



FACTORES SOCIALES Y BIOLÓGICOS EN LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE GESTANTES ADOLESCENTES

SOCIAL AND BIOLOGICAL FACTORS IN OBSTETRIC COMPLICATIONS IN ADOLESCENT PREGNANT WOMEN

Estrella Marisol Mero Quijije^{1*}

¹ Universidad Estatal del Sur de Manabí, Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4821-1280>. Correo: estrella.mero@unesum.edu.ec

Mery Guerra Velásquez²

² Universidad del Zulia, República Bolivariana de Venezuela. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2471-8020>. Correo: meryvg127yahoo.es

Roxana María Chila Reina³

³ Universidad Estatal del Sur de Manabí, Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0877-2470>. Correo: roxana.chila@unesum.edu.ec

Deysi Delgado Lopez⁴

⁴ Universidad Estatal del Sur de Manabí, Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4930-3120>. Correo: deysi.delgado@unesum.edu.ec

* Autor para correspondencia: estrella.mero@unesum.edu.ec

Resumen

En el presente estudio se analizó la influencia de la violencia intrafamiliar, la edad materna, el nivel educativo y el nivel socioeconómico sobre la ocurrencia de complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto en 49 gestantes adolescentes atendidas en Centros de Salud Junín-Calceta (Distrito 13D06, Manabí, Ecuador. A pesar de que el 53,1 % de las participantes refirió maltrato intrafamiliar y el 34,7 % presentó al menos una complicación, donde predominando las cesáreas de urgencia, los partos pretérmino y el desprendimiento prematuro de placenta, ninguna de las variables sociodemográficas mostró asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$). El modelo de regresión logística indicó un odds ratio elevado para la violencia intrafamiliar (OR = 2,99; IC 95 %: 0,48–18,69) pero con gran imprecisión, reflejando el limitado poder estadístico y la naturaleza transversal del diseño. Se concluyó que, para esclarecer las vías causales de los



Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com



determinantes sociales y biológicos en este contexto, serían necesarios estudios longitudinales con muestras ampliadas, mediciones estandarizadas de violencia y la inclusión de biomarcadores de estrés crónico.

Palabras clave: Embarazo adolescente; complicaciones obstétricas; violencia intrafamiliar; determinantes sociales; estudio transversal

Abstract

This study analyzed the influence of domestic violence, maternal age, educational level and socioeconomic level on the occurrence of obstetric complications during labor in 49 adolescent pregnant women attended at the Junín-Calceña Health Center (District 13D06, Manabí, Ecuador. Although 53.1 % of the participants reported intrafamilial abuse and 34.7 % presented at least one complication, with a predominance of emergency cesarean sections, preterm delivery and premature placental abruption, none of the sociodemographic variables showed a statistically significant association ($p > 0.05$). The logistic regression model indicated a high odds ratio for domestic violence (OR = 2.99; 95 % CI 0.48-18.69) but with great imprecision, reflecting the limited statistical power and cross-sectional nature of the design. It was concluded that longitudinal studies with expanded samples, standardized measures of violence, and the inclusion of biomarkers of chronic stress would be necessary to clarify the causal pathways of social and biological determinants in this context.

Keywords: Adolescent pregnancy; obstetric complications; domestic violence; social determinants; cross-sectional study.

Fecha de recibido: 14/06/2025

Fecha de aceptado: 01/08/2025

Fecha de publicado: 12/08/2025

Introducción

El embarazo adolescente es un desafío de salud pública a nivel mundial, con aproximadamente 21 millones de gestaciones anuales en jóvenes de 15-19 años en países en desarrollo, resultando en 12 millones de nacimientos. Aunque la tasa global descendió de 64,5 a 41,3 nacimientos por cada 1000 mujeres entre los años 2000-2023, regiones como África y América Latina mantienen cifras alarmantes con aproximadamente 51 nacimientos por cada 1000 mujeres (1). En Latinoamérica, esta problemática es preocupante, la región posee la segunda tasa mundial más alta con ~66,5 nacimientos por cada 1000 mujeres (2), donde las adolescentes aportan el 16% de la fecundidad total femenina (3), superando ampliamente la media global. Esta situación se agrava en contextos de vulnerabilidad, limitando el desarrollo integral de las jóvenes (4). Un ejemplo regional es Ecuador, donde en 2014 casi la mitad de los nacimientos (49,3%) correspondió a madres <20 años (5).

Ecuador presenta una de las tasas más altas de embarazo adolescente en América Latina, con más de 41.000 casos anuales en adolescentes de 10-19 años, representando el 15.7%-26% de los nacimientos nacionales (6).



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com



Esta problemática se concentra significativamente en provincias costeras y centrales como Guayas, Manabí, Los Ríos, Esmeraldas, Pichincha y Azuay (3, 7). El embarazo adolescente conlleva graves complicaciones obstétricas que aumentan las probabilidades de la morbilidad y mortalidad materna e infantil. Las principales causas de muerte materna en este grupo incluyen trastornos hipertensivos (eclampsia, 28%), infecciones (puerperales/sistémicas, 16%) y hemorragias (12%)(1, 8). Además, existe un alto riesgo de mortalidad fetal, especialmente asociado a menos de cinco controles prenatales y partos extrahospitalarios (9). Resulta particularmente alarmante el vínculo causal entre el embarazo adolescente y la violencia intrafamiliar y sexual, responsable de hasta el 80% de los embarazos en niñas menores de 14 años (7).

La violencia intrafamiliar engloba actos de maltrato físico, psicológico, sexual o económico realizados por miembros de la familia dentro del hogar (10). Los tipos más prevalentes incluyen violencia psicológica, física y sexual, siendo la primera la que presenta mayor asociación con depresión durante el embarazo (11). Evidencia demuestra que la exposición a violencia intrafamiliar incrementa significativamente el riesgo de resultados perinatales adversos, como parto pretérmino, bajo peso al nacer y mortinato (12). En gestantes adolescentes especialmente vulnerables a entornos disfuncionales, se eleva la probabilidad de depresión gestacional, con razones de prevalencia ajustadas de 9.89 para violencia general y 10.44 específicamente para violencia psicológica (11).

La edad materna temprana (<16 años), bajo nivel educativo, pobreza y controles prenatal deficientes son determinantes críticos de los resultados obstétricos adversos en adolescentes. En Jijón (13) evidenciaron que las necesidades básicas insatisfechas incrementan el riesgo de embarazo temprano (OR:1.57), mientras que el nivel educativo constituye un factor protector (OR:0.87). Okumura et al. (14) reportaron mayores riesgos de cesárea e infección puerperal en adolescentes <15 años versus adultas, y Miele & Pincay (15) destacaron la prevalencia en contextos de baja educación y recursos limitados. La comunicación intrafamiliar adecuada también emerge como protector significativo (OR:0.43) (16). Estos hallazgos subrayan la interacción de factores biológicos como la edad gestacional, protectora contra mortalidad fetal y sociales, requiriendo abordajes integrales (9).

Pese a la creciente atención al embarazo adolescente, la investigación en Ecuador carece de estudios que integren de manera multivariada los factores sociales, biológicos y obstétricos en modelos predictivos (3, 17). La literatura existente es limitada y fragmentada, enfocándose típicamente en variables aisladas, lo cual impide captar las complejas interacciones determinantes de los desenlaces perinatales en esta población. Como señala Okumura et al. (14), además de la edad, existen "otros factores" críticos que requieren un abordaje multidisciplinario para explicar las complicaciones obstétricas. Esta brecha subraya la urgente necesidad de implementar enfoques multivariados. Dichos modelos son fundamentales para identificar asociaciones independientes entre determinantes y consecuentemente, diseñar intervenciones efectivas y políticas públicas basadas en evidencia que aborden simultáneamente los múltiples factores involucrados. Por tanto, el objetivo de la presente investigación es analizar la influencia de la violencia intrafamiliar, la edad, el nivel educativo y el nivel socioeconómico y en la ocurrencia de complicaciones durante el trabajo de parto en gestantes adolescentes.





Materiales y métodos

Este estudio adopta un enfoque cuantitativo para medir y analizar de forma objetiva la relación entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes. Se eligió un diseño no experimental de corte transversal, de tipo correlacional, que permite observar y registrar los fenómenos en su contexto natural sin manipular deliberadamente las variables. La investigación se desarrolló “in situ” en los Centros de Salud Junín-Calcuta (Distrito 13D06, Manabí, Ecuador), garantizando la validez externa de los hallazgos y facilitando la replicación en entornos similares.

La población incluyó las 49 adolescentes gestantes de entre 10 y 19 años registradas durante el periodo Enero a Diciembre 2024. Dado que se trabajó con la totalidad de casos disponibles, se empleó un muestreo censal. Se definieron criterios de inclusión: 1.-gestantes adolescentes con registro de violencia intrafamiliar y 2.- firma de consentimiento informado y de exclusión: 1.- presencia de comorbilidades graves o trastornos cognitivos que impidieran responder cuestionarios. Esto aseguró que la muestra reflejara fielmente la realidad local y la robustez de los resultados.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado, validado mediante juicio de expertos y con confiabilidad. El instrumento abarcó: datos sociodemográficos, antecedentes obstétricos, cobertura prenatal, exposición a maltrato físico, psicológico y emocional, y registro de complicaciones durante el trabajo de parto. La aplicación combinó una entrevista organizada en el centro de salud garantizando un entendimiento profundo del entorno familiar de cada participante.

El análisis estadístico se llevó a cabo con IBM SPSS Statistics v.27. Primero, se realizó estadística descriptiva, los valores se resumieron mediante frecuencias absolutas (n) y relativas (%). A continuación, se utilizaron pruebas de chi-cuadrado de Pearson. Cuando las frecuencias esperadas en alguna celda fueron menores a 5, se empleó la corrección de Fisher. También se calcularon los coeficientes Phi o V de Cramer para estimar la fuerza de asociación. Además, se construyó un modelo de regresión logística binaria para identificar la asociación simultánea de múltiples predictores con la ocurrencia de complicaciones obstétricas. Se calcularon los coeficientes (B), errores estándar (SE), estadísticos Wald, odds ratios (ExpB) e intervalos de confianza del 95%. La inclusión de variables se realizó de forma simultánea. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. El ajuste global del modelo fue evaluado mediante pseudo R^2 de Nagelkerke.

Resultados y discusión

El estudio incluyó a 49 gestantes adolescentes, de las cuales 26 (53,1 %) reportaron antecedentes de violencia intrafamiliar. En cuanto al estado civil, 24 (49 %) vivían en unión conviviente, 21 (42,9 %) eran solteras y 4 (8,2 %) estaban casadas. Respecto al nivel educativo, 25 (51 %) completaron la secundaria y 6 (12,2 %) cursaban estudios superiores incompletos. Desde la perspectiva económica, 29 (59,2 %) percibían un salario mínimo y 18 (36,7 %) ingresos inferiores. Dos tercios ($n = 35$) tenían entre 18 y 19 años, con mediana en 18 años; la distribución presentó asimetría negativa (-1,19) y curtosis moderada (0,73), por lo que se priorizaron medidas robustas de tendencia central. Finalmente, 17 (34,7 %) gestantes registraron al menos una complicación obstétrica.

En el ámbito obstétrico, la cesárea urgente fue la complicación más prevalente, seguida de cerca por el parto pretérmino y el desprendimiento prematuro de placenta Tabla 1. Estos tres eventos concentraron la mayor





carga clínica, mientras que otras condiciones como la ruptura uterina o la corioamnionitis se manifestaron de manera esporádica. Globalmente, un tercio de las adolescentes enfrentó al menos una complicación durante su gestación.

Tabla 1. Complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto, observadas en 49 gestantes adolescentes.

Complicación	n	% (n = 49)
Desprendimiento prematuro de placenta	5	10,2
Ruptura uterina	3	6,1
Cesárea de urgencia	10	20,4
Ruptura prematura de membranas	4	8,2
Corioamnionitis	2	4,1
Parto pretérmino	6	12,2
Sufrimiento fetal	5	10,2

Ninguna variable sociodemográfica o de violencia mostró asociación estadísticamente significativa con complicaciones obstétricas, $p > 0.05$ en todos los casos. Por ejemplo, la relación entre violencia intrafamiliar y complicaciones mostró un coeficiente Phi de apenas 0.17 ($\chi^2 = 1.42$; $p = 0.234$), mientras que el nivel educativo, la variable con mayor aparente influencia, solo alcanzó un V de Cramer de 0.28 ($\chi^2 = 3.81$; $p = 0.578$) Tabla 1, explicando menos del 8% de la variabilidad. Todas las asociaciones fueron clínicamente irrelevantes, las variables evaluadas no lograron explicar una porción significativa de las complicaciones obstétricas, incluso en los casos con mayores valores numéricos como el nivel educativo.

Tabla 2. Asociaciones estadísticas de complicaciones obstétricas con aspectos sociodemográficos de 49 gestantes adolescentes.

Predictor	χ^2 (Pearson)	df	p-valor (χ^2)	Phi / V de Cramer	p-valor (Fisher)
Nivel educativo	3,81	5,00	0,58	0,28	0,63
Estado civil	3,24	2,00	0,20	0,26	0,21
Ingresos	1,20	3,00	0,61	0,16	0,90
Sufrió violencia	1,42	1,00	0,37	0,17	0,37
Edad	3,28	5,00	0,66	0,26	0,71

Al analizar conjuntamente todas las variables, el modelo estadístico enfrentó limitaciones debido al número de participantes. Solo para la violencia intrafamiliar se obtuvieron resultados interpretables, la cual mostró una asociación que triplicaba el riesgo de complicaciones obstétricas (odds ratio = 2.99). Sin embargo, el intervalo de confianza iba desde reducir el riesgo a la mitad (0.48) hasta multiplicarlo por 18 veces (18.69) demostrando incertidumbre y sin significación estadística (valor $p = 0.24$). Para las demás variables, incluyendo edad, ingresos, educación y estado civil, no fue posible calcular efectos confiables debido a errores técnicos del modelo. Incluso el término constante del análisis resultó irrelevante ($p > 0.99$).





Discusión

La ausencia de asociación significativa entre violencia intrafamiliar y complicaciones contradice múltiples investigaciones previas. Estudios españoles han demostrado que la exposición a violencia de género durante el embarazo aumenta significativamente las complicaciones durante el parto ($p = 0.031$) y el puerperio ($p = 0.024$) en víctimas de violencia de género (18). De igual manera, en Uruguay durante el año 2012 la violencia fue identificada como el principal predictor social de parto pretérmino OR: 1,34 (95% IC 1,03-1,76) (19), mientras en Ecuador los factores de riesgo para embarazo adolescente fueron ser hija de madre adolescente (OR=8,12; IC95 % 2,51-26,24) y la violencia intrafamiliar (OR=6,11; IC95% 1,12-37,04) (20).

En particular, la violencia intrafamiliar fue frecuente (53.1 %) pero no demostró un efecto estadísticamente significativo sobre las complicaciones. Esto difiere de estudios previos que documentaron que el maltrato en el embarazo adolescente impacta negativamente los desenlaces: por ejemplo, Mucha et al. (21) hallaron que la violencia física durante la gestación se asoció con mayor riesgo de bajo peso al nacer 1,42 [IC95%] y con complicaciones en el parto (RRa: 2,11; IC95%: 1,25-3,61; $p = 0,006$). Además, se encontró un coeficiente Phi bajo (0.17) y ausencia de significación ($p=0.234$). La literatura sugiere que la ausencia de soporte familiar y la violencia en el hogar agravan los riesgos médicos del embarazo adolescente (22), por lo que la falta de asociación estadística aquí observada probablemente refleja el limitado tamaño de la muestra y la variabilidad de la medición.

El efecto observado de un OR elevado pero no significativo, sugiere que, aunque no se confirmó, podría existir un impacto clínico de la violencia intrafamiliar sobre las complicaciones. Esta discrepancia podría explicarse por el tamaño muestral ($n=49$) insuficiente según estándares que recomiendan >200 participantes para estudios obstétricos (23, 24) y la edad (71.4% en adolescencia tardía), grupo con menor riesgo biológico según meta-análisis (OR=1.36-2.047 vs. >3.0 en <15 años) (25-27).

Respecto al nivel educativo, se obtuvo un V de Cramer=0.28 ($p=0.578$) estos resultados difieren con datos obtenidos en Colombia, donde la educación superior redujo 49% el riesgo de embarazo adolescente (RP = 0.51) (28). Mientras, revisiones sistemáticas confirman que bajo escolaridad aumenta la mortalidad perinatal y la preeclampsia (29). La homogeneidad de 51% participantes con secundaria completa limitó la detección de gradientes, a diferencia de estudios africanos donde se estableció que factores de resultados adversos incluían bajo estatus socioeconómico y educativo, junto con pobre utilización de atención prenatal (30). Por otro lado, la no asociación con nivel socioeconómico contradice hallazgos brasileños donde encontró que el embarazo adolescente se concentra en regiones con peores condiciones socioeconómicas (31), y estudios en LMICs que reportaron que adolescentes pobres, rurales y con menor educación tienen mayor probabilidad de embarazarse y experimentar complicaciones (32).

La prevalencia global de complicaciones 34.7% observada en la presente investigación se encuentra dentro del rango reportado en estudios similares realizados en contextos latinoamericanos. Un estudio ecuatoriano encontró que la preeclampsia representó el 43.7% de las complicaciones obstétricas en adolescentes, seguida de anemia (19.7%) y eclampsia (11.7%) (33). Por otro lado, cesárea urgente presentó el (20.4%) y parto pretérmino (12.2%), cifras que coincide con investigaciones internacionales de Indonesia donde la prematuridad en adolescentes alcanzó partos prematuros OR=2.047 (IC95% 1,660-2,524, $p < 0,001$) (34).





Sin embargo, la falta de asociación con edad materna ($p=0.66$) contrasta con estudios que documentan que adolescentes menores de 15 años presentan enfrentar mayores riesgos, con 25% más probabilidad de anemia, 36% más de parto prematuro (antes de 37 semanas), 46% más de hemorragias posparto y 44% más de trastornos hipertensivos, como preeclampsia (35). Por otra parte, en México la edad promedio en gestantes con complicaciones fue de 17.3 años, donde predominaron las mujeres con su primer embarazo. Destacó la alta frecuencia de control prenatal insuficiente, observándose que dos de cada tres adolescentes (66%) asistieron a menos de 5 consultas médicas (36).

Las limitaciones metodológicas comprometen la interpretación: el tamaño muestral carece del poder para detectar $OR < 3.0$, generando IC 95% amplios que incluyen efectos clínicamente relevantes (37). El diseño transversal impide evaluar temporalidad, crucial para variables como violencia, donde estudios longitudinales muestran que la exposición en primer trimestre aumenta las complicaciones versus exposición tardía (18). La omisión de mediadores clave como calidad prenatal y nutrición también podría ocultar asociaciones, como demuestra una revisión africana donde el control prenatal adecuado redujo el impacto de la pobreza sobre complicaciones (30).

Teóricamente, estos hallazgos sugieren que determinantes sociales operan mediante mediadores clínicos, estudios sistemáticos indican que el efecto de la pobreza en resultados obstétricos es intervenido por acceso a servicios (22). Futuras investigaciones deberían emplear diseños longitudinales con >200 participantes, incorporando evaluación estandarizada de violencia (ej. instrumento WHO-VAW) y biomarcadores de estrés crónico para esclarecer vías causales (22).

Conclusiones

Los hallazgos revelaron que, aunque más de la mitad de las gestantes adolescentes habían experimentado violencia intrafamiliar, esta circunstancia no se asoció de manera significativa con la ocurrencia de complicaciones obstétricas. El análisis bivalente y multivalente mostró valores de $p < 0.05$ en todas las variables sociodemográficas evaluadas, incluyendo nivel educativo, estado civil, ingresos y edad, evidenciando que ninguna de ellas explicó una proporción relevante de la variabilidad en las complicaciones durante el trabajo de parto.

La prevalencia global de complicaciones obstétricas fue del 34,7 %, situándose dentro del rango reportado en contextos latinoamericanos. Las cesáreas de urgencia, los partos pretérmino y el desprendimiento prematuro de placenta constituyeron los principales eventos adversos, en estudios regionales se observan estos mismos desenlaces en embarazos adolescentes. Sin embargo, la distribución homogénea de la muestra en nivel educativo y adolescencia tardía limitó la identificación de gradientes de riesgo más finos.

El modelo estadístico presentó limitaciones de potencia debido al reducido tamaño muestral, lo que generó intervalos de confianza amplios e imprecisos, como ocurrió con el odds ratio de 2,99 para violencia intrafamiliar, con un rango que abarcó desde 0,48 hasta 18,69. Además, la naturaleza transversal del estudio impidió establecer relaciones temporales claras entre exposición y resultado, enfatizando la necesidad de diseños longitudinales para futuras investigaciones.

Las diferencias con investigaciones previas que sí documentan asociaciones significativas podrían atribuirse a la variabilidad metodológica y a la omisión de mediadores críticos, como la calidad de la atención prenatal





y los biomarcadores de estrés. La falta de mediciones estandarizadas de violencia y la carencia de datos sobre factores biológicos adicionales limitaron la capacidad de detectar efectos más sutiles y complejos.

En conjunto, la investigación sugirió que los determinantes sociales actúan a través de rutas mediadas por acceso y calidad de los servicios sanitarios. Se recomendó ampliar el tamaño muestral a más de 200 participantes, emplear instrumentos validados para la evaluación de violencia intrafamiliar, incorporar marcadores biológicos de estrés crónico y adoptar un enfoque longitudinal. De esta manera, se podría explicar con mayor precisión el papel de los factores sociales y biológicos en las complicaciones obstétricas de adolescentes gestantes.

Referencias

1. WHO. World Health Organization (WHO). Adolescent pregnancy. 2024 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>].
2. Organization PAH. Latin America and the Caribbean have the second highest adolescent pregnancy rates in the world. Pan American Health Organization, World Health Organization. 2018 [Available from: <https://www.paho.org/en/news/28-2-2018-latin-america-and-caribbean-have-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-world>].
3. Rodríguez FDA, Michilena MMP, Ruiz MdlÁB, Llosa SJ, Román LKM, López MJN, et al. Embarazo adolescente en Ecuador y américa latina: un grave problema de salud pública. Revista del Instituto de Salud Pública de Chile. 2023;7(2).
4. Moreno-Indio KJ, Marcillo-Marcillo CE, Valero-Cedeño NJ, Orellana-Suárez K, Escobar-Rivera MV, Fiallos-Cazar LP. Embarazo precoz en adolescentes de edades de 13 a 17 años de edad en Ecuador. Polo del conocimiento. 2020;5(6):982-96.
5. García A, El Comercio D. Ecuador, tercer país en la región con la tasa más alta de embarazos entre 10 y 19 años. El Comercio. 2018:1-2.
6. Sandoval MGC, Ochoa EPC, Sánchez SAH, Vinueza EVZ. Consecuencias socioeconómicas y sanitarias de los embarazos adolescentes en Ecuador en el período 2015-2021. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida. 2022;6(3):222-33.
7. Mella C. Siete provincias concentran los casos de embarazo adolescente en Ecuador. . Primicias. 2022.
8. Arias ESM, Cano ICM, Cordero SJP. Tasa de mortalidad y factores de riesgo en el embarazo en adolescentes revisión sistémica. AlfaPublicaciones. 2023;5(1.1):55-69.
9. Layedra NB, Terán LB. Embarazo adolescente: factores de riesgo y su incidencia en la muerte fetal. 593 Digital Publisher CEIT. 2025;10(3):364-76.
10. Burgos RdCD, Granda LEÁ. Factores de Riesgo de la Violencia Intrafamiliar en Ecuador. Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar. 2024;8(3):11023-41.
11. Cardenas-Barrios X, Zagaceta-Guevara Z. Depresión asociada a violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en un centro de salud peruano, 2022. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2024;16(24).





12. Guo C, Wan M, Wang Y, Wang P, Tousey-Pfarrer M, Liu H, et al. Associations between intimate partner violence and adverse birth outcomes during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in medicine*. 2023;10:1140787.
13. Jijón ML. Factores predictores del embarazo en adolescentes y mujeres jóvenes en el Ecuador: Un modelo de regresión logística múltiple: Artículo Original. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*. 2021;22(2):16:1-7.
14. Okumura JA, Maticorena DA, Tejeda JE, Mayta-Tristán P. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2014;14(4):383-92.
15. Macias MLM, Cañarte MEP. Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente y su impacto en la salud del binomio madre-hijo. *Revista Investigación y Educación en Salud*. 2023;2(1):78-85.
16. Saraguro SdlÁG, Torres BML, Reategui SLM, Zhamungui KDG, Cabrera MMQ. Factores asociados al embarazo adolescente en una población urbano marginal de la ciudad de Loja. *Enfermería Investiga*. 2024;9(1):32-7.
17. Ledesma DVB, Pomasqui CAP, Saltos ÁJA. Revisión bibliográfica sobre prevención para reducir desafíos obstétricos y perinatales en el embarazo de adolescentes. *Salud, Ciencia y Tecnología-Serie de Conferencias*. 2023;2:745-.
18. Fernández AG, Parra-Vega I, Corral-Vazquez O. Complicaciones en el parto y el puerperio entre las gestantes de una población española que están expuestas a la violencia de género. *MUSAS Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*. 2023;8(1):103-24.
19. Da LLDCL, Lugo AS. Incidencia del parto prematuro en mujeres embarazadas que han sufrido violencia en Uruguay. *Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación*. 2017;5(2):15.
20. Rengel REM, Suarez R, Rodríguez ALR. Una mirada distinta al embarazo adolescente. *Recimundo*. 2020;4(4):228-35.
21. Mucha L, Hernani LA, Mejia CR. Maltrato en la gestante adolescente y su efecto en el peso del recién nacido en la altura geográfica peruana, Huancayo, Perú. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2022;87(3):171-8.
22. Becerra Goicochea LJ, Huamaní de Torres MY, Cabanillas Cerna JN. Complicaciones maternas y embarazo adolescente en América Latina y el Caribe (ALC): una revisión sistemática. *Revista InveCom*. 2026;6(1).
23. Akseer N, Keats EC, Thurairajah P, Cousens S, Betran AP, Oaks BM, et al. Characteristics and birth outcomes of pregnant adolescents compared to older women: An analysis of individual level data from 140,000 mothers from 20 RCTs. *EClinicalMedicine*. 2022;45.
24. Althabe F, Moore JL, Gibbons L, Berrueta M, Goudar SS, Chomba E, et al. Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study. *Reproductive health*. 2015;12(Suppl 2):S8.





25. Mohammadian F, Nejadifard MM, Tofighi S, Garrosi L, Molaei B. Adverse maternal, perinatal, and neonatal outcomes in adolescent pregnancies: a case-control study. *Journal of Research in Health Sciences*. 2023;23(1):e00570.
26. Smith GC, Pell JP. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. *Bmj*. 2001;323(7311):476.
27. Subedi A, Shrestha J, Shrestha A, Gurung S. Maternal and perinatal outcome of teenage pregnancy in a tertiary care centre. *Nepal Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2018;13(1):26-9.
28. Pulgarín MAV, Patiño NAR, Gómez OIQ. Apoyo familiar como factor protector de embarazo adolescente en Colombia. *Revista CES Salud publica y epidemiologia*. 2022;1(2):86-98.
29. Thomson K, Moffat M, Arisa O, Jesurasa A, Richmond C, Odeniyi A, et al. Socioeconomic inequalities and adverse pregnancy outcomes in the UK and Republic of Ireland: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 2021;11(3):e042753.
30. Amoadu M, Hagan D, Ansah EW. Adverse obstetric and neonatal outcomes of adolescent pregnancies in Africa: a scoping review. *BMC pregnancy and childbirth*. 2022;22(1):598.
31. Fernandes CM, Conceição GMdS, Silva ZPd, Nampo FK, Chiaravalloti F. Socioeconomic factors increase the risk of teenage pregnancy: spatial and temporal analysis in a Brazilian municipality. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2024;27:e240040.
32. Crooks R, Bedwell C, Lavender T. Adolescent experiences of pregnancy in low-and middle-income countries: a meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022;22(1):702.
33. Cobo AIV, Sieres AS, Cedeño CGP, Obregón LG, Flores ALP. Complicaciones obstétricas relacionadas al embarazo de las adolescentes atendidas en una unidad hospitalaria en ecuador. *Más Vita*. 2023;5(3):8-23.
34. Indarti J, Prasetya DE, Sandi H, Rahmadi I, Surya R. Obstetric and Perinatal Characteristics of Teenage Pregnancies: an Analysis of Five Year Period in dr. Cipto Mangunkusumo Hospital, Jakarta. *eJournal Kedokteran Indonesia*. 2021:18-.
35. Kawakita T, Wilson K, Grantz KL, Landy HJ, Huang C-C, Gomez-Lobo V. Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2016;29(2):130-6.
36. Rosas BJP, Ku AJM, Ochoa MdlAD. Caracterización de la Paciente Obstétrica Adolescente en Segundo Nivel de Atención. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2025;9(2):8086-97.
37. Jasim SK, Al-Momen H, Obaid AAR. Differences in perinatal outcomes in teenage mothers with their first and third pregnancies and predictors of adverse neonatal events: A cross-sectional study. *International journal of reproductive biomedicine*. 2021;19(11):1005.

