



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

PREVALENCIA DE PARTOS EN LA ADOLESCENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, BUCARAMANGA (COLOMBIA) 2006. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL¹

A cross-sectional study of childbirth prevalence in adolescents and associated factors in the Santander Teaching Hospital, Bucaramanga, Colombia, 2006

*Argénida Blanco-Gómez, M.D.**, *Fidel Latorre-Latorre, M.D.***,
*Sonia Osma-Zambrano, M.D.****, *Ximena Juliana Monturiol-Durán, M.D.*****,
*Miguel Ángel Medina-Pabón, M.D.******, *Lina Marcela Quintero-Díaz, M.D.******,
*Erlith Patricia Alfonso-Hernández******

Recibido: agosto 20/09 – Aceptado: mayo 10/10

RESUMEN

Introducción: el embarazo en la adolescencia es la gestación que ocurre entre los 10 y los 19 años de edad. En nuestro medio se ha convertido en un problema de salud pública, evidenciándose en este estudio un aumento de la prevalencia hasta superar las cifras locales y nacionales.

Objetivo: determinar la prevalencia de partos y los factores asociados en madres adolescentes que

ingresaron al Hospital Universitario de Santander (HUS) durante el año 2006-2007.

Metodología: estudio de corte transversal de 273 mujeres seleccionadas de forma aleatoria sistemática que presentaron parto vaginal o por cesárea, en el HUS desde julio de 2006 hasta julio de 2007. Se aplicó una encuesta, donde se incluyeron variables de interés, (sociodemográficas, familiares, psicológicas); se completó la información con la historia clínica y se analizaron en el programa Epi Info[®] 2000 y Stata[®] 8.0.

Resultados: la prevalencia de partos fue de 31,14% (IC95% 25,8-37,0) en pacientes menores de 20 años. Los factores protectores fueron: tener preocupación por el futuro (OR = 0,5), inicio tardío de relaciones sexuales (OR = 0,51) y no recibir educación sexual por parte de los padres (OR = 0,3). Los factores de riesgo fueron: no planear el embarazo (OR = 2,35) y no planificar (OR = 2,35).

Conclusiones: la prevalencia encontrada es muy superior a la hallada en otros estudios locales, nacionales e internacionales.

¹ Este estudio ganó el primer puesto como mejor propuesta investigativa, financiado por la administración de la misma institución: “fomento a la investigación en el área clínica del Hospital Universitario de Santander (HUS)” 2006.

* Especialista en Medicina Familiar, Profesora de Pediatría Grupo PAIDOS, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga (Colombia).
** Pediatra y Epidemiólogo, Profesor de Pediatría, Grupo PAIDOS, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga (Colombia).
*** Especialista en Obstetricia y Ginecología, Grupo PAIDOS, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga (Colombia).
**** Especialista en Pediatría, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga (Colombia). Correo electrónico: ximontu@hotmail.com
***** Médico y Cirujano, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga (Colombia).
***** Estudiante de Enfermería, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga (Colombia).

Palabras clave: embarazo, prevalencia, embarazo adolescente, factores asociados.

SUMMARY

Objective: adolescent pregnancy refers to gestation occurring between age 10 and 19; this has become a public health problem in Colombia. This study sought to determine the prevalence of births in teenagers admitted to the Santander Teaching Hospital (STH) over a year-long period (2006 and 2007) and the factors associated with the likelihood of teenage pregnancy for this region.

Methodology: this was a cross-sectional study of 273 systematically and randomly selected females who underwent vaginal and caesarean births in the STH between July 2006 and July 2007. A survey was applied which included variables of interest (sociodemographic, family, psychological); the information was completed with the females' clinical history and Epi Info™ 2000 and Stata™ 8.0 were used for analysing the data.

Results: there was 31.14% (25.8-37.0 95%CI) prevalence for deliveries in patients aged less than 19. Factors disposing against teenage pregnancy included: being worried about the future (OR = 0.5), late onset of sexual activity (OR = 0.51) and not having received sexual education from parents (OR = 0.3). Risk factors were unplanned pregnancy (OR = 2.35) and not using contraceptive methods (OR = 2.35).

Conclusions: the findings revealed a prevalence which was far higher than that found in similar local, national and international studies.

Key words: pregnancy, prevalence, adolescent pregnancy, associated factor.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia se define como la **gestación** entre los 10 y los 19 años de edad. Son madres que cursan, desde el punto de vista

biológico, social y psicológico, una transición de la niñez a la edad adulta.¹

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública que tiene implicaciones médicas, psicosociales, políticas y económicas que afectan no sólo a la adolescente y su familia sino también a su comunidad, debido a que la maternidad juvenil reproduce el ciclo de pobreza y tiene como consecuencia para la sociedad una alta pérdida de población con instrucción y productividad, que finalmente repercutirá en el desarrollo económico del país.²

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2005 revela que el embarazo adolescente sigue en aumento al pasar del 19 al 21 por ciento entre el año 2000 y el 2005. Lo anterior significa que una de cada cinco adolescentes entre los 15 y 19 años de edad está o ha estado alguna vez embarazada.³

Son muchos los factores que se han descrito asociados al embarazo adolescente, entre ellos encontramos factores sociodemográficos, tales como: el bajo nivel socioeconómico y educativo, provenir del área rural y ausencia de pareja;³⁻¹¹ biomédicos: madurez reproductiva precoz, inicio temprano de relaciones sexuales, conductas de riesgo sexual como: no uso de anticonceptivos, promiscuidad, uso de alcohol, cigarrillos y otras sustancias psicoactivas;^{3,5,6,11,12-19} psicológicos: baja autoestima, abuso, maltrato físico y psíquico, y las fantasías y creencias propias de la edad como son la invulnerabilidad y falta de conciencia de adquirir enfermedades de transmisión sexual;^{2,6,12} familiares: disfunción familiar, familias disueltas, madres solteras, madre y hermanas con embarazos adolescentes, y ausencia de educación en valores.^{5,12,13,17-25}

En el Hospital Universitario de Santander (HUS), institución de III nivel ubicado en Bucaramanga y que es centro de referencia de la red pública del nororiente de Colombia, se desconocían la prevalencia actual del embarazo en adolescentes y los factores asociados al mismo. El último estudio había sido realizado hace más de 10 años (1990),

mostrando un alto índice de gestaciones juveniles en esta institución.²⁶

Por la complejidad de las consecuencias para la madre, el hijo, la familia y la sociedad, la alta frecuencia y la morbimortalidad que el embarazo en adolescentes conlleva, se realizó este estudio. El objetivo principal fue conocer la prevalencia de partos en adolescentes en el HUS y los objetivos secundarios, identificar las características sociodemográficas, familiares y psicológicas de las mujeres participantes, y los factores de asociación con la maternidad en menores de 19 años.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal con análisis exploratorio. Se incluyeron las madres cuyos partos fueron atendidos por vía vaginal o cesárea, con productos vivos o muertos, sin tener en cuenta su peso, con edad gestacional entre 21 y 42 semanas, desde el 1° de julio del 2006 hasta el 1° de julio del 2007 en el Hospital Universitario de Santander. Se excluyeron las madres que no aceptaron participar. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la institución y se solicitó consentimiento de las pacientes para participar. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático. Teniendo en cuenta que durante el año 2005 se atendieron alrededor de 2.500 nacimientos, durante los tres primeros meses del año 2006 la proporción esperada de partos en mujeres adolescentes estuvo cercana al 25%, según una prueba piloto realizada, y, esperando que este valor pudiese tener una variación aproximada del 5%, de acuerdo con lo mencionado en las encuestas de salud 2000 y 2005, el tamaño calculado de la muestra fue de 286. Las pérdidas fueron del 5%, para un total de 273 participantes.

A cada persona incluida en el estudio se le aplicó una encuesta elaborada por los investigadores y basada en la bibliografía revisada, donde se recolectaron datos con las variables de interés. Se revisaron las historias clínicas para corroborar y aclarar datos que la madre desconocía. Todos los autores participaron en la recolección de datos. Con esta

información se elaboraron dos bases de datos en el programa Epi Info[®] 2005 versión 3.3.2, digitadas por dos miembros del equipo, las cuales fueron comparadas para detectar errores en las mismas.

Se midió la edad materna, el nivel socioeconómico y educativo, el sitio de residencia, la ausencia de pareja, la edad de la menarquia y de inicio de relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos, el uso de alcohol, cigarrillos y otras sustancias psicoactivas, la baja autoestima, la preocupación por el futuro y presencia de disfunción familiar mediante el test de Apgar.

Análisis

Se estableció la prevalencia de partos en menores de 19 años. Se evaluó la asociación de cada factor con la presencia de parto en una mujer adolescente. Para dicha evaluación se utilizaron: X^2 , test exacto de Fisher, t de Student y análisis de varianza según la naturaleza de la variable. Para establecer asociaciones se asumió un valor de $p < 0,05$. Se realizaron transformaciones de las variables de acuerdo con los supuestos de un modelo logístico y, finalmente, las variables que resultaron asociadas a un embarazo en adolescentes, con una $p < 0,15$, fueron probadas en un modelo construido mediante la herramienta *Step Wise* de Stata[®] 8.0.

RESULTADOS

Se encontró que 85 de las 273 madres entrevistadas tenían 19 años o menos en el período de estudio, para una prevalencia de 31,14% (IC95% 25,8-37,0). Las características basales de la población estudiada se observan en la **tabla 1**.

La edad promedio de las participantes en este estudio fue de 22 años (13-44). Se evidenció un nivel de escolaridad promedio de 6° grado, primaria completa en un 24,44% y un 11% había terminado la secundaria. Iniciaron relaciones sexuales antes de los 15 años el 15,6% (42/273) y entre 15 y 19 años el 70,3% (190/273). La edad promedio de la madre al tener su primer hijo fue de 19 años, el 5,4% antes de los 15 años y el 56,1% entre los 15 y 19 años. La

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes.

VARIABLES	n = 271	(%)	(IC95%)
Años cursados de educación formal	270	(6)	(3,13)
Procedencia urbana	180	(65,9)	(59,9-1,4)
Reconocen tener religión	212	(78,23)	(72,7-82,9)
Estrato Socioeconómico 0-2	258	(94,5)	(90,9-96,7)
Estado civil unión libre	262	(59,56)	(53,4-65,3)
Seguridad Social			
Subsidiado con ARS	173	(63,6)	(57,5-69,2)
Subsidiado sin ARS	86	(31,6)	(26,2-37,5)
Ocupación			
Hogar	168	(61,9)	(55,8-67,7)
Desempleado	27	(9,96)	(6,78-14,31)
Recibió educación sexual por padres	85	(31,5)	(26,0-37,4)
Tuvo hijos antes de los 19 años	158	(61,5)	(54,8-66,5)

edad mínima para el primer hijo fue de 12 años y la máxima de 41 años. El 40,89% (110/273) de las pacientes eran primigestantes. El período intergenésico de los hijos fue menos de 1 año en el 25% de los casos, entre 1 y 2 años en el 25% y más de 2 años en el 50%. La gestación no fue planeada por las pacientes en un 64,29% (171/266) y no fue aceptada por el 3,76% (10/266). Un 82,71% (220) de las participantes refirieron haber sido víctimas de maltrato verbal y/o físico en algún momento de sus vidas. El 4,14% (11) de las pacientes fueron víctimas de abuso sexual a lo largo de su vida. Se evidenció buena funcionalidad familiar en el 61,65% (164), se sugiere disfuncionalidad en el 28,95% (77) y disfuncionalidad severa en el 9,4% (25). Las características sociodemográficas y familiares de las participantes se presentan en la **tabla 1**.

En cuanto al grupo específico de adolescentes el 36% (31/85) provenían del área rural, y el 94%

(80/85) son de estrato 0 a 2. El 18,8% (16/85) había recibido educación secundaria completa. El 16,4% (14/85) trabajaba, el 54% (46/85) se desempeñaba como ama de casa y el 57,6% (49/85) vivió con su pareja en el embarazo. Un 42,3% (36/85) se mudó durante el embarazo. El 50,5% (43/85) ha tenido más de un compañero sexual. El 55,3% (47/85) no utilizaba ningún método de planificación, el 25,8% (22/85) utilizaba preservativo. El 22,3% (19/85) de los padres tenía problemas de alcohol. El 65,8% (56/85) de las madres de las pacientes adolescentes tenían educación primaria completa. El 34,5% (29/84) ve su futuro con preocupación y el 83,33% (70/84) se declaró preparada para asumir la crianza.

El análisis bivariado mostró asociación entre embarazo en adolescentes y menarquia temprana; disrupción familiar de los padres y no tener preocupación por el futuro; el inicio temprano de relaciones sexuales y no uso de planificación (**tabla 2**). El

Tabla 2. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas entre las gestantes adolescentes y no adolescentes en el Hospital Universitario de Bucaramanga (Colombia) 2006 - 2007.

	Adolescente			Adulta			Valor p
	< 20 años			≥ 20 años			
Clínicos	n/N	(%)	μ	n/N	(%)	μ	
Menarquia	85		(12,5)	188		(13,3)	0,001
Inicio relaciones	85		(15,1)	186		(17,8)	0,000
Nº de gestaciones	84		(1,27)	185		(2,81)	0,000
Edad de la pareja	83		(23,4)	179		(29,7)	0,000
Estado civil	85			187			0,001
Casada	3/85	(3,5)		42	(22,5)		
Separada	1/85	(1,2)		3	(1,6)		
Unión libre	55/85	(64,7)		107	(57,2)		
Con quién vivía durante el embarazo	84			185			0,000
Padres	53/84	(63,1)		48	(26)		
Esposo/pareja	18/84	(21,43)		104	(57,3)		
Métodos de planificación	85			185			0,000
Ninguno	47/85	(55,3)		60	(32,4)		
Barrera	22/85	(25,8)		26	(14,1)		
Hormonales inyectables	5/85	(5,8)		16	(8,7)		
Hormonales orales	4/85	(4,71)		33	(17,8)		
Varios	7/85	(8,2)		35	(18,9)		
DIU	0/85	0		15	(8,11)		
Estado civil de los padres	84			181			0,001
Separados	30/84	(35,71)		33	(18,2)		
Unión Libre	19/84	(22,62)		27	(14,92)		
Casados	24/84	(30,95)		94	(51,9)		
Educación sexual por padres	36/84	(42,85)		47/182	(25,83)		0,005
Preparada para asumir la crianza	70/84	(83,33)		174/182	(95,6)		0,001
Percibe su futuro con preocupación	29/84	(34,5)		87/182	(47,8)		0,042
Gestación no planeada	64/84	(76,19)		107/182	(58,79)		0,006

n: número total de adolescentes o mayores; %: porcentaje; μ: promedio.

análisis multivariado mostró como factor de riesgo la no planificación y como factores protectores el inicio tardío de relaciones sexuales y estar preocupado por el futuro (tabla 3).

DISCUSIÓN

Este trabajo informa una prevalencia de embarazo en adolescentes del 31%, la cual es más alta que la reportada en otros estudios y series estadísticas,

Tabla 3. Factores asociados al embarazo en adolescentes. Análisis multivariado.

	OR	IC95%
Futuro con preocupación	0,5	0,24-1,0
No recibió educación sexual por parte de los padres	0,3	0,14-0,65
Inicio tardío de relaciones	0,51	0,41-0,54
No planificación	2,35	1,19-4,62

tanto a nivel nacional como internacional. La ENDS del 2005 reportó tasas del 18% en nuestro departamento y un estudio realizado en un hospital público local de II nivel, publicado en MedUNAB en el 2004, reportó una prevalencia de sólo el 27,75%; mientras estudios en otras ciudades, como uno realizado en Bogotá en el año 2005, mostraron porcentajes del 28,1%.^{3,18,19} A nivel de América Latina encontramos prevalencias de 15,2% en Chile y Argentina (sólo el 6% en Buenos Aires) y de 17% en México, aún siendo países con un desarrollo económico, político y cultural similar al de Colombia. En promedio en Latinoamérica se reporta una prevalencia del 16,3%, según la Organización Panamericana de la salud. Los países con más bajas tasas a nivel mundial son los países desarrollados: europeos con un 7% y asiáticos con 7,7%, siendo Estados Unidos el de mayor prevalencia entre estos, con valores del 10 al 12%, cifras inferiores a la nuestra. Estas cifras se asemejan a las de países menos desarrollados, como algunos de África que informan valores del 45%.^{6,19-21}

La prevalencia reportada en este trabajo podría explicarse porque la población participante provenía de estratos bajos (0-2), debido a que el HUS es un hospital público de referencia. Este factor pobreza históricamente ha sido fuertemente asociado al embarazo en edades tempranas.^{3,4-7,10,20}

Las características de la población, en general, fueron muy similares a las reportadas en otros estudios.^{18,23} La edad de menarquia significativamente menor en las madres adolescentes es un hallazgo también reportado en otros estudios,¹¹

explicado por su relación temporal con los cambios hormonales y corporales externos propios de la edad, que confieren a las niñas la apariencia física de mujer madura, favoreciendo así el inicio de la vida sexual.^{20,27} La edad de inicio de relaciones sexuales fue equivalente a lo encontrado por otros autores; también denominado “liberación sexual” se caracteriza especialmente por la disminución en la edad a la que inician vida sexual, lo cual aumenta el tiempo de exposición al embarazo y disminuye el uso de protección.^{21,24,25,28,29}

La unión libre y separación fueron significativamente más frecuentes en los padres de las menores de 19 años que en las de mayor edad, situación que reflejaría: la falta de una familia nuclear como apoyo y ejemplo, familias disgregadas y ausencia de figura paterna en algunas de estas mujeres. En la literatura, todos estos factores han sido asociados al embarazo en las jóvenes.^{2,12,24}

El no recibir educación sexual por parte de los padres resultó ser un factor protector en nuestro estudio. Lo que se explicaría en el cambio sociocultural por el cual en la actualidad es más frecuente que los padres discutan estos temas con los hijos adolescentes con relación a las mujeres mayores.

El otro factor protector encontrado fue el de tener una adecuada prospección, medido por la preocupación que tienen por su futuro. Los adolescentes que demuestran preocupación por lo que viene en adelante, por sus planes a largo plazo y metas por cumplir, no sólo demuestran ser más maduros mentalmente, sino que también son conscientes del impacto a nivel personal, económico y

social que implica ser madre a una edad temprana, y de la frustración en el desarrollo profesional que esto conlleva.¹²

El uso de métodos de planificación en el grupo, en general, fue bajo al compararlo con lo informado en la ENDS 2005, donde refiere que sólo el 20% de la población no ha utilizado algún método, siendo significativamente mayor este porcentaje en el grupo de adolescentes y convirtiéndose en un factor favorecedor importante.³ El método más utilizado en las adolescentes fue el preservativo, situación muy similar en los diferentes países y que se explica por su bajo costo, ausencia de efectos a nivel estético y por su alta publicidad y recomendación en los diferentes medios, especialmente como protección contra infecciones de transmisión sexual, a pesar de que su efectividad en la prevención del embarazo se ha cuestionado.^{21,22,24,28,30}

Las fortalezas del trabajo están referidas a que la elección de las participantes fue al azar, lo cual minimiza sesgos en la selección de las mismas. Pocas pacientes, además, no respondieron la encuesta. Las debilidades pueden encontrarse en el hecho que es probable que mucha de la información sea de carácter sensible para los individuos, lo que disminuye la confiabilidad de algunas respuestas. Sin embargo, en todo caso, este problema sería no diferencial, pues los procedimientos para obtención de la información fueron homogéneos.

CONCLUSIONES

La prevalencia encontrada de partos atendidos en adolescentes en el HUS es mayor a la estimada y referida en otros trabajos. Como factores asociados se encontraron el no uso de métodos de planificación, el percibir el futuro con preocupación y el inicio tardío de las relaciones sexuales.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud de los adolescentes. Washington, DC: OPS/OMS;1995.
2. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina 2001;107:11-23.
3. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Visitado en 2010 Abr 29. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co>
4. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev Ped Elec [en línea] 2008;1:42-51.
5. Bacon J. Adolescent sexuality and pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol 2000;12:345-7.
6. Teagle SE, Brindis DC. Substance use among pregnant adolescents: a comparison of self-reported use and provider perception. J Adolesc Health 1998;22:229-38.
7. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Halfway there: a prescription for continued progress in preventing teen pregnancy. Washington, DC; 2001.
8. Miller B. Families matter: a research synthesis of family influences on adolescent pregnancy. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 1998.
9. Blum RW, Rinehart PM. Reducing the risk: connections that make a difference in the lives of youth. Minneapolis, MN: Centre for Adolescent Health and Development, University of Minnesota; 1998.
10. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía (ENDS) 2000.
11. Baeza B, Póo AM, Vásquez O, Muñoz S, Vallejos C. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Rev Chil Obstet Ginecol 2007;72:76-81.
12. Blum RW, Beuhring T, Rinehart PM. Protecting teens: beyond race, income and family structure. Center for Adolescent Health, University of Minnesota. Minneapolis; 2000.
13. Molina R, Sandoval J, Luengo X. Salud sexual y reproductiva del adolescente. En: Ruoti AM, ed. Obstetricia y Perinatología. Asunción, Paraguay: EFACIM-EDUNA. Cap. 8, 2a. Edición; 2000. p. 807-23.
14. García MH, Hernández ML, Manjón A. Embarazo y adolescencia. Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico y Universitario Salamanca. Revista salud sexual y reproductiva, Asociación Argentina por la salud sexual y reproductiva (AASSER) 2000;2:10-2.
15. Díaz A, Sanhuesa P, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev Chil Obstet Ginecol 2002;67:481-7.

16. Amaya J, Borrero C, Ucrós S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2005;56:216-24.
17. Ortiz R, Anaya NI, Sepúlveda C, Torres SJ, Camacho PA. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga. *MedUNAB* 2005;8:71-7.
18. Valdez S, Saavedra D. Embarazo en la adolescencia: Prevalencia Riesgos y complicaciones. *Rev Arch Med Camagüey* 2002;6 (Supl 4).
19. Organización Panamericana de la Salud. El embarazo adolescente; 2005. Visitado en 2010 Abr 29. Disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm
20. Ayoola A, Brewer J, Nettleman M. Epidemiology and Prevention of Unintended Pregnancy in Adolescents. *Prim Care Clin Office Pract* 2006;33:391-403.
21. Carreón J, Mendoza H, Pérez C, Gil I, Soler E, González R. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. *Arch Med Fam* 2004;6:70-3.
22. Padrón G. Embarazo en adolescentes. Estudio sociodemográfico de 218 pacientes. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2005;68:13-9.
23. Cueva A, Olvera G, Chumacera L. Características sociales y familiares de las adolescentes atendidas en un módulo de alto riesgo. *Rev Med Inst Med Mex Seguro Social* 2005;43:267-71.
24. Martínez C, Molino JL, Lozano A, Vera JA, Montesinos JM, Cantero ML. Una explicación antropológica del embarazo en Adolescentes en la comarca del mar menor y campo de Cartagena. *Enfermería Global: Revista electrónica semestral de enfermería* 2002(1).
25. Klein JD; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics* 2005;116:281-6.
26. Pantélides E. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. En: *La Fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿transición o revolución?* CEPAL, Serie seminarios y conferencias, No 36. Santiago de Chile; 2004.
27. Alvarado R, Martínez O, Baquero MM, Valencia CM, Ruiz AM. Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14-19 años en Nocaima, Cundinamarca, Colombia. *Rev Cien Salud* 2007;5:40-52.
28. Kartoz CR. New options for teen pregnancy prevention. *MCN Am J Mater Child Nurs* 2004;29:30-5.
29. Rubio C. Prevalencia del conocimiento en anticoncepción de emergencia hormonal en la población adolescente escolarizada de la ciudad de Bucaramanga, tesis de grado. Departamento de Ginecología, Universidad Industrial de Santander; 2008.
30. Padilla M. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. *Rev SOGIA* 2000;7:16-25.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.