

Características de las adolescentes embarazadas de un área de salud

Characteristics of Pregnant Adolescents in a Health Area

José Luis Muguercia Silva^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-3460-5983>

Marislén Vázquez Salina¹ <https://orcid.org/0000-0002-3974-1886>

Lisbet Estrada Ladoy¹ <https://orcid.org/0000-0001-8855-9156>

Jacqueline Bertrán Bahades¹ <https://orcid.org/0000-0001-6844-7878>

Isabel Morejón Rebelo¹ <https://orcid.org/0000-0003-0518-8172>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Policlínico Docente “30 de Noviembre”. Santiago de Cuba, Cuba.

* Autor para la correspondencia: muguerciasilva@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un fenómeno de alcance mundial, lo que ha traído aparejado el aumento de las complicaciones propias de una gestación en este período de la vida; de ahí la importancia del estudio constante del comportamiento de este suceso.

Objetivo: Identificar el comportamiento de importantes variables relativas a las embarazadas adolescentes.

Métodos: Se efectuó una investigación descriptiva transversal en el Policlínico Docente “30 de Noviembre” de Santiago de Cuba, durante los años 2016 y 2017, a partir de las historias obstétricas de las adolescentes que se embarazaron y parieron en esos años. Se seleccionaron variables de interés como edad, edad gestacional a la captación, edad de inicio de las relaciones sexuales, escolaridad, deserción escolar, evaluación nutricional a la captación, además de la edad de la pareja sexual y el peso del niño al nacer.

Resultados: Las adolescentes mostraron una media de inicio de las relaciones sexuales de 15,7 años de edad, el mayor por ciento de deserciones escolares fue en la secundaria básica,

las edades de las parejas sexuales entre 20 y 39 años tuvo mayor frecuencia y las que fueron evaluadas con peso deficiente a la captación aportaron mayor cantidad de recién nacidos con bajo peso.

Conclusiones: El estudio frecuente del comportamiento del embarazo en la etapa de adolescencia es determinante en el enfrentamiento a este fenómeno y constituye un arma esencial para el mejoramiento del estado de salud de la población en este grupo de edad.

Palabras clave: adolescencia; embarazo; relaciones sexuales.

ABSTRACT

Introduction: Adolescent pregnancy has become a worldwide phenomenon, which has brought about the increase in complications typical of childbearing in this period of life; hence, the importance of constant study about the behavior of this event.

Objective: To identify the behavior of important variables concerning pregnant adolescents.

Methods: A cross-sectional and descriptive research was carried out at 30 de Noviembre Teaching Polyclinic in Santiago de Cuba, during the years 2016 and 2017, based on the obstetric histories of the adolescents who became pregnant and gave birth in those years. Variables of interest were selected, such as age, gestational age at first prenatal visit, age of onset of sexual intercourse, schooling, dropout, nutritional assessment at first prenatal visit, in addition to the age of the sexual partner and the child weight at birth.

Results: The adolescents showed a mean of onset of sexual relations of 15.7 years, the highest percentage of school dropouts corresponded to the basic secondary school, the ages of their sexual partners between 20 and 39 years were more frequent, and those were evaluated with deficient weight at first prenatal visit contributed a greater number of newborns with low weight.

Conclusions: The frequent study of pregnancy background in the adolescent stage is decisive in coping with this phenomenon and constitutes an essential resource for improving the health status of the population in this age group.

Keywords: adolescence; pregnancy; sexual intercourse.

Recibido: 16/7/2019

Aceptado: 18/9/2019

Introducción

En diferentes sociedades y culturas ha sido común que el tránsito entre ser niño y la edad adulta esté marcado por un cambio en las expectativas en todos los aspectos de la vida; se conocen una amplia variedad de mitos y creencias que han pretendido diferenciar socialmente esta etapa entre la niñez y la adultez. La adolescencia es una etapa de trascendental importancia en la vida del ser humano, es un período entre la niñez y la edad adulta que se inicia con los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones.⁽¹⁾

No existen parámetros precisos para establecer cuando se inicia o termina la adolescencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) adopta una propuesta basada en límites cronológicos y considera adolescente a toda persona que cumplió los 10 años y aún no ha cumplido los 20.⁽¹⁾ Es considerada como una etapa de la vida libre de problemas de salud, pero, desde el punto de vista de los cuidados de salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.^(2,3)

Según los matices de las diferentes edades, algunos autores dividen este período de la vida en dos etapas: adolescencia temprana (entre los 10 y 14 años) y la adolescencia tardía (entre 15 y 19 años).⁽¹⁾

El inicio de la actividad sexual expone a las adolescentes a una serie de riesgos que comprometen su salud sexual y reproductiva, además de su desarrollo psicológico y social, pues esta se comienza sin una adecuada orientación y sin conocimiento pleno de las complicaciones que les puede conllevar esa actividad sexual precoz sin la debida protección.⁽⁴⁾ El embarazo en la adolescencia constituye un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, con consecuencias que afectan la vida de la madre y el bebé. De no ser valoradas estas consecuencias, puede conducir a comportamientos irresponsables relacionado con una inadecuada percepción de riesgo.⁽⁵⁾ La

mortalidad infantil en los hijos de madres adolescentes puede llegar a resultar hasta 30 veces más elevada que en los niños de madres adultas.

La OMS plantea que, como promedio, anualmente, cerca de 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años quedan embarazadas y un millón de menores de 15 años tienen un parto, aproximadamente 11 % de los nacimientos a nivel mundial. Cada año, 3 millones de jóvenes de entre 15 y 19 años se someten a abortos peligrosos; las complicaciones durante el embarazo y parto son la segunda causa de muerte a nivel mundial. América Latina y el Caribe (ALC) presentan una tasa de natalidad en adolescentes del 18 %; la tasa de fecundidad en la región es la segunda más elevada del mundo (80 nacimientos por cada mil adolescentes), y aunque este porcentaje ha disminuido a nivel mundial, en ALC el descenso es lento.⁽⁶⁾ Aproximadamente 2 millones de adolescentes son sometidas anualmente a un aborto en los países en desarrollo. Cuba presenta similar problemática, con la diferencia de que el aborto se realiza en condiciones adecuadas y por personal calificado, pero quedan las secuelas a mediano o largo plazo, entre las que se destacan mayor riesgo de embarazo ectópico, infertilidad e inflamación pélvica crónica.⁽⁷⁾

En la provincia Santiago de Cuba se ha observado un aumento de los embarazos en este grupo de edad y en varios años ha ocupado el segundo lugar en el país en cuanto a incidencia. Nuestra área de salud no está ajena a esta problemática. En el 2016 se presentaron 28 embarazos en adolescentes, lo que constituyó un 11,8 % del total de embarazos y durante el 2017 se registró similar comportamiento con 31 embarazos para un 12,7 %. Este fenómeno constituye una gran preocupación para organismos estatales por las consecuencias no solo biológicas y psicológicas, sino también sociales y altos índices de deserción escolar en muchos de los jóvenes. Al explorar sobre sus conocimientos y percepción de riesgos acerca del tema se encuentran resultados muy deficientes, pudiendo ser esta una condicionante de los altos índices de embarazo en la adolescencia. Por lo anteriormente expuesto, con esta investigación se pretendió identificar el comportamiento de importantes variables relativas a las embarazadas adolescentes del Policlínico docente 30 de Noviembre de Santiago de Cuba durante los años 2016 y 2017.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en adolescentes pertenecientes al Área de salud "30 de Noviembre", quienes se embarazaron y llegaron al parto durante el lapso de enero de 2016 a diciembre de 2017. El universo estuvo constituido por las 59 embarazadas adolescentes captadas en su consultorio médico y que el parto tuvo lugar en esa etapa. Se excluyeron las que abortaron de manera espontánea o provocada y las que se captaron, pero no parieron en el período de estudio. Se obtuvieron los datos a partir de las historias obstétricas custodiadas en los consultorios médicos. Las variables analizadas fueron:

- Concernientes a la madre: edad (los años cumplidos por la adolescente), edad gestacional a la captación (las semanas de gestación que poseía la madre cuando se realizó la captación del embarazo), edad de inicio de las relaciones sexuales (la edad de la madre en que tuvo su primera relación completa), escolaridad (el año escolar vencido), deserción escolar (si durante o después del embarazo la madre abandonó sus estudios), evaluación nutricional a la captación (índice de masa corporal que tuvo la adolescente a la captación).
- Concernientes al neonato: peso al nacer (el peso del niño al nacer). Concernientes al progenitor: edad (los años cumplidos por la pareja sexual de la adolescente).

Se realizó una amplia revisión bibliográfica en varias bases de datos en Infomed e Internet. La recolección de la información estuvo a cargo del investigador principal, lo que permitió disminuir los sesgos, para ello se utilizó una planilla confeccionada al efecto, donde se recogieron las variables de interés. La información primaria fue procesada en una computadora Pentium IV marca Acer, se utilizó la hoja de cálculo de Excel y se empleó el procesador estadístico SPSS Versión 20, se confeccionaron las tablas de contingencia estadística. La medida resumen utilizada fue el porcentaje.

A pesar de ser un estudio descriptivo, en el cual no se involucran directamente los seres humanos, se mantuvieron los datos recolectados respetando las normas de confidencialidad y los mismos quedaron en poder del investigador principal. Todo el personal que estuvo a cargo de dicha investigación cuenta con los conocimientos científicos y recursos necesarios para llevar a cabo con éxito el estudio. Toda la información generada se utilizó exclusivamente con fines docentes e investigativos.

Resultados

En la tabla 1 se muestra la edad de inicio de las relaciones sexuales completas, hecho que fue considerado importante al caracterizar el embarazo en esta etapa de la vida. Cabe subrayar la precocidad de inicio de estas prácticas, pues 25 de ellas las iniciaron antes de los 15 años, lo que representó un 42,5 % del total, contribuyendo significativamente a la media que resultó ser de 15,7 años.

Tabla 1- Adolescentes según edad de la primera relación sexual completa

| Edad de primera relación sexual (años) | No. | % |
|--|-----|------|
| 12 - 13 | 4 | 6,77 |
| 14 - 15 | 21 | 35,7 |
| 16 - 17 | 26 | 44,0 |
| 18 - 19 | 8 | 13,5 |
| Total | 59 | 100 |

La tabla 2 evidencia que el mayor porcentaje correspondió a las que pertenecían a la etapa tardía de la adolescencia con un 93,2 %; a las que concernió, de igual manera, el 30,9 % de las captaciones tardías; mientras que las que integraban la etapa precoz, representaron un 25 % de las que se captaron tardíamente.

Tabla 2- Adolescentes según grupos de edades y el momento de la captación

| Grupos de edades | Captación | | | | Total | |
|------------------|-----------|------|--------|------|-------|------|
| | Precoz | | Tardía | | | |
| | No | %* | No | %* | No | %** |
| De 10 a 14 años | 3 | 75,0 | 1 | 25,0 | 4 | 6,8 |
| De 15 a 19 años | 38 | 69,1 | 17 | 30,9 | 55 | 93,2 |
| Total | 41 | 69,5 | 18 | 30,5 | 59 | 100 |

*Calculado en base al total de grupo de edad. **Calculado en base al total de adolescentes.

En la tabla 3 se destacan los altos índices de deserción en los niveles medios, principalmente en el secundario con 42,4 % que, aunque no resultó el más alto, tiene mayor implicación para la estudiante, pues a este nivel aún no se tiene la instrucción ni la educación necesarias para enfrentar una vida ulterior.

Tabla 3- Adolescentes según escolaridad y deserción escolar

| Escolaridad | Deserción escolar | | | | Total | |
|------------------|-------------------|------|----|------|-------|------|
| | No | %* | Sí | %* | No. | %** |
| Primaria | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 1,7 |
| Secundaria | 19 | 57,8 | 14 | 42,4 | 33 | 55,9 |
| Preuniversitaria | 6 | 60 | 4 | 40 | 10 | 16,9 |
| Técnico medio | 7 | 50 | 7 | 50 | 14 | 23,7 |
| Universitaria | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 1,7 |
| Total | 34 | 57,6 | 25 | 42,4 | 59 | 100 |

*Calculado en base al total según nivel escolar. **Calculado en base al total de adolescentes.

En la tabla 4 se resalta que 75,0 % de las muchachas en la etapa precoz se relacionaron con varones entre 20 y 39 años, así como 65,4 % de las que se encontraban en la etapa tardía. Es notable que 9,1 % de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad tuvieran relaciones sexuales con hombres entre 40 y 49 años.

Tabla 4- Edad de las adolescentes con respecto a la edad de la pareja sexual

| Grupos de edades de las parejas sexuales (años) | Edad de la adolescente | | | | Total | |
|---|------------------------|------|---------|------|-------|------|
| | 10 a 14 | | 15 a 19 | | | |
| | No. | %* | No. | %* | No. | %** |
| Hasta 19 | 1 | 25,0 | 14 | 25,5 | 15 | 25,4 |
| 20 a 29 | 2 | 50,0 | 23 | 41,8 | 25 | 42,4 |
| 30 a 39 | 1 | 25,0 | 13 | 23,6 | 14 | 23,7 |
| 40 a 49 | 0 | 0 | 5 | 9,1 | 5 | 8,5 |
| Total | 4 | 6,8 | 55 | 93,2 | 59 | 100 |

*Calculado en base al total de cada grupo de edad de la adolescente. **Calculado en base al total de adolescentes.

En la tabla 5 se muestra que 71,2 % fue normopeso en la captación, mientras que solamente 20,3 % fue bajo peso; sin embargo, cada uno de los grupos aportó 2 recién nacidos con bajo peso al nacer. Al valorar la representatividad, llama la atención que fue más alta en las de peso deficiente a la captación, con un 16,7 %, mientras que en las de peso normal representó exclusivamente un 4,8 %.

Tabla 5- Distribución según estado nutricional a la captación y el peso al nacer del neonato

| Evaluación nutricional | Bajo peso | | | | Total | |
|------------------------|-----------|------|-----|------|-------|------|
| | Sí | | No | | No. | %** |
| | No. | %* | No. | %* | | |
| Bajo peso | 2 | 16,7 | 10 | 83,3 | 12 | 20,3 |
| Normopeso | 2 | 4,8 | 40 | 95,2 | 42 | 71,2 |
| Sobrepeso | 0 | 0,0 | 5 | 100 | 5 | 8,5 |
| Total | 4 | 6,8 | 55 | 93,2 | 59 | 100 |

*Calculado en base al total según evaluación a la captación. **Calculado en base al total de adolescentes.

DISCUSIÓN

Múltiples factores se han asociado al embarazo precoz: el inicio temprano de las relaciones sexuales, que puede guardar relación con la más temprana maduración sexual, ligado al estado de desocupación de los adolescentes y el desconocimiento del uso adecuado de los métodos anticonceptivos. Esto trae consigo embarazos a edades tempranas que generalmente no son deseados. Los resultados encontrados en esta investigación no difieren de numerosos autores como *Hernández* que apreció en su estudio similar situación en las adolescentes menores de 15 años.⁽⁸⁾

En este aspecto se supone que el distanciamiento cada vez mayor entre padres e hijos, la independencia de estos y la pérdida de poder de los padres, dándoles más libertad de disponer de su espacio, influyen en muchas ocasiones. Sin contar con el escaso conocimiento y uso de métodos anticonceptivos eficaces que impidan un embarazo no deseado. Especial énfasis concierne al equipo básico de salud con el control del riesgo reproductivo. Alejar la primera relación sexual de manera espontánea, razonada, con

seguridad y responsabilidad, es parte de la información que le llegue mediante la educación sexual y que en los círculos de adolescentes el médico de familia puede trabajar.

Con respecto a la segunda tabla, resultado análogo se obtuvo en estudio realizado en México, en el cual 52,3 % de las adolescentes inició su control prenatal entre el segundo y tercer trimestres del embarazo, lo que acarreó complicaciones durante su gestación.⁽⁹⁾ *Mendoza* encontró mala adherencia de adolescentes al control prenatal, lo que influyó en la desfavorable evolución del embarazo.⁽¹⁰⁾

Se debe trabajar para lograr control del riesgo preconcepcional y una labor adecuada con el círculo de adolescentes en el primer nivel de atención, con apoyo del nivel secundario, pues esto redundaría en beneficio de los adolescentes.⁽¹¹⁾ La consulta de captación es la más importante de toda la atención prenatal, pues es la que sienta las pautas de seguimiento a partir de la cual se orientan los factores de riesgo para lograr un producto con la calidad requerida. Es también en Cuba, la garantía de que la gestante disfrute de todas las bondades que ofrece un sistema de salud gratuito y universal.

Varios estudios identifican el embarazo adolescente como factor que predispone a la deserción escolar y el elevado índice de bajo nivel escolar. En estudio realizado en Argentina se observó que la mayor parte de los nacimientos proviene de madres adolescentes (78 %) que solo terminaron la primaria o que no completaron el nivel medio.⁽¹²⁾ Igualmente, *Rojas y Claros* demostraron que en más de 40 % de los casos las adolescentes embarazadas quedaron a un nivel de educación primario o menor, lo que determinó en la ocupación posterior de esas madres.⁽¹³⁾

La escolaridad y el nivel de instrucción de las madres constituyen dimensiones claves para el análisis de la fecundidad, la prevención y la atención de la salud y se encuentran fuertemente asociados a la sobrevivencia de los hijos y al cuidado de la salud. Al abandonar la escuela, la adolescente queda casi completamente en atención de los padres, especialmente las que no tienen una pareja estable. Depende en gran medida de la funcionalidad de la familia el atravesar esta crisis de manera efectiva, de manera tal que la adolescente pueda, posteriormente, reinsertarse en la vida escolar. Este embarazo cambia el proyecto de vida de las adolescentes y provoca un abandono obligatorio de sus metas; muestran una maternidad irresponsable, pues no están preparadas para cumplir su rol de madres ni enfrentar una estabilidad familiar.⁽¹⁴⁾

Otra arista a analizar sería la escasa responsabilidad que podrían tener los varones ante un embarazo en esta etapa de la vida. En estudio realizado por *Quiroz* se refiere que cuando existe un embarazo a esta edad, el 40 % de los muchachos opina que los varones no se hacen responsables del mismo y 31 % proponen tener un aborto.⁽¹⁵⁾

La unión de las adolescentes con varones con mayoría de edad podría explicarse si se tiene en cuenta que es característico en esta etapa de la vida la necesidad de emancipación, el sentirse preparadas para enfrentar una relación de pareja, cuando en realidad no lo están. La mujer joven actual está inmersa en una sociedad en la que existe un diluvio de información (o desinformación) que, unido a las influencias sociales, la mueven a plantearse retos que abonen su necesidad de sentirse madura y experimentada. Lo anterior podría ser uno de los móviles que conseguiría llevar a las jóvenes a aceptar parejas con mayor madurez biológica, psicológica y social. También se asocia la presencia del “amor romántico” típica en estas edades. En el hombre, la idea de sentirse lo suficientemente “viriles” como para “conquistar a una mujer joven” podría ser uno de los motivos que lo movilizan a enfrentar una relación de este tipo. Cabría inquirirse en este punto el papel que desempeña la familia en la prevención o ya al enfrentarse a esta relación, el rol de los profesionales de la salud en la mitigación del fenómeno y más aún, de la sociedad en su conjunto, sin soslayar todo lo legal que gira en torno a una unión como esta. Cada etapa de la vida tiene sus características, y es excepcional, en parejas con grandes diferencias de edades, establecer la unidad simbiótica que este vínculo requiere. Sería útil la realización de estudios cualitativos que ayuden a comprender la esencia de este hecho social cada vez más frecuente.

Muy importante es la relación entre la evaluación nutricional de la gestante adolescente y la presencia de un producto de la concepción con bajo peso al nacer (BPN). Los resultados evidencian la estrecha relación que existe entre cómo llega nutricionalmente la mujer al embarazo y el peso del neonato, máxime cuando se trata de una mujer que está en una etapa de la vida en la que aún se están produciendo cambios biológicos que demandan un adecuado estado nutricional.

En estudio realizado en Chile, se refiere que la adolescencia ha sido descrita como un determinante importante de prematuridad y BPN.⁽¹⁰⁾ De la misma manera, *Fernández* encontró una estrecha relación entre el estado nutricional de la madre a la captación y el peso del recién nacido.⁽¹⁶⁾ Asimismo, en la gestante desnutrida y en la adolescente, hay un

inadecuado intercambio feto materno, así como un metabolismo anormal de proteínas, lípidos, carbohidratos y minerales, que propician la utilización insuficiente de los nutrientes por el feto y afectan su desarrollo. Entre los factores personales, la influencia de la edad materna es controvertida y se admite que tanto la edad excesivamente baja como la excesivamente alta condicionan el nacimiento de niños con bajo peso.⁽¹⁷⁾ Lo que sí es indiscutible es que la adolescente, sobre todo en edades extremas, no está preparada para ejercer la maternidad y mucho menos para asumir la crianza y educación de un niño.

El adolescente interactúa siempre con su núcleo social primario: la familia y la comunidad. Por tanto, las acciones dirigidas a mantener su salud integral deben tener un enfoque participativo, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención. La educación es clave en la explicación y la transformación de los fenómenos relacionados con la salud reproductiva. La experiencia de trabajo con los adolescentes enfatiza que un efectivo proceso de educación y orientación, para prepararlos para gozar del derecho de experimentar su sexualidad de manera responsable, es efectiva y debe ser aplicado sistemáticamente.⁽¹⁷⁾ El médico y la enfermera de la familia tienen una importante tarea para llevar adelante este propósito: la dispensarización y el control adecuado de las adolescentes consideradas como de riesgo preconcepcional, así como la labor educativa permanente con los adolescentes y con todos los miembros de su comunidad, es trascendental en esta labor.

En conclusión, el estudio frecuente del comportamiento del embarazo en la etapa de adolescencia es determinante en el enfrentamiento a este fenómeno y constituye un arma esencial para el mejoramiento del estado de salud de la población de este grupo de edad.

Referencias bibliográficas

1. Barcos Pina I, Álvarez Sintés R. Atención al adolescente. En: Álvarez Sintés R, Báster Moro JC, Hernández Cabrera G, García Núñez RD. Medicina General Integral. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.p.461-66.
2. Estrada F, Campero L, Suárez-López L, de la Vara-Salazar E, González-Chávez G. Conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en hombres adolescentes: apoyo

parental y factores escolares. Salud Pública Mex. 2017 [acceso: 17/12/2018];59(5). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2017/sal175h.pdf>

3. Asenjo Cruz E. Plan de Educación para la Salud para embarazadas adolescentes desde Atención Primaria [tesis]. Madrid: Universidad Francisco de Vitoria; 2015 [acceso: 17/12/2018]. Disponible en: <http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1098/TFG1415%20ELENA%20ASENJO%20CRUZ.pdf?sequence=1>

4. Fernández Borbón H, Gerez Mena S, Ramírez Pérez N, Pineda Bouzón A. Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014 [acceso: 19/10/2017];40(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200007&lng=es

5. Pérez Estrada L, Tamayo Ortiz A, Santisteban Cedeño L, Mariño Pérez Y, Pérez Estrada M. Percepción de riesgo sobre el embarazo en adolescentes de noveno grado. MULTIMED Revista Médica Granma. 2016 [acceso: 09/10/2017];20(1). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/138>

6. Jiménez González A, Granados Cosme JA, Rosales Flores RA. Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. Salud pública Méx . 2017 [acceso: 09/10/2017];59(1). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000100011&lng=es

7. Rodríguez Rodríguez N, Cala Bayeux Á, Rodríguez Rodríguez A, Acosta Ortiz M, Guerra Rodríguez D. Factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia. Rev Inf Cient. 2016 [acceso: 09/10/2017];95(6). Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/46>

8. Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Moreno González YM, Pérez Pérez MA. Factors influencing early primiparity in Santa Cruz del Norte for 10 years. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014 Mar [acceso: 09/10/2017];30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100004&lng=es.

9. Mejía Mendoza M.L, Laureano Eugenio J, Saavedra Serrano J.A, Pereida Díaz V.E, Llamas Avelar V, Luévanos Velázquez A. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en un centro de salud urbano de Jalisco, México. Rev.Sal.Jal. 2015

[acceso: 04/05/2018];2(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=77293>

10. Mendoza Tascón LA, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB, Mendoza Tascón LI, Manzano Penagos S, Varela Bahena AM. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. Rev. chil. obstet. ginecol. 2015 [acceso: 19/10/2017];80(4):306-15.

Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000400005&lng=es

11. Fleites Santana N, Álvarez González Y, González Duque I, Díaz Díaz J. Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia. Consejo Popular San Francisco. Venezuela.

Medisur. 2015 Abr [acceso: 09/10/2017];13(2). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000200006&lng=es

12. Carpinetti E, Martínez R. Tendencias recientes y características de la fecundidad adolescente en la Ciudad de Buenos Aires. Población de Buenos Aires.Rev. Pob. Buenos Aires. 2017 [acceso: 04/05/2018];14(25). Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74051020003>

13. Rojas Saunero LP, Claros Beltrán N. Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia. Rev. Méd. La Paz. 2014 [acceso: 09/10/2017];20(1). Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100004&lng=es

14. Quesada Miranda M, Romero Sánchez Md, Prieto Herrera M, Rodríguez Delgado C. Caracterización social del embarazo en la adolescencia. Archivo Médico de Camagüey. 2014 [acceso: 09/10/2017];14(3). Disponible en:

<http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2203>

15. Quiroz J, Atienzo Erika E, Campero L, Suárez-López L. Entre contradicciones y riesgos: opiniones de varones adolescentes mexicanos sobre el embarazo temprano y su asociación con el comportamiento sexual. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2014 [acceso: 09/10/2017];56(2).

Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000200005&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000200005&lng=es)

16. Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2004 [acceso: 04/05/2018];30(2). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000200003&lng=es

17. LugonesBotell M. Teenage pregnancy, importance of prevention in Primary Health Care. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014 [acceso: 09/10/2017];30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100001&lng=es

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

Marislén Vásquez Salina: Recogida del dato primario.

Isabel Morejón Rebelo: Introducción del dato primario en SPSS y confección de las tablas.

Jacqueline Bertrán Bahades: Introducción del dato primario en SPSS y confección de las tablas.

Lisbet Estrada Ladoy: Búsqueda de referencias bibliográficas y otras bibliografías a utilizar.

José Luis Muguercia Silva: Análisis y discusión de resultados. Confección del informe final.