

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

FACTORES QUE PREDISPONEN A EMBARAZOS SUBSECUENTES EN
ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE LA MUJER DOMINICANA
DICIEMBRE, 2021- NOVIEMBRE, 2022



Trabajo de grado presentado por Pamelly S. Acosta y Maria F. Madera
para optar por el título de:
DOCTOR EN MEDICINA

Distrito Nacional: 2022

CONTENIDO

Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	10
I. 1. Antecedentes	11
I.2. Justificación	15
II. Planteamiento del problema	17
III. Objetivos	18
III.1. General	18
III.2. Específicos	18
IV. Marco teórico	19
IV.1. Embarazo en adolescentes	19
IV.1.1 Historia	19
IV.1.2. Definición de adolescencia según OMS	19
IV.1.3. Embarazo subsecuente	20
IV.1.4. Métodos anticonceptivos	20
IV.1.5. Anticonceptivo de barrera	21
IV.1.5.1. Anticonceptivo hormonales	23
IV.1.5.2. Anticonceptivos hormonales combinados	24
IV.1.5.3. Anticonceptivos permanentes	25
IV.1.6. Factores de riesgo	26
IV.1.7. Complicaciones psicológicas para la adolescente embarazada	28
IV.1.8. Consecuencias económicas y sociales del embarazo en adolescentes	28
IV.1.9. Prevención	30
V. Operacionalización de las variables	32

VI. Material y métodos	34
VI.1. Tipo de estudio	34
VI.2. Área de estudio	34
VI.3. Universo	34
VI.4. Muestra	34
VI.5. Criterios	35
VI.5.1. De inclusión	35
VI.5.2. De exclusión	35
VI.6. Instrumento de recolección de datos	35
VI.7. Procedimiento	35
VI.8. Tabulación	36
VI.9. Análisis	36
VI.10. Aspectos éticos	36
VII. Resultados	37
VIII. Discusión	50
IX. Conclusión	52
X. Recomendaciones	53
XI. Referencias	55
XII. Anexos	59
XII.1. Cronograma	59
XII.2. Instrumento de recolección de datos	60
XII.3. Consentimiento informado	61
XII.4. Costos y recursos	62
XII.5. Evaluación	63

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por su fidelidad, por su misericordia por siempre estar ahí y mostrarme que todo lo que pongo en sus manos lo puedo lograr.

Agradezco a mi madre Ana Belkys Pérez por ser mi alarma, ser quien siempre me empujo a seguir adelante, por cada llamada, cada regaño, por siempre decir presente en mi vida, por ser un ejemplo de perseverancia, por siempre instruirme a ser una mejor versión de mí.

Agradezco a mi padre, José Luis Acosta por siempre estar presente en cada paso que daba, por siempre ser el primero en mostrar mis logros y ser un ejemplo para mí.

Agradezco a mis hermanas por siempre estar presente por ser mis animadoras y nunca tener un no.

Agradezco a mis amigos, Estacha, Paola, Joy, Luisa, Rossina, Saim, Lauren, por siempre decir presente y hacer este trayecto más divertido.

Agradezco a mi alma mater Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, a los maestros porque gracias a ustedes pude adquirir las herramientas necesarias para desarrollarme en el ámbito de la medicina.

Agradecer de forma especial al Dr. Jaime Manzur por ser nuestro asesor de tesis, por ayudarnos a culminar este trabajo al igual que el Dr. Rubén Darío gracias por su dedicación y paciencia.

Pamelly Sherling Acosta Pérez

De pequeña siempre me enseñaron a dar las gracias por las cosas buenas de la vida y también por las no tan buenas. Hoy me toca AGRADECER.

Agradezco a Dios por permitirme llegar a donde estoy, por darme la sabiduría, fuerza y perseverancia necesaria para librar cualquier obstáculo en este largo y laborioso trayecto.

Agradezco a mis padres, que lucharon día a día por darme todas las herramientas necesarias para formarme como una profesional; gracias por guiarme en el camino de los valores y siempre enseñarme a hacer el bien sin mirar a quien.

Agradezco a mi abuelo, el Dr. Rolando Tamayo que me guio por el camino del servicio y me incentivó el amor por la medicina.

Gracias a mi familia y amigos, piezas esenciales en mi formación, cada uno de ustedes aportó un granito de arena con cada palabra de aliento y de apoyo.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, por brindarnos las herramientas y formar grandes profesionales para la sociedad.

Nuestros asesores el Dr. Rubén Darío Pimentel y el Dr. Jaime Jorge Manzur por ayudarnos y hacernos el camino más sencillo en el difícil trayecto final de nuestras carreras.

María Fernanda Madera Tamayo

DEDICATORIAS

A Dios por ser mi guía, mi fortaleza, por darme la sabiduría para seguir adelante sin importar la diversidad que se presentara para poder culminar con éxito mi carrera.

A mis padres Ana Belkys Pérez y José Luis Acosta gracias por siempre estar conmigo, por ser mi motor para seguir adelante, por ser mi ejemplo de que, con esfuerzo, paciencia, disciplina y el amor de Dios los sueños siempre se pueden alcanzar. Gracias por ser luz en mi vida.

A mis hermanas Paola y Melissa por estar presente en cada momento, por siempre darme un si cuando lo necesite, gracias por presumirme, así como yo lo hago con ustedes.

Pamelly Sherling Acosta Pérez

Este logro en primer lugar va dedicado a Dios, por guiarme y bendecirme con el don de servicio y amor al prójimo, factores determinantes en esta profesión.

A mis padres: Dr. Radhames Madera e Isabel Tamayo por ser mi sustento y siempre empujarme a dar lo mejor de mí, este logro es por y para ustedes.

A mi tío Alejandro por ser mi segundo padre y mi alarma en las mañanas, cada uno de tus esfuerzos los agradezco.

Mis hermanos: Roberto, Mariela, Ivette y Laura por siempre darme ese empujón y siempre apostar a mí.

Mi abuela Isabel y mis abuelos ausentes que desde el cielo velan por mí, a ellos les debo mis raíces y mis alas.

A mis amigos Leonela, Liz, Pablo y Cyriel, por hacer mi camino más llevadero.

A mi segunda madre Maite por cuidarme y ser una guía en este trayecto.

Maria Fernanda Madera Tamayo

RESUMEN

Introducción: Desde un enfoque de derechos humanos, El embarazo subsecuente en adolescentes está vinculado al inadecuado acceso a los servicios que brindan los sistemas de salud, educación y protección, así como a condiciones de vulnerabilidad como la pobreza y la violencia.

Objetivos: Determinar los factores que predisponen a embarazos subsecuentes en adolescentes que acuden al Hospital de la Mujer Dominicana durante el periodo diciembre, 2021 - noviembre 2022.

Materiales y métodos: se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y transversal de recolección prospectiva de datos.

Resultados: El rango de edad más frecuente fue 17-19 un 88.2 por ciento. El nivel de educación, el 68.2 por ciento siendo la mayoría, cursaba o había finalizado la secundaria. La ocupación más frecuente fue la de ama de casa con un 42.4 por ciento. La edad promedio de la menarquia fue de 11 -13 años con un 57.6 por ciento. El 68.2 por ciento estuvo en gesta por 2 ocasiones. La mayoría de las pacientes negó haber tenido conocimiento sobre educación sexual con un 62.4 por ciento seguido a que el 64.7 por ciento de las pacientes encuestadas si conocían sobre los métodos anticonceptivos y aun así el 57.1 por ciento de nuestra muestra niega el uso de anticonceptivos. La edad promedio en la que iniciaron su vida sexual fue de 13-15 con un 57.6 por ciento y un promedio de 1-2 parejas sexuales con un 50.6 por ciento. El 36.5 por ciento obtienen sus métodos anticonceptivos a través del hospital.

Conclusión: Concluimos que las barreras de educación aumentan el número de adolescentes embarazadas y esto contribuye a no utilizar métodos anticonceptivos aun así teniendo fácil acceso a estos y la mayoría de nuestra población los conoce. En conjunto a los demás factores, también el inicio de una vida sexual activa a muy temprana edad es un factor más que se agrega a predisponer los embarazos subsecuentes en adolescentes.

Palabras clave: Embarazo, subsecuentes, adolescentes, métodos anticonceptivos, educación sexual.

ABSTRACT

Introduction: From the Human Rights Approach, subsequent pregnancy in adolescence is the result of deficiencies in the accessibility or availability of services of the health, education, and protection systems, and of conditions of vulnerability such as poverty and violence.

Objectives: To determine the factors that predispose to subsequent pregnancies in adolescents who attend the Dominican Women's Hospital during the period December, 2021 – November, 2022.

Materials and methods: a descriptive, observational, and cross-sectional study of prospective data collection was carried out.

Results: The most frequent age range was 17-19, 88.2 percent. The level of education, 68.2 percent being the majority, attended or had completed high school. The most frequent occupation was housewife with 42.4 percent. The average age of menarche was 11 -13 years with 57.6 percent. The 68.2 percent was pregnant for 2 occasions. Most of the patients denied having knowledge about sexual education with 62.4 percent followed by 64.7 percent of the patients surveyed if they knew about contraceptive methods and even so, 57.1 percent of our sample denies the use of contraceptives. The average age at which they began their sexual life was 13-15 with 57.6 percent and an average of 1-2 sexual partners with 50.6 percent. 36.5 percent obtain their contraceptive methods through the hospital.

Conclusion: We conclude that educational barriers increase the number of pregnant adolescents, and this contributes to not using contraceptive methods even though they have easy access to them and most of our population knows about them. Together with the other factors, the beginning of an active sexual life at a very early age is also one more factor that is added to predispose subsequent pregnancies in adolescents.

Keywords: Pregnancy, subsequent pregnancy, adolescents, contraceptive methods, sexual education.

I. INTRODUCCIÓN

La maternidad adolescente se clasifica como un problema de salud pública en muchas regiones del mundo. Aunque las tasas de fertilidad globales han disminuido durante los últimos 40 años, la maternidad adolescente sigue siendo una preocupación en varias regiones del mundo. América Latina y el Caribe (ALC) tiene una de las tasas más altas de maternidad adolescente del mundo y, aunque ha tendido a disminuir en las últimas décadas, no lo hace con una rapidez comparable a otras regiones. La tasa de fertilidad en adolescentes pasó de 87 nacimientos por cada 1,000 adolescentes de 15 - 19 años en 1990 hasta 63 en 2020, para un declive de 28 por ciento; solo para el continente africano se estima una tasa superior (95 por cada 1,000 adolescentes).¹

El tema del embarazo subsecuente durante la adolescencia pone en evidencia fallas en el sistema de salud, debido que la atención postnatal implica asesoría para el uso de anticonceptivos y la planificación familiar lo que empeora aún más la posición de las mujeres en relación con los hombres. La insuficiente información, el desconocimiento y la escasa educación en materia de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos constituyen otro factor determinante en la ocurrencia del embarazo adolescente.¹

La incidencia de la maternidad adolescente tiene implicaciones para la desigualdad de género en la región, pues existe evidencia de que los efectos negativos del embarazo temprano recaen de manera desproporcionada sobre las madres, lo que empeora aún más la posición de las mujeres en relación con los hombres.¹

Actualmente el 17.5 por ciento de los habitantes del mundo tienen entre 15 y 24 años, de los cuales el 10 por ciento se embarazan y representan el 10 por ciento de todos los nacimientos en el mundo. Esto significa que alrededor de 1 millones de mujeres entre 1 y 19 años dan a luz cada año, dando como resultado lo que se denomina embarazo adolescente.²

Para los jóvenes, el embarazo está relacionado con desventaja escolar, falta y menor paga de trabajo. Como adolescente, tener un hijo a tan temprana edad, puede ser un factor para que este siga procreando, por lo que las consecuencias sociales y económicas suelen ser más severas.²

Desde el punto de vista de la psicología social, los conflictos familiares y la insatisfacción individual también pueden tener un efecto negativo en la reducción de alternativas de vida. Los jóvenes que se unen a una pareja a causa del embarazo corren un mayor riesgo de problemas matrimoniales y divorcio que las parejas maduras.²

I.1. Antecedentes

I.1.1. Nacionales

Ramírez, A., Domínguez, B., Charlotte, M., Díaz, A., Rojas, N., López, realizaron un estudio en el que se entrevistaron 45 adolescentes de la comunidad de Las Tablas para evaluar los factores de riesgo de embarazo en adolescentes en la comunidad de Las Tablas. En República Dominicana, el 22 por ciento de las adolescentes han estado embarazadas. Se entiende que el 20 por ciento de la disfunción familiar se considera riesgo de embarazo adolescente. De las mujeres jóvenes sexualmente activas, el 100 por ciento comenzó a tener relaciones sexuales cuando tenían 14 años o más. El 69 por ciento recibió información sobre el uso de anticonceptivos. El embarazo adolescente es un problema multifactorial dominado por la disfunción familiar, ser hija de madre con antecedentes de embarazo adolescente, abuso de alcohol y otras drogas.³

Lancer J. y Molina N. llevaron a cabo un estudio en el Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el 2017. El objetivo de este estudio fue caracterizar el perfil de las adolescentes embarazadas que acuden a la Maternidad de la Altagracia, para determinar con respecto al deseo o no de embarazarse, estudiar el tipo de las uniones tempranas entre ellos y así poder entender mejor las estrategias adecuadas empleadas por el país en respuesta a este fenómeno. Es de interés nacional comprender mejor los fenómenos sociales que son multifacéticos, multifactoriales y afectan dimensiones sociales,

económicas y de desarrollo de la sociedad en sentido general. Luego de una búsqueda sistemática, no se encontraron otros datos relacionados con los temas tratados en el país del estudio.⁴

I.1.2. Internacionales

Fanny Vargas, Boaz Angla. Llevaron a cabo un estudio en el año 2021, cuyo objetivo fue examinar las tendencias del embarazo adolescente en Centroamérica, República Dominicana y Haití durante las últimas décadas y la trayectoria de los determinantes clave de la maternidad adolescente. La disminución gradual de la fecundidad adolescente se debe a las grandes desigualdades socioeconómicas en la región, así como es la tendencia a la baja edad de la primera relación sexual, aumento en la cantidad de adolescentes sexualmente activas, presencia de uniones tempranas y el bajo uso de anticonceptivos, aunque va en modo creciente. Se revisó una amplia literatura sobre los efectos socioeconómicos y de salud del embarazo adolescente y se presentan análisis no empíricos de los efectos sobre las madres y sus hijos para los países anteriormente mencionados. La principal consecuencia es una disminución en la educación de las madres: disminuye la probabilidad de alfabetizarse y de completar nueve años de educación formal. En un contexto de alta prevalencia del embarazo en la adolescencia, la prevención y la mitigación de sus efectos son objetivos importantes de política pública; el presente documento presenta algunas opciones y lineamientos de agenda en base a la evidencia internacional.¹

La investigación estuvo dirigida a identificar y analizar las características biológicas, sociales, económicas y culturales; asociadas a adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas del Municipio de Chota en el año 2018. La población y muestra estuvo constituida por 41 adolescentes embarazadas de ámbito rural y urbano entre 12 a 17 años de edad, que fueron atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas durante el periodo de abril a junio de los dos últimos años, el método de recolección de datos fue un cuestionario válido y fiable. Como resultado se encontraron relaciones significativas entre el embarazo adolescente con las características biológicas,

sociales y económicas. En cuanto a las características biológicas, el 95,12 por ciento de las adolescentes que tenían entre 15 a 17 años de edad estaban embarazadas con un media de 15 años de edad. De las características sociales, el 70,73 por ciento procede de la zona rural; la religión católica predomina en la población estudiada, 68,29 por ciento tienen una educación media básica. Predominan las familias numerosas, el 73,17 por ciento no consume alcohol y el 100 por ciento de las adolescentes embarazadas experimentan violencia en el hogar de las cuales predomina la violencia verbal. En cuanto a las características culturales, la edad ideal para tener hijos fue de 20 a 25 años y la causa más común de embarazo fue la falta de información sexual, especialmente de la anticoncepción. Respecto a las características económicas el 82,93 por ciento no trabaja, 46,34 por ciento de los jóvenes trabajadores con ingresos por debajo del nivel mínimo de vida, no tienen padres que los apoyen económicamente y en más de la mitad de las pacientes encuestadas se consideran amas de casa a tiempo completo. La hipótesis alternativa fue parcialmente sustentada y se encontraron relaciones significativas con el embarazo adolescente: edad de la primera relación sexual, consumo de alcohol e ingreso económico mensual.⁵

Albornoz N, Arenas V, Martínez M, Carreño M y Sepúlveda J se realizó un estudio en el año 2019 que fue publicado por los Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica el cual tuvo como objetivo identificar los factores socioecológicos para la intervención en embarazo de adolescentes. Para el desarrollo de la investigación se optó por un enfoque de investigación cuantitativo, utilizando un diseño descriptivo, no experimental, volumétrico y transversal. Se aplicó un muestreo aleatorio, estratificado por asignación proporcional, a un grupo de adolescentes de 10 a 19 años que vivían en el estado de Táchira. La población estuvo conformada por 1.963 madres adolescentes.⁶

Los resultados de esta investigación mostraron que las decisiones de embarazo adolescente no estaban relacionadas con el estado civil; no hubo evidencia de una asociación entre la decisión de quedar embarazada, el nivel educativo, el uso del condón y la edad.⁶

Un estudio realizado por Niño A, Ortiz S, Solano S, Mercedes C y Serrano L con el fin de Identificar las concepciones sobre el embarazo, las características sociales, económicas y de redes de apoyo en un grupo de adolescentes gestantes de Bucaramanga. Entre las 100 jóvenes que se beneficiaron del programa Plan Padrino de la Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga en 2014, se incluyeron 15 personas y se concluyó que la mayoría de las participantes reportaron que, aunque el embarazo no fue deseado, si lo aceptaron y asumiendo lo cambios drásticos en su vida, especialmente en las relaciones de amistades y familiares. Ellos ven a la familia como una red de apoyo fundamental, aunque supone un doble reto para ellos, sobre todo para continuar con sus estudios.⁷

Asimismo, Gómez C. y Mejía G. utilizo una encuesta para obtener información sobre las tasas de embarazo y las características demográficas, sociales, familiares y económicas en el municipio de Carepa, Colombia. Se realizaron un total de 566 encuestas entre mujeres de 10 a 19 años. La investigación muestra que Carepa tiene una tasa de embarazo adolescente del 17,8 por ciento.⁸

En cuanto al estudio anteriormente mencionado realizado por Niño A, Ortiz S, Solano S, Mercedes C y Serrano L con el fin de Identificar las concepciones sobre el embarazo, las características sociales, económicas y de redes de apoyo en un grupo de adolescentes gestantes de Bucaramanga donde sus resultados demostraron que las madres adolescentes aceptaron su embarazo no deseado.⁷

Sin embargo, el estudio realizado por von Hoveling A, Larrea E, Norambuena C y Carrasco L. publicado *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2020 demuestra que el embarazo adolescente afecta a las madres y sus hijos. Además del riesgo del embarazo, la maternidad en esta etapa crítica predice la ocurrencia de uno o más embarazos antes de los 20 años, aumentando aún más la vulnerabilidad entre el grupo familiar.⁹

Heredia-Torres J y Yáñez-Herrera C realizaron un estudio en 2019 en el Hospital San Vicente de Paul de Perú, con el objetivo de identificar los factores que predisponen a embarazos subsecuentes en adolescentes donde participaron 81 madres adolescentes con partos eutócicos, se aplicó una encuesta estructurada que aportó información relacionada con factores predisponentes a embarazos

subsecuentes, los resultados obtenidos fueron que las madres adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos de manera adecuada, incrementando los embarazos subsecuentes.¹⁰

I.2. Justificación

EL embarazo en adolescentes es un problema de salud mundial y nuestro país es uno de los cinco países con las tasas más altas de embarazo adolescente en América Latina. Los datos oficiales disponibles muestran que el 22 por ciento de las mujeres entre 12 a 19 años ya han estado embarazadas.¹¹

Es un problema social y de salud pública que crea incertidumbre para toda la población, ya que una de cada cuatro mujeres entre 20 y 49 años quedo embarazada en la adolescencia. En el Cibao Noreste, el 16,3 por ciento de las adolescentes habían estado embarazadas alguna vez, y en Enriquillo es cifra fue más del doble con un 38,5 por ciento. Las principales razones para abandonar la escuela son el embarazo, el cuidado de los hijos y el empleo. El 61,4 por ciento de las adolescentes alguna vez embarazadas en el país pertenecen a los dos quintiles más pobres.¹¹

La tasa de embarazo entre jóvenes con educación primaria o secundaria son casi seis veces más altas que aquellas con educación terciaria. Mas de la mitad de las nuevas madres (52%) tienen las tareas del hogar como ocupación principal. Por lo tanto, este estudio ayudara a identificar los factores que predisponen a embarazos subsecuentes en adolescentes que asisten al Hospital de la Mujer.¹¹

El propósito de este estudio es actualizar las estadísticas del Hospital de la Mujer Dominicana para mejorar los protocolos existentes y usarlos como una herramienta para reducir futuros embarazos en adolescentes.¹¹

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es la edad posterior a la niñez, desde la pubertad hasta la edad adulta. Se acompaña de intensos cambios físicos, mentales, emocionales y sociales. Desde un punto de vista biológico, este es el periodo más saludable de la vida y la mayoría de los jóvenes se sienten en buena forma física. Sin embargo, este es un momento de riesgo porque la mayoría de los adolescentes tienen problemas de salud y necesidades que se extienden hasta la edad adulta: consumo de drogas, sexo arriesgado, obesidad, embarazo, violencia, problemas nutricionales, salud mental y afectara su estilo de vida.¹²

Una vez que entendemos las causas principales, es importante resaltar las consecuencias y riesgos del embarazo adolescente. En el caso del embarazo precoz, esta realidad se hace añicos, pero no es la peor: cuanto más joven es la madre, más peligrosa es la situación como desnutrición, parto prematuro, niños lisiados y deformes y más del 50 por ciento de probabilidad de fallecer en las primeras semanas de nacimiento; en la madre todas las complicaciones medicas del desarrollo fetal también la afectan a nivel fisiológico.¹³

Este problema social es el resultado de una combinación de factores como la iniciación sexual temprana, el desconocimiento y la falta de educación sobre salud sexual y reproductiva, y la falta de acceso a métodos anticonceptivos. La República Dominicana no es una excepción, con una de las tasas de embarazo precoz más altas de la región; según datos del Servicio Nacional de Salud, solo en el 2019 se registraron 27,734 partos de adolescentes, lo que representa el 23,5 por ciento del total de partos registrados en el país (117.882 nacimientos).¹⁴

Luego de ver la gran problemática que afecta nuestra sociedad sobre los embarazos en las adolescentes y la descripción del problema antes expuesto se planteó la siguiente pregunta ¿Cuáles son los factores que predisponen a embarazos subsecuentes en adolescentes en el Hospital de la Mujer Dominicana Diciembre, 2021- Noviembre 2022?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar los factores que predispone a embarazos subsecuentes en adolescentes que acuden al Hospital de la Mujer Dominicana. Diciembre, 2021- noviembre, 2022.

III.2. Específicos

Determinar factores que predisponen a embarazos subsecuentes en adolescentes que acuden al Hospital de la Mujer Dominicana. Diciembre, 2021- noviembre, 2022, según:

1. Edad
2. Estado civil
3. Nivel escolar
4. Ocupación
5. Menarquia
6. Inicio de vida sexual
7. Número de parejas sexuales
8. Gestación
9. Educación sexual
10. Información sobre métodos anticonceptivos
11. Manejo de anticonceptivo
12. Barrera de acceso al servicio de salud
13. Acceso a métodos anticonceptivos

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Embarazo en adolescentes

IV.1.1. Historia

Los estudios previos que han intentado recopilar información sobre el embarazo adolescente son pocos y generalmente se limitan a la experiencia norteamericana y europea. Según ellos, el embarazo precoz no se consideró una condición problemática durante siglos (Vinovskis, 1988). Una explicación de esto es que existe poca diferenciación entre los jóvenes y el resto de la población, como se hace hoy, principalmente en función de la edad y, por lo tanto, la identificación inusual de los jóvenes, son problemas que afectan de manera especial a los más jóvenes.¹⁵

Del mismo modo, se mencionan relativamente las pocas restricciones a las oportunidades que representaban las mujeres muy jóvenes con hijos. Por ello, como han señalado varios autores (Vinosvkis, 1988; Nathanson, 1991 y Miller, 1993), se puede decir que la investigación sobre los problemas de la adolescencia, especialmente el embarazo adolescente, es relativamente nueva, siendo en gran parte de reciente desarrollo por décadas en el siglo XX, y el mayor interés por este tipo de investigación proviene de aquellos campos típicamente asociados a disciplinas como la demografía, sociología y epidemiología.¹⁵

IV.1.2. Definición de adolescencia según la OMS

. La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el periodo de crecimiento que ocurre después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Si bien es difícil determinar el rango de edad exacto, el valor adaptativo, funcional y crítico de esta etapa es importante.¹⁶

Etapas de la adolescencia:

- Adolescencia temprana

De los 10 a 13 años. Comienzan a aparecer las hormonas sexuales y debido a esto ocurren cambios físicos como: “crecen mucho”, la voz cambia, aparece el vello púbico y axilar, el mal olor corporal, el aumento de la sudoración y con ello surge el enemigo de los adolescentes: el acné. Empiezan a buscar más y más amigos.¹⁶

- Adolescencia media

De 14 a 16 años. Comienzan a aparecer cambios tanto a nivel psicológico como en la construcción de su identidad, como se ven a sí mismo y como quieren ser vistos. La independencia de sus padres es casi obligatoria y es un momento en que son vulnerables a situaciones peligrosas.¹⁶

- Adolescencia tardía

Es a partir de los 17 años y puede durar hasta los 21 años. Comienzan a sentirse más cómodos con sus cuerpos y buscan aceptación para definir sus identidades. Están cada vez más preocupados por su futuro y toman decisiones de acuerdo con ello. Su círculo ya no es lo más importante y empieza a optar por relaciones individuales o grupos más reducidos.¹⁶

IV.1.3. Embarazo subsecuente

Por embarazo subsecuente entendemos que es el o los embarazos posterior al nacimiento de un hijo o hija, cuando este presenta en una mujer entre los 10 y los 19 años de edad, se trata de un embarazo subsecuente en adolescente con riesgos tanto para la salud para la madre, como la del hijo. Según el enfoque de Derechos Humanos, el embarazo subsecuentes en adolescentes es el resultado de la falta de acceso o disponibilidad de servicios en los sistemas y condiciones de salud, educación, protección, situaciones de vulnerabilidad como la pobreza y la violencia.¹⁷

IV.1.4. Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos son cualquier tipo de método utilizados para prevenir un embarazo. Otro manera de decir anticonceptivo es la anticoncepción. Existen diferentes tipos de anticonceptivos, pero no todos son adecuados para todas las situaciones. Los métodos anticonceptivos más apropiados van a depender de la salud en general de la persona, la edad, la frecuencia de la actividad sexual, el número de pareja sexuales, el deseo de tener hijos en el futuro y los antecedentes familiares de ciertas afecciones médicas.¹⁸

IV.1.5. Método de barrera

Diseñados para evitar que los espermatozoides ingresen al útero, los métodos de barrera son removibles y pueden ser una opción para las mujeres que no pueden usar anticonceptivos hormonales. Los métodos de barrera tienen un tasa de falla típica de 12 por ciento a 28 por ciento, según este método.¹⁹

Los tipos de métodos de barrera que no requieren una visita a un profesional de la salud incluyen:

- **Condomes masculinos:** Es una funda delgada que cubre el pene para recoger el semen y evitar que este entre en el aparato reproductor femenino. Generalmente, los condones están hecho de látex o poliuretano, pero una alternativa natural son los condones de oveja (hechos de la membrana intestinal de estos). Los condones de látex o poliuretano reducen el riesgo de propagar enfermedades de transmisión sexual. Los condones de piel de oveja no previenen las enfermedades de transmisión sexual. Los condones se desechan después de un uso.¹⁹

- **Condomes femeninos:** Esta es una especie de bolsa de plástico delgada y flexible. Una parte del condón se inserta en la vagina de la mujer antes del coito para evitar que los espermatozoides entren en el útero. Los condones femeninos también reducen el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. El preservativo femenino se desecha después de un solo uso.¹⁹

- **Esponjas anticonceptivas:** Estas son esponjas blandas desechables impregnadas con espermicida. Este se inserta en la vagina antes del coito. Las esponjas ayudan a evitar que los espermatozoides entren en el útero y el espermicida también mata los espermatozoides. La esponja debe permanecer en su lugar durante al menos de seis horas después de la relación sexual y debe de retirarse de las 30 horas posteriores a la relación sexual. Actualmente, la única esponja vaginal aprobada por la FDA es la Today.¹⁹

- **Espermicidas:** Los espermicidas son capaces de destruir los espermatozoides. El espermicida más común es una sustancia química llamada nonoxidol-9. Están disponibles en una variedad de concentraciones y presentaciones como espumas, geles, cremas, óvulos y películas. El espermicida debe insertarse por vía vaginal, cerca del útero, no más de 30 minutos antes del coito para evitar el embarazo. Los

espermicidas no previenen la transmisión de enfermedades de transmisión sexual y pueden causar reacciones alérgicas o vaginitis.¹⁹

Los métodos anticonceptivos que requieren atención médica incluyen:

- **Diafragmas:** El método de diafragma es una copa poco profunda y flexible hecha de látex o caucho blando que se inserta en la vagina antes del coito y evita que los espermatozoides entren en el útero. Se debe de usar una crema o gel espermicida con el diafragma. El diafragma debe dejarse colocado durante 6 a 8 horas después de la relación sexual para evitar el embarazo, debe de retirarse dentro de las 24 horas posteriores a la inserción. Para que funcione correctamente, un diafragma de goma convencional debe de tener el tamaño correcto; un profesional de la salud puede determinar el tamaño exacto.²¹ El diafragma debe de reemplazarse cada uno o dos años. Una mujer también debe de volver a medirse después del parto, una cirugía pélvica, si aumento o perdió más de 15 libras para obtener el tamaño correcto del diafragma. Los diafragmas más nuevos como lo es el Kaya, están diseñados para adaptarse a la mayoría de las mujeres, por lo que no es necesario que un médico los mida. Cada diafragma es una especie de copa flexible y poco profunda hecha de látex o una goma blanda que se inserta en la vagina antes de tener relaciones sexuales e impide que el esperma ingrese al útero. Debe usarse crema o gel espermicida junto con el diafragma.¹⁹

- **Capuchones cervicales:** Son similares a los diafragmas, pero más pequeñas y rígidas. El capuchón cervical es un fina copa de silicona que se inserta en la vagina antes del coito para evitar que los espermatozoides entren en el útero. Al igual que el diafragma, el capuchón cervical debe usarse con una crema o gel espermicida. El capuchón debe dejarse colocado entre 6 y 8 horas después de la relación sexual para evitar el embarazo, pero debe de retirarse dentro de las 48 horas posteriores a la inserción.¹⁹

IV.1.5.1. Método hormonales acción corta

Los métodos hormonales de control de la natalidad usan hormonas para regular o detener la ovulación y prevenir el embarazo. La ovulación es un proceso biológico en el que los ovarios liberan un ovulo listo para la fecundación. Las hormonas se pueden

introducir en el cuerpo de varias maneras incluidas píldoras, inyecciones, parches para la piel, geles transdérmicos, anillos vaginales, sistemas intrauterinos e implantes. Dependiendo de las hormonas utilizadas, estos métodos pueden prevenir la ovulación; espesamiento del moco cervical, que ayuda a evitar que los espermatozoides lleguen al ovulo; o adelgazamiento del tejido que recubre el útero. Los anticonceptivos hormonales son prescritos y controlados por profesionales de la salud.¹⁹

- Anticonceptivo inyectable

Este método implica inyectar una progestina, Depo-Provera (DMPA, acetato de medroxiprogesterona de depósito), en el brazo o la nalga cada tres meses. Este es un anticonceptivo que puede causar una pérdida temporal de la densidad ósea, especialmente en las adolescentes. Sin embargo, esta pérdida ósea generalmente es reversible al suspender el anticonceptivo. La mayoría de los pacientes que usan anticonceptivos inyectables deben de seguir una dieta rica en calcio y vitamina D o tomar un suplemento vitamínico mientras sigan usando este método. La nueva formulación de auto inyección para DMPA, Sayana Press, ha sido aprobada en el Reino Unido y se espera que sea aprobada en más lugares en un futuro próximo. Este producto contiene niveles más bajos de hormonas y puede ser más aceptable para algunas mujeres.¹⁹

- Píldoras solo de progestina (POP, por sus siglas en inglés)

Las mujeres toman una tableta al día, preferiblemente a la misma hora todos los días. Las POP pueden interferir con la actividad ovulatoria o espermática. Las POP espesan el moco cervical, lo que dificulta que los espermatozoides lleguen al útero o hacia las trompas de Falopio. Las POP interrumpen los cambios cíclicos normales en el revestimiento del útero y pueden causar sangrado no deseado o sangrado en medio de un ciclo menstrual normal. Estas hormonas no parecen estar asociadas con un mayor riesgo de formación de coágulos de sangre.¹⁹

IV.1.5.2. Método hormonales combinados

Los métodos hormonales combinados que contienen un estrógeno sintético (etinilestradiol) y una de las varias progestinas que están aprobadas en los Estados Unidos. Todos los productos suprimen la ovulación y espesan el moco cervical. Los

anticonceptivos combinados de estrógeno/progestina se pueden tomar como píldora, parche o anillo vaginal. Los métodos hormonales combinados tienen algunos riesgos médicos, como la formación de coágulos de sangre, que están relacionados con el estrógeno sintético del producto. Estos riesgos no ocurren con los métodos hormonales que contiene solo progestina, como los anticonceptivos inyectables, las POP o LARC hormonales. Su médico puede analizar sus factores de riesgo y ayudar a elegir el método anticonceptivo más adecuado para la paciente.¹⁹

- Anticonceptivos orales combinados (COC, por sus siglas en inglés; “la píldora”): Los anticonceptivos orales contienen estrógeno sintético y progestina, los cuales previenen la ovulación. Las mujeres toman una tableta al día, preferiblemente a la misma hora todos los días. Hay muchos tipos de píldoras anticonceptivas, por lo que un profesional de la salud puede ayudar a decidir qué tipo se adapta mejor a las necesidades de una mujer.¹⁹

- Parche anticonceptivo: Es una pieza delgada de plástico que se adhiere a la piel y libera hormonas a través de la piel hacia el torrente sanguíneo, el parche se coloca en la parte inferior del abdomen, los glúteos, los antebrazos o la parte superior del cuerpo. Se aplica un parche nuevo una vez a la semana durante tres semanas y no se usa un parche nuevo durante la cuarta semana del periodo menstrual. Actualmente el único parche aprobado por la FDA es Ortho Evra.¹⁹

- Anillos vaginales: El anillo es delgado, flexible y mide aproximadamente dos pulgadas de diámetro. Se administra una etinilestradiol y progestina. El anillo se inserta en la vagina donde se liberan hormonas continuamente durante tres semanas. Se retira a la cuarta semana y pone un anillo nuevo a los siete días. Los riesgos de este método anticonceptivos son similares a los de los anticonceptivos orales combinados. Los anillos vaginales no se recomiendan para mujeres con ciertas condiciones de salud, como presión arterial alta, enfermedades cardíacas o ciertos tipos de cáncer. Actualmente, el único anillo vaginal aprobado por la FDA es el NuvaRing. Se encuentra en desarrollo clínico un nuevo anillo vaginal anticonceptivo que se puede utilizar durante trece ciclos.¹⁹

IV.1.5.3. Método permanente

La esterilización es una forma permanente de control de la natalidad que evita que una mujer se embarace o que el hombre libere espermatozoides. Los procedimientos de esterilización, que a menudo requieren cirugía, deben de ser realizados por un profesional de la salud. Estos procedimientos suelen ser irreversibles.¹⁹

- Los implantes estériles son una forma no quirúrgica de cerrar permanentemente las trompas de Falopio. El médico insertará un tubo delgado a través de la vagina hasta el útero para colocar un dispositivo suave y flexible en cada trompa de Falopio. Sin necesidad de incisión. Durante los siguientes tres meses, se forma un tejido cicatricial alrededor de los órganos, lo que bloquea las trompas de Falopio y evita que los espermatozoides lleguen al óvulo. Después de tres meses, el profesional de la salud realiza pruebas para asegurarse de que el tejido cicatricial haya bloqueado completamente las trompas de Falopio. Hasta que las pruebas muestren que las trompas de Falopio están completamente bloqueadas, se debe usar un método anticonceptivo de respaldo.¹⁹

- La ligadura de trompas es un procedimiento quirúrgico en el que un médico corta, ata o bloquea las trompas de Falopio. Este procedimiento bloquea el paso entre el ovario y el útero. El espermatozoide no puede encontrarse con el óvulo para la fertilización y el óvulo no puede llegar al útero.¹⁹

- La vasectomía es un procedimiento quirúrgico que corta, cierra o bloquea los conductos deferentes. Este procedimiento impide el paso entre los testículos y la uretra. Los espermatozoides no pueden salir de los testículos y, por lo tanto, no pueden llegar al óvulo. Puede tomar hasta tres meses para que el proceso surta efecto. Hasta que las pruebas confirmen que no hay espermatozoides en el semen, se debe de usar un método anticonceptivo de respaldo.¹⁹

IV.1.6. Factores de riesgo

El embarazo en adolescentes puede verse afectado por muchos factores como lo son los biológicos, sociales, psicológicos y conductuales. La educación de los jóvenes es uno de los objetivos de desarrollo sostenible para el 2030, sin embargo, factores socioeconómicos como la pobreza o la falta de infraestructura aumentan

la tasa de deserción. Los adolescentes de alto rendimiento ven las relaciones sexuales tempranas como más vulnerables y con un gran costo para sus aspiraciones, porque los embarazos no planificados pueden dificultar el logro de sus objetivos. Por ello, el buen rendimiento académico se considera un factor protector para el embarazo en adolescentes.²⁰

El inicio de una vida sexual temprana se puede atribuir a un logro educativo bajo, abandono escolar, falta de supervisión de los padres y aspiraciones personales más bajas.²⁰

Ciertos factores biológicos, como la dismenorrea y la pubertad temprana, pueden estar asociado con el embarazo adolescente, ya que los cambios hormonales pueden mejorar las sensaciones de búsqueda de sensaciones y las experiencias sexuales. Esto puede estar relacionado con el retraso en el desarrollo de las características sexuales en la corteza prefrontal que promueve iniciación temprana de las relaciones sexuales, junto con la impulsividad. Se ha informado una asociación entre el sexo temprano y múltiples parejas sexuales, lo que también aumenta el riesgo de embarazo en adolescentes.²⁰

Las malas relaciones familiares y la falta de supervisión de los padres pueden contribuir al embarazo en adolescentes. Los motivos de estos problemas pueden deberse a la desintegración de la familia, poligamia, discordia entre padres, mala relación entre padres e hijastros, padres solteros sin apoyo familiar o pobreza extrema. Los adolescentes con problemas familiares reportan falta de amor, rechazo, abandono, soledad e inseguridad en el hogar, por lo que tratan de reemplazar estos sentimientos con extraños lujurioso. En contraste, se destaca el patrón de embarazo adolescente, en el que las menores de madres adolescentes tienen de dos a tres veces más probabilidades de tener un embarazo y aborto espontaneo, si la madre tiene un riesgo similar dar a luz, al tener una hermana mayor con embarazo adolescente aumenta la probabilidad de que las hermanas más jóvenes independientemente de su nivel educativo.²⁰

Quizás la razón de esta relación sea la influencia de los miembros de la familia en las actitudes y conocimientos sobre el sexo. El estatus socioeconómico es un factor importante asociado con el embarazo, ya que las adolescentes que viven en

áreas de bajos ingresos tienen mayor riesgo de embarazo adolescente. Un nivel socioeconómico bajo también se asocia con niveles de educación más bajos, por lo que las adolescentes en estas áreas desfavorecidas no ven el embarazo adolescente como un obstáculo para su futuro.²⁰

La presión social de las amistades para tener relaciones sexuales antes de estar cómodo y ser plenamente consciente de las prácticas seguras son factores que aumentan el riesgo de embarazo adolescente. Otros factores han penetrado en la cultura moderna, como el sexo temprano, las relaciones casuales y el uso de las redes sociales, aumenta los riesgos de conductas sexuales de riesgo abuso de sustancias o baja autoestima en los adolescentes.²⁰

Las adolescentes embarazadas a menudo presentan:

- Cuadro de malnutrición, falta de nutrientes necesarios para el correcto crecimiento del bebé.
- Elevado número de abortos espontáneos.
- Nacimiento prematuro, una gran cantidad de niños de madres adolescentes nacen antes de la semana treinta y siete de embarazo.
- El bajo peso del bebé al nacer se debe a que su cuerpo aun es inmaduro lo que significa que su útero no se ha desarrollado completamente.
- Las madres adolescentes tienen hijos con más problemas de salud y retrasos en el desarrollo.
- En caso de que haya una adolescente menor de quince años embarazada, hay probabilidad que el bebé nazca con algún defecto congénito.²¹

IV.1.7. Complicaciones psicológicas para la adolescente embarazada.

En general, los estudios hablan de algunas de las situaciones por las que pasan las madres adolescentes:

- Miedo al rechazo social: una de las consecuencias de la adolescencia y el embarazo es que las jóvenes se sienten criticadas por su entorno y tienden a aislarse del grupo.

- Rechazo al bebe: son niñas y no quieren asumir las responsabilidades, el tiempo y las obligaciones que conlleva ser madre. Sin embargo, esto también los hace sentir culpables y tristes y baja autoestima.
- Problemas en la familia: la información sobre el embarazo en la familia suele ser una fuente de conflicto e incluso de rechazo por parte de su entorno.
- Los hijos de padres adolescentes tienden a tener índices más altos de fracaso escolar y dificultades sociales o académicas.²¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda prevenir el embarazo en adolescentes, reducir el matrimonio antes de los dieciocho años, aumentar el uso de anticonceptivos entre adolescentes, reducir las relaciones forzadas y apoyar los programas de anticoncepción para adolescentes. En cualquier caso, la mejor prevención es una buena educación sexual para los jóvenes de la familia. Es importante estar al tanto de los riesgos y complicaciones del embarazo en adolescentes y todos los cambios que ocurrirán a partir del momento del embarazo adolescente.²²

IV.1.8. Consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescentes

El embarazo de niñas y adolescentes tienen consecuencias sociales y económicas no solo para las madres sino también para sus familias y países. Muchas adolescentes embarazadas se ven obligadas a abandonar sus estudios y cambiar sus planes de vida.²³

Un adolescente sin educación tiene menos habilidades, capacidades y oportunidades para ingresar al mercado laboral. Este hecho tiene un costo económico para el país, debido a una menor productividad y por ende menores ingresos.²³

Los jóvenes adquieren las habilidades que les permiten prosperar en el mercado laboral principalmente a través de la educación. El embarazo adolescente implica una interrupción en el proceso de desarrollo y acumulación de conocimientos, ya que las mujeres que pasan por este periodo enfrentan ciclos intermitentes de trabajo y estudio al tener un niño. De esta manera, las madres adolescentes tienen

menos posibilidades de ingresar al mercado laboral o acceder a trabajos que requieren mayores habilidades y experiencia. Por ello, sin la atención y cuidado de la sociedad, las oportunidades y decisiones laborales de las mujeres se verán afectadas.²³

El ingreso laboral está estrechamente relacionado con el impacto del embarazo en adolescentes y el nacimiento de manera temprano de un hijo para las dimensiones analizadas anteriormente.²³

De esta forma, las madres adolescentes reciben menos ingresos que las mujeres que deciden posponer la maternidad hasta la edad adulta, debido a su nivel educativo, falta de experiencia laboral y otras dificultades o limitaciones en el cuidado de los hijos.²³

Para estimar los costos de atención en salud por embarazo en adolescentes, se tomó como insumo la información sobre la atención en salud antes, durante y después del parto. Según la Organización Mundial de la Salud, el embarazo precoz aumenta los riesgos tanto para la madre como para el bebé. Entre los factores de riesgo, su peso es el más destacado, ya que los hijos de madres adolescentes suelen tener bajo peso al nacer y un mayor riesgo de efectos a largo plazo.²³

El embarazo en adolescentes también está relacionado con la mortalidad infantil. En los países de ingresos medianos y bajos, los niños nacidos de madres menores de veinte años tienen un 50 por ciento más de probabilidades de morir antes del nacimiento o morir en las primeras semanas de nacidos, comparando con los bebés que nacen de madres de veinte a veintinueve años ya que mientras más joven es la madre, mayor será el riesgo para el bebé.²³

Los ingresos fiscales del gobierno están estrechamente relacionados con la participación en el mercado laboral y los ingresos de trabajo. Se entiende que el embarazo adolescente hace una diferencia en el ingreso nacional porque las madres adolescentes tienden a estar menos dispuestas a ingresar al mercado laboral y tienen menos posibilidades de conseguir un buen trabajo a lo largo de su vida, lo que hace una diferencia en el consumo y el ingreso en comparación con las mujeres que desean demorar la maternidad hasta la edad adulta.²³

IV.1.9. Prevención

El embarazo y la maternidad adolescente es un fenómeno que afecta la salud sexual, la salud reproductiva y el bienestar de las mujeres jóvenes, sus familia y sus comunidades, así como el desarrollo del país, por la diversidad de sus efectos en el ámbito físico, psicológico y mental. No solo el ámbito político económico y social incide en la calidad de vida y salud de los adolescentes y sus familias, sino también de la sociedad en su conjunto.²⁴

La clave para prevenir el embarazo es lograr que las adolescentes y jóvenes participen genuinamente no solo de los derechos sexuales y reproductivos, sino también de la sociedad y la economía del país.²⁴

La maternidad juvenil esta menos representada en las sociedades pobres, lo que reinventa el ciclo de la pobreza y conduce a la perdida de poblaciones con oportunidades educativas y productivas en la sociedad, lo que en última instancia conduce a la exclusión social. La exclusión se expresa en las dificultades para continuar la educación, participar en el mundo del trabajo y contar con suficientes recursos económicos para seguir viviendo. Otro determinante del embarazo adolescente es la aceptación cultural y social en algunas sociedades, particularmente en entornos de extrema vulnerabilidad social donde es un elemento de reconocimiento social o compensación emocional para las madres adolescentes. En el contexto del desplazamiento forzado la violencia estructural se asocia al embarazo adolescente.²⁴

La residencia rural, así como la pertenencia a grupos étnicos negros e indígenas también, son determinantes del embarazo adolescente. Los factores protectores reconocidos por evidencia científica como efectivos son la educación sexual integral y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.²⁴

Una de las principales estrategias de prevención es la anticoncepción moderna. Como parte del derecho a la salud sexual y reproductiva, los jóvenes tienen derecho a buscar asesoramiento y también a que se les proporcionen los métodos de su elección. Este derecho debe de garantizarse a la mujer embarazada menor de catorce años que decide interrumpir el embarazo de forma voluntaria y sin obstáculos.²⁴

Por otro lado, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) propuso diez recomendaciones a ser implementadas para proteger a los adolescentes, incluyendo asegurar la educación secundaria y el acceso a servicio de salud reproductiva y sexual de calidad, reducir los embarazos adolescentes no deseados, brindar educación sexual y abolir los matrimonios arreglados para menores de dieciocho años.²⁰

A su vez, la Organización Mundial de la Salud agrega otras recomendaciones dirigidas a prevenir el embarazo adolescente y sus complicaciones en los países en desarrollo, tales como: reducir el abuso sexual a través de la legislación, educar a los hombres y empoderar a las mujeres; reducir las prácticas de aborto inseguro, brindar educación sobre los riesgos involucrados y los servicios posteriores al aborto, incluida la planificación familiar; y aumentar la disponibilidad de personal capacitado y calificado para la atención prenatal, posparto y posnatal.²⁰

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento	Años cumplidos	Numérica
Estado civil	Situación jurídica del individuo	Condición sentimental	Nominal
Nivel académico	Formación académica de cada individuo	Nivel de estudio	Ordinal
Ocupación	Actividad remunerada de una persona	Estudiante Ama de casa Trabajo informal	Nominal
Menarquía.	Aparición de la primera menstruación	Edad primera menstruación	Numérica
Inicio de vida sexual	Edad en que tuvo la primera relación sexual	Inicio vida sexual	Numérica

Número de parejas sexuales.	Vínculo sentimental del sexo opuesto.	Número de pareja	Numérica
Gestación	Periodo o tiempo que va desde la fecundación al parto.	Números de embarazo	Numérica
Educación sexual.	Conocimiento sobre sexualidad.	Educación sobre la sexualidad	Nominal
Manejo de anticonceptivo.	Aplicación de métodos anticonceptivo.	Utilización método anticonceptivo	Nominal
Barrera de acceso al servicio de salud.	Trabas u obstáculos que impiden el acceso a los servicios de salud.	Accesibilidad de acudir a un centro de salud	Nominal
Acceso a métodos anticonceptivos.	Forma de obtención de métodos anticonceptivos.	Facilidad de acceso a los métodos anticonceptivos	Nominal

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal con el objetivo de: determinar los factores que predisponen a embarazos subsecuentes en adolescentes que acuden al Hospital de la Mujer Dominicana diciembre, 2021 y noviembre, 2022. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.2. Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en la consulta para adolescentes del Hospital de la Mujer Dominicana, ubicado en la Av. Simón Bolívar No. 842, La Esperilla, Distrito Nacional, República Dominicana. Delimitado, al norte, por la Av. Simón Bolívar; al Sur, por la Av. José Contreras; al Este, por la calle Elvira de Mendoza; y al Oeste, por la Av. Alma Mater. (Ver mapa cartográfico y vista aérea)



Mapa cartográfico



Vista aérea

VI.3. Universo

El universo estuvo representado por todas las pacientes que asistieron al Hospital de la Mujer Dominicana. Diciembre, 2021 – noviembre, 2022.

VI.4. Muestra

La muestra estuvo constituida por 150 pacientes que asistieron a la consulta de Ginecología y Obstetricia para adolescentes. Diciembre, 2021- noviembre, 2022.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

1. Adolescentes
2. Embarazos subsecuentes

VI.5.2. De exclusión

1. No firmar consentimiento informado
2. Negarse a participar en el estudio

VI.6. Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos consta de 15 preguntas dentro de las cuales 5 son abiertas y 10 de cerradas. Abarcó datos sociodemográficos y datos relacionados nivel académico y ocupación. Así como datos ginecológicos de las pacientes.

VI.7. Procedimiento

Se sometió el anteproyecto a la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) y la Unidad de Enseñanza del Hospital de la Mujer Dominicana. Una vez aprobado, las sustentantes estuvieron facultadas para la realización de la investigación. Luego de obtener los permisos correspondientes, Se procedió a identificar los pacientes en el área de consulta para adolescentes para seleccionar a aquellas pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión para participar en el estudio

Luego se estuvieron entrevistando, aplicando el instrumento de recolección de datos anexo con este trabajo con el fin de conocer datos generales, aspectos sociodemográficos y datos ginecológicos de las mismas.

Los días de recolección de datos fueron de lunes a viernes en horarios de 8:00 am a 5:00 pm.

VI.8. Tabulación

Las operaciones de tabulación de la información fueron ejecutadas a través de Microsoft Word y Excel para el diseño y manejo de datos.

VI.9. Análisis

El análisis de los datos fue de tipo descriptivo, se elaboraron cuadros y gráficos que permitirán la presentación y posterior descripción de los resultados.

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki²⁵ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).²⁶ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza del hospital de la Mujer Dominicana, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos ofrecidos por los pacientes que se encuentran en el centro de salud. Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por las investigadoras.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad (ver anexo XII.3. Consentimiento informado). A la vez, la identidad de las participantes fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente trabajo de grado, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

VII. RESULTADOS

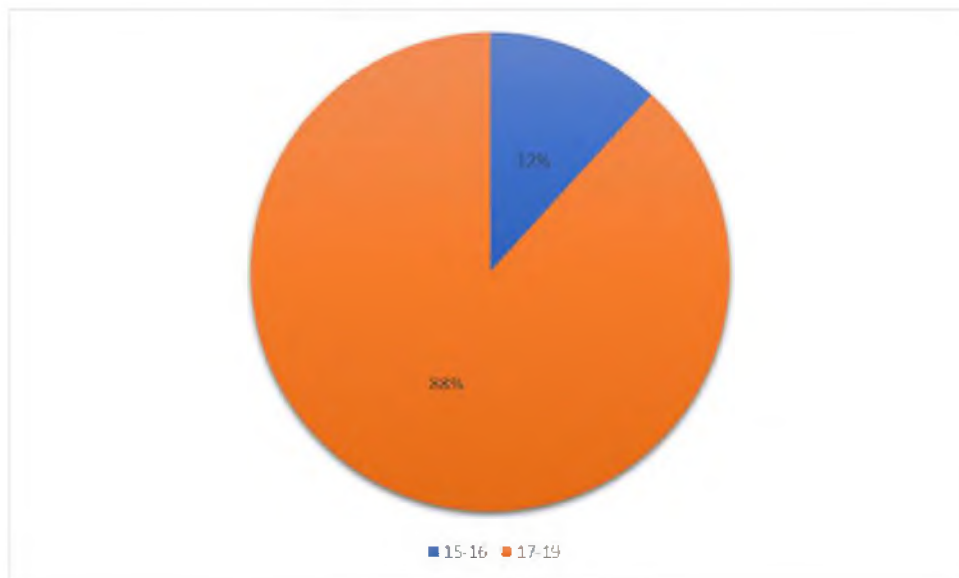
Tabla 1: Intervalo de edades de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.

Edades	Frecuencia	%
15-16	11	11.8
17-19	88	88.2
Total	99	100.0

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Del número total de la muestra de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuentes las edades más frecuentes fueron: de 17-19 años que representa un 88.2 por ciento del total de la muestra y el rango de 15-16 años representa un 11.8 por ciento.

Gráfica 1: Intervalo de edades de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.



Fuente: tabla 1

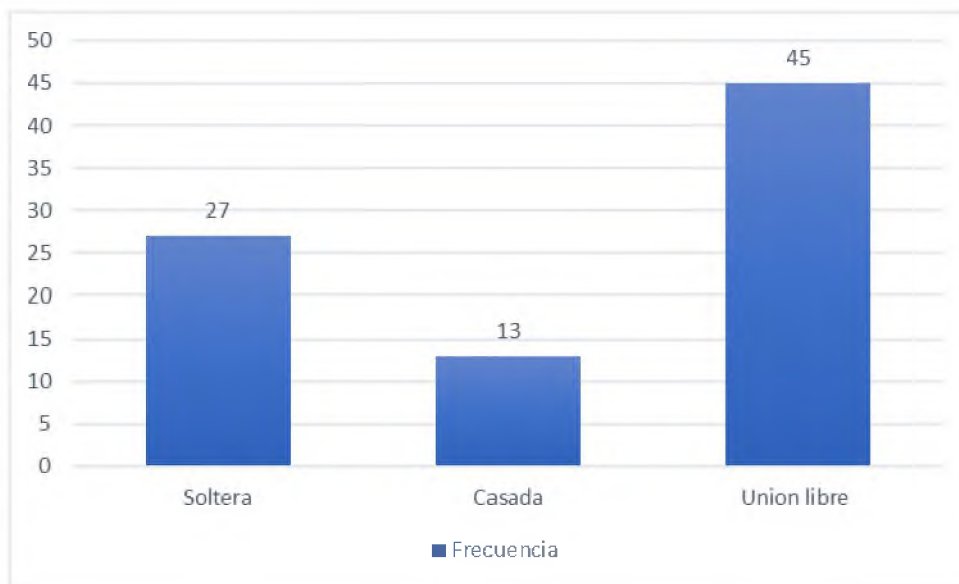
Tabla 2: Estado civil de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltera	27	31.8
Casada	13	15.3
Union libre	45	52.9
Total	85	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Del total de las pacientes estudiadas un 52.9 por ciento conviven en unión libre seguido por un 31.8 por ciento que represento a las pacientes solteras y por último un 15.3 por ciento de las pacientes eran casadas.

Gráfica 2: Estado civil de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.



Fuente: tabla 2

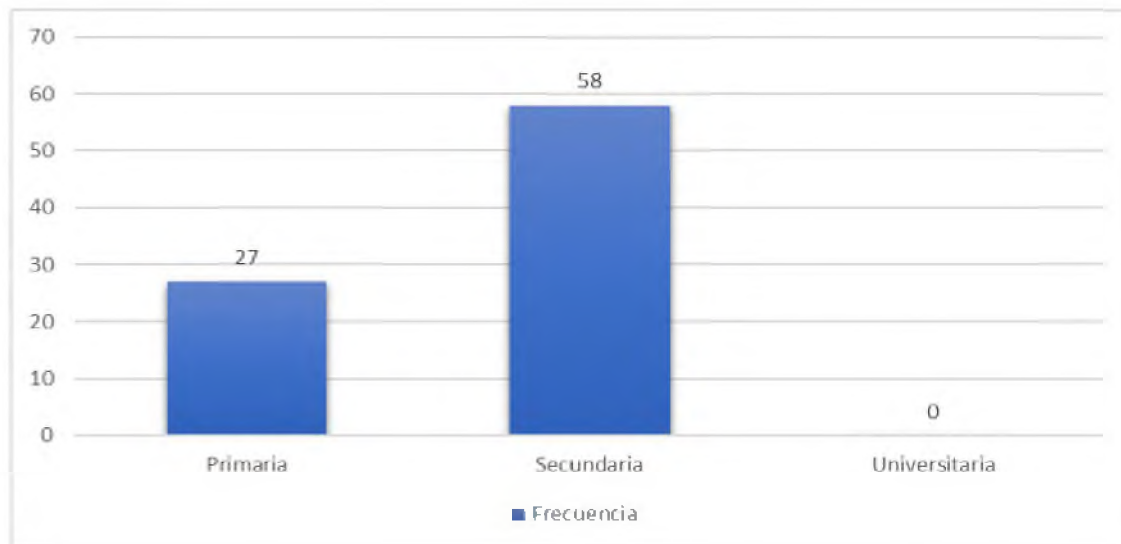
Tabla 3: Nivel de educación de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.

Nivel de educacion	Frecuencia	%
Primaria	27	31.8
Secundaria	58	68.2
Universitaria	0	0.0
Total	85	100.0

Fuente: instrumento de recolección de datos.

De las pacientes entrevistadas un 68.2 por ciento estaban cursando la secundaria seguida de un 31.8 por ciento de las pacientes estaban en la primaria por último un 0 por ciento estaba cursando la universidad.

Gráfica 3: Nivel de educación de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.



Fuente: tabla 3

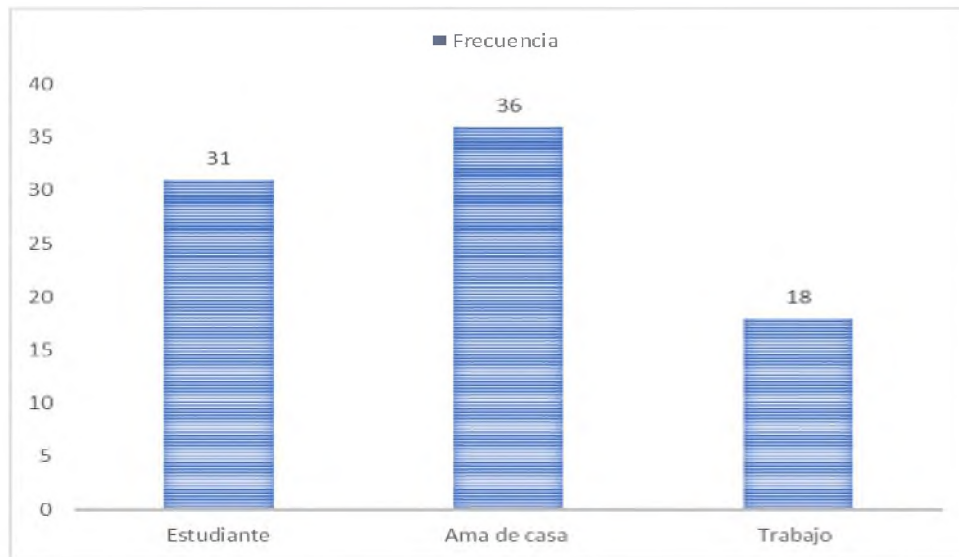
Tabla 4: Ocupación de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.

Ocupacion	Frecuencia	%
Estudiante	31	36.5
Ama de casa	36	42.4
Trabajo	18	21.2
Total	85	100.0

Fuente: Instrumento de recolección

La ocupación más frecuente fue la de ama de casa con un 42.4 por ciento seguida por 36.5 por ciento correspondiente a estudiante y por último un 21.2 por ciento de las pacientes estaban laborando.

Gráfica 4: Ocupación de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.



Fuente: tabla 4

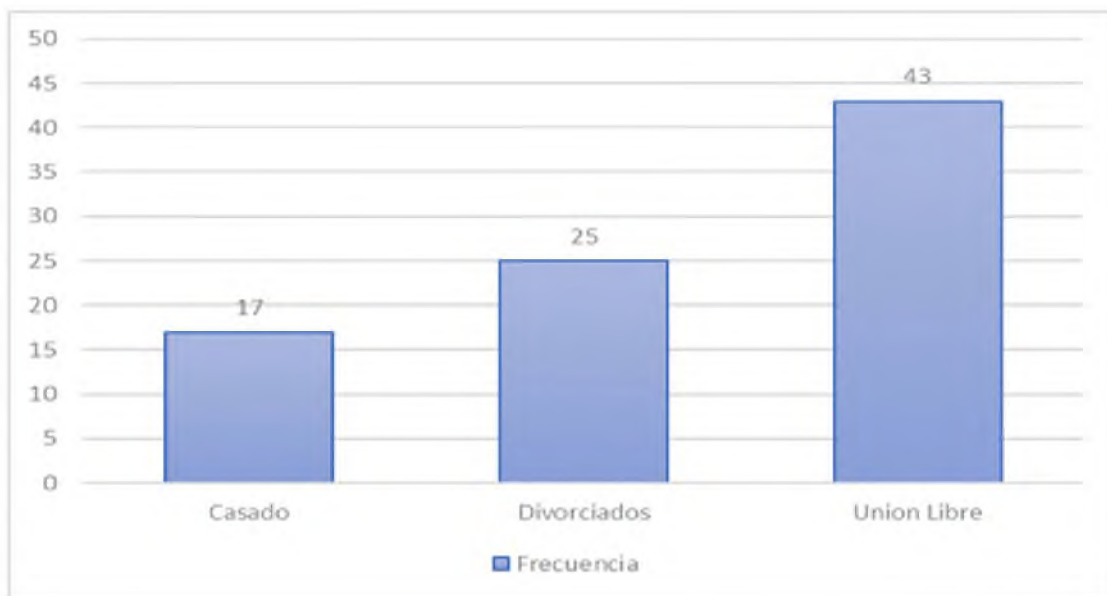
Tabla 5: Estado civil de padres de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.

Estado civil Padres	Frecuencia	%
Casado	17	20.0
Divorciados	25	29.4
Union Libre	43	50.6
Total	85	100.0

Fuente: instrumento de recolección de datos.

De las pacientes entrevistadas un 50.6 por ciento de los padres estaban en unión libre seguido de un 29.4 por ciento eran divorciados y por último un 20.0 por ciento estaba casado.

Gráfica 5: Estado civil de los padres de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.



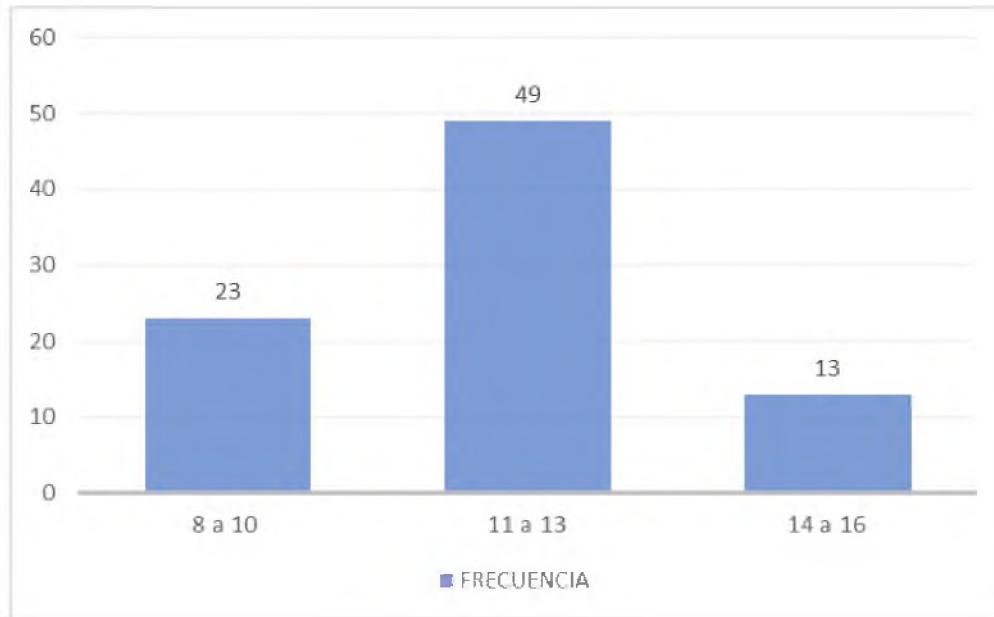
Fuente: tabla 5

Tabla 6: Edad de menarquia de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.

Edad primera menstruación	Frecuencia	%
8 - 10	23	27.1
11 - 13	49	57.6
14 - 16	13	15.3
TOTAL	85	100.0

Fuente: instrumento de recolección

Del total de 85 pacientes que representa a las adolescentes con embarazo subsecuentes un 57.6 por ciento tuvo su menarquia entre los 11-13 años seguido de 27.1 por ciento en los 8-10 años y por último un 15.3 por ciento a los 14-16 años.



Fuente: tabla 6

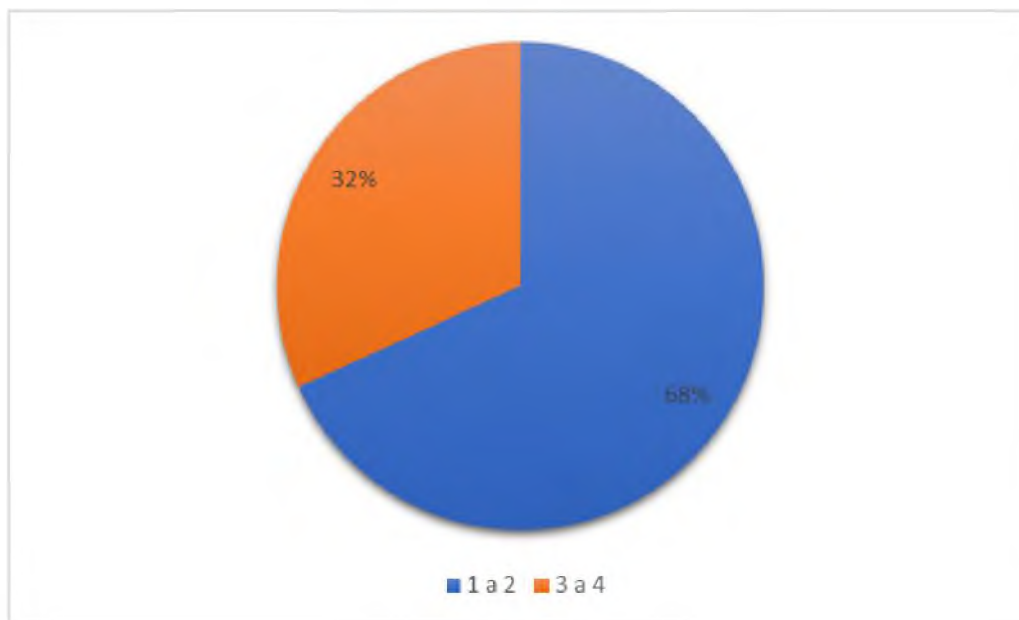
Tabla 7: Número de embarazos de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022

Números de embarazos	Frecuencia	%
1-2	58	68.2
3-4	27	31.8
Total	85	100.0

Fuente: instrumento recolector de datos.

De las pacientes entrevistadas un 68.2 por ciento estuvo 2 en gesta dos veces seguido de 31.8 por ciento tuvo 3 a 4 embarazos.

Gráfico 7: números de embarazos de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022



Fuente: tabla 7

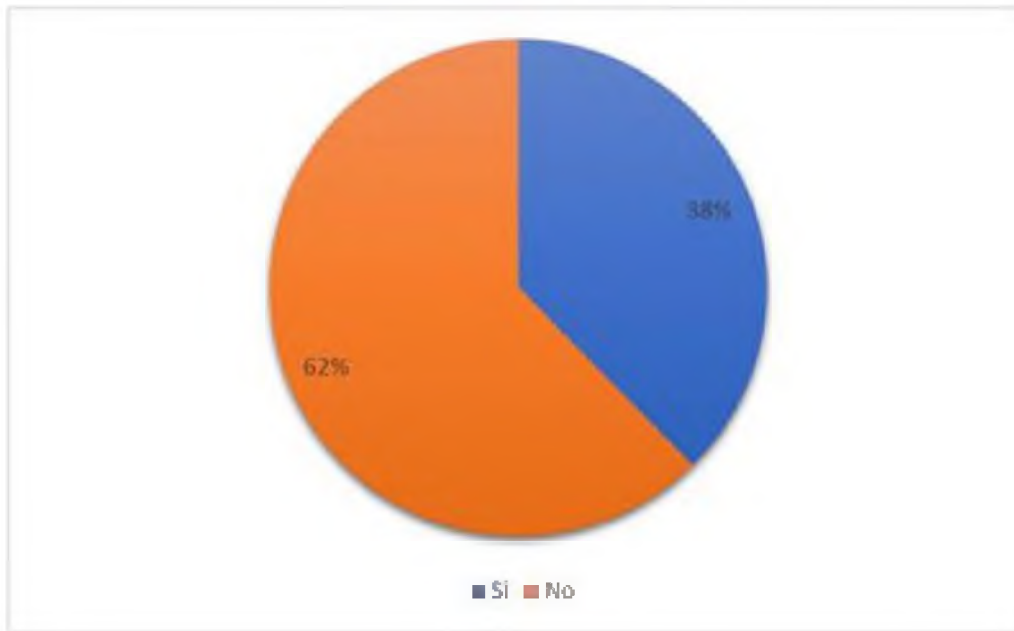
Tabla 8: conocimiento de educación sexual de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022

Recibió educación sexual	Frecuencia	%
Si	1	37.6
No	2	62.4
Tot	3	100.0

Fuente: instrumento de recolección de datos

De las pacientes entrevistadas un 37.6 por ciento recibió educación sexual seguido de un 62.4 por ciento que no recibió educación sexual.

Gráfico 8: conocimiento educación sexual de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022



Fuente: tabla 8

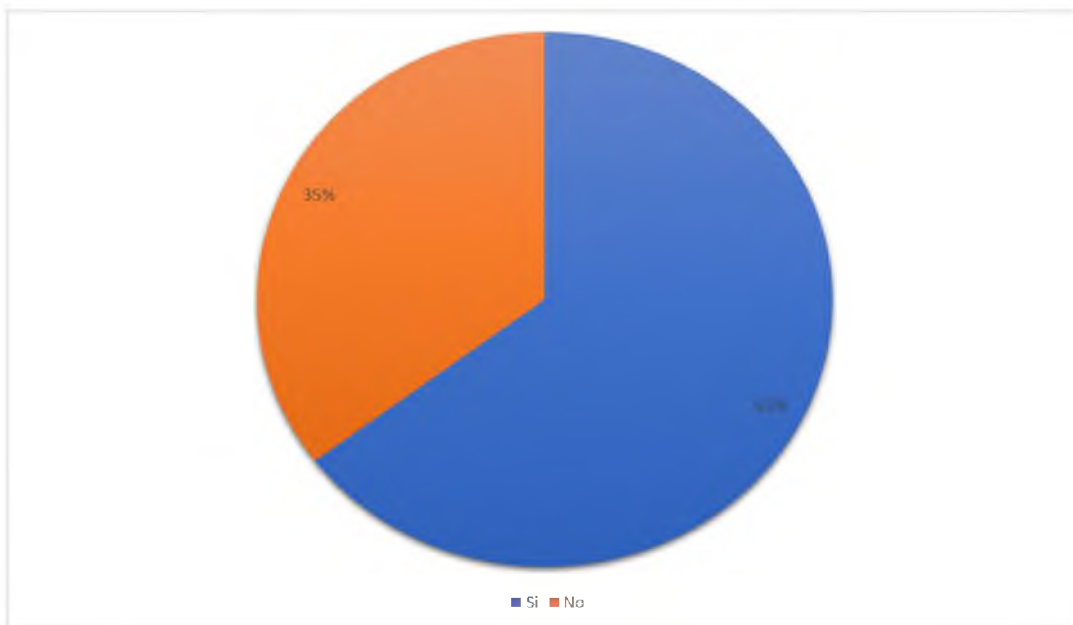
Tabla 9: Conocimientos métodos anticonceptivos de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.

Conocimiento métodos anticonceptivos	Frecuencia	%
Si	25	64.7
No	14	35.3
Total	39	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

De las pacientes entrevistadas un 64.7 por ciento afirma tener conocimientos sobre anticonceptivos continuando con el 35.3 por ciento niega tener conocimiento de los métodos anticonceptivos.

Gráfico 9: Conocimientos métodos anticonceptivos de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.



Fuente: tabla 9

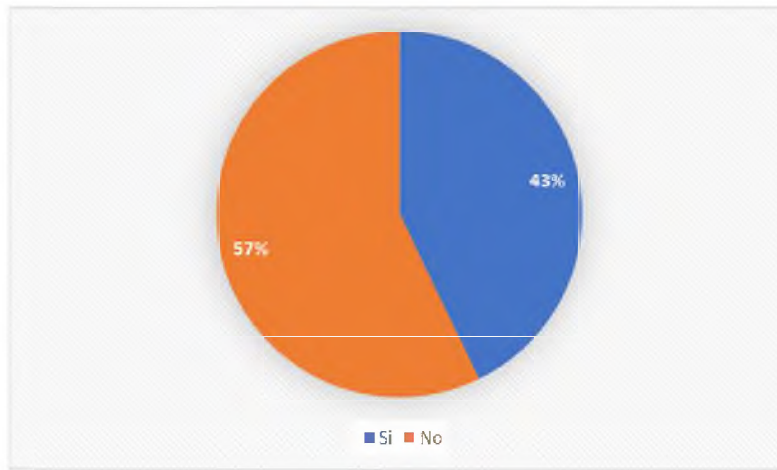
Tabla 10: Uso de métodos anticonceptivos de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.

Utiliza métodos anticonceptivos	Frecuencia	%
Si		42.9
No		57.1
Total		100.0

Fuente: instrumento de recolección de datos.

De las pacientes entrevistadas un 57.1 por ciento niega el uso de anticonceptivos mientras que el 42.9 por ciento afirma utiliza métodos anticonceptivos.

Gráfica 10: uso de métodos anticonceptivos de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.



Fuente: tabla 10

Tabla 11: El 100 por ciento de las pacientes entrevistadas afirma que no presenta impedimento para acceder a los servicios de salud.

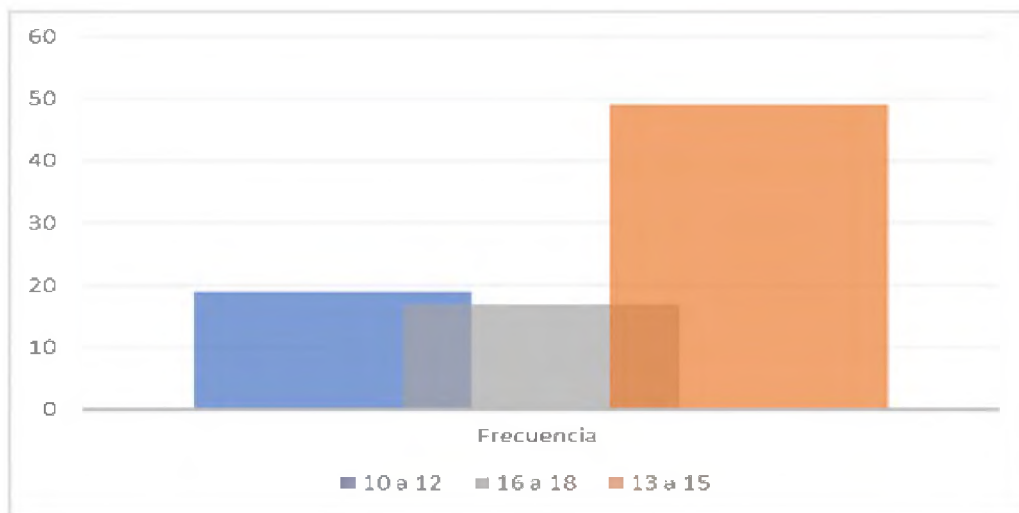
Tabla 12: Inicio vida sexual de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.

Inicio vida sexual	Frecuencia	%
10-12	19	22.4
13-15	49	57.6
16-18	17	20.0
TOTAL	85	100.0

Fuente: instrumento de recolección

De los pacientes entrevistados un 57.6 por ciento inicio a tener relaciones sexuales entre los 13-15 años seguido de un 22.4 por ciento fue entre los 10-12 años y por último un 20 por ciento entre los 16-18 años.

Gráfica 12: inicio de vida sexual de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022



Fuente: tabla 12

Tabla 13: Número de parejas sexuales de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.

Número parejas sexuales	Frecuencia	%
1-2	43	50.6
3-4	31	36.5
5-6	11	12.9
Total	85	100.0

Fuente: instrumento de recolección

De las pacientes entrevistadas un 50.6 por ciento tuvo entre 1 y 2 parejas sexuales seguida de un 36.5 por ciento que tuvo 3 a 4 parejas sexuales finalizando con un 12.9 por ciento tuvo ente 5 y 6 parejas.

Gráfica 13: número de parejas sexuales de las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.

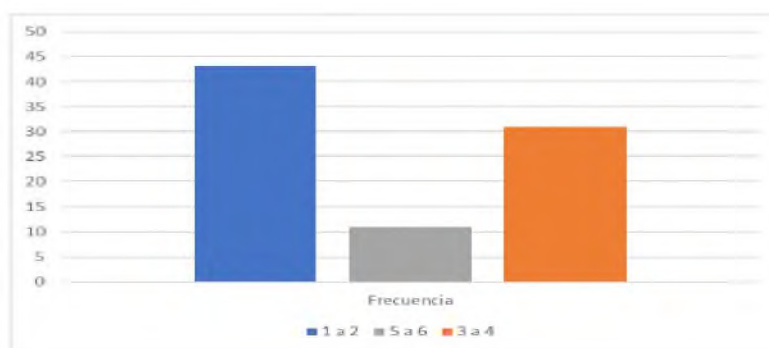


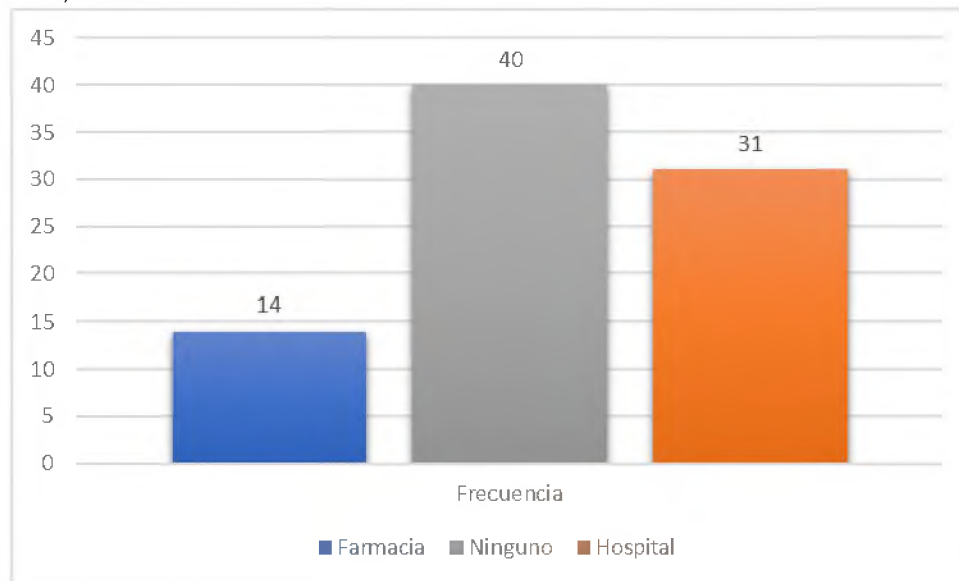
Tabla 14: Lugares donde obtienen métodos anticonceptivos las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.

Donde obtiene los anticonceptivos	Frecuencia	%
Farmacia	14	16.5
Hospital	31	36.5
Ninguno	40	47.1
Total	85	100.0

Fuente: instrumento de recolección de datos

De las paciente entrevistadas un 47.1 por ciento no obtiene sus métodos anticonceptivos ni en la farmacia ni en el hospital ya que no utilizan métodos anticonceptivos seguido de un 36.5 por ciento que lo obtuvo los anticonceptivos en el hospital y un 16.5 por ciento lo obtuvo en la farmacia.

Gráfica 14: donde obtuvieron los anticonceptivos las pacientes adolescentes con embarazo subsecuente en el Hospital De La Mujer Dominicana, diciembre, 2021 – noviembre, 2022.



Fuente: tabla 14

VIII. DISCUSIÓN

Nuestro trabajo de investigación abarco una muestra de 85 pacientes de las cuales la edad más frecuente fue de 17 a 19 años con el 88.2 por ciento. Dando a demostrar que las adolescentes teniendo acceso a los métodos anticonceptivos la mayoría decidió no utilizarlo.

El estado civil más predominante fue el de unión libre con el 52.9 por ciento, dando a relucir que las adolescentes están en una relación lo cual impedita que puedan continuar con sus estudios.

En cuanto al nivel de educación, el 68.2 por ciento solo había alcanzado a la secundaria y el 32.8 por ciento había dejado sus estudios en la primaria, lo que nos indica un menor acceso a mejorar sus condiciones de vida.

La ocupación más frecuente fue la de ama de casa con un 42.4 por ciento, marcando un aumento que limita su desarrollo académico y con esto las posibilidades futuras de movilidad social y de superar condiciones de pobreza, lo cual se agudiza con el embarazo subsecuente en la adolescencia.

El 50.6 por ciento de los padres de las pacientes encuestadas constan con un estado civil de unión libre, esto marca una red de apoyo débil para las adolescentes embarazadas.

La mayoría de las pacientes encuestadas tuvo su menarquia en el rango de edad de 11 a 13 años con un 57.6 por ciento, esta se asocia a un inicio precoz de la actividad sexual ya que se r caracterizado por rápidos cambios físicos, lo que llevaría a una inadecuada autopercepción, asociado al impulso de experimentación. Así, aquellas adolescentes que se desarrollan primero presentan un retraso de la madurez psicosocial en relación con la física.

El 68.2 por ciento de las pacientes encuestadas presentaron de 1 a 2 embarazos, siendo el promedio 2 embarazos.

De las pacientes entrevistadas, 62.4 por ciento nunca ha recibido educación sexual. Este promedio es muy alto y nos indica que nuestras adolescentes no tienen las herramientas necesarias para poder tomar decisiones de como cuidarse y tener relaciones sexuales con protección y conocimiento posible.

El 64.7 por ciento de las pacientes afirman tener conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, esto no nos da una disminución del embarazo subsecuente ya que el 57.1 por ciento niega el uso de métodos anticonceptivos.

De las pacientes entrevistadas ninguna presentó algún impedimento para acceder a los servicios de salud con 100.0 por ciento lo que nos indica que nuestro sistema de salud y de educación esta fallando ya que no aplica las políticas de educación no llegan al sector de la población más vulnerable.

De las pacientes encuestadas el 47.1 por ciento no obtienen sus métodos anticonceptivos ni en la farmacia, ni en el hospital ya que estas no utilizan métodos anticonceptivos.

IX. CONCLUSIÓN

1. Las adolescentes embarazadas que visitan el Hospital de la Mujer Dominicana la mayoría cursaban o habían finalizado la secundaria. La mayor proporción de las pacientes de nuestro estudio constan de un estado civil de unión libre. En lo que concierne a la menarquia nuestra muestra la presentó en el rango de edad de 11 a 13 años y esto va de la mano con el inicio de la vida sexual 13 a 15 años siendo un factor relevante para este estudio.
2. A pesar de que la mayoría de las pacientes tenían conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y no presentan ningún tipo de impedimento para acceder a servicios de salud, negaron haber recibido educación sexual y no utilizar algún método de anticoncepción.
3. Se demostró que más de la mitad de las pacientes no obtienen sus métodos anticonceptivos ni en la farmacia, ni en el hospital ya que estas no utilizan métodos anticonceptivos.
4. Concluimos que las barreras de educación aumentan el número de adolescentes embarazadas y esto contribuye a no utilizar métodos anticonceptivos aun así teniendo fácil acceso a estos y la mayoría de nuestra población los conoce. En conjunto a los demás factores, también el inicio de una vida sexual activa a muy temprana edad es un factor más que se agrega a predisponer los embarazos subsecuentes en adolescentes.

X. RECOMENDACIONES

1. Implementar educación sexual desde la primaria para garantizar que nuestros niños conozcan su cuerpo y cuales son la consecuencia de tener relación sexual a temprana edad.
2. Para ampliar las oportunidades educativas y laborales de las adolescentes se sugiere explorar las alternativas de incluir subsidios condicionados a éxito escolar y culminación de los estudios.
3. Incluir en los programas de promoción de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, acciones que favorezcan el análisis crítico de la comunidad con respecto a las normas sociales de género sexistas y la permisividad frente a las uniones tempranas.
4. Ampliar la cantidad y la variedad de asuntos relacionados con la sexualidad que se abordan en el contexto escolar (periodo fértil, características de las relaciones románticas y sexuales, negociación de uso del condón y otros métodos de protección, resolución de conflictos, entre otros).
5. Es necesario incluir a las madres en los programas de promoción de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes desde los diferentes sectores: educación, salud y protección.
6. Es necesario crear programas en los hospitales que capten a las adolescentes con un embarazo.
7. Es prioritario facilitar el acceso a oportunidades de educación de la sexualidad que permitan a las adolescentes analizar críticamente las normas sociales, el estándar sexual de permisividad.
8. Implementar promoción y prevención a madres y padres de adolescentes, desde los servicios de salud, de relaciones igualitarias entre mujeres y hombres.
9. Incorporar un sistema de seguimiento a las adolescentes embarazadas y las que ya son madres, brindando la ayuda para que estas puedan continuar con sus estudios y trabajo.

10. Incluir en nuestro sistema de educación la opción de guarderías en las mismas escuelas para que las adolescentes continúen con sus estudios y así disminuir la tasa de embarazo subsecuente en adolescente.

XI. REFERENCIAS

1. Vargas F y Boaz A. Determinantes y efectos del embarazo en la adolescencia en Centroamérica, República Dominicana y Haití. Banco Interamericano de Desarrollo; 2021. Serie de informes técnicos: 2154. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Determinantes-y-efectos-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-Centroamerica-Republica-Dominicana-y-Haiti.pdf>
2. Mora-Cancino AM, Hernández-Valencia M. Embarazo en la adolescencia. ¿Qué representa para la sociedad actual? *Ginecol Obstet Mex* 2015; 83: 294-301.
3. Ramírez A, Domínguez B, Charlotte M, Díaz A, Rojas N, López E. Evaluación de los factores de riesgo de embarazo en adolescentes en la comunidad de Las Tablas, Municipio Matanzas, Provincia Peravia, República Dominicana, durante el período noviembre 2017- enero 2018. [Tesis de grado de Medicina]. Santo Domingo (Rep. Dom) Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC); 2019 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7139874>
4. Lancer-Despradel, J y Molina-Cabrera, N. Embarazo en adolescentes que acuden al Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, marzo-abril 2017. [tesis de grado de Medicina]. Santo Domingo (Rep Dom) Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU); 2017. Disponible en: <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/593>
5. Peralta B. Características biológicas, sociales, económicas y culturales relacionadas al embarazo en adolescentes. Hospital José Soto Cadenillas, distrito Chota. [Tesis grado de Ciencias] Cajamarca (Perú) Universidad Nacional de Cajamarca (UNC) 2019. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/3118>
6. Albornoz-Arias, N, Arenas-Villamizar V, Martínez-Santana M, Carreño-Paredes M y Sepúlveda-Aravena J. Factores socioecológicos para la intervención en embarazo de adolescentes en el Estado Táchira, Venezuela.

Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica 2019; Vol 38 (5) 524-532. Disponible en:

<https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/5044>

7. Niño BA del P, Ortiz Rodríguez SP, Solano Aguilar S, Amaya CM, Serrano Henao L. Concepciones del embarazo en adolescentes gestantes de la ciudad de Bucaramanga. *Rev Cuid*. 1 de septiembre de 2017; 8(3):1875-86. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/448>
8. Gómez-Mercado C y Mejía -Sandoval G. Prevalencia de embarazo y características demográficas, sociales, familiares, económicas de las adolescentes, Carepa, Colombia. *Revista CES Salud Pública* 2017; Vol 8 (1) 25-33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6176881>
9. von Hoveling-Schindler A, Larrea-Schindler E, Norambuena-Narváez C y Carrasco-Leal, L. Prevención del Embarazo Reiterado en Adolescentes: una Experiencia Clínica Exitosa. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2020; Vol 85 (6) 631-640. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262020000600631&lng=es&nrm=iso
10. Heredia-Torres J y Yáñez-Herrera C. Factores que predisponen a embarazos subsecuentes en adolescentes en el Hospital San Vicente de Paul. Ibarra, diciembre 2018 marzo 2019. [tesis de post grado obstetricia] Quito (Ecuador) Universidad Central del Ecuador; 2019. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/18744>
11. Anónimo. Presentan mapa sobre situación embarazo en adolescentes. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Santo Domingo (Rep Dom): sábado 1ero de marzo de 2017. Sección noticias Disponible en: <https://dominicanrepublic.unfpa.org/es/news/presentan-mapa-sobre-situación-embarazo-en-adolescentes>
12. Rubio A. La etapa de la adolescencia [Base de datos en internet] Alicante (España): Sociedad española de Pediatría Extrahospitalaria y atención

- Primaria; 24 de agosto 2021. Disponible en: <https://sepeap.org/la-etapa-de-la-adolescencia/>
13. Ayuda en acción. Embarazo en la adolescencia: causas y riesgos del embarazo adolescente [Base de datos en internet] Madrid (España): 25 de marzo 2022. Disponible en: <https://ayudaenaccion.org/blog/mujer/embarazo-adolescencia/>
 14. Panorama Estadístico. Embarazo y conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de las adolescentes en República Dominicana. Oficina Nacional de Estadística; 2020. Serie de informes técnicos:102. Disponible en: <https://www.one.gob.do/media/wvjbd5au/panorama-estad%C3%ADstico-102-embarazo-y-conocimientos-sobre-salud-sexual-y-r.pdf>
 15. González-Galbán, H. (2000). Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente. *Frontera norte* 2000; 12(23): 65-85. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-73722000000100003&lng=es&tlng=es.
 16. Unicef.org [sede web]. Uruguay: Unicef. [actualizada 2020; acceso abril 2022] Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
 17. Pulido D. Embarazo subsecuente en la adolescencia. Córdoba, Colombia: UNICEF; 2015 Disponible en: https://www.unicef.org/colombia/sites/unicef.org.colombia/files/2019-04/embarazo-subsecuente-en-adolescencia-final-oct_0.pdf
 18. Cigna.com, Métodos anticonceptivos [sede web] Cigna.com; 2021 [actualizada el 16 de junio de 2021; acceso 6 de abril de 2022] Disponible en: <https://www.cigna.com/es-us/individuals-families/health-wellness/hw/temas-de-salud/mtodos-anticonceptivos-hw237864>
 19. Espanol.nichd.nih.gov, ¿Cuáles son los diferentes tipos de anticonceptivos? [sede web]. NICHD; 2019 [actualizada 26 de septiembre de 2019; acceso 6 de abril 2022] Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/contraception/informacion/tipos>

20. Uriguen A. Embarazo en la adolescencia: ¿La nueva “epidemia” de los países en desarrollo? AVFT 2019; 38 (3): 232-245. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_3_2019/20_embarazo_adolescencia.pdf
21. Melgen R y Montilla-Brito N. Evaluación de los factores de riesgo de embarazo en adolescentes en la comunidad de las tablas municipio matanzas, provincia Peravia, república dominicana, durante el período noviembre 2017 - enero 2018. *Revistas Intec* 2019; 3 (1): 43-50. Disponible en: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/1330>
22. Humnsa.gob.do [sede web]. República Dominicana: Humnsa.gob.do; 2018 [actualizada 09 de febrero 2018; fecha de acceso abril 2022] Disponible en: <https://humnsa.gob.do/index.php/articulos/item/370-embarazo-adolescente-riesgos-y-consecuencias>
23. UNFPA. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Informe grupo científico UNFPA. Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2020. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_consecuencias_en_6_paises_espagnol_1.pdf
24. Minsalud.gov.co [sede web] Prevención del embarazo en la adolescencia. Colombia: Minsalud.gov.co; 2015 [actualizado 6 de abril 2022; fecha de acceso abril de 2022] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia.aspx>
25. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica* 2015; VI (2): 321.
26. International ethical guidelines for biomedical research involving human
Prepared by the council for international organizations of medical sciences (cioms) in collaboration with the world health organization (who). Genova, 2017.

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2021-2023	
Selección del tema	2021	Octubre
Búsqueda de referencias		Noviembre
Elaboración del anteproyecto		Diciembre
Sometimiento y aprobación	2022	Enero
Entrevistas y cuestionarios		Febrero
Tabulación y análisis de la información		Marzo
		Abril
		Mayo
Redacción del informe		Junio
Revisión del informe		Julio
Encuadernación	Agosto	
	2023	Septiembre
		Octubre
Presentación		Noviembre
		Diciembre
		Enero

XII.2. Instrumento de recolección de datos

FACTORES QUE PREDISPONEN A EMBARAZOS SUBSECUENTES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE LA MUJER DOMINICANA DICIEMBRE 2021- NOVIEMBRE 2022

Encuesta de recolección de datos:

1. ¿Qué edad tiene actualmente? _____
2. Estado civil actual:
Soltero___ Casado___ Unión libre___
3. Nivel de educación:
Primaria___ Secundaria___ Universitario___
4. Ocupación:
Estudiante___ Ama de casa___ Trabajo___
5. Estado civil de padres:
Casados___ Divorciados___ Unión libre___
6. Edad de primera menstruación: _____
7. Números de embarazos: _____
8. ¿Has recibido educación sexual?
Si___ No___
9. ¿Conoces los métodos anticonceptivos?
Si___ No___
10. ¿Utilizas métodos anticonceptivo?
Si___ No___
11. ¿Tiene usted algún impedimento para acceder a servicios de salud?
Si___ No___
12. Inicio de vida sexual activa: _____
13. Número de parejas sexuales_____
14. ¿Dónde obtienes tus métodos anticonceptivos?
Farmacia___ Hospital___ Otros: _____

XII.3. Consentimiento informado

FACTORES QUE PREDISPONEN A EMBARAZOS SUBSECUENTES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE LA MUJER DOMINICANA DICIEMBRE 2021- NOVIEMBRE 2022

Descripción

Usted ha sido seleccionada a participar en esta investigación que tiene como objetivo principal determinar los factores que predisponen a embarazos subsecuentes en adolescentes durante el periodo abril-septiembre 2022 en este centro de salud.

Alternativa

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede interrumpir la entrevista en cualquier momento. Puede negarse a responder cualquier pregunta o de no participar en la misma. No hay penalidad por rechazar participar.

Confidencialidad

La identidad del participante será protegida y a su nombre se le asignará un código o ID. Toda información o datos que puedan identificarlo/a serán manejados confidencialmente.

Costos, riesgos & beneficios

Su participación en este estudio no tiene costo alguno.

Su participación en este proyecto no representa riesgo para usted.

Si se siente incómoda con algún aspecto incluido en la misma, tiene toda la libertad de no contestarla.

Ante cualquier duda o pregunta puede comunicarse con el Dr. Jaime Jorge Manzur, Medico Ginecólogo Obstetra- Endocrinólogo.

ID _____ acepto estar de acuerdo para este estudio, así como su publicación.

Firma de la paciente y/o tutor: _____

Sustentantes:

Pamelly S. Acosta Pérez _____

María F. Madera Tamayo _____

XII.4. Costos y recursos

XII.4.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 1 sustentante • 2 asesores (metodológico y clínico) • Personal médico calificado en número de cuatro • Personas que participaron en el estudio 			
XII.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	370.00	370.00
Papel Mistique	1 resmas	250.00	250.00
Lápices	2 unidades	25.00	50.00
Borras	2 unidades	20.00	40.00
Bolígrafos	2 unidades	30.00	180.00
Sacapuntas	2 unidades	25.00	50.00
Computador Hardware:			
Pentium III 700 MHz; 128 MB RAM.			
20 GB H.D.; CD-ROM 52x			
Impresora HP 932c			
Scanner: Microteck 3700			
Software:			
Microsoft Windows XP			
Microsoft Office XP			
MSN internet service			
Omnipage Pro 10			
Dragon Naturally Speaking			
Easy CD Creator 2.0			
Presentación:			
Sony SVGA VPL-SC2 Digital data projector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades		1,200.00
XII.4.3. Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
XII.4.4. Económicos*			
Papelería (copias)	1200 copias	1.00	1,200.00
Encuadernación	12 informes		3,000.00
Alimentación		250.00	2,500.00
Transporte			5,000.00
Inscripción al curso			2,000.00
Inscripción de anteproyecto			13,500.00
Inscripción de la tesis			30,000.00
Subtotal			58,050.00
Imprevistos 10%			5,805.00
Total			\$63,855.00

XII.5. Evaluación

Sustentantes:

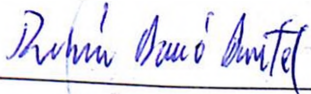


Pamelly S. Acosta Pérez.



María F. Madera Tamayo

Asesores




Rubén Darío Pimentel

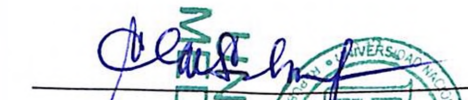



Dr. Jaime Jorge Manzur

Jurado:



Autoridades:


Dra. Claudia Scharf
Directora Escuela de Medicina
Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: 19/01/2023

Calificación: 93 - A