



Horizonte Médico

ISSN: 1727-558X

horizonte\_medico@usmp.pe

Universidad de San Martín de Porres

Perú

Guibovich Mesinas, Alex Alberto

Conocimientos sobre educación sexual en madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional  
Arzobispo Loayza

Horizonte Médico, vol. 12, núm. 4, octubre-diciembre, 2012, pp. 35-42

Universidad de San Martín de Porres

La Molina, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637127007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Conocimientos sobre educación sexual en madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Knowledge of sex education in mothers attended the Arzobispo Loayza National Hospital

Alex Alberto Guibovich Mesinas<sup>1</sup>

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos sobre educación sexual en gestantes adolescentes que acuden al Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, observacional y cuantitativo. Se encuestaron a 150 madres gestantes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, entre Enero y Julio del 2012. Sólo se excluyeron a aquellas que no quisieron contestar la encuesta. Se aplicó un muestreo no probabilístico por juicio y los datos fueron procesados por el programa Excel.

**Resultados:** El 82% de las madres adolescentes tenían nivel secundario. Sólo el 28% conocía su período fértil. El mayor porcentaje (37%) considera al método hormonal como el más seguro. 76% tenían compañeras embarazadas. Un 62% refirió que sabían de compañeras que se habían practicado un aborto. 27% refirió haber recibido educación sexual en el colegio. 47% necesitan mayor información sobre planificación familiar.

**Conclusión:** la mayoría de madres adolescentes a pesar de tener nivel secundario, no tenían un adecuado conocimiento sobre educación sexual. No conocen ni diferencian su período fértil.

**Palabras Claves:** Educación sexual, gestantes adolescentes, planificación familiar.

## ABSTRACT

**Objective:** Determine the level of knowledge about sexual education in pregnant teens who attended in the Arzobispo Loayza National Hospital.

**Material and Methods:** A descriptive, observational, and quantitative trial. It surveyed 150 pregnant women attended in the Arzobispo Loayza National Hospital, between January and July 2012. Excluded only those who refused to answer the survey. We applied a non-probability sampling by trial and data were processed by the program Excel.

**Results:** 82% of teenage mothers had secondary level. Only 28% knew their fertile period. The highest percentage (37%) considered the hormonal method as the safest. 76% had pregnant partners. 62% said they knew of colleagues who had had an abortion. 27% reported having received sex education in school. 47% need more information on family planning.

**Conclusion:** Most teenage mothers despite having secondary level, they had inadequate knowledge about sex education. No known or differentiate their fertile period.

**Key Words:** Sex education, Teenage women, Family planning.

<sup>1</sup> Gineco-obstetra, Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Profesor de Medicina de la UNMSM.

## INTRODUCCIÓN

La salud sexual y la reproductiva están íntimamente ligadas y son interdependientes. Con esta perspectiva, la salud reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva.

La Salud Reproductiva, incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria y para reproducirse, y la libertad para decidir cuándo y cómo y con qué frecuencia hacerlo. Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir la responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual (1-3).

La OMS, define al adolescente como aquel que se encuentra entre los 10 y 19 años de edad (4).

En nuestro país, representa alrededor de la quinta parte de la población total, (20.72%), según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI 2007). De este total, el 51.93% tienen edades comprendidas entre los 10 y 14 años (5-10).

En el ámbito de la educación sexual hay preocupación por explorar el desarrollo de este aspecto en la vida cotidiana. Conociéndose que quienes inician su vida sexual tempranamente, son principalmente los varones; quienes prefieren el uso de preservativos pero conocen poco sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Además, la adolescencia de por sí, es una etapa conflictiva: por la adaptación a sí mismo y al medio, posición social y sexualidad con identificación sexual. La sexualidad entre nuestros adolescentes existe y la negación del problema lo único que hace es favorecer los riesgos. Requiriendo: información, aprender a tomar decisiones y la obtención de un consejo y un método anticonceptivo. Para conseguir conductas adecuadas, se han desarrollado juegos de dramatización y ejercicios que permiten reforzar su habilidad de socializar.

Diversos estudios (11,12) muestran que la mayoría de jóvenes aseguran haber recibido educación sexual, pero que esta había sido regular o deficiente en cuanto a fisiología del aparato reproductor femenino y masculino, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, etc. Lo que motiva un aprendizaje del medio social y del entorno.

La salud sexual de los adolescentes ha recibido cada vez mayor atención pública a partir del reconocimiento del efecto negativo que tienen las prácticas sexuales de riesgo en la salud de esta población, y sus potenciales repercusiones en su bienestar. Las cifras sobre las consecuencias del sexo sin protección en la adolescencia son inquietantes: alta inciden-

cia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no planeados que, en muchas ocasiones, terminan en abortos inseguros que ponen en riesgo la salud de los adolescentes y afectan negativamente sus posibilidades de educación y bienestar en general (13).

Los riesgos en salud, deserción escolar, pérdida de futuras oportunidades económicas y dificultades emocionales, físicas y financieras, son algunas de las consecuencias para la joven madre.

En lo que respecta al concebido, las consecuencias se observan en los indicadores de la salud —mayores riesgos de morbilidad y mortalidad durante el período neonatal—, en vista del escaso desarrollo físico y emocional de la mujer (6).

La educación es una variable clave en la explicación y la transformación de los fenómenos relacionados con la salud reproductiva. Es un instrumento importante para lograr la conservación y el restablecimiento de la salud individual y de las comunidades, ya que ejerce sus influencias sobre sus conocimientos, criterios, convicciones, motivaciones y actitudes de los individuos (7).

Se desprende de esto la importancia que tiene la aplicación y ejecución de estos conceptos en la práctica diaria en las consultas ginecológica infanto-juvenil, donde debe ser un propósito permanente poder mejorar el nivel de salud integral de los adolescentes, y aumentar la calidad de vida de las nuevas generaciones mediante la promoción y la prevención de salud que en la atención primaria alcanza su mayor dimensión.

Los cambios culturales hacen que la vida sexual se inicie cada vez más precozmente, lo que conlleva un aumento del embarazo adolescente (20), realidad que se presenta en países desarrollados y en desarrollo, con importantes consecuencias sociales como es la perpetuación de la pobreza, la deserción escolar, la estigmatización social, etc., y consecuencias médicas como es la mayor morbi-mortalidad materno-perinatal e infantil de las madres adolescentes y de sus hijos (14,15).

De allí el interés por determinar los conocimientos sobre sexualidad en madres adolescentes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### 1. Diseño de estudio

Estudio de tipo Observacional, transversal, descriptivo y cuantitativo.

### 2. Definición de la población de estudio

Madres adolescentes, con edades entre los 13 y 19 años que se atendieron en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre los días 20 de enero al 5 de julio del año 2012.

### 3. Diseño muestral

#### a. Unidad de análisis

Madres adolescentes de edad entre los 13 y 19 años que fue atendida en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2012.

#### b. Tamaño de muestra

150 madres adolescentes encuestadas en los Consultorios de Obstetricia y en las Salas de Puérperas.

#### c. Tipo de muestreo

Se aplicó un muestreo no probabilístico por juicio.

#### d. Criterios de inclusión

-Madres adolescentes de 13 a 19 años.  
-Madres adolescentes que se atendieron en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

#### e. Criterios de exclusión

-Madres adolescentes que no desearon contestar la encuesta.

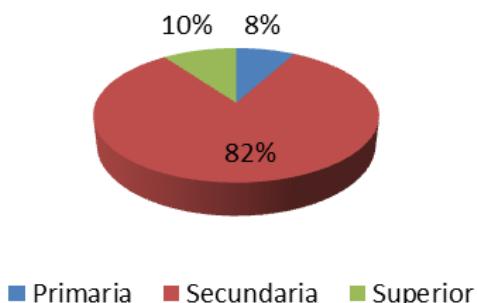
#### f. Procedimientos de muestreo

Se procedió a encuestar, a modo de entrevista personal, a todas las madres adolescentes con edades entre los 13 y 19 años que se atendieron en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre los días 20 de Enero y 5 de julio del 2012, en el horario de las mañanas.

## RESULTADOS

El 82% de las madres adolescentes alcanzaron estudios de nivel secundario (Figura 1).

**Fig.1 Grado de instrucción de madres adolescentes. Hospital Arzobispo Loayza. 2011**



Solo el 28% de las madres adolescentes conocía que su periodo fértil ocurre diez días después de la menstruación.

**Fig.2 Conocimiento del periodo fértil y probabilidad de quedar embarazada en madres adolescentes. Hospital Arzobispo Loayza.2011**



■ Rpta correcta

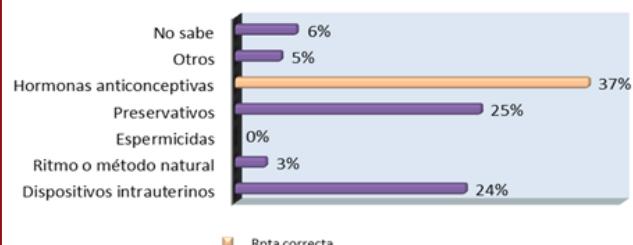
Con respecto al signo que indica el periodo fértil solo un 12% indica que este se presenta cuando se evidencian cambios en las secreciones vaginales (Figura 3).

**Fig.3 Conocimiento de signos que indican el periodo fértil en madres adolescentes. Hospital Arzobispo Loayza.2011**



■ Rpta correcta

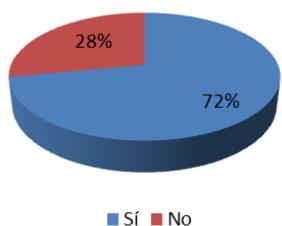
**Fig.4 Conocimiento de métodos de planificación familiar seguro en madres adolescentes Hospital Arzobispo Loayza. 2011**



■ Rpta correcta

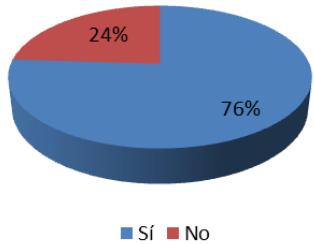
Con respecto al conocimiento de Métodos de planificación familiar los datos obtenidos muestran que un mayor porcentaje de madres (37%) considera que el uso de hormonas anticonceptivas es el método más seguro.

**Fig. 5 Compañeros con vida sexual activa de madres adolescentes .Hospital Arzobispo Loayza. 2011**



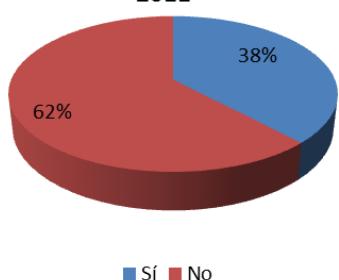
Con respecto a compañeros con vida sexual activa un 72% de las madres refirió que tienen compañeros con vida sexual activa.

**Fig.6 Compañeras embarazadas de madres adolescentes .Hospital Arzobispo Loayza. 2011**



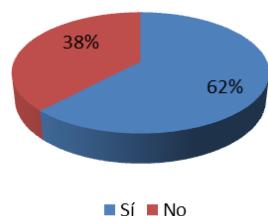
El 76% de las madres adolescentes tenía compañeras embarazadas.

**Fig. 7 Embarazos previos de madres adolescentes .Hospital Arzobispo Loayza. 2011**



Con respecto a los embarazos previos de las madres adolescentes los datos obtenidos muestran que un 62% no estuvo embarazada anteriormente.

**Fig. 8 Compañeras que hayan abortado de madres adolescentes .Hospital Arzobispo Loayza. 2011**



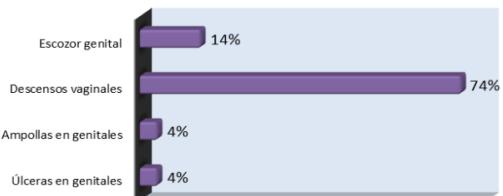
Con respecto a las compañeras de las madres adolescentes que hayan abortado un 62% refiere que si conoce que sus compañeras realizaron dicha acción.

**Fig.9 Conocimiento sobre ITS de madres adolescentes. Hospital Arzobispo Loayza. 2011**



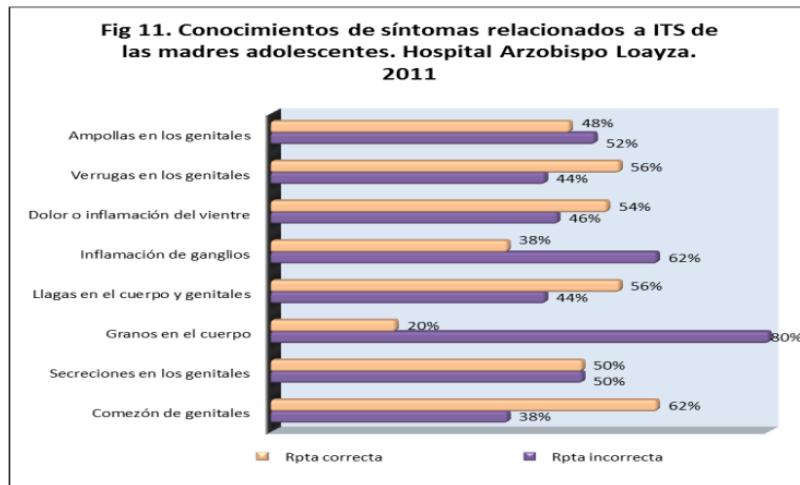
Con respecto al conocimiento sobre ITS en las madres adolescentes, el 84% refiere que se adquieren solo por tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales, 38% afirma que estas no se adquieren si se protegen con preservativo, 60% refiere que estas solo la adquieren hombres que tienen varias parejas, y 74% afirma que se pueden evitar si ambos miembros de la pareja son monógamos.

**Fig. 10 Presencia de lesión en las madres adolescentes. Hospital Arzobispo Loayza. 2011**



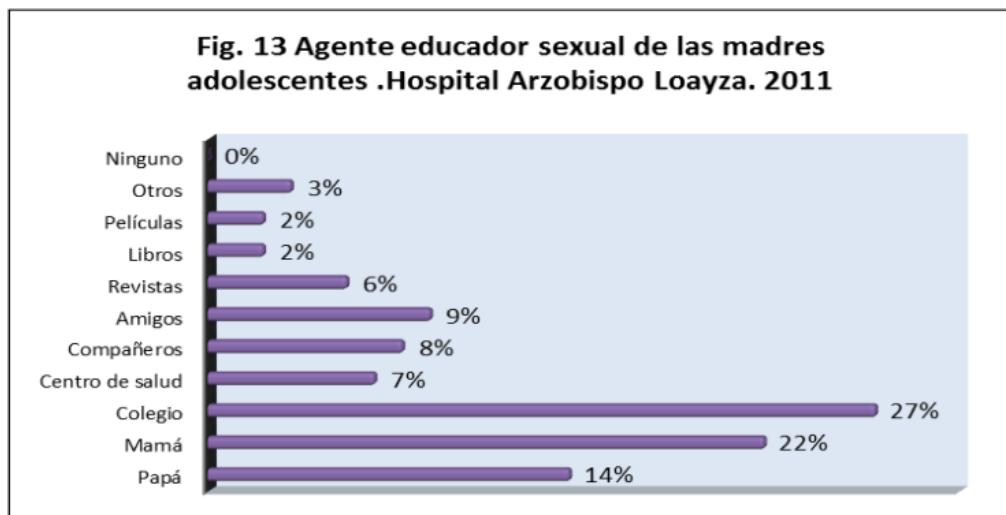
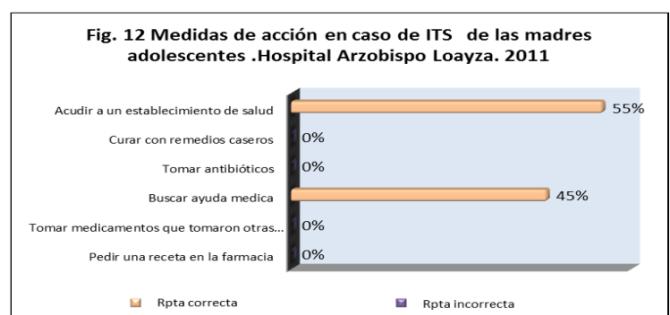
Con respecto a la presencia de lesión en las madres adolescentes los datos obtenidos muestran que el 74% presentó Descensos vaginales.

Con respecto al conocimiento de Síntomas relacionados a ITS, 62% afirma que está relacionado a ITS la presencia de Comezón en genitales, 50% lo asocia con presencia de Secreciones en genitales, 20% considera que están asociadas con presencia de Granos en cuerpo, 56% lo asocia con presencia de llagas en cuerpo y genitales, 38% considera que están asociados con inflamación de los ganglios, 54% lo asocia con dolor o inflamación del vientre, 56 % lo asocia con presencia de verrugas en genitales y 48% lo asocia con presencia de ampollas en genitales.

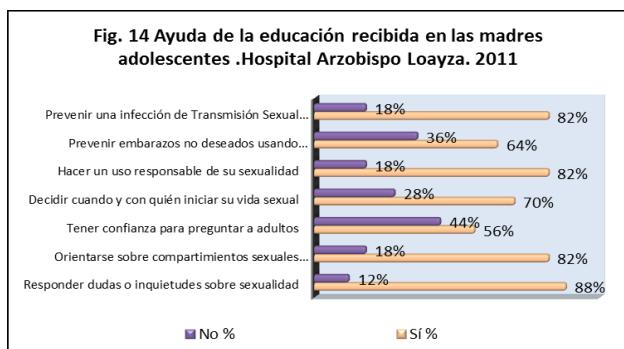


Con respecto a las medidas de acción en caso de ITS que tomarían las madres adolescentes el 55% de ellas acudiría a un establecimiento de salud y el 45% de ellas buscaría ayuda médica.

Con respecto a la ayuda que la educación recibida dio a las madres adolescentes ellas percibieron que al 88% le ayudó a responder dudas o inquietudes sobre sexualidad, al 82% le ayudó a orientarse a comportamientos sexuales saludables, a hacer uso responsable de su sexualidad y a prevenir ITS, al 70% de ellas le ayudó a decidir cuándo y con quién iniciar su vida sexual, y al 64 % de ellas le ayudó a prevenir embarazos no deseados usando métodos anticonceptivos.

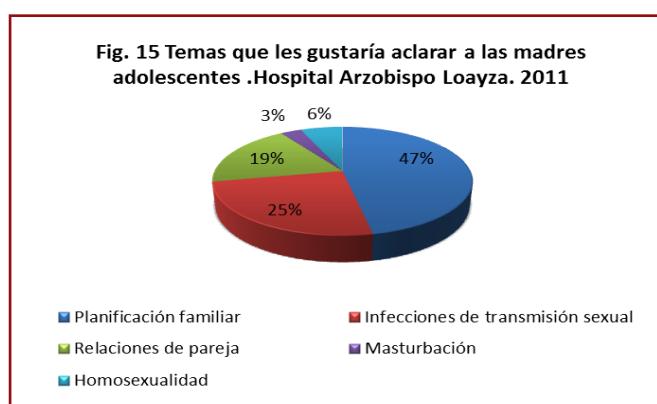


Con respecto a los temas que les gustaría aclarar a las madres adolescentes los datos obtenidos reportaron que el 47% de ellas desea aclarar sobre el tema de planificación familiar, el 25% sobre infecciones de transmisión sexual y un 19% sobre relaciones de pareja.



## DISCUSIÓN

La educación sexual, no debe ser solamente de aspecto informativo sino también formativo, ya que puede trabajarse con el adolescente, su pareja y con la familia, en sus experiencias, conocimientos, actitudes, creencias y con la percepción hacia los aspectos relacionados en la reproducción (11).



En este estudio, el mayor porcentaje (82%) de madres adolescentes tenía grado de escolaridad de nivel secundario, resultado que es similar a otros estudios donde también se encontraron en mayor proporción a madres estudiantes de secundaria (6,14).

Con respecto al conocimiento sobre el período fértil de una mujer y la probabilidad de quedar embarazada nuestros resultados arrojaron que solo un 28% tenía el conocimiento adecuado con respecto a los días fériles, estos resultados son comparables con un estudio tipo caso-control en la ciudad de

Guantánamo donde se encontró que un 89,2% de las adolescentes casos no tenían conocimiento sobre los días fériles y de también un 67,6% de las adolescentes controles (3).

Sólo un 12% de las encuestadas respondió de manera correcta en cuanto a los signos que indican el período fértil como los cambios en las secreciones vaginales, mientras el 88% restante contestó otras opciones como dolor en los ovarios, dolor en los senos, etc. que no indican que una mujer está en su período fértil.

En cuanto al conocimiento del método anticonceptivo más seguro un alto porcentaje (37%) indicó de manera correcta que eran las hormonas anticonceptivas, seguido de un 25% el preservativo y de un 24% el DIU.

En contraste con otro estudio realizado en colegios secundarios mixtos de la ciudad de Lima las adolescentes indicaron que ante la posibilidad de tener relaciones sexuales usaría la píldora anticonceptiva un 63%, a pesar de que las estudiantes señalaron que usarían la píldora, la mayoría (74,5%) dio varias razones por las cuales no la usaría como —es cara, es para adultos, es dañina para la salud (13).

La mayor parte (72%) de nuestras encuestadas afirmaron que tenían compañeros (as) con vida sexual activa, lo cual podría haber tenido mucha influencia en la vida y en la percepción sobre la sexualidad en las adolescentes encuestadas y estos compañeros podrían haber sido los que brindaron información sobre sexualidad y probablemente sean adolescentes también.

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia, tienen una mayor probabilidad de quedar embarazadas nuevamente y de tener un número mayor de partos. Tienen menos probabilidades de recibir el apoyo del padre biológico de sus bebés, de terminar sus estudios, de trabajar y de establecer su independencia y su estabilidad financiera para sostenerse a sí mismas y a sus hijos sin necesidad de una fuente externa de recursos. Tienen también mayor probabilidad (80%) de experimentar el divorcio, comparado con aquellas mujeres casadas después de los 20 años (15-17).

Con respecto a los embarazos previos en nuestras madres adolescentes el 62% afirmó no haber estado embarazada antes, lo que resulta similar a un estudio anterior realizado en una universidad de Cartagena en estudiantes adolescentes que afirmaron un 88% que solo estuvieron embarazadas 1 sola vez mientras un 12% dos veces (2). También en un estudio realizado en un Hospital de Cuba, con relación al número de embarazos de la gestante adolescente, el 90,1 % no tenía historia obstétrica anterior, pero en 24 de ellas (9,5 %) era su segundo embarazo (17).

En cuanto a las compañeras o amigas que hayan abortado de nuestras madres encuestadas el 62% de ellas afirmó si tenerlas, mientras el 38% no las tiene. No hay bibliografía que se pueda comparar con estos resultados, pero sí se realizó un

estudio caso-control en un Hospital de Cuba donde el 75% de las adolescentes —casos considera al aborto como un método anticonceptivo, sin embargo en las adolescentes —controles este porcentaje fue de sólo 35,1% (17-20).

Se calcula que la incidencia anual de ITS a nivel mundial es de 340 millones de casos. Aproximadamente, el 50% de éstas corresponden a tricomoniasis, 26% a clamidiasis, 18% a gonorrea, 3% a sífilis y 2% a chancreo. Se estima que de 75 al 85% de estos casos ocurren en países en vías de desarrollo.

El mayor número de casos de muchas ETS se presenta en el grupo etario de 20 a 24 años aunque otros autores señalan un predominio en el grupo de 25 a 29 años. Pero si para calcular las tasas de ETS en el denominador utilizamos el porcentaje de individuos sexualmente activos por cada grupo de edad, la mayor tasa de gonorrea, sífilis, citomegalovirus y chlamydias así como las mayores tasas de hospitalización por enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) se encuentra en el grupo de 15 a 19 años (12,16).

En la mayoría de los países en desarrollo, las infecciones de transmisión sexual (ITS) ocupan el segundo lugar entre las causas de enfermedad de las mujeres en edad reproductiva, después de las relacionadas con la maternidad. Si se incluyen las relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), esas infecciones representan casi el 15% de las muertes. Los grupos más susceptibles son las mujeres, especialmente las jóvenes; y la mayoría de las ITS son infecciones del aparato reproductivo (16).

Sólo un 33% de nuestras madres adolescentes encuestadas respondieron de manera correcta en cuanto a conocimientos sobre las ITS, mientras que el grupo restante que es la mayoría (67%) tiene conocimientos erróneos en cuanto a éstas. Con respecto a presencia de lesión en nuestras madres encuestadas, la mayor parte (77%) señaló haber tenido alguna vez descensos vaginales, mientras que otros pequeños porcentajes indicaron lesiones como úlceras, escozor y ampollas en genitales; de allí podemos inferir que este 77% de madres podría haber o estar pasando por una enfermedad bacteriana o por alguna ITS.

En el documento técnico —Análisis de situación de salud de las y los adolescentes: ubicándolos y ubicándonos II, aprobado por Resolución Ministerial N° 636-2009/MINSA publicada el 23 de septiembre de 2009, el Ministerio de Salud resalta la alta incidencia de casos notificados de VIH/SIDA entre personas jóvenes de 20 a 24 años y de 25 a 29 años. Considerando el tiempo que trascurre desde la infección al desarrollo del estadio SIDA, se señala que estos jóvenes probablemente fueron infectados/as durante su adolescencia (13).

Asimismo, se indica que los casos notificados de VIH ha descendido ligeramente desde el 2006 pese a la prevalencia del problema: de 177 casos notificados en el 2006, 166 en el 2007 y 173 en el 2008.

Durante el 2008, el MINSA atendió 38,870 casos de ITS en adolescentes. Esta cifra está matizada porque la ENDES indica que las adolescentes que han tenido una ITS acuden principalmente a médicos privados, a boticas/farmacias u otras fuentes no médicas (10).

Diversos estudios han demostrado que cuando la mujer embarazada adquiere una ITS, las consecuencias para ella y el feto son significativamente más graves y hasta pueden ser mortales, sobre todo si se encuentra en los extremos de la vida reproductiva (17,18).

Las ETS pueden tener casi las mismas consecuencias en las mujeres embarazadas como en las que no lo están. Las ETS pueden causar cáncer del cuello uterino y otros tipos de cáncer, hepatitis crónica, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y otras complicaciones. Muchas ETS que afectan a las mujeres son silenciosas, es decir, se presentan sin síntomas o signos.

Con respecto a conocimiento de síntomas relacionados a las ITS, obtuvieron mayor porcentaje de respuesta afirmativa los síntomas como comezón y/o verrugas en genitales, y llagas en el cuerpo y genitales. No existen estudios parecidos que arrojen estos resultados, pero si existen estudios tales como el que se realizó en estudiantes adolescentes en colegios de Lima donde el 78,8% de las estudiantes expresó su interés en cómo prevenir el SIDA, también la mayoría indicó que no sabía si era vulnerable o indicó que no tenía riesgo para adquirir una ITS (70,7%) e infectarse con VIH (67,3%) (19-21).

En cuanto a las medidas de acción que tomarían nuestras encuestadas en caso de padecer alguna ITS, el 100% contestó de manera correcta indicando en un 45% que buscaría ayuda médica y un 55% optaría por acudir a un establecimiento de salud. Estas medidas de alguna manera podrían disminuir la morbilidad de nuestras encuestadas y al adecuado tratamiento que éstas deben seguir y por ende puede disminuir el riesgo de contagio a las parejas sexuales de las adolescentes (22).

En conclusión, la mayoría de madres adolescentes a pesar de tener nivel secundario, no tenían un adecuado conocimiento sobre educación sexual. No conocen ni diferencian su período fértil. Siendo el método hormonal reconocido como el más seguro.

La mayoría, conoce o recurrió al aborto; reflejando la necesidad de una adecuada educación sexual en los adolescentes.

### **Correspondencia**

Alex Guibovich Mesinas

Dirección: Av. Alfonso Ugarte s/n. Lima

Teléfono: 999 653 059

Correo Electrónico: [alexguibovichmesinas@yahoo.es](mailto:alexguibovichmesinas@yahoo.es)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres P, Walker DM, Gutiérrez JP, Bertozzi SM. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública Mex* 2006; 48:308-316.
2. Rodríguez J. La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición. Documento presentado en el Seminario sobre Transición de la Fecundidad en América Latina y el Caribe. Santiago, Chile: CEPAL; 2003.
3. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Manual de educación para la Salud. La Habana: Editorial Científico-Técnica 1992; 18.
4. OPS. Embarazo adolescente. DC: OPS/OMS 1995.
5. Ministerio de Salud de Perú. Adolescencia y juventud. 2011.
6. González-Garza C, Rojas-Martínez R, Hernández-Serrato MI, Olaiz-Fernández G. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública Mex* 2005; 47:209-218.
7. OMS. Salud sexual. Infecciones de transmisión sexual. 2010.
8. López A, Domínguez M, Pérez GR, De la Paz M, Hernández Cañaveral II. Infecciones por transmisión sexual en un grupo de adolescentes embarazadas. *Rev Fac Med UNAM* 2008; 51(4):144-146.
9. Sociedad española de contracepción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. 1º edición. Enero-2001.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES, 2009. Informe Principal. Lima: INEI, mayo de 2010.
11. PREVEN. Prevención comunitaria de ETS en Perú. Universidad Cayetano Heredia, Universidad de Washington e Imperial College, London, UK. 2004.
12. Cortés A, García R, Fullera R, Fuente, J. Instrumento de trabajo para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes. *Rev Cub Med Trop* 2000; 52(1):48-54.
13. Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud de las y los adolescentes ubicándolos y ubicándonos II. Lima: MINSA, 2009.
14. WHO. Adolescent pregnancy. Issues in adolescent health and development. 2004.
15. Donoso E. Embarazo adolescente: Un problema país. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008; 73(5): 291-292.
16. Vílchez EA. Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes embarazadas (Tesis de Postgrado). León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2007.
17. Pérez R, Rosabal F, Pérez JL, Yabor A. Bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia en cinco consultorios del médico de familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995; 11(3):239-45.
18. Díaz A, Sugg C, Valenzuela M. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. *Rev SOGIA* 2004; 11(3):79-83.
19. Leal ML, Medel B. Influencia de la educación sexual en adolescentes embarazadas. *Revista Synthesis* 2007; 41, Enero-Marzo.
20. Soto O, Franco A, Silva J, Velázquez GA. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003; 19(6).
21. Chirinos JL, Brindis CD, Salazar VC, Bardales OT, Reátegui LR. Perfil de las estudiantes adolescentes sexualmente activas en colegios secundarios de Lima, Perú. *Rev Med Hered* 1999; 10 (1):49-61.
22. Díaz S, González F, Martínez I, Medina D, Muentes O. Prevalencia de embarazo no planificado en estudiantes universitarios: adolescentes y adultos jóvenes del área de la salud de la Universidad de Cartagena y su relación con el conocimiento sobre métodos de planificación familiar. Universidad de Cartagena, Colombia. 2007.

Recibido: 5 de octubre 2012

Aceptado: 14 de noviembre 2012