



Categoría: Congreso de la Fundación Salud, Ciencia y Tecnología 2023

ORIGINAL

Socio-demographic and epidemiological risk factors of early gestation. Pinar del Río Municipality

Factores de riesgos socio-demográficos y epidemiológicos de la gestación temprana. Municipio Pinar del Río

Jorge Luis Ferreiro Corrales¹  , Yoleiny Lescalle Ortiz²  , Odalys Lago Carballea³  .

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Dirección Provincial de Salud Pública. Sección de Atención Primaria de Salud. Pinar del Río. Cuba

²Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga. Pinar del Río. Cuba

³Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Ernesto Guevara de la Serna. Pinar del Río. Cuba

Citar como: Ferreiro Corrales JL, Lescalle Ortiz Y, Lago Carballea O. Socio-demographic and epidemiological risk factors of early gestation. Pinar del Río Municipality. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations. 2023;1:42. DOI: <https://doi.org/10.56294/piii202342>

Recibido: 10-12-2023

Revisado: 14-12-2023

Aceptado: 18-12-2023

Publicado: 20-12-2023

Editor: Rafael Romero-Carazas 

ABSTRACT

Introduction: Adolescent pregnancy is a global public health concern. It is accompanied by significant morbidity derived from biological, sociocultural and economic factors that compromise the mother-child binomial, and has repercussions on the family and society. **Objective:** to characterize the sociodemographic variables related to adolescent pregnancy in the municipality of Pinar del Río from January 2022 to March 2023, an observational, descriptive, cross-sectional study was carried out with a universe of 240 adolescents admitted to the regional maternity home Justo Legón Padilla during the aforementioned period, coinciding with the sample, theoretical, empirical and descriptive statistical methods were used. **Results:** The Mean level of adolescent pregnancy incidence was higher in those older than 15 years schooling predominated and the majority reported not having received sex educations. Only 12,5 % of the pregnant adolescents practiced any religion and 6,6 % lived in a consensual union. Most of the young woman initiated sexual relations between the age of 15 and 1 years and 12,5 % used some type of contraceptive. Pregnant women from rural areas predominated. **Conclusions:** Early gestation was related to medium level of schooling, rural origin, consensual union, inefficient use of contraceptive methods and poor sexual education.

Keywords: Pregnancy, adolescence, socio-demographic factors.

RESUMEN

Introducción: El embarazo adolescente es un motivo de preocupación para la salud pública a nivel global. Se acompaña de una importante morbilidad derivada de factores biológicos, socioculturales y económicos que comprometen el binomio madre e hijo, repercute en la familia y la sociedad. **Objetivo:** caracterizar las variables sociodemográficas relacionadas con el embarazo adolescente en el municipio Pinar del Río desde enero de 2022 a marzo de 2023, se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, con un universo de 240 adolescentes ingresadas en el Hogar Materno Regional Justo Legón Padilla durante el período antes mencionado, coincidiendo con la muestra; se utilizaron métodos teóricos, empíricos y de la estadística descriptiva. **Resultados:** se obtuvo mayor incidencia de embarazo adolescente en las mayores de 15 años, predominó el nivel medio de escolaridad y la mayoría refirió no haber recibido educación sexual. Solo el 12.5% de las adolescentes embarazadas practicaban alguna religión y el 86.6% vivían en unión consensual. La mayoría de las jóvenes iniciaron sus relaciones sexuales entre los 15 a 19 años y el 12.5% utilizaron algún tipo de anticonceptivo. Predominaron las embarazadas que procedían de zonas rurales. **Conclusiones.** La gestación temprana se relacionó con el nivel medio de escolaridad, la procedencia rural, la unión consensual, el ineficiente uso de métodos anticonceptivos y la escasa educación sexual.

Palabras clave: embarazo, adolescencia, factores sociodemográficos.

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es un motivo de preocupación para la salud pública a nivel global ya que se acompaña de una importante morbilidad derivada de factores biológicos socioculturales y económicos que comprometen el binomio madre adolescente e hijo, es frecuente el bajo peso materno y fetal, el parto pretérmino y una pobre asistencia al control prenatal y desde el punto de vista económico afecta la posibilidad de estudiar por lo que usualmente las madres adolescentes se ven relegadas a trabajos con bajo salarios que perpetúan la pobreza. (1) Cada día son más los casos de jóvenes menores de 19 años que resultan embarazadas, principalmente por la falta de conocimiento y educación en el ámbito sexual; incluyendo también la ausencia de métodos anticonceptivos. El porcentaje de mujeres adolescentes entre 15 a 19 años que están o han estado alguna vez embarazadas subió al 14,6 % en 2017. (1) La OMS reporta que alrededor del mundo, 16 millones de muchachas entre 15-19 años de edad y 2,5 millones menores de 15 años tienen embarazos en países en desarrollo, estimándose que aumentarán estas cifras para el año 2030, proporcionalmente al crecimiento de esta población y particularmente en regiones como África Central y Occidental, así como en poblaciones rurales y de procedencia indígena. (2,3) Se estima que más de la mitad de los adolescentes viven en países subdesarrollados con altos niveles de pobreza, violencia, enfermedades crónicas, virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), malnutrición y deficiente salud sexual y reproductiva. La Tasa de Fecundidad adolescentes (TFA) se estimó entre los años 2010-2015 de 46,7 por cada 1000 adolescentes y varió en las distintas partes del mundo. En las regiones con menor desarrollo socioeconómico, se evidencian la TFA más elevadas, como en África y en la región Latinoamericana (Centroamérica, Suramérica y el Caribe). En Centroamérica y el Caribe se reportan las TFA más altas de todo el continente, siendo República Dominicana (97,6) y Nicaragua (93,8) respectivamente. Entre el 30-34% de la población latinoamericana tiene entre 10-24 años de edad, mientras que en otras regiones del mundo como Centroamérica es del 9%, sin embargo, esta región es una de las que mayor inequidad presenta y muchos de los adolescentes no tienen oportunidades de progreso. (2) Los trastornos relacionados con el embarazo ocasionaron el 9% de las muertes entre 15-24 años en Centroamérica y Suramérica. Anualmente se estima la presencia de 22 millones de abortos inseguros realizados principalmente en países en desarrollo, donde el 15% son adolescentes entre 15-19 años de edad. Asimismo, 3,2 millones de abortos inseguros son realizados en adolescentes, de los cuáles 50% se realizan

en África y constituyen el 22% de la región, mientras que en Latinoamérica y el Caribe engloban el 16% del total de casos. (2) Según datos del Anuario Demográfico de Cuba publicado en 2019, al cierre de 2018 la tasa de fecundidad adolescente fue de 54,6 nacimientos por cada mil jóvenes entre 15 y 19 años. Eso significa que el 16 por ciento de los nacimientos en Cuba lo aportan madres menores de 20 años. Y la tendencia ha ido en aumento en la última década. El 13 % de los nacimientos ocurren en madres adolescentes, lo que hace que se ubique entre las naciones con un elevado índice en este grupo de edad. (3) El 50 % de los chicos entre 15 y 19 años tienen vida sexual activa. Se ha observado una alta incidencia de embarazos en la adolescencia fundamentalmente en las provincias orientales. En Granma y en Bayamo se han encontrado cifras entre 60 y 70 % de embarazo precoz. (4) El embarazo en adolescentes había registrado una tendencia a la disminución entre 1994 y 2005, de 60 a 44.9 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad. Sin embargo, en los años próximos comenzó un proceso de incremento. Para el 2017 su valor fue de 52, lo que representa alrededor del 16% del total de la fecundidad. En el último decenio en el país, este comportamiento muestra una resistencia a variar, aun cuando se han realizado numerosas acciones. En la medida que Cuba registra un proceso de decrecimiento de la fecundidad, aumentan las proporciones y tasa de embarazo en la adolescencia; de ahí que podría suponerse que en un país que se destaca por su equidad reproductiva, el embarazo en la adolescencia constituye un resultado no esperado en el proceso de reproducción cuyas causas hay que encontrarlas en factores sociológicos, psicológicos, culturales y otros que son analizados en su evolución. (5) De esta problemática de salud no escapa Pinar del Río, donde al cierre del 2022 de las 9053 captaciones de embarazos, 2065 fueron de adolescentes, que representa el 23% del total de las gestantes captadas, y 59 pertenecían al grupo de edad de 12 a 14 años. Con una tasa de incidencia según anuario estadístico hasta 2022, de 51.5 nacimientos por cada 1000 niñas entre 15 y 19 años. (6) Según datos del Departamento de Estadísticas de la provincia en la cabecera municipal, las adolescentes gestantes constituyeron el 21.7% del total de embarazadas captadas en el año 2022 y principios del 2023, distribuidos en las 4 áreas de salud, teniendo una repercusión negativa en los principales indicadores del Programa Materno Infantil al cierre del último año. Por lo expuesto anteriormente se realiza esta investigación con el objetivo de caracterizar los factores de riesgos socio-demográficos y epidemiológicos de la gestación temprana en el Municipio Pinar del Río en el periodo de enero de 2022 a marzo de 2023.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal.

Se consideró como universo a 240 embarazadas adolescentes que se encontraban ingresadas en el Hogar Materno Regional Justo Legón Padilla en el período y que firmaron el consentimiento informado, coincidiendo con la muestra.

Los datos obtenidos se llevaron a una ficha de procesamiento estadístico que recogió las variables de principal interés. Se confeccionaron tablas de distribución de frecuencias, teniendo en cuenta las principales características sociodemográficas y epidemiológicas relacionadas con el embarazo en la adolescencia. Para la obtención de la información se utilizaron las historias clínicas y se encuestaron todas las adolescentes ingresadas en el Hogar Materno en el período de referencia. La información se almacenó en una base de datos y se procesó a través de métodos de estadística descriptiva.

Consideraciones éticas. Basado en lo establecido en la Declaración de Helsinki 44, para la realización de estudios investigativos en seres humanos, se les informó a las adolescentes que su participación es de forma voluntaria, que no representará ningún compromiso y que tendrán la total libertad de aceptarlo o no, explicándosele que los datos obtenidos solo serán utilizados con fines investigativos. Para ello firmaron un acta de consentimiento informado.

RESULTADOS

El grupo de edad de mayor incidencia en el embarazo adolescente fue el de mayores de 15 años, con un 83.7% y prevalecieron las estudiantes con un 55.4%.

Tabla # 1. Distribución de adolescentes gestantes según grupo de edad y ocupación

Grupo de edad	Estudia		No estudia		Total	
	#	%	#	%	#	%
Menores de 15 años	18	7.5	21	8.7	39	16.3
Mayores de 15 años	115	47.9	86	35.8	201	83.7
Total	133	55.4	107	44.5	240	100

Fuente: Historia Clínica Obstétrica.

La Tabla 2, evidencia que prevalecieron las adolescentes con nivel medio de escolaridad en un 49.6% y el 90% refiere no haber recibido educación sexual por ninguna de las vías

Tabla # 2. Distribución de adolescentes gestantes según nivel de escolaridad y educación sexual recibida

Nivel Escolar	Educación sexual recibida				Total	
	Recibió	%	No Recibió	%	#	%
Nivel Medio	18	7.5	101	42.1	119	49.6
Nivel Med Superior	6	2.5	115	47.9	121	50.4
Total	24	10	216	90,0	240	100

Fuente: Historia Clínica Obstétrica.

La Tabla 3, muestra que solo el 12.5% de las adolescentes embarazadas practicaban alguna religión (protestantes), y 86.6% vivían en unión consensual (acompañadas)

Tabla # 3. Distribución de adolescentes gestantes según práctica religiosa y estado civil

Religión	Estado Civil						Total	
	Casada		Unión Consensual		Soltera			
	#	%	#.	%	#	%	#	%
Si	3	1.25	24	10	3	1.25	30	12.5
No	1	0.41	184	76.6	25	10.4	210	87.5
Total	4	1.66	208	86.6	28	11.6	240	100

Fuente: Encuesta.

La tabla 4 permite reconocer que la mayoría de las jóvenes tienen su primera menstruación entre 11 a 14 años de edad con un 93.7% de la serie de casos y que inician sus relaciones sexuales entre los 15 a 19 años de edad, con un total de 212, para un significativo 88.3%

Tabla #4. Distribución de las adolescentes embarazadas según edad de primera menstruación e inicio de las relaciones sexuales

Edad	Primera menstruación		Inicio R. Sex	
	#	%	#	%
11-14 años	225	93.7	28	11.7
15-19 años	15	6.3	212	88.3
Total	240	100	240	100

Fuente: Historia Clínica Obstétrica.

La Tabla 5, permitió constatar que sólo el 12.5% de las adolescentes embarazadas utilizaba algún tipo de anticonceptivo, mientras un 23.7% tuvieron al menos un aborto (la mayoría planificados). Llama la atención que el grupo etario que más utiliza los métodos anticonceptivos es el de mayores de 15 años, pero también es el que más abortos anteriores ha tenido.

Tabla # 5. Distribución de adolescentes gestantes según utilización de métodos anticonceptivos y cantidad de abortos realizados.

Edad	Uso de anticonceptivos				Abortos Anteriores							
	Si	%	No	%	0	%	1	%	2	%	3 >=	%
>15	7	2.92	37	15.4	36	15	7	2.92	1	0.42	-	-
<15	23	9.58	173	72.1	127	52.9	50	20.8	17	7.5	1	0.42
Total	30	12.5	210	87.5	163	67.9	57	23.7	19	7.92	1	0.42

Fuente: Encuesta

En la tabla no.6 predominan las embarazadas que proceden de zonas rurales con mayores porcentajes (59.6%) y el área de mayor incidencia de salud resultó ser el policlínico Hermanos Cruz, lo que hace evidente que el contexto rural es más propenso por tradición al aumento del embarazo en la adolescencia.

Tabla # 6. Distribución de adolescentes gestantes según área de salud y zona de procedencia

Área de salud	Rural		Urbana		Total	
	#	%	#	%	#	%
Pedro Borrás	29	12.1	17	7.1	46	19.1
Turcios Lima	22	9.2	12	5.0	34	14.2
Raúl Sánchez	41	17.1	29	12.1	70	29.2
Hermanos Cruz	51	21.2	39	16.2	90	37.5
Total	143	59.6	97	40.4	240	100.0

Fuente: Encuesta.

DISCUSIÓN

En el estudio de Hernández Peña AM, se determinó que según los grupos de edades, el 6,7% con 3 casos están comprendidos en las edades de 11- 14 años, el 62,2% entre 18 y 19 años y 31,1 % 15 y 17 años respectivamente. En opinión de Favier Torres MA, la posibilidad de quedar embarazadas las adolescentes es tres veces mayor entre 15 y 19 según los resultados del estudio.(7,8)

Estos aportes refuerzan los hallazgos estadísticos obtenidos como parte del presente estudio. Las estadísticas muestran dos aspectos de interés: por un lado, se tiende a tener hijos a más temprana edad y por otro el pico de incidencia es de 15 a 18 años regularmente. (9,10) Varona F, y otros plantean que en todo el mundo las tasas de embarazo en la adolescencia varían, pudiéndose observar que las mayores se registran en África, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana puesto que se celebra la unión conyugal como prueba de fertilidad de la mujer joven, donde la media de edad es de 16 ± 2.7 años de edad (11,12) La elevada incidencia de embarazos en adolescentes en los países latinoamericanos, no solo persiste sino que tiene una clara tendencia a sostenerse sobre los 15 a 17 años de edad. (13,14) Las vías por las cuales las gestantes recibieron orientación relacionada con la educación sexual, fueron las escuelas y amigos; de quienes menos reciben información sobre el tema es de los padres y equipo básico de salud. En el estudio de Ávila Montes GA, los resultados configuran el perfil típico de la adolescente embarazada urbana que se caracteriza por la siguiente triada: adolescentes procedentes de un hogar desestructurado, con baja escolaridad (apenas la educación media) y con antecedentes de hábitos tóxicos como el tabaquismo. En este caso se coincide con los autores relacionando la mayor cantidad de pacientes en educación media. (12,14-15) En el estudio de Hernández Peña sobre los medios en los cuales adquirieron los conocimientos acerca del embarazo adolescente, se tiene que fue el realizado por la escuela con 37.8%, seguidos por los amigos con un 20.0 % y luego los padres, médicos y enfermeras de la familia (15,6%). (8,16), en lo cual concordamos con lo aportado por los autores citados. En estudio de Ríos en Barcelona se constató, que la gran mayoría tienen una afiliación religiosa evangélica y no se les permite la procreación de hijos sin estar casadas, lo que en estos casos conllevó a un matrimonio precoz. (17) Según Ulanowicz, las adolescentes sin práctica religiosa fueron las que más predominaron en las manifestaciones de embarazo, lo que coincide ciertamente con el presente estudio. (5,7) Visto de esta forma la práctica religiosa es un factor de riesgo de doble funcionalidad. Por una parte, se considera protector porque aquellas adolescentes que tengan devoción a una fe, muestran patrones de conductas que no tienden al embarazo adolescente, ya que sería transgredir la norma de procrear estando en matrimonio, lo que más suele suceder a esta edad. Por otra parte, en aquellas familias permisivas en la presencia del embarazo no se practican ni antes o después la utilización de anticonceptivos y menos el aborto, lo que conlleva a elevar la tasa de fecundidad en estas adolescentes. (11,18)

En las últimas décadas la evolución de lo biológico, psicológico y social se ha ido separando progresivamente. Tal es así que en la madurez biológica se observa un descenso en la edad de la menarquia, lo que permite el embarazo en las edades más tempranas de la vida en varias partes del mundo y con estos los riesgos médicos asociados con el aborto y sus complicaciones. Esta aparición temprana de la menstruación genera una situación de riesgo en la adolescente. (14,19) Científicamente se ha comprobado que hay un adelanto de casi un año en la menarquia, ésta se sitúa como promedio a los 12 años, lo que lleva a una parcial madurez fisiológica. Esta condición se asocia con relaciones sexuales más tempranas, con casi un adelanto de tres años con respecto a las generaciones anteriores. (20) Según Ávila Montes, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue a los 14 años de edad, siendo la edad más temprana a los 12 años. La mayoría de las adolescentes inician su vida sexual entre los 15-19 años; sin embargo, se encuentran casos de inicio de la vida sexual en la etapa de los 12-14 años aspecto en el cual nosotros coincidimos. (21)

Llama la atención que el grupo etario que más utiliza los métodos anticonceptivos es el de mayores de 15 años, pero también es el que más abortos anteriores ha tenido. Demostrándose el desconocimiento que existe sobre el uso correcto de los métodos anticonceptivos por parte de los jóvenes. Peláez Mendoza describe resultados similares en su estudio en relación a esto. (16,17) Hernández Mayorrevela similitud con nuestro estudio, donde esclarece que es escasa la utilización de métodos anticonceptivos entre el 80 al 90% de los casos, aun en la era del preservativo o condón (18) Otros estudios realizados, aseguran que el embarazo precoz es causa de rechazo hacia los hijos y se relaciona psico-clínicamente con abortos espontáneos o planificados, con incidencia de repetición, al no contar con la maduración orgánica y psicológica necesaria para lograr el curso de la gestación en las mejores condiciones. (21) En estudios realizados en otros países se destaca que más de 2 millones de jóvenes son sometidas anualmente a un aborto casi siempre en condiciones de riesgo, informándose que 1 de cada 3 adolescentes que acude al hospital solicitando asistencia por complicaciones de aborto es menor de 20 años. Cuba presenta similar problemática con la diferencia de que aquí el aborto se realiza por un personal calificado y en condiciones adecuadas, lo que ha disminuido el riesgo de complicaciones inmediatas, pero evidencia la permisividad del embarazo adolescente al existir la posibilidad del aborto clínico. (22)

El estudio realizado por de la Rosa O, reveló que el 65% de los nacimientos de hijos/as de madres adolescentes ocurre en zonas rurales, donde hay menos recursos económicos; mientras que un 35% pertenece a las zonas urbanas, donde existe mayores condiciones. (7), coincidiendo esto con los datos reflejados en la presente investigación. La frecuencia del embarazo precoz por regiones es variable, oscila entre un 1.9% del total de nacimientos en países desarrollados hasta un 26%, en algunos otros países como Cuba, llegando a alcanzar proporciones aún más altas cuando se analizan datos en áreas rurales. El medio rural de manera general conduce a uniones tempranas y los problemas que se presentan habitualmente son de orden biológico como la desnutrición, y un deficiente control prenatal por accesibilidad disminuida a causa del transporte y recursos económicos. (23) La incidencia de embarazos es mayor en las residentes en las regiones más pobres, emigrantes de zonas rurales y en poblaciones menos educadas con un 20.3% del total de embarazo según Cabrera Rodríguez. (24) En nuestro estudio se vio influenciado, por la pobre educación sexual y el no uso de anticonceptivos.

CONCLUSIONES

El embarazo en la adolescencia constituye un problema social vigente y en ascenso, que en las adolescentes del estudio se relaciona fundamentalmente con nivel medio de escolaridad, procedencia rural, unión consensual, el no uso de métodos anticonceptivos y la poca educación sexual que reciben.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 1-Aguilar Silva E, Soto Gutiérrez C. Embarazo Adolescente relacionado con factores socio demográfico. Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca, 2015. [Internet]. [Tesis para obtener el título profesional de licenciada en enfermería]. Perú: Cajamarca. 2015. [Citado en julio de 2021]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/288302581.pdf>
2. 2- González Galbán H. Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente. Scielo. [Internet]. 2019. [Citado en julio de 2021]. [Aprox 24p]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/fn/v12n23/v12n23a3.pdf>.
3. 3- Cuba. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2019. Gaceta OficRepúb Cuba. [Internet]. 2020. [Citado en julio de 2021]. (59) Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadístico-de-cuba>.
4. 4-Uriguren García AC, González Bracho JR, Espinoza Díaz J, Hidalgo Noroña TM, García Alcivar FR, Gallegos Paredes MH, et al. Embarazo en la adolescencia:¿Lanueva “epidemia” de los países en desarrollo? Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. [Internet]. 2019 Jul. [Citado en

- julio de 2021]; 38(3):232-45. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=139206597&lang>
5. 5- González Cabrera C. Efectos de la modalidad narrativa en la prevención del embarazo adolescente. Modelos de moderación y narración moderada. [Internet]. [Tesis Doctoral]. Ecuador: Univ. De Salamanca. 2019. [Citado en septiembre de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=256003>
 6. 6- Pichs Rodríguez L. “Adolescencia y embarazo no deben coincidir”. Periódico ¡Ahora! Mayo, 2021 [Internet]. [Citado en Mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.ahora.cu/es>
 7. 7- De la Rosa O, Guzmán L, Martínez M, Reyes P. Análisis del perfil sociodemográfico de las adolescentes embarazadas asistidas en una unidad de atención integral de un hospital de Santo Domingo, República Dominicana, período febrero-abril, 2017. *Ciencia y Salud*. [Internet]. 2018, enero-abril. [Citado en septiembre de 2021]; II (1): [aprox 4p]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/324116662>
 8. 8- Abajo FJ. La Declaración de Helsinki VI: una revisión necesaria, pero ¿suficiente? *Rev. Esp. Salud Pública*. [Internet]. 2001 oct. [Citado en marzo de 2021]; 75 (5): 407-420. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?scrip=sciarttex&pid=S1135-57272001000500002&ing=es>.
 9. 9-Favier Torres MA, Dorsant Rodríguez LC, Maynard Bermúdez RE, Dehesa González LM, Torres Ramos IM. Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia en la Comunidad de Curazao, Venezuela. *Rev. Inf. Cient*. [Internet]. 2015 [Citado en marzo de 2021]; 77(1). Disponible en: <http://www.gtm.sld.cu/content>
 10. 10 -Favier Torres MA, Samón Leyva M, Ruiz Juan Y, Franco Bonal A. Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. *RevInformCient*. [Internet]. 2018 Sep. [Citado en diciembre de 2020]; 97(5):1043-53. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=134128488&lang>
 11. 11-Varona, F. Hechavarria, N. Navarro, N. Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. *Rev Cubana Obstetr. Ginecol*. 2015; 36(4).
 12. 12-Ávila Montes GA, Barbena García M, Arguello Munguía P. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Rev. Med. Hondur*, 2016. 79 (2).
 13. 13-Gálvez Espinosa M, Rodríguez Arévalo L, Rodríguez Sánchez CO. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. *Rev Cubana Med Gen Integr*. [Internet]. 2016 [Citado en marzo de 2021]; 35(2). Disponible en: <http://www.revmgj.sld.cu/index.php/mgi/article/view/225>
 14. 14-Parada AJ. El embarazo adolescente le cuesta al país. *UN Periódico* 72:25. Marzo 2005. Universidad Nacional de Colombia.
 15. 15-Hernández Peña AM, Larrazábal Fuentes A, Cabo de Villa Córdoba R, Álvarez Lestapi Y, Rodríguez Rodríguez N. Intervención educativa en adolescente del
 16. Policlínico Universitario “Omar RanedoPubillones” sobre conocimientos de embarazo. *Revista Información Científica* 2014; 86(4).
 17. 16-Peláez Mendoza J. Anticoncepción en los adolescentes y adultos jóvenes. En: *Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio*. 2aed. La Habana: Científico Técnica; 2da edición; 2017: 56(8). P.60-1.
 18. 17- Ríos C. Embarazo en la Adolescencia. En: *Diplomado de Enfermería* [CD ROM]. Barcelona. 2006.
 19. 18-Hernández Mayor y otros. Comportamiento de embarazo en la adolescencia en Consultorio médico de Venezuela. *Revista Información Científica*. [Internet]. 2011 [Citado en marzo de 2021]; 70(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6143655>.

20. 19 -Romero MI, Maddaleno M, Silber Tomás J, Munist M. Salud reproductiva. En: Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suarez Ojeda EN. Manual de medicina de la adolescencia. EEUU: Publicación de la organización panamericana de la salud, 2012:473-518.
21. 20-Kumbi S, Isehak A. Obstetris outcome of teenage pregnancy in northwestern Ethiopia. *East AfrMed J.* 2017; 76(3):138-40.
22. 21-Alfonso Fraga JC. Reproducción en la adolescencia: una caracterización sociodemográfica. *Rev. Sexol. Soc.* 2018; 1(3):2-5.
23. 22-Castillo C, López C, Muñoz C, Rivera J. Una aproximación a la conflictiva de la adolescente soltera embarazada. México. 2016.
24. 23-Vázquez Bustos W P, Sempértegui Cárdenas P X, Guamán Vásquez A P. Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores asociados en el Hospital Luis F. Martínez. Cañar 2017. *Rev. Fctad. CM Univ. Cuenca.* [Internet]. 2020 Dic. [Citado en enero de 2022];30(3). Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32265>
25. 24-Cabrera Rodríguez A, Álvarez Vázquez I. Revisión, percepción y comportamientos de riesgo en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Rev. Cub. Salud Pú.* 2016; 32(1)

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Jorge Luis Ferreiro Corrales, Yoleiny Lescalle Ortiz, Odalys Lago Carballea.

Investigación: Jorge Luis Ferreiro Corrales, Yoleiny Lescalle Ortiz, Odalys Lago Carballea.

Metodología: Jorge Luis Ferreiro Corrales, Yoleiny Lescalle Ortiz, Odalys Lago Carballea.

Administración del proyecto: Jorge Luis Ferreiro Corrales, Yoleiny Lescalle Ortiz, Odalys Lago Carballea.

Redacción-borrador original: Jorge Luis Ferreiro Corrales, Yoleiny Lescalle Ortiz, Odalys Lago Carballea.

Redacción-revisión y edición: Jorge Luis Ferreiro Corrales, Yoleiny Lescalle Ortiz, Odalys Lago Carballea

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.