7,0
Superior	1	1,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

**Tabla N° 8**  
Distribución según Hábitos Tóxicos.

Hábitos Tóxicos	Frecuencia	Porcentaje
SI	42	42,0
NO	58	58,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

**Tabla N°9**  
Distribución según tipo de hábito tóxico.

Habito tóxico	SI	NO
Café	36	64
Alcohol	6	94
Cigarrillo	2	98

**Tabla N°11**  
Distribución según el Tipo de estructura familiar.

Tipo de estructura familiar	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	45	45,0
Extensa	38	38,0
Ampliada	15	15,0
Monoparental	1	1,0
Ensamblada	1	1,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>



Tabla N° 13

Distribución según el familiar que ha migrado

Familiar que ha migrado	Frecuencia	Porcentaje
Padre	20	20,0
Madre	10	10,0
Hermanos	14	14,0
Padre y Madre	1	1,0
Otros	18	18,0
Ninguno	37	37,0
Total	100	100,0

Tabla N° 18

Distribución según si ha sufrido o no violencia y de qué tipo ha sido.

Violencia intrafamiliar	Frecuencia	Porcentaje
Psicológica	4	4,0
Física	9	9,0
Sexual	1	1,0
Ninguna	86	86,0
Total	100	100,0

Tabla N° 21

Distribución de las adolescentes según la fuente de quien recibió información sobre educación sexual

Fuente de información de Educación Sexual	SI	NO
Familiares	29	71
Profesionales de la Medicina	16	84
Institución Educativa	74	26
Otros	11	89



Tabla N° 23

Distribución de las adolescentes según la fuente de quien recibió información sobre educación sexual

Fuente de información de Planificación Familiar	SI	NO
Familiares	14	86
Profesionales de la medicina	21	79
Institución Educativa	25	75
Otros	4	96

Tabla N° 25

Distribución según la Utilización del Método Anticonceptivo

Método de Elección	Frecuencia	Porcentaje
Pastillas	7	7,0
Inyección	5	5,0
Preservativo	7	7,0
Implante	1	1,0
No usa	80	80,0
Total	100	100,0

Tabla N°27

Distribución según las Enfermedades más frecuentes Asociadas al Embarazo

Enfermedades Asociadas al Embarazo	SI	NO
Infección Urinaria	58	42
Anemia	19	81
HTA Gestacional	11	89
Bajo Peso	10	90
Trastornos Psicológicos	9	91
Infección Vaginal	3	97



Tabla N°28

Distribución según la Terminación del Embarazo

Terminación del Embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Parto Eutócico	41	41,0
Parto Distócico	24	24,0
Cesárea	35	35,0
Total	100	100,0

Tabla N°29

Distribución según la Causa de la Cesárea

Causa de la Cesárea	Si	No
Presentación Anómala	3	97
DCP	10	90
Hipodinamia Uterina	1	99
Preclampsia	5	95
SFA	7	93
Dilatación Estacionaria	2	98
RPM	3	97
Cesárea Iterativa	3	97

Tabla N°30

Distribución según el Motivo del Parto Distócico

Motivo del Parto Distócico	Si	No
Preclampsia	2	98
Hipodinamia Uterina	11	89
SFA	1	99
RPM	2	98
Conducido	8	92





## 9.5. APGAR FAMILIAR

<b>FUNCIÓN</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi siempre</b>
<i>¿Está satisfecha con la ayuda que recibe de su familia cuando tengo algún problema?</i>			
<i>¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?</i>			
<i>¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?</i>			
<i>¿Está satisfecha con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?</i>			
<i>¿Siente que su familia le quiere?</i>			
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>			

El APGAR se clasifica de la siguiente manera:

<b>0</b>	<b>Casi nunca</b>
<b>1</b>	<b>A veces</b>
<b>2</b>	<b>Casi siempre</b>

Interpretación:

<b>Función</b>	<b>Puntaje</b>
<b>Disfunción Familiar Severa</b>	0-3
<b>Disfunción Familiar Moderada</b>	4-6
<b>Muy buena Función Familiar</b>	7-10



**X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Family Care International. “Buenas prácticas en materia de prevención del embarazo adolescente” Octubre de 2008. Pág. 2 Disponible en: <http://www.orasconhu.org/documentos/Oct%2008%20Concepto%20%20BP%20en%20PEA%20-4.pdf>
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. Pág. 6. Disponible en: [http://www.cнна.gov.ec/upload/Plan Prevencion Embarazo Adolescente.pdf](http://www.cнна.gov.ec/upload/Plan%20Prevencion%20Embarazo%20Adol%20escente.pdf)
3. Orozco, N. Algunos factores de riesgo del embarazo en la adolescencia. Policlínico Docente “José Martí, Santiago de Cuba 2005. Pág. 1. Disponible : [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9\\_2\\_05/san09205.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san09205.pdf)
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. OP. cit pág. 10. Disponible en: [http://www.cнна.gov.ec/upload/Plan Prevencion Embarazo Adolescente.pdf](http://www.cнна.gov.ec/upload/Plan%20Prevencion%20Embarazo%20Adol%20escente.pdf)
5. Ulanowicz, M. Parra, K. Wendler, G. Tisiana, L. Riesgos en el Embarazo Adolescente. Rev. Posgr. VíaCáte. Med. 153: 13. 2006. Disponible en: [http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4\\_153.htm](http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm)
6. Family Care International. “Buenas prácticas en materia de prevención del embarazo adolescente” Octubre de 2008. OP. cit pág. 3 Disponible en: <http://www.orasconhu.org/documentos/Oct%2008%20Concepto%20%20BP%20en%20PEA%20-4.pdf>
7. Arrieta, M. Blanco, D. Embarazo y adolescencia. Comportamiento clínico epidemiológico en el Policlínico Parraga. Arroyo Naranjo. Rev. Haban. Cienc. Méd. 9(2): 246. 2010. ISSN 1729-519X. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v9n2/rhcm15210.pdf>



8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. OP. cit pág 15. Disponible en:  
[http://www.cнна.gov.ec/upload/Plan\\_Prevencion\\_Embarazo\\_Adolescente.pdf](http://www.cнна.gov.ec/upload/Plan_Prevencion_Embarazo_Adolescente.pdf)
9. Código Penal del Ecuador Art. 444-447. Pág. 134.
10. Daza, R. Salazar, A. Rodríguez, L. Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y Municipios Aledaños. Rev. Pers. Biot. 11(2): 170. 2007. Disponible en:  
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/articloe/viewFile/951/1030>
11. Family Care International. “Buenas prácticas en materia de prevención del embarazo adolescente” Octubre de 2008. OP. cit pág. 10. Disponible en:  
<http://www.orasconhu.org/documentos/Oct%2008%20Concepto%20%20BP%20en%20PEA%20-4.pdf>
12. Vega, B. Quizhpe, A. Campoverde, J. Cuidado de la Salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad. Rev. Bol Inf Proy Cerca. 1(1): 21. 2010.
13. Family Care International. “Buenas prácticas en materia de prevención del embarazo adolescente” Octubre de 2008. OP. cit pág. 5. Disponible en:  
<http://www.orasconhu.org/documentos/Oct%2008%20Concepto%20%20BP%20en%20PEA%20-4.pdf>
14. MIES. Ministerio de Salud Publica (MSP), /Ministerio de Educación (ME), /Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS), Instituciones y ONGS que trabajan por y para la salud en la adolescencia. 2010. Pág. 5. Disponible en: <http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZOADOLESCENCIA-ecu.pdf>
15. Daza, R. Salazar, A. Rodríguez, L. Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y Municipios Aledaños. Rev. Pers. Biot. 11(2) 2007. OP cit pag 174. Disponible en:



<http://aguichan.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/articloe/viewFile/951/1030>

16. León, P. Embarazo adolescente. Universidad de Chile Servicio Salud Metropolitano Norte. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Roberto Del Río. Rev. Ped. Elec. 2008, 5,(1). Pág 2. Disponible en: [http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5 EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf)
17. Reyes, L. Impacto del embarazo adolescente en la transmisión intergeneracional de la pobreza. Universidad de Chile, 2009. Pág. 41. Disponible en: [http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2009/reyes\\_l/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2009/reyes_l/html/index-frames.html)
18. Vigil-De Gracia, P. Arias, T. Lezcan, G. Caballero, L. Chong, J. Mendieta, A. Bravo, R. Navarro, E. Urriola, C. Embarazo en adolescentes en la República de Panamá. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 67(2). Caracas 2007. Pág. 1. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322007000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322007000200002&script=sci_arttext)
19. Sónora, M. Embarazo en la adolescencia y políticas públicas. Evaluación de un programa cubano. 2009. Pág. 7. Disponible en: [http://www.domhelder.edu.br/veredas\\_direito/pdf/29\\_189.pdf](http://www.domhelder.edu.br/veredas_direito/pdf/29_189.pdf)
20. MIES. Ministerio de Salud Publica (MSP), /Ministerio de Educación (ME), /Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS), Instituciones y ONGS que trabajan por y para la salud en la adolescencia. 2010. OP. cit pag 8. Disponible en: <http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZOADOLESCENCIA-ecu.pdf>
21. Constitución de la Republica del Ecuador, 2008. Art. 45 pág. 34, Art. 46 pág. 35, Art. 66 pág. 47-48 Art. 69 pág. 51
22. Chioma, O. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes. The Cochrane Library, 2009 Issue 4 Art no.



CD005215. Pág. 1. Disponible en: <http://www.update-software.com/bcp/bcpgetdocument.aspdocumentid=cd005215>

23. Della, M. Uso de métodos anticonceptivos e información sexual con relación a los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la ciudad de Buenos Aires. Rev. Elec. Psico. 2005. Pág. 1. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-67-1-uso-de-metodos-anticonceptivos-e-informacion-sexual-con-rela.html>
24. Sónora, M. Embarazo en la adolescencia y políticas públicas. Evaluación de un programa cubano. 2009. OP. cit pág. 12. Disponible en: [http://www.domhelder.edu.br/veredas\\_direito/pdf/29\\_189.pdf](http://www.domhelder.edu.br/veredas_direito/pdf/29_189.pdf)
25. MIES. Ministerio de Salud Publica (MSP), /Ministerio de Educación (ME), /Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS), Instituciones y ONGS que trabajan por y para la salud en la adolescencia. 2010. OP. cit pág. 4. Disponible en: <http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZO ADOLESCENCIA-ecu.pdf>
26. Miranda, M. ABORTO EN LA ADOLESCENCIA. ENFOQUE INTEGRAL PARA EDUCADORES DE LA ENSEÑANZA MEDIA SUPERIOR. en Contribuciones a las Ciencias Sociales, enero 2009. Pág. 18. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/03/mamm.pdf>
27. Della, M. Uso de métodos anticonceptivos e información sexual con relación a los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la ciudad de Buenos Aires. Rev. Elec. Psico. 2005. OP. cit pág. 1. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-67-1-uso-de-metodos-anticonceptivos-e-informacion-sexual-con-rela.html>
28. Torres, P. Walker, DM. Gutiérrez, JP. Bertozzi, SM. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud Publica Mex 48:308, 2006. Disponible en: <http://bvssida.insp.mx/articulos/4467.pdf>



29. Sónora, M. Embarazo en la adolescencia y políticas públicas. Evaluación de un programa cubano. 2009. OP. cit pág. 6. Disponible en: [http://www.domhelder.edu.br/veredas\\_direito/pdf/29\\_189.pdf](http://www.domhelder.edu.br/veredas_direito/pdf/29_189.pdf)
30. Torres, P. Walker, DM. Gutiérrez, JP. Bertozzi, SM. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud Publica Mex 48, 2006. OP. cit pág. 309. Disponible en: <http://bvssida.insp.mx/articulos/4467.pdf>
31. Baeza, B. Póo, A. Vásquez, O. Muñoz, S. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Rev. chil. obstet. ginecol. 72 (2): 76, 2007. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n2/art02.pdf>
32. Petracci, M, Pecheny, M. Panorama de derechos sexuales y reproductivos. Argentina 2009. Rev. Crit. Soc. 11. 2009. Pág. 1. Disponible en: <http://argumentos.fsoc.uba.ar/index.php/argumentos/article/viewFile/3/3>
33. Della, M. Uso de métodos anticonceptivos e información sexual con relación a los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la ciudad de Buenos Aires. Rev. Elec. Psico. 2005. OP. cit pág. 1. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-67-1-uso-de-metodos-anticonceptivos-e-informacion-sexual-con-rela.html>
34. Chioma, O. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes. The Cochrane Library, 2009. OP. cit pág. 1. Disponible en: <http://www.update-software.com/bcp/bcpgetdocument.aspdocumentid=cd005215>
35. Espín, R. León, C. Caracterización clínica y epidemiológica del embarazo en la adolescencia. Rev. Acta Méd. del Centro. 4(2). 2010. Pág. 1. Disponible en: [http://www.actamedica.sld.cu/r2\\_10/caracterizacion.htm](http://www.actamedica.sld.cu/r2_10/caracterizacion.htm)
36. Díaz, V. El Embarazo de las Adolescentes en México. Rev. Gac. Med. Mex.139 (1): 23. Marzo 2004 al Marzo 2010. Disponible en:



<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-gaceta/e-gm2003/e-gms03-1/em-gms031e.htm>

37. Torres, P. Walker, DM. Gutiérrez, JP. Bertozzi, SM. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud Publica Mex 48:310. 2006. Disponible en: <http://bvssida.insp.mx/articulos/4467.pdf>
38. León, P. Embarazo adolescente. Universidad de Chile Servicio Salud Metropolitano Norte. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Roberto Del Río. Rev. Ped. Elec. 2008, 5 (1). OP. cit pág. 5. Disponible en: [http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5\\_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf)
39. Espín, R. León, C. Caracterización clínica y epidemiológica del embarazo en la adolescencia. Rev. Acta Méd. del Centro. 4(2). 2010. OP. cit pág. 1. Disponible en: [http://www.actamedica.sld.cu/r2\\_10/caracterizacion.htm](http://www.actamedica.sld.cu/r2_10/caracterizacion.htm)
40. Della, M. Uso de métodos anticonceptivos e información sexual con relación a los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la ciudad de Buenos Aires. Rev. Elec. Psico. 2005. OP. cit pág. 1. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-67-1-uso-de-metodos-anticonceptivos-e-informacion-sexual-con-rela.html>
41. Madriz, L. Embarazo en adolescentes. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Felix. Edo. Bolívar 2003– 2007. Venezuela 2008. Pág. 30. Disponible en: <http://www.ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/.../52/1/TESIS-Medicina-SGyRA.pdf>
42. Carrasco, R. La sexualidad en el adolescente: conformación de la conciencia en el adolescente sobre la sexualidad. Rev. Elec. Psico. 2007. ISSN: 2011-2521. Pág 1. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-235-1-la-sexualidad-en-el-adolescente-conformacion-de-la-concienci.html>



43. Díaz, E. Caracterización de las embarazadas adolescentes. Maracaibo, Venezuela 2008. Pág. 1. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1638/1/Caracterizacion-de-las-embarzadas-adolescentes.html>
44. Espín, R. León, C. Caracterización clínica y epidemiológica del embarazo en la adolescencia. Rev. **Acta Méd. del Centro**. 4(2). 2010. OP. cit pág. 1. Disponible en: [http://www.actamedica.sld.cu/r2\\_10/caracterizacion.htm](http://www.actamedica.sld.cu/r2_10/caracterizacion.htm)
45. Baeza, B. Póo, A. Vásquez, O. Muñoz, S. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Rev. chil. obstet. ginecol. 72 (2): OP. cit pág. 1. 78. 2007. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n2/art02.pdf>
46. Espín, R. León, C. Caracterización clínica y epidemiológica del embarazo en la adolescencia. Rev. Acta Méd. del Centro. 4(2). 2010. OP. cit pág. 1. Disponible en: [http://www.actamedica.sld.cu/r2\\_10/caracterizacion.htm](http://www.actamedica.sld.cu/r2_10/caracterizacion.htm)
47. Luna, O. Rodríguez, G. Los adolescentes con mejores resultados académicos Los adolescentes con mejores resultados académicos y más habilidades sociales tienen menos conductas de riesgo en sus relaciones sexuales. EvidPediatr. 6 (37). 2010. Pág. 3. Disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/LLP3k9ggzlh7aNQBiadwmSsuIjQb3MV0U09rFcFv7SbkFkz6wMw5zklMSOQU553qmEy0ownTherbpXCVTcEw>
48. Madriz, L. Embarazo en adolescentes. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Felix. Edo. Bolívar 2003– 2007. Venezuela 2008. OP. cit pág. 42. Disponible en: <http://www.ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/.../52/1/TESIS-Medicina-SGyRA.pdf>
49. Padrón, G. Embarazo en adolescentes. Rev. Med. Hosp. Gen. Mex. 68 (1):13. México 2005. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2005/hg051c.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2005/hg051c.pdf)
50. León, P. Embarazo adolescente. Universidad de Chile Servicio Salud Metropolitano Norte. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Roberto Del Río. Rev. Ped. Elec. 2008, 5, (1). OP. cit pág. 4. Disponible



en:

**[http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5\\_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf)**

51. Díaz, V. El Embarazo de las Adolescentes en México. Rev. Gac. Med. Mex. 139 (1): OP. cit pág. 24. Marzo 2004 al Marzo 2010. Disponible en: **<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-gaceta/e-gm2003/e-gms03-1/em-gms031e.htm>**
52. Díaz, E. Caracterización de las embarazadas adolescentes. Maracaibo, Venezuela 2008. OP. cit pág. 2. Disponible en: **<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1638/1/Caracterizacion-de-las-embarazadas-adolescentes.html>**
53. Reyes, L. Impacto del embarazo adolescente en la transmisión intergeneracional de la pobreza. Universidad de Chile, 2009. OP. cit pág. 45. Disponible en: **[http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2009/reyes\\_l/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2009/reyes_l/html/index-frames.html)**
54. Madriz, L. Embarazo en adolescentes. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Felix. Edo. Bolívar 2003– 2007. Venezuela 2008. OP. cit pág. 34. Disponible en: **<http://www.ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/.../52/1/TESIS-Medicina-SGyRA.pdf>**
55. Brenes, M. Calderón, A, Castrillo, I. Mora, F. Mora V, Bonilla R. Hallazgos clínicos y de laboratorio presentes en mujeres adolescentes embarazadas residentes en Costa Rica y con al menos dos consultas de control prenatal en el Hospital Calderón Guardia del 10 de mayo al 21 de mayo del 2010. Med. leg. Costa Rica 27(2): 69. 2010. Disponible en: **[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152010000200004&lng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152010000200004&lng=es)**
56. Della, M. Uso de métodos anticonceptivos e información sexual con relación a los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la ciudad de Buenos Aires. Rev. Elec. Psico. 2005. OP. cit pág. 1. Disponible en:



**<http://www.psicologiacentifica.com/bv/psicologia-67-1-uso-de-metodos-anticonceptivos-e-informacion-sexual-con-rela.html>**

57. Reyes, N. Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes. Colonia Flor del Campo. Nicaragua 2006. OP. cit pág. 1. Disponible en: **<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=543264&indexSearch=ID>**
58. Madriz, L. Embarazo en adolescentes. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Felix. Edo. Bolívar 2003– 2007. Venezuela 2008. OP. cit pág. 37. Disponible en: **<http://www.ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/.../52/1/TESIS-Medicina-SGyRA.pdf>**
59. Reyes, N. Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes. Colonia Flor del Campo. Nicaragua 2006. OP. cit pág. 1. Disponible en: **<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=543264&indexSearch=ID>**
60. Maldonado M. Programa de Apoyo Integral al Migrante y sus familias en el Azuay. Migraciones. Rev. Guías. Ped. Edu. Bas. 3: 6. 2010.
61. Arriaga, C. Valles, A. Zonana, A. Menchaca R. Embarazo en adolescentes migrantes: características sociodemográficas, ginecoobstétricas y neonatales. Gac. Méd. Méx. 146 (3). 2010. Pág 2. Disponible en: **<http://www.anmm.org.mx/blog/wp-content/uploads/2010/10/2010-146-3-169-174.pdf>**
62. Díaz, E. Caracterización de las embarazadas adolescentes. Maracaibo, Venezuela 2008. OP. cit pág. 1. Disponible en: **<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1638/1/Caracterizacion-de-las-embarazadas-adolescentes.html>**
63. Madriz, L. Embarazo en adolescentes. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Felix. Edo. Bolívar 2003– 2007. Venezuela 2008. OP. cit pág. 43. Disponible en:



<http://www.ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/.../52/1/TESIS-Medicina-SGyRA.pdf>

64. Espín, R. León, C. Caracterización clínica y epidemiológica del embarazo en la adolescencia. Rev. **Acta Méd. del Centro**. 4(2). 2010. OP. cit pág. 1. Disponible en: [http://www.actamedica.sld.cu/r2\\_10/caracterizacion.htm](http://www.actamedica.sld.cu/r2_10/caracterizacion.htm)
65. Acevedo, M. Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el Hogar Materno Municipal "Tamara Bunke". Rev. MEDISAN 14 (7). Cuba 2010. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7\\_10/san12710.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7_10/san12710.htm)
66. Brenes, M. Calderón, A, Castrillo, I. Mora, F. Mora V, Bonilla R. Hallazgos clínicos y de laboratorio presentes en mujeres adolescentes embarazadas residentes en Costa Rica y con al menos dos consultas de control prenatal en el Hospital Calderón Guardia del 10 de mayo al 21 de mayo del 2010. Med. leg. Costa Rica 27(2): OP. cit pág. 75. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152010000200004&lng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152010000200004&lng=es)
67. Reyes, N. Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes. Colonia Flor del Campo. Nicaragua 2006. OP. cit pág. 50. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=543264&indexSearch=ID>
68. Reyes, L. Impacto del embarazo adolescente en la transmisión intergeneracional de la pobreza. Universidad de Chile, 2009. OP. cit pág. 46. Disponible en: [http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2009/reyes\\_l/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2009/reyes_l/html/index-frames.html)
69. Padrón, G. Embarazo en adolescentes. Rev. Med. Hosp. Gen. Mex. 68 (1): OP. cit pág. 14. México 2005. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hq-2005/hq051c.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hq-2005/hq051c.pdf)
70. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. OP. cit pág. 11. Disponible



en:

[http://www.cнна.gov.ec/upload/Plan\\_Prevenccion\\_Embarazo\\_Adol\\_escente.pdf](http://www.cнна.gov.ec/upload/Plan_Prevenccion_Embarazo_Adol_escente.pdf)

71. González, E. Montero, A. Martínez, V. Mena, G. Varas, M. Percepciones y experiencias del inicio sexual desde una perspectiva de género, en adolescentes consultantes en un Centro Universitario de Salud Sexual y Reproductiva. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 75(2): págs. 84 – 90. 2010. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchoq/v75n2/art02.pdf>
72. Díaz, E. Caracterización de las embarazadas adolescentes. OP. cit pág 3 Maracaibo, Venezuela 2008. OP. cit. págs. 2 Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1638/1/Caracterizacion-de-las-embarazadas-adolescentes.html>
73. Espín, R. León, C. Caracterización clínica y epidemiológica del embarazo en la adolescencia. OP. cit pág. 1-2 Rev. Acta Méd. del Centro. 4(2). 2010 Disponible en: [http://www.actamedica.sld.cu/r2\\_10/caracterizacion.htm](http://www.actamedica.sld.cu/r2_10/caracterizacion.htm)
74. Díaz, E. Caracterización de las embarazadas adolescentes. Maracaibo, Venezuela 2008. OP. cit. pág. 3. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1638/1/Caracterizacion-de-las-embarazadas-adolescentes.html>
75. Reyes, L. Impacto del embarazo adolescente en la transmisión intergeneracional de la pobreza. OP. cit pág. 2 Universidad de Chile, 2009. Op. cit. pág. 23. Disponible en: [http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2009/reyes\\_l/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2009/reyes_l/html/index-frames.html)
76. Código de la Niñez y Adolescencia. Art. 22 pág 9, Art. 96 pág 29.
77. León, D. Camacho, R. Valencia, M. Rodríguez, A. Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior. Rev. Cubana. Pediatr. 80(3). 2008. OP. cit. pág. 1. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol80\\_3\\_08/ped04308.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol80_3_08/ped04308.pdf)



78. Reyes, N. Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes. Colonia Flor del Campo. Nicaragua 2006. OP. cit. págs. 13-14. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=543264&indexSearch=ID>
79. Della, M. Uso de métodos anticonceptivos e información sexual con relación a los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la ciudad de Buenos Aires. Rev. Elec. Psico. 2005. Op. cit. pág. 1. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-67-1-uso-de-metodos-anticonceptivos-e-informacion-sexual-con-rela.html>
80. León, D. Camacho, R. Valencia, M. Rodríguez, A. Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior. Rev. Cubana. Pediatr. 80(3). 2008. OP. cit. pág. 2 Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol80\\_3\\_08/ped04308.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol80_3_08/ped04308.pdf)
81. Maldonado M. Programa de Apoyo Integral al Migrante y sus familias en el Azuay. Las Familias. Pág. 8. Rev. Guías. Ped. Edu. Bas. 2: 6-10. 2010.
82. González, E. Montero, A. Martínez, V. Mena, G. Varas, M. Percepciones y experiencias del inicio sexual desde una perspectiva de género, en adolescentes consultantes en un Centro Universitario de Salud Sexual y Reproductiva. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 75(2): OP. cit. pág. 85. 2010. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchoq/v75n2/art02.pdf>
83. Pereira, S. Taquette, S. Factores asociados al abandono de la anticoncepción hormonal oral: un estudio con los adolescentes de la ciudad de Rio de Janeiro. RevChil. Obstet. Ginecol. 72(1): 26-32. 2007. pág. 1. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262007000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262007000100005&script=sci_arttext)
84. **González, E. Molina, T. Montero, A. Martínez, V. Molina, R.** Factores asociados a la continuidad del uso anticonceptivo en adolescentes solteras nulíparas. OP. cit. pág. 1. Rev. méd. Chile 137 (9). 2009. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n9/art07.pdf>



85. León, P. Embarazo adolescente. Universidad de Chile Servicio Salud Metropolitano Norte. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Roberto Del Río. Rev. Ped. Elec. [en línea] 2008, Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918. OP. cit. pág. 7. Disponible en: [http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5\\_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf)
86. Luna, O. Rodríguez, G. Los adolescentes con mejores resultados académicos Los adolescentes con mejores resultados académicos y más habilidades sociales tienen menos conductas de riesgo en sus relaciones sexuales. EvidPediatr. 6 (37). 2010. OP. cit. pág. 12. Disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/LLP3k9qgzlh7aNQBiadwmSsuIjQb3MV0U09rFcFv7SbkFkz6wMw5zklMSOQU553gmEy0ownTherbpXCVTcEw>
87. Brenes, M. Calderón, A, Castrillo, I. Mora, F. Mora V, Bonilla R. Hallazgos clínicos y de laboratorio presentes en mujeres adolescentes embarazadas residentes en Costa Rica y con al menos dos consultas de control prenatal en el Hospital Calderón Guardia del 10 de mayo al 21 de mayo del 2010. Med. leg. Costa Rica 2010; 27(2): OP. cit. pág. 70. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152010000200004&lng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152010000200004&lng=es)
88. López, J. González, A. Gutiérrez, A. Martín, R. Martín, H. Graciani, A. Banegas, J. Epidemiología y Prevención del Embarazo no deseado en Adolescentes. España, 2005. OP. cit. pág. 4. Disponible en: [www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/.../72.doc](http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/.../72.doc)
89. Código de la Niñez y Adolescencia. Art. 22 pág 9, Art. 96 pág 29.
90. Chioma, O. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes. The Cochrane Library, 2009 Issue 4 Art no. CD005215. OP. cit. pág. 1. Disponible en: <http://www.update-software.com/bcp/bcpgetdocument.aspdocumentid=cd005215>



91. Brunet, B. Complicaciones más frecuentes del embarazo en adolescentes. Ginecología y Obstetricia , Pediatría y Neonatología, Habana 2008. Pág. 2.  
Disponible: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1258/1/Complicaciones-mas-frecuentes-del-embarazo-en-adolescentes.html>
92. Código Penal del Ecuador Art. 509-510 OP. cit. pág. 149.
93. León, P. Embarazo adolescente. Universidad de Chile Servicio Salud Metropolitano Norte. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Roberto Del Río. Rev. Ped. Elec. 2008, 5, (1). . OP. cit. pág. 8.  
Disponible en:  
[http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5\\_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf)
94. Brunet, B. Complicaciones más frecuentes del embarazo en adolescentes. Ginecología y Obstetricia , Pediatría y Neonatología, Habana 2008. OP. cit. Pág. 3.  
Disponible: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1258/1/Complicaciones-mas-frecuentes-del-embarazo-en-adolescentes.html>
95. Amaya, J. Borrero, C. Ucrós, S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 56 (3). Bogotá 2005. Pág. 1. Disponible en: [http://maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D138.pdf](http://maternoinfantil.org/archivos/smi_D138.pdf)
96. Ulanowicz, M. Parra, K. Wendler, G. Tisiana, L. Riesgos en el Embarazo Adolescente. Rev. Posgr. VíaCáte. Med. 153: OP. cit. pág. 14. 2006. Disponible en: [http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4\\_153.htm](http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm)
97. Nolzco, M. Rodríguez, L. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Rev. Posgr. VíaCáte. Med. 156: 13-18. 2006. Disponible en: [http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista156/4\\_156.htm](http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista156/4_156.htm)
98. León, P. Embarazo adolescente. Universidad de Chile Servicio Salud Metropolitano Norte. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Roberto Del Río. Rev. Ped. Elec. 2008, 5, (1). OP. cit. pág. 5.



Disponible en:  
[http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5\\_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf)

99. Brenes, M. Calderón, A, Castrillo, I. Mora, F. Mora V, Bonilla R. Hallazgos clínicos y de laboratorio presentes en mujeres adolescentes embarazadas residentes en Costa Rica y con al menos dos consultas de control prenatal en el Hospital Calderón Guardia del 10 de mayo al 21 de mayo del 2010. Med. leg. Costa Rica , 2010. 27(2): OP. cit. pág. 76. Disponible en:  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152010000200004&lng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152010000200004&lng=es)
100. Acevedo, M. Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el Hogar Materno Municipal "Tamara Bunke". Rev. MEDISAN 14 (7). Cuba 2010. OP- cit. pág. 6. Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7\\_10/san12710.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7_10/san12710.htm)
101. León, P. Embarazo adolescente. Universidad de Chile Servicio Salud Metropolitano Norte. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Roberto Del Río. Rev. Ped. Elec. 2008, 5, (1). OP. cit. pág. 5. Disponible en:  
[http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5\\_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf)
102. Nolazco, M. Rodríguez, L. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Rev. Posgr. VlaCáte. Med. 156: OP. cit. pág. 16. 2006. Disponible en:  
[http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista156/4\\_156.htm](http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista156/4_156.htm)
103. Ulanowicz, M. Parra, K. Wendler, G. Tisiana, L. Riesgos en el Embarazo Adolescente. Rev. Posgr. VlaCáte. Med. 153: OP. cit. pág. 15. Disponible en:  
[http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4\\_153.htm](http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm)
104. Brunet, B. Complicaciones más frecuentes del embarazo en adolescentes. Ginecología y Obstetricia , Pediatría y Neonatología, Habana 2008. OP. cit. Pág. 4. Disponible:  
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1>



**258/1/Complicaciones-mas-frecuentes-del-embarazo-en-adolescentes.html**

105. Amaya, J. Borrero, C. Ucrós, S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 56 (3). Bogotá 2005. OP. cit. pág. 2. Disponible en: **[http://maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D138.pdf](http://maternoinfantil.org/archivos/smi_D138.pdf)**
106. Nolazco, M. Rodríguez, L. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Rev. Posgr. VíaCáte. Med. 156: 13-18. 2006. OP. cit. pág. 5 Disponible en: **[http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista156/4\\_156.htm](http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista156/4_156.htm)**
107. León, P. Embarazo adolescente. Universidad de Chile Servicio Salud Metropolitano Norte. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Roberto Del Río. Rev. Ped. Elec. 2008, 5, (1). OP. cit. pág. 3. Disponible en: **[http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5\\_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf)**
108. Acevedo, M. Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el Hogar Materno Municipal "Tamara Bunke". Rev. MEDISAN 14 (7). Cuba 2010. OP- cit. pág. 7. Disponible en: **[http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7\\_10/san12710.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7_10/san12710.htm)**
109. Petracci, M, Pecheny, M. Panorama de derechos sexuales y reproductivos. Argentina 2009. Rev. Crit. Soc. 11. 2009. OP. cit. pág. 1 Disponible en: **<http://argumentos.fsoc.uba.ar/index.php/argumentos/article/viewFile/3/3>**
110. Abreo, G. Salinas, R. Zunino, M. Locatelli, V. Vías de Terminación de Embarazo Adolescente versus Embarazo adulto Hospital "Dr. José R. Vidal", Division Maternidad, Sector Obstetricia. Corrientes, Argentina, 2008. OP. cit. pág. 1. Disponible en: **[http://med.unne.edu.ar/revista/revista191/3\\_191.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista191/3_191.pdf)**
111. Madriz, L. Embarazo en adolescentes. Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero". San Felix. Edo. Bolívar 2003– 2007. Venezuela 2008. OP. cit.



pág. 35. Disponible en:  
<http://www.ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/.../52/1/TESIS-Medicina-SGyRA.pdf>

112. Acevedo, M. Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el Hogar Materno Municipal "Tamara Bunke". Rev. MEDISAN 14 (7). Cuba 2010. OP. cit. pág. 10. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7\\_10/san12710.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7_10/san12710.htm)
113. Abreo, G. Salinas, R. Zunino, M. Locatelli, V. Vías de Terminación de Embarazo Adolescente versus Embarazo adulto Hospital "Dr. José R. Vidal", Division Maternidad, Sector Obstetricia. Corrientes, Argentina, 2008. OP. cit. pág. 1. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista191/3\\_191.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista191/3_191.pdf)
114. Sandoval, J. Mondragón, F. Ortiz, M. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. Rev. Per. Ginec. Obst. 53 (1): OP cit 29. Perú 2007. . Disponible en:  
<http://www.spoq.org.pe/articulos/adolescentes.doc>
115. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. OP. cit. pág. 16. Disponible en:  
[http://www.cnna.gov.ec/upload/Plan\\_Prevencion\\_Embarazo\\_Adolescente.pdf](http://www.cnna.gov.ec/upload/Plan_Prevencion_Embarazo_Adolescente.pdf)
116. Luna, O. Rodríguez, G. Los adolescentes con mejores resultados académicos y más habilidades sociales tienen menos conductas de riesgo en sus relaciones sexuales. EvidPediatr. 6 (37). 2010. OP. cit. pág. 4. Disponible en:  
<http://www.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/LLP3k9ggzlh7aNQBiadwmSsuIjQb3MV0U09rFcFv7SbkFkz6wMw5zkIsMSOQU553qmEy0ownTherbpXCVTcEw>
117. Espín, R. León, C. Caracterización clínica y epidemiológica del embarazo en la adolescencia. Rev. Acta Méd. del Centro. 4(2). 2010. OP. cit pág. 1. Disponible en:  
[http://www.actamedica.sld.cu/r2\\_10/caracterizacion.htm](http://www.actamedica.sld.cu/r2_10/caracterizacion.htm)



118. Díaz, E. Caracterización de las embarazadas adolescentes. Maracaibo, Venezuela 2008. Pág. 1. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1638/1/Caracterizacion-de-las-embarazadas-adolescentes.html>
119. Madriz, L. Embarazo en adolescentes. Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero". San Felix. Edo. Bolívar 2003– 2007. Venezuela 2008. Pág. 30. Disponible en: <http://www.ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/.../52/1/TESIS-Medicina-SGyRA.pdf>
120. Della, M. Uso de métodos anticonceptivos e información sexual con relación a los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la ciudad de Buenos Aires. Rev. Elec. Psico. 2005. OP. cit pág. 1. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-67-1-uso-de-metodos-anticonceptivos-e-informacion-sexual-con-rela.html>
121. Brenes, M. Calderón, A, Castrillo, I. Mora, F. Mora V, Bonilla R. Hallazgos clínicos y de laboratorio presentes en mujeres adolescentes embarazadas residentes en Costa Rica y con al menos dos consultas de control prenatal en el Hospital Calderón Guardia del 10 de mayo al 21 de mayo del 2010. Med. leg. Costa Rica 27(2): 69. 2010. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152010000200004&lng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152010000200004&lng=es)
122. Reyes, N. Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes. Colonia Flor del Campo. Nicaragua 2006. OP. cit pág. 1. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=543264&indexSearch=ID>
123. Acevedo, M. Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el Hogar Materno Municipal "Tamara Bunke". Rev. MEDISAN 14 (7). Cuba 2010. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7\\_10/san12710.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7_10/san12710.htm)



124. Espín, R. León, C. Caracterización clínica y epidemiológica del embarazo en la adolescencia. Rev. Acta Méd. del Centro. 4(2). 2010. OP. cit pág. 1. Disponible en: [http://www.actamedica.sld.cu/r2\\_10/caracterizacion.htm](http://www.actamedica.sld.cu/r2_10/caracterizacion.htm)
125. Díaz, E. Caracterización de las embarazadas adolescentes. Maracaibo, Venezuela 2008. OP. cit pág. 2. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1638/1/Caracterizacion-de-las-embarzadas-adolescentes.html>
126. Maldonado M. Programa de Apoyo Integral al Migrante y sus familias en el Azuay. Migraciones. Rev. Guías. Ped. Edu. Bas. 3: 6. 2010.
127. Padrón, G. Embarazo en adolescentes. Rev. Med. Hosp. Gen. Mex. 68 (1):13. México 2005. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2005/hg051c.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2005/hg051c.pdf)
128. López, J. González, A. Gutiérrez, A. Martín, R. Martín, H. Graciani, A. Banegas, J. Epidemiología y Prevención del Embarazo no deseado en Adolescentes. España, 2005. ISSN: 2011-2521. OP. cit. pág. 4. Disponible en: [www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/.../72.doc](http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/.../72.doc)
129. Arriaga, C. Valles, A. Zonana, A. Menchaca R. Embarazo en adolescentes migrantes: características sociodemográficas, ginecoobstétricas y neonatales. Gac. Méd. Méx. 146 (3). 2010. Pág 2. Disponible en: <http://www.anmm.org.mx/blog/wp-content/uploads/2010/10/2010-146-3-169-174.pdf>
130. Amaya, J. Borrero, C. Ucrós, S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 56 (3). Bogotá 2005. Pág. 1. Disponible en: [http://maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D138.pdf](http://maternoinfantil.org/archivos/smi_D138.pdf)
131. León, P. Embarazo adolescente. Universidad de Chile Servicio Salud Metropolitano Norte. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Roberto Del Río. Rev. Ped. Elec. 2008, 5, (1). OP. cit pág. 4. Disponible en:



**[http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5\\_EMBARAZO%20ADO\\_LESCENTE.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADO_LESCENTE.pdf)**

132. Vigil-De Gracia, P. Arias, T. Lezcan, G. Caballero, L. Chong, J. Mendieta, A. Bravo, R. Navarro, E. Urriola, C. Embarazo en adolescentes en la República de Panamá. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 67(2). Caracas 2007. Pág. 1. Disponible en: **[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322007000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322007000200002&script=sci_arttext)**