

Factores determinantes del embarazo adolescente

Factors determinants of teenage pregnancy

Blanco L.¹

Cedre O.²

Guerra ME.³

Resumen

Propósito: La presente investigación examina la identificación de factores individuales, familiares y socio-culturales asociados al embarazo adolescente.

Material y Métodos: Se trata de un estudio de casos y controles, 40 primíparas que acudieron a la consulta prenatal del Ambulatorio Docente Asistencial del Hospital Universitario de Caracas (HUC) y 75 nuligestas que asistieron a la consulta externa del Ambulatorio Docente Asistencial del HUC y la consulta odontológica de la Facultad de Odontología de la UCV, en el año 2012, con edades comprendidas entre 12 y 19 años. A cada participante, junto a su representante legal y bajo consentimiento informado, se le aplicó una encuesta. El análisis estadístico se basó en la distribución chi-cuadrado, t-student y el modelo de regresión logística.

Resultados: Indican que los factores asociados a la ocurrencia de embarazo en la adolescente son: ser pobre extrema, RM= 6,4 (IC95=3,4-12,6), pobre no extrema, RM= 2,3 (IC95= 1,5-3,8),

pertenecer a una familia con disfunción severa, RM=2,6 (IC95= 1,2-6,0), no uso de métodos anticonceptivos RM=3,0 (IC95= 1,6-4,8), y madre y/o hermana con antecedente familiar de embarazo adolescente, RM= 2,2 (IC95=1,4-3,3).

Conclusiones: La pobreza y los factores familiares y socioculturales son determinantes en el embarazo de la adolescente.

Palabras clave: Embarazo adolescente. Pobreza. Funcionalidad familiar. Apgar familiar.

Abstract

Objective: This investigation determines the individual, familiar and sociocultural factors associated with early pregnancy.

Materials and Methods: It is an analytic observational case-control investigation carried out on 40 pregnant adolescents who attended the outpatient clinic at the Caracas University Hospital, and 75 nulliparous who attended the outpatient clinic at the Caracas University Hospital and the Dental Clinic at the Dental Faculty, Central Uni-

¹Profesora titular. Universidad de Medicina Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela.

²Lic. Comunicación Social. Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela.

³Profesora Titular. Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela.

versity of Venezuela, in 2012, ages 12 to 19 year old. A survey was applied after reviewing a voluntary informed consent form and discussing survey participation with families of targeted adolescents. The statistical analyses were based on the chi-square distribution, t-student and the logistic regression model.

Results: A The factors that mostly influenced the occurrence of early pregnancy were: extreme poverty OR= 6,4 (CI95=3,4-12,6), no extreme poverty OR= 2,3 (CI95= 1,5-3,8), severe familiar dysfunction OR=2,6 (CI95= 1,2-6,0), no contraceptive use OR=3,0 (CI95= 1,6-4,8), having a mother or sister with a history of adolescent pregnancy OR= 2,2 (IC95=1,4 -3,3).

Conclusions: It is concluded that poverty, social and cultural factors are associated with early pregnancy.

Keywords: Adolescent pregnancy. Poverty. Family dysfunction. Family Apgar.

Introducción:

La adolescencia, con toda la gama de complejidades biológicas y psicosociales que la caracterizan, constituye un trascendente y delicado período en el proceso del crecimiento y desarrollo humano que se extiende entre los 10 y 19 años, límites éstos que, desde el punto de vista de la realidad socio-cultural de cada región y país, pueden alcanzar ambos extremos¹. El fluido transcurrir de las diversas etapas de profundos cambios que consecutivamente se suceden hasta llegar finalmente a la meta de que el niño o niña llegue indemne a ser una persona sana, depende en gran medida de

que el medio ambiente familiar y/o social (económico, cultural, político, de atención en salud, educación, etc.) dentro del cual se desarrolla este proceso evolutivo, aporte condiciones óptimas que garanticen una alta probabilidad de éxito en el desarrollo personal integral^{2,11}.

Ahora bien, si por el contrario, las características del entorno familiar y/o social son inapropiadas, signadas por el maltrato y desamor, la desintegración familiar, los malos ejemplos, el abandono, deficiente comunicación, la pobreza material, moral e intelectual, la exclusión social, falta de oportunidades de desarrollo intelectual y profesional, entre muchas otras, se impondrá el decrecimiento e incluso la anulación de las probabilidades de éxito en el logro del ajuste psicosocial del adolescente, lo cual se manifestará a través de diversas conductas de riesgo. Resalta entre dichas conductas la iniciación precoz de las relaciones sexuales, sin la imprescindible madurez, responsabilidad y conocimiento que trae como consecuencia que un gran número de jóvenes se conviertan en madres siendo aún niñas²⁻¹¹, exponiéndose a innumerables riesgos de salud materno-infantil e impidiéndoles el logro de las metas personales que les permitirían superar las condiciones del ambiente social y/o familiar que crearon el escenario para su preñez a destiempo^{5,7,10,12,17}.

Todo lo anterior, a su vez contribuye al incremento del número de familias en las cuales se repetirán las indeseables condiciones de estructura y funcionalidad que dieron origen a este grave problema de salud pública que con altísima frecuencia observamos en los estratos socioeconómicos bajos de numerosos países de nuestro hemisferio, resaltando entre ellos los de la región Andina, en la que Venezuela exhibe

un primer lugar de creciente incidencia ^{3, 18, 21}.

Al respecto, datos del Instituto Nacional de Estadística muestran que 23% de los nacimientos vivos registrados en Venezuela en 2011 provinieron de mujeres entre 15 y 19 años²². Cabe destacar, que entre los países sudamericanos con mayor tasa de embarazo adolescente, Venezuela se encuentra en el primer lugar. Según el informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales de la OMS, en Venezuela se registró una tasa de fecundidad de 101 por 1000 mujeres entre 15 y 19 años para el período 2005-2010 ²³.

Sin embargo, más por propia experiencia u observación se conoce que en el seno de las comunidades pobres existe una considerable masa de jóvenes que logran transitar el ineludible sendero de la adolescencia llegando indemnes a la adultez. Por lo que se plantea el presente estudio, para la identificación de factores individuales, familiares y socio-culturales asociados al embarazo adolescente.

Materiales y Métodos

El presente es un estudio de casos y controles, en 40 primíparas que acudieron a la consulta prenatal del Ambulatorio Docente Asistencial del Hospital Universitario de Caracas (HUC) y 75 nuligestas que asistieron a la consulta externa del Ambulatorio Docente Asistencial del HUC y la consulta odontológica de la Facultad de Odontología de la UCV, en el año 2012. Los criterios de inclusión para los casos contemplaron: primigestas con edades entre 12 y 19 años, asistentes al control prenatal en el Ambulatorio Docente Asistencial del HUC en el año 2012. Si fueran menores de 18 años no emancipadas, contar con la autorización de los padres o repre-

sentantes. No presentar enfermedades físicas, mentales o cualquier condición que impidiera o dificultara la comunicación verbal y acceder voluntariamente a participar. Mientras que para los controles estos criterios fueron: todos aquellos definidos para los casos, excepto por ser nuligestas, que acudieran a la consulta externa del Ambulatorio Docente Asistencial del HUC y a la consulta odontológica de la Facultad de Odontología de la UCV, en el año 2012.

Bajo consentimiento informado, se aplicó una encuesta sobre factores individuales (edad, edad de la menarquía y nivel educativo), familiares (nivel socioeconómico, antecedente familiar de embarazo adolescente y funcionalidad familiar) y socio-cultural (edad de Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA) y uso de métodos anticonceptivos). El nivel socioeconómico se midió a través del método de Líneas de Pobreza ^{22, 24, 26}. La funcionalidad familiar fue definida a partir de la "satisfacción" de ciertas características o componentes de las interacciones familiares; para este fin se utilizó una adaptación del denominado "Apgar Familiar" ²⁷. Se definieron tres categorías de funcionalidad familiar "alta funcionalidad", disfunción familiar moderada" y "disfunción familiar severa" ²⁷.

En el manejo de la adolescente se mantuvo la debida confidencialidad, anonimato y respeto. El presente estudio implicó una investigación en personas sin riesgo que estuvo sujeta a las consideraciones realizadas por el Comité de Biética de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

Se utilizó el modelo de regresión logística para establecer la relación entre el embarazo adolescente y cada una de las variables analizadas,

ajustando por el efecto de todas ellas. Se calculó la razón de momios (RM) para obtener asociaciones con un intervalo de confianza (IC) de 95%.

Resultados

Se analizaron los datos aportados por 115 adolescentes, 40 casos (34,8%) y 75 controles (65,2%), con edades comprendidas entre 12 y 19 años. La edad promedio del grupo total fue de 15,1 años, en los casos este promedio se situó en 15,4 años; en tanto que los controles registraron un promedio de 14,9 años; diferencias sin significación estadística (Tabla 1). Dos terceras partes de las adolescentes embarazadas (73%) reportaron menos de 16 años de edad. Por su parte, la edad de la menarquía registró un promedio de 11,7 años en el total de entrevistadas; promedio similar al reportado por los casos y controles, 11,6 años y 11,9 años, respectivamente (Tabla 1). Otra de las variables estudiadas fue la edad de IVSA. Al respecto, las primíparas refirieron una edad promedio de 14,6 años para el IVSA, y los controles reportaron 15,7 años; sin diferencia estadísticamente significativa (Tabla 1).

Al analizar el nivel de instrucción, se observa que la totalidad de las jóvenes estaban estudiando; la mayoría se hallaba en educación media (59,1%), porcentajes similares se observaron en los casos y controles, 57,5% y 60%, respectivamente (Tabla 1). No se observó diferencias estadísticamente en la distribución del grado de instrucción entre los dos grupos.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, el porcentaje de controles iniciadas sexualmente que manifestaron usar algún tipo de método anticonceptivo (73,3%) superó significativamente

al 35% de los casos usuarias; es decir, 65% de los casos no utilizó ningún tipo de método anticonceptivo (Tabla 1).

Por lo que se refiere a los antecedentes familiares de embarazo adolescente, el 45,2% de la totalidad del grupo señaló a su madre y/o hermana como embarazada adolescente, 67,5% en los casos y 33,3% en los controles, diferencias altamente significativas. Particularmente, entre los casos se observa que si la madre y/o hermana(s) fueron embarazadas adolescentes, el porcentaje de embarazo se duplica si se les compara con casos en las que ni la madre y hermanas lo han sido (67,5% frente a 32,5%) (Tabla 1).

Al examinar la funcionalidad familiar, se aprecia que la mayor parte de las entrevistadas presentó una "alta o moderada funcionalidad" (90,4%). Sin embargo, resalta el significativo porcentaje de "disfunción severa" mostrada por los casos (20%), que contrasta con lo observado en los controles (4%); resultado altamente significativo (Tabla 1).

Por otra parte, los casos, en su mayoría, mostraron una situación de pobreza (65%); mientras que, los controles, en su gran parte, se clasifican como no pobres (58,7%) (Tabla 1).

Para finalizar, con el empleo del modelo logístico y el ajuste de las variables analizadas, se distingue que el ser pobre es una condición altamente asociada con el embarazo adolescente. Los resultados señalan que vivir en situación de pobreza extrema incrementa 6 veces el riesgo de embarazarse en la adolescencia, $RM=6,4$ ($IC_{95}=3,4-12,6$). Por su parte, ser pobre no extremo duplica el riesgo de embarazo adolescente, $RM= 2,3$ ($IC_{95}= 1,5-3,8$). En la misma línea,

Tabla 1. Factores individuales, familiares y culturales. HUC. 2012

Factores	Total		Casos		Controles		
	N	%	N	%	N	%	
Nivel de Instrucción							
Superior Técnica	4	3,5	1	2,5	3	4,0	
Media Diversificada	68	59,1	23	57,5	45	60,0	
Básica	43	37,4	16	40,0	27	36,0	
$\chi^2= 0,31$; valor $p= 0,86$							
Uso de Método Anticonceptivo							
Si	25	45,5	14	35,0	11	73,3	
No	30	54,5	20	65,0	4	26,7	
$\chi^2= 6,46$; valor $p = 0,01$							
Antecedentes Familiares de Embarazo Adolescente							
No tiene	63	54,8	13	32,5	50	66,7	
Madre y Hermana	14	12,2	10	25,0	4	5,3	
Madre o Hermana	38	33,0	17	42,5	21	28,0	
$\chi^2= 15,5$; valor $p = 0$							
Apgar Familiar							
Alta o Moderada Funcionalidad							
Severa Disfunción							
$\chi^2=7,7$; valor $p = 0,005$							
Líneas de Pobreza							
No Pobres	58	50,4	14	35,0	44	58,7	
Pobres no Extremos	50	43,5	21	52,5	29	38,7	
Pobres Extremos	7	6,1	5	12,5	2	2,6	
$\chi^2= 8,19$; valor $p = 0,017$							
	\bar{x}	e	\bar{x}	e	\bar{x}	e	t: valor p
Edad (años)	15,1	1,8	15,4	2,5	14,9	1,2	0,22
Edad Menarquia (años)	11,7	1,6	11,6	1,7	11,9	1,2	0,33
Edad IVSA (años)	14,9	2,4	14,6	2,6	15,7	1,2	0,11

el no uso de métodos anticonceptivos triplica el riesgo, $RM=3,0$ ($IC95= 1,6 - 4,9$). Así mismo, el haberse criado en el seno de una familia severamente disfuncional casi triplica el riesgo, $RM=2,6$ ($IC95= 1,2- 6,0$), y por su parte, tener una madre y/o hermana con antecedente familiar de embarazo adolescente duplica el riesgo de embarazo temprano, $RM= 2,2$ ($IC95=1,4 -3,3$)

(Tabla 2).

Discusión

Este estudio apoya las investigaciones que señalan a la pobreza y los factores socioculturales imperantes en la familia como los principales responsables del problema del embarazo ado-

Tabla 2. Modelo logístico: Factores de riesgo para embarazo adolescente. HUC 2012

Factores	B	Razón Momios	IC ₉₅
Pobreza Líneas de Ingreso			
Pobres no Extremos vs No Pobres	0,87	2,3	1,52 - 3,75
Pobres Extremos vs No Pobres	1,86	6,4	
Apgar Familiar			
Severa Disfunción vs Alta o Moderada Funcionalidad	0,97	2,6	1,16 - 6,01
Uso de Métodos Anticonceptivos			
Uso vs No Uso	2,76	3,0	1,55 - 4,89
Antecedentes Familiares Embarazo Adolescente			
Madre y Hermana vs Madre o Hermana o Ninguna	0,78	2,2	1,44 - 3,29

lescente. Al analizar los datos aportados por 115 adolescentes, se destaca que casi dos terceras partes de las adolescentes embarazadas (73%) tenían menos de 16 años de edad. Esto es importante tomarlo en consideración, ya que la edad influye en la vulnerabilidad frente a situaciones de riesgo reproductivo, sobre todo por su alto peligro obstétrico^{13,28}. Al respecto, existen estudios que demuestran diferencias significativas en la evolución del embarazo al comparar las adolescentes menores de 16 años y las de 16 años y más. En efecto, se ha evidenciado que el riesgo obstétrico en adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) está relacionado con la pobreza más que con la edad materna. En oposición, en las pacientes menores de 16 años, hay mayores riesgos obstétricos y perinatales¹⁴. De hecho, datos en países de América Latina y el Caribe, muestran que el riesgo de las jóvenes menores de 16 años de morir durante el embarazo, parto y posparto es cuatro veces mayor que en muje-

res mayores de 20 años¹².

Por su parte, la edad de la menarquía registró un promedio algo inferior (11,7 años) a la establecida en 1976 por la Fundación Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (Fundacredesa) en una muestra nacional de 14.768 niñas entre 7 y 17 años de edad, en la que se estableció la edad promedio de la menarquía en 12,7 años. Investigación que confirma la tendencia a una maduración cada vez más temprana. Entre 1936 y 1976, la edad de la menarquia descendió de 14,5 años a 12,5 años²⁹. Así pues, este patrón de maduración sexual más temprano, se establece como un factor de riesgo biológico para el embarazo en la adolescente¹⁹.

res mayores de 20 años ¹².

Por su parte, la edad de la menarquía registró un promedio algo inferior (11,7 años) a la establecida en 1976 por la Fundación Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (Fundacredesa) en una muestra nacional de 14.768 niñas entre 7 y 17 años de edad, en la que se estableció la edad promedio de la menarquía en 12,7 años. Investigación que confirma la tendencia a una maduración cada vez más temprana. Entre 1936 y 1976, la edad de la menarquía descendió de 14,5 años a 12,5 años ¹⁹. Así pues, este patrón de maduración sexual más temprano, se establece como un factor de riesgo biológico para el embarazo en la adolescente ¹⁹.

Otra de las variables estudiadas y que se maneja como un indicador para capturar la precocidad de la exposición al riesgo de embarazo adolescente es la edad de IVSA. Las primíparas registraron una edad promedio de 14,6 años para el IVSA, y los controles reportaron 15,7 años. En recientes décadas se ha venido observando un descenso en la edad de la primera relación sexual, en efecto, según datos la II encuesta Nacional de Vida y Salud realizada en Chile en 2006 ³⁰ y análisis realizados por Welti ³¹ señalan que hay un adelanto en la edad del IVSA, que se ha venido profundizando desde las generaciones nacidas después de 1988, la edad promedio de inicio de la primera relación sexual en mujeres menores de 18 años se ubica en 15 años.

Por otra parte, se observó que la totalidad de las jóvenes estaban estudiando. Cesare, et al. ¹⁹ sostienen que el nivel educativo no es el principal factor de un primer embarazo en la adolescencia, sobretodo en países donde la educación bá-

sica es obligatoria con cobertura universal. Además, se plantea la premisa que las jóvenes que quedan embarazadas a menudo han fracasado en la escuela mucho antes del embarazo ⁹. Así mismo, se ha formulado que muchas jóvenes quedan embarazadas y llevan a término su embarazo porque avizoran escasas oportunidades en su vida futura y ni los costos de un embarazo temprano ni los beneficios de prorrogarlo son percibidos como beneficiosos ⁵. Es indudable que la educación es un factor importante que abre el abanico de opciones y aspiraciones hacia un plan de vida que blindo contra el embarazo adolescente, incluso si la joven está en una situación de desventaja importante.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, es notable el porcentaje de casos que manifestaron el no uso de ningún tipo de método anticonceptivo (65%). Al abordar este tema, salen a relucir un sinnúmero de elementos asociados al uso por parte de las adolescentes de los métodos anticonceptivos, éstos se concentran principalmente en torno a factores económicos, culturales y comportamientos sociales, así como barreras institucionales. En esta materia, la investigación "La salud sexual en Venezuela, un problema bajo la óptica socialista" ³², reportó que solo 37% de adolescentes venezolanas usó algún método anticonceptivo en su última relación sexual. Al considerar el nivel socioeconómico de éstas jóvenes, se observó que el 83% de aquellas ubicadas en estratos socioeconómicos altos hizo uso de algún método anticonceptivo, mientras que, 17% de las adolescentes más pobres utilizó algún método. Por su parte, UNFPA30 reportó que las adolescentes venezolanas manifestaron las siguientes como principales causas para el no uso de métodos anticonceptivos, falta de conocimiento (57%), costo (25%) y oposición de la pareja (12%). En este sentido, la Asociación

Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA) ³³, señala que muchas adolescentes quedan embarazadas por falta de conocimiento, porque poseen una idea falsa de que en la primera vez no se fecunda, o por miedo de que sus padres descubran que utilizan métodos anticonceptivos. Al respecto, Tarazona¹⁶ indica que el inicio sexual adolescente se da en condiciones de alto riesgo debido al no-uso de métodos anticonceptivos en la primera y posteriores relaciones sexuales. Dentro de este orden de ideas, cabe considerar lo que señala Díaz ⁴, en el sentido de que la escasez de información sobre métodos anticonceptivos es consecuencia de la ausencia o poca educación sexual en los colegios. Así, los adolescentes sostienen algunas ideas erróneas como pensar que no puede haber embarazo la primera vez que se hace el amor.

Otro aspecto por considerar de lo anteriormente planteado, ha sido presentado por Meacham ³⁴, quien postula que el conocer las distintas alternativas de métodos, no se traduce necesariamente en un mayor uso de los mismos. Menkes et al. ³⁵ evidencian que el uso de anticonceptivos ocurre después del inicio sexual y que el paso hacia el uso de los anticonceptivos es experimentado después de repetidas experiencias sexuales y una vez que el giro ocurre, éste continuará. Menkes et al. ³⁵ proponen que con la finalidad de reducir al mínimo los riesgos de la salud sexual, los esfuerzos deben dirigirse a lograr que el inicio de la actividad sexual y la protección anticonceptiva ocurra al unísono.

En cuanto a los antecedentes familiares de que adolescentes, el porcentaje de embarazo se duplica si se le compara con casos en las que ni la madre y hermanas lo han sido. Estos resultados se corresponden con planteamientos teóricos

^{1,7,10} en relación a la importancia del ejemplo familiar; en los que se formula que la adolescente que vive en un medio en el cual lo usual es embarazarse tempranamente, seguramente copiará el modelo por ser lo que ha observado como normal. En efecto, estudios han evidenciado que las hijas de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener un hijo en edades tempranas, asociación que persiste incluso si se controla por variables socioeconómicas ^{21,36,37}.

Dentro de este orden de ideas, destaca el significativo porcentaje de “disfunción severa” mostrada por los casos (20%), que se contrapone con lo observado en los controles (4%). Aquí cabe destacar un estudio de factores psicosociales y familiares realizado en América Latina en adolescentes con relaciones sexuales precoces, en el que se encontró que 86% de ellas pertenecían a familias disfuncionales, y casi su totalidad provenían de familias incompletas, con fracaso escolar e inestabilidad en la relación de pareja ³⁰. En relación con este aspecto, hay amplia evidencia de que la familia en la cual se crían las personas deja una huella de largo plazo en ellas y que, por lo mismo, afecta el comportamiento reproductivo durante la adolescencia ^{36,38,39}.

Así mismo, Stern ¹⁵, señala que la existencia de familias disfuncionales, donde los vínculos entre padres o familiares son inadecuadas, plantea una contraproducente adaptación social nacida de dificultades en el establecimiento de la identidad, la baja autoestima y muchas otras consecuencias deletéreas del desarrollo psicosocial de las jóvenes, cuyo entorno familiar está caracterizado por altos grados de pobreza, violencia, abuso, mala comunicación, con excesiva permisividad o extremada rigidez en las normas, negándoles el soporte afectivo, emocional, moral y

en general el amor que es imprescindible para el sano desarrollo del ser humano, induciendo a la adolescente a la práctica de relaciones sexuales, en busca de ese afecto que no tiene en el seno de la familia.

Por otra parte, destaca la separación de los grupos en los extremos de la distribución de la pobreza, los casos, en su mayoría, sometidas a una situación de pobreza (65%), mientras que, los controles, en su gran parte, caracterizadas como no pobres (58,7%). La realidad es que la familia en la cual se crían las personas transmite una huella en ellas, que por lo general, influye en el comportamiento reproductivo durante la adolescencia^{36, 38, 40, 41}. Se plantea que el nivel socioeconómico durante la niñez se comporta como un factor clave de la fecundidad adolescente, en el sentido de que esta variable tiene efectos significativos sobre la edad de la primera relación sexual, el uso de métodos anticonceptivos y los proyectos de vida, entre otros^{38, 42}.

Por último, los datos señalaron que vivir en situación de pobreza extrema incrementa 6 veces el riesgo de embarazarse en la adolescencia y el ser pobre no extremo duplica el riesgo de embarazo adolescente. Además, el no uso de métodos anticonceptivos triplica el riesgo. El haberse criado en el seno de una familia severamente disfuncional casi triplica el riesgo, y por su parte, tener una madre y/o hermana con antecedente familiar de embarazo adolescente duplica el riesgo de embarazo temprano.

Conclusión

Se concluye que la pobreza y los factores socio-culturales imperantes en la familia son determinantes en el embarazo de la adolescente que

acude a la consulta prenatal del Ambulatorio Docente Asistencial del HUC. En el marco de estos hallazgos, es fundamental aplicar medidas efectivas que realmente garanticen cambios positivos en la presente y futura situación social de las familias pobres que conforman un importante segmento de la población nacional. De nada valdrán todas las medidas de prevención para lograr salud integral en el adolescente sí, ya que así como se determinó en el presente estudio, el lugar preponderante de los factores de riesgo para el embarazo adolescente continúa ocupado por las variables que son expresión o consecuencia de la pobreza, que entre muchas otras sirven de substrato para la persistencia y el acrecentamiento del problema social y de salud que representa la maternidad adolescente.

Referencias

1. Donas, S. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente. Caracas: OPS-OMS; 1997.
2. Barbon, O. Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. 2011; *Ciencia y Enfermería*, XVII(1): 19-25. Disponible en http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_03.pdf.
3. Castellanos, A. Venezuela: Embarazo adolescente, ¿dolencia de las mujeres? Sistema de las Naciones Unidas en Venezuela - ONU Venezuela, El UNFPA, apoyo de los planes nacionales de prevención de embarazo en adolescentes. 2008. Disponible en www.onu.org.ve/index.php?id=23&option=com_content&task=view.
4. Díaz, N. Sexualidad en la Adolescente. Factores que Influyen en la Conducta Sexual de los Adolescente. 5° Jornada Europea de Investigación en Pediatría Extraordinaria. 2007.
5. Furstenberg Jr., F. "When will teenage childbearing become a problem? The implications of western experience for developing countries". 1998; *Stud Fam Plann*, 29(2): 246-253.
6. OPS. Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en la adolescencia. Washington D.C. OPS. 2008.
7. OPS. Manual sobre enfoque de riesgo en atención materno infantil. Serie Paltex para ejecutores de programas de Salud N° 7. Washington D.C.: OPS, 9-23; 1992.
8. Roa, L. Análisis reflexivo del embarazo a edad temprana. Caso: Comunidad de adolescentes La Playa, Santa Isabel, Barquisimeto (2011-2012). Universidad Lisandro Alvarado. [Tesis de Grado]. [Trabajo en Línea]. 2012. Disponible en <http://bibhum-artes.ucla.edu.ve/DB/bcucla/edocs/tesis/TEGHQ7594R632012.pdf>.
9. Rodríguez, J. Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones políticas. 2005; En *Revista de la Cepal*, 86.
10. Saez, I. El adolescente de alto riesgo. Caracas: MSAS/OMS/OPS; 1992.
11. Sileo, E. Medicina del adolescente. Aproximación al adolescente sano. Caracas: MSAS/OMS/OPS. 1992.
12. Conde, A., Belizán, J. y Lammers, C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. 2005; *Am J Obstet and Gynecol.*, 192(2): 342-349.
13. Diaz, A., Sanhueza, P y. Yaksic, N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. 2002; *Rev chil obstet ginecol*, 67(6): 481-487.
14. Satin, A., Leveno, K., Sherman, L., et al. Maternal youth and pregnancy outcomes: Middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. 1994; *Am J Obstet Gynecol*, 171(1): 184-187.
15. Stern, C. El Embarazo en la adolescencia como problema público: Una visión crítica. Salud Pública México: Panapo; 2007.
16. Tarazona, D. Estado del arte sobre comportamiento sexual
17. Waternberg, L. Embarazo precoz y aborto adolescente en Colombia, Bogotá. CIDS, Universidad Externado de Colombia y UNFPA. 1999.
18. Acosta, M. y Cárdenas, V. El embarazo en adolescentes. Factores socioculturales. *Rev Med Inst Mex*. 2012; 50 (4).
19. Cesare, M. y Rodríguez, G. Análisis micro de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia. 2006; *Papeles de Población*, 12(48):107-140.
20. González, C., Rojas, R., Hernández, M. y Olaiz, G. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. 2005; *Salud Publica Mex*, 47:209-218.
21. Manlove, J., Terry, E., Gitelson, L., et al. Explaining demographic trends in teenage fertility, 1980-1995. 2000; *Family Planning Perspectives*, 32(4):166-175.
22. INE. Nacimientos vivos registrados por edad de la madre, 2011. 2013. Disponible en <http://www.ine.gov.ve/>
23. OMS. Estadísticas sanitarias mundiales. 2013. Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstre>

am/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf .

24. INE. Económicos. Canasta Alimentaria Normativa. 2012. Disponible en http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=102&Itemid=32.
25. INE. Ficha Técnica de líneas de pobreza por ingreso. 2011. Disponible en http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&id=336&Itemid=45&view=article%20%20%20%20.
26. UDAPE. Informe técnico cálculo líneas de pobreza. 2004. Disponible en <http://www.eclac.cl/deype/mecovi/docs/TALLER13/6.pdf>.
27. Herrera, J., y González, M. El ambiente psicosocial y las complicaciones obstétricas. 1987; *Rev Internac Med Fam.*, 4: 4-9
28. Manrique, R., Rivero, A., Ortunio M., et al. Parto pretérmino en adolescentes. 2008; *Rev Obstet Ginecol Venez*, 68, 3. *Revista Electrónica*. Disponible en <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?>
29. Izaguirre, I., López M. y Macias, C. Estimación de la edad e la menarquía en un estudio longitudinal: comparación de métodos. 1989; *Acta científica venezolana*, 40 (3): 215-221.
30. UNFPA. Diagnostico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile, 2008. 2008. Disponible en http://issuu.com/flacso.chile/docs/embarazo_adolescente.
31. Welti, C. Inicio de la vida sexual y reproductiva. 2005; *Papeles de Población*. [Revista Electrónica] 11(45).
32. Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). La Salud Sexual en Venezuela un Problema bajo la óptica Socialista. Informe. Caracas. 2008.
33. Asociación Venezolana Para la Educación Sexual Alternativa (AVESA). 2010. Disponible en www.avesa.org.ve
34. Meachm, D. Sexualidad y Salud Reproductiva del Adolescente. España: El Desafío del Siglo; 2008.
35. Menkes, C y Suárez D. Prácticas Sexuales y Reproductivas de los Jóvenes. México: Trilla; 2008.
36. Hobcraft, J. y Kiernan, K. Childhood poverty, early motherhood and adult social exclusion. 2001; *Br J Social*, 52(3):495
37. Manlove, J. Early motherhood in intergenerational perspectives: the experiences of a British cohort. 1997 59(2):263-279
38. Bernett, J., Papini, D. y Gbur, E. Familial correlates of sexually active pregnant and nonpregnant adolescents. 1991.
39. Rangel, J., Valerio, L., Patiño, J. y García, M. (2004). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. 2004
40. Lete, I., De Pablo, J., Martínez, C., et al. Embarazo en la adolescencia. En C. Buil, I. Lete, R. Ros, y J.L de Pablo, *Manual de salud reproductiva en la adolescencia aspectos básicos y clínicos*. Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción.
41. Temas Públicos. Embarazo Adolescente: Una Causa Más de Pobreza. 2007. Disponible en www.164.77.202.58.
42. Robbins, C., Kaplan H. y Martin S. Antecedents of pregnancy among unmarried adolescents. 1985; *Journal of Marriage and the Family*, 42:567-583.

Recibido: 12 de Enero 2015

Aceptado: 17 de Agosto 2015

Correspondencia: lucila_b@cantv.net

Lucila Blanco, Oriana Cedres, María Elena Guerra, Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela.