



Participación de Enfermería Obstétrica en la detección del riesgo para la salud en adolescentes madres en el escenario domiciliar¹

Zully Araya Cubero²

Institución: Caja Costarricense del Seguro Social

COMO CITAR



Araya, Z. (abril, 2013). *Participación de Enfermería Obstétrica en la detección del riesgo para la salud en adolescentes madres en el escenario domiciliar*. *Rev. Actual en Costa Rica*, 24, 1-11. Recuperado de: <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/adolescentes.pdf>> ISSN 1409-4568

RESUMEN

Se presentan los resultados de una investigación realizada en el Área de Salud de San Ramón por Enfermeras cuyo objetivo fue determinar el riesgo del binomio madre hijo a partir del enfoque de riesgo y de derecho, en el escenario domiciliar con la finalidad de establecer estrategias necesarias para aminorar los problemas de salud. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo. La población la conforma 80 madres adolescentes referidas por el personal de salud, que aceptaron voluntariamente la visita por enfermería obstétrica. Se elaboró un instrumento compuesto de 5 partes que permitió la recopilación de los datos. Las variables analizadas fueron: edad, composición familiar, condición física y obstétrica, riesgo biológico y psicosocial e intervenciones de enfermería. Los resultados indican que, la edad promedio de las jóvenes fue 16 años, el 73,75% son solteras, en su mayoría costarricenses, el 92,5% tienen seguro por el estado, el 83,5% se controlaron su embarazo en el I Nivel de Atención, 45% se clasificó de alto riesgo por la combinación de factores. Se concluye que la valoración del riesgo en la adolescente embarazada constituye una tarea importante de enfermería obstétrica. A nivel domiciliar permite hacerlo en forma integral, evaluando los factores, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales desde un enfoque de familia gestante y apoyando mediante sus intervenciones a prevenir la mortalidad materno infantil.

Palabras claves: Enfermera obstetra, escenario domiciliar, adolescente embarazada.

¹ Fecha de recepción: 18 de enero del 2013

Fecha de aceptación: 6 de marzo del 2013

² Enfermera Obstetra. CCSS, Área de Salud de San Ramón. Correo electrónico: zujdjp@hotmail.com



Obstetric Nursing Participation in detecting health risk in teenage mothers in the domestic scenery¹

Zully Araya Cubero²

Institution: Caja Costarricense de Seguro Social

CITED



Araya, Z. (abril, 2013). *Obstetric Nursing Participation in detecting health risk in teenage mothers in the domestic scenery*. *Rev. Actual en Costa Rica*, 24, 1-11. Recovered: <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/adolescentes.pdf>> ISSN 1409-4568

ABSTRACT

Results are presented of research conducted in the area of San Ramon by midwives whose objective was to determine the risk of mother from child approach and legal risk in the domestic scenery in order to establish strategies to reduce health problems. This is a retrospective study. The population makes up 80 mothers of adolescents referred by health staff, they voluntarily accepted a visit by midwives. They developed an instrument consisting of 5 parts that allowed the collection of data. The variables analyzed were age, family composition, fitness and obstetric risk biological and psychosocial and nursing interventions. The results indicate that the average age of the girls was 16 years, 73.75% were single, most Costa Ricans, 92.5% have insurance by the state, 83.5% were controlled in pregnancy Care Level I, 45% was classified as high risk by the combination of factors. We conclude that the assessment of risk in pregnant adolescents is an important task of midwives. A household level can do so in full, evaluating the factors, biological, psychological, social and environmental from a family approach and supporting pregnant women through the interventions to prevent maternal and child mortality.

Keywords: Nurse-midwife, domestic scene, pregnant adolescent

¹ **Date of receipt:** January 18, 2013

Date of acceptance: March 6, 2013

² Obstetric Nurse, Health Area of San Ramón. E mail: zujdjp@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

El inicio y desenlace de la vida sexual en la adolescencia está muy diferenciado entre los jóvenes de América Latina y de los países de Europa Occidental. Esta situación se da, no por el comienzo de su actividad sexual, sino, en el inicio de la reproducción.

Alrededor del

...15% de las muchachas latinoamericanas y caribeñas de 18 y 19 años han sido madres antes de los 18 años, mientras que en los países de Europa occidental –según los datos de las Fertility and Family Survey (FFS) que realiza la Comisión Económica para Europa (CEPE) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) esta proporción no supera el 5% (Donas, 2001, p. 368)

Para Núñez y Rojas (1999), el inicio temprano de la sexualidad en las adolescentes,

...va a estar también definido por los aspectos relacionados con las condiciones de vida en que estas personas se desarrollan, es decir, con las maneras en que cotidianamente se enfrentan con su medio social (educación, salud, vivienda, trabajo, ambientes saludables, ambiente familiar, comunal, vínculos con pares, recreación, entre otros) (p. 2)

Cuales fueran los factores que mediaron en los embarazos de las adolescentes en Costa Rica, para el 2010, “...el grupo de mujeres en edades de 15 a 19 años aportó el 18,08% de los nacimientos” (INEC, 2010, p. 31) cifra que se ha mantenido constante por varias décadas en el país. De los nacimientos reportados en el año 2010 en nuestro país, “...428 se dieron en adolescentes menores de 15 años y 12828 en madres adolescentes de 15 a 19 años respectivamente”.(INEC, 2010, p. 36)

En San Ramón, para el 2010, “... los embarazos en adolescentes representaron el 18% del total de nacimientos del cantón” (ASSR, 2012.), cifras similares a las estadísticas nacionales. Brindar consejería o asesoría en materia de salud sexual y reproductiva a las adolescentes se convierte en una tarea difícil para el equipo de salud. Actualmente los adolescentes son vistos en el I Nivel de Atención por el Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS) en el programa llamado “*Atención integral del Adolescente*”, sin embargo su captación se dificulta ya que son el porcentaje de la población que menor consulta, según el Boletín Estadístico menos del 50% (ASSR, 2012).

El embarazo en la adolescencia como lo indica Donas (2001), “...debe entenderse en función de los múltiples procesos a los que está asociado y a las significaciones que éste adquiere en cada cultura y grupo social” (p. 39)

Respecto de algunos organismos que velan por la institución familiar, como la Comisión Nacional para el mejoramiento de la Administración de Justicia, el Poder Judicial y la UNICEF informan que, estudios relativos a los aspectos jurídicos de las personas consideradas menores de edad han sido realizados por el Derecho Civil y, más recientemente, por el Derecho de Familia. Sin embargo, estos revelan que la “...conformación de la institución familiar no pertenece en esencia al mundo de lo jurídico, sino que participan entre otros aspectos los vínculos naturales surgidos de la relación intersexual y la procreación.” (CONAMAJ, 2001, p. 435)



En Costa Rica los esfuerzos por resguardar la familia han permitido construir un marco jurídico que ampara la niñez y la adolescencia, entre los cuales se encuentran:

1. El Código de la Niñez y la Adolescencia, adoptado mediante Ley 7739 y publicado en La Gaceta N°26 del 6 de febrero de 1998, constituye el marco mínimo legal de protección integral de los derechos y obligaciones de las personas menores de edad.
2. Código de Familia. (1973) Ley 5476. Costa Rica.
3. Convención sobre los derechos del Niño. (1990) Ley 7184 Costa Rica
4. Ley General de Protección a la Madre Adolescente Ley N°7735 (modificada a partir de la ley 8312).
5. Decreto 35262-S *Oficialización de la Norma Oficial de Atención Integral a la mujer durante el embarazo de Bajo Riesgo Obstetrico. Gaceta N°103.* Costa Rica.
6. Ley de paternidad responsable. *Gaceta N°81.* Costa Rica.
7. Ley de Fomento a la Lactancia Materna,
8. La Ley de Promoción de Igualdad Social de la Mujer, entre otros.

También se han elaborado una serie de políticas, planes, programas, manuales y lineamientos con el fin de proteger a la madre adolescente, entre otras se citan las siguientes:

1. Política Nacional para la Niñez y la adolescencia en Costa Rica 2009-2021. Patronato Nacional de la Infancia y UNICEF
2. Plan Estrategico Nacional de Salud de las personas adolescentes 2010-2018. Ministerio de Salud.
3. Programa Nacional de Atención Integral a la adolescencia: lineamientos del modelo de atención Integral a la salud de las y los adolescentes. CCSS
4. Manual de Atención Integral del embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia. CCSS.
5. Manual de Consejería en salud sexual para los y las adolescentes. CCSS.
6. Módulo de capacitación para el personal de salud. Departamento de medicina preventiva CCSS.

El desafío propuesto por el Estado costarricense a través del Programa Atención Integral a la Adolescencia requiere de una participación transdisciplinaria e interinstitucional, de acuerdo con Rodríguez (2002) este programa "... tiene como reto incorporar el enfoque de derechos como un eje trasversal y como una dimensión vital de la calidad total (p. 25)

Por otro lado, el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica (CEYECR) cuenta con un reglamento para el ejercicio de la enfermería ginecoobstétrica y perinatal del 2004, el cual establece dentro de las competencias la atención integral de Enfermería Ginecoobstétrica y Perinatal en la promoción de la salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres en los ciclos de vida (niñez, adolescencia, juventud, adultez y adultez mayor) en el primer nivel de atención en los escenarios de salud establecidos. En su Artículo 5. Escenario Familiar menciona:

"...las enfermeras y enfermeros Ginecobstetras y Perinatales participan en la elaboración del diagnóstico de salud basado en la familia gestante, categorización según riesgo para la visita domiciliar e incorporan los contenidos del análisis de la situación de salud sexual y reproductiva, los planos singular y particular. Ejecuta actividades en hogares de mujeres en periodo de gestación y posnatal, a su vez impulsan la abogacía de los derechos sexuales y reproductivos (p. 11)

Considerando el marco legal y político a nivel nacional así como las competencias de la Enfermería Obstétrica, se elabora un proyecto el cual tiene por objetivo principal, determinar el riesgo del binomio madre hijo



a partir del enfoque de riesgo y de derecho, en el escenario domiciliario y establecer estrategias necesarias para aminorar los problemas de salud de esta población, en el Cantón de San Ramón.

MATERIALES Y METODOS

La población estuvo conformada por 420 madres adolescentes del periodo 2010 (N=142), 2011(N=134), 2012(N=144) del cantón de San Ramón. La muestra estuvo constituida por 107 madres adolescentes referidas por el personal de salud (ATAP, Auxiliares enfermería, médicos, trabajadoras sociales, entre otras), sin embargo solo 80 visitas fueron efectivas. El tipo de investigación fue descriptivo retrospectivo. Respecto de los instrumentos utilizados para la recolección de datos se confeccionó una matriz dividida en cinco partes que son: sociodemográfica, composición familiar, valoración física y obstétrica, valoración riesgo biológico y psicosocial e intervenciones de Enfermería Obstétrica, con un total de 27 ítems, correspondientes con las variables consideradas para el estudio.

Este instrumento fue validado mediante el juicio de varios expertos de distintas disciplinas como psicología, enfermería obstétrica, socióloga, trabajado social y filología.

Para la tabulación se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel 97, con el cual posteriormente se procedió a analizar la información.

Para el desarrollo general del proyecto se tomó en cuenta las siguientes etapas:

I Etapa redacción del proyecto: Se realizó una revisión de la legislación nacional y normativa institucional con el fin de obtener bases para el desarrollo del proyecto, así como para la confección del instrumento que se utilizó para agilizar la visita domiciliaria.

II Etapa coordinación. Se estableció en primer lugar una coordinación con la Enfermera Jefe del Área de Salud de San Ramón (ASSR) para la revisión y aprobación del proyecto, también se solicitó autorización al Director General del ASSR. En segundo lugar se contactó con el personal de salud del I y II Nivel con el fin de que realizaran las referencias correspondientes y finalmente se procedió a realizar las coordinaciones interdisciplinarias así como interinstitucional para la referencia de las mismas al Patronato Nacional de la infancia (PANI), Poder Judicial, Instituto mixto de ayuda social (IMAS), Centro Infantil de Nutrición y Atención Integral (CEN), Ministerio de Educación Pública (MEP), Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), entre otros.

III Etapa ejecución: se programaron las visitas domiciliarias por localidad de residencia de las adolescentes, además se contó con el transporte terrestre y material necesario. Se aplicó el instrumento elaborado para agilizar la entrevista en la visita domiciliaria, se clasificó el riesgo y se refirió el caso según necesidad, también se procede a impartir la educación.

IV Etapa evaluación: La evaluación del proyecto se realizó con los datos del instrumento aplicado en la visita domiciliaria, los informes de supervisión. Posteriormente se realizó un informe de resultados.

Consideraciones éticas

El proyecto consideró los cuatro principios de Bioética contemplados en Código de ética y moral profesional del CEYECR: se tomó en cuenta la autonomía al explicarles a las participantes mediante llamada telefónica el objetivo de la visita y coordinación con la adolescente o sus familiares la fecha y la hora del encuentro, y si acepta o no la misma. En la visita se firmó el consentimiento. Respecto del principio de



beneficencia fue contemplado para mejorar la calidad de la atención que brinda el o la Enfermera Obstetra. La no maleficencia estuvo presente pues este proyecto no representó ningún riesgo para la población de interés. Finalmente el principio de justicia se contempló en la no discriminación hacia las poblaciones de estudio por su condición de salud, características sociales, económicas, geográficas entre otras.

RESULTADOS

Respecto de la variable sociodemográfica, obsérvense los datos que corresponden a la edad y el año de visita domiciliar en la tabla 1.

Tabla 1

San Ramón: Distribución de las adolescentes embarazadas por edad y año de la visita domiciliar realizada por Enfermería Obstétrica, 2013.
(Cifras absolutas y relativas)

Visita domiciliar por Enfermería Obstétrica								
EDAD	2010		2011		2012		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
13 años	0	0	2	2.5	0	0	2	2.5
14 años	1	1.25	1	1.25	2	2.5	4	5
15 años	7	8.75	8	10	4	5	19	23.75
16 años	8	10	13	16.25	1	1.25	33	41.25
17 años	4	5	3	3.75	9	11.25	16	20
18 años	1	1.25	2	2.5	1	1.25	4	5
19 años	1	1.25	1	1.25	0	0	2	2.5
TOTAL	22	27.5	30	37.5	28	35	80	100

Del grupo de adolescentes visitadas, se encontró que el 85% de ellas tenían entre 15 y 17 años de edad, con un promedio de 16 años, las embarazadas menores de 16 años constituye un 7,5% del total del grupo de estudio, la menor edad encontrada fue de 13 años.

Del total de adolescentes (107) se visitó de forma efectiva solo al 80% debido a diversas razones entre las que se destacan la ausencia de teléfono, direcciones incorrectas o no encontrarse en el domicilio, falta de transporte institucional, entre otras.



Siguiendo con las variables sociodemográficas, interesó conocer la nacionalidad y el estado civil.

Se destaca que el 96,25% de las madres visitadas son costarricenses y el 3,75 son nicaragüenses, no se reportó otra nacionalidad. Además que el 73,75% son solteras, ninguna es casada. De las mujeres que viven en unión libre (36), la edad promedio de la pareja es de 21 años.

De las 80 adolescentes visitadas 79 tenían relaciones coitales, pero ninguna se encontraba planificando, 21 de ellas planearon su embarazo, sin embargo al conocer su estado de gestación solo dos tuvieron dificultad para aceptarlo, una de ellas había sufrido violación por un conocido de la familia.

La variable ocupación y tipo de seguro social fueron otras variables importantes de analizar en esta investigación.

Se evidencia que el 80% de las jóvenes se dedicaban a oficios del hogar ya que habían desertado de sus estudios, además el grado de escolaridad –en la mayoría de los casos- es la secundaria incompleta.

El 92,5% tienen seguro por el estado, lo que refleja el bajo ingreso económico de su hogar con la concomitante de necesidades básicas insatisfechas, jefe de familia sin seguro, dedicados a labores ocasionales, solo el 7,5% tenían seguro familiar.

Las variables composición familiar, revelan que en promedio habitan 5 personas por vivienda, el 43% habitan con alguno de sus padres, el 26,25% con sus compañeros sentimentales y el 30,75% con algún otro familiar dentro de los que destacan los abuelos. En general las jóvenes proceden de hogares con relaciones interpersonales de regulares a inadecuadas.

Los factores de riesgo identificados se enmarcan dentro de los siguientes cuatro aspectos: Biológico, Social, Psicoafectivo y Económico.

Dentro de los factores de riesgo biológicos, se encontró que 13 de ellas presentó infección del tracto urinario, seguido de ocho con amenaza de aborto, seis tenían edad de 15 años, tres presentaron amenaza de parto prematuro y aborto anterior, una se identificó con hipertensión arterial.

En el factor social, 64 de las encuestadas eran desertoras del sistema escolar, 17 no contaban con apoyo de la familia y 12 procedían de una familia disfuncional.

El factor psicoemocional evidenció que 10 de las adolescentes no contaban con un proyecto de vida, ocho con Violencia Intrafamiliar, tres presentaron depresión y una fue identificada con ansiedad.

Finalmente en el factor socioeconómico se identificó que 68 de las adolescentes reportaron insatisfacción de los servicios básicos, 54 de ellas vive en un vivienda inadecuada, 49 mencionaron que el jefe de la familia estaba desempleado, 21 estaban expuestas al hacinamiento y 74 gozaban del seguro social por el estado.

Las jóvenes presentaban múltiples factores asociados, a nivel biológico el cual el más común fue la ITU, a nivel social la deserción escolar, a nivel psicoafectivo se identificó la falta de proyecto de vida como factor predominante y económico los servicios básicos insatisfechos en el hogar.

Respecto del control prenatal se observó que las adolescentes en un 83,75% asistieron al “Equipo básico de Atención en Salud (EBAIS)” de su comunidad; tan sólo un 16,25% fue referida para su control a un centro especializado de alto riesgo obstétrico.



Los datos sobre la clasificación del riesgo por enfermería obstétrica y el lugar de referencia, se pueden observar en la tabla 2.

Tabla 2
San Ramón: Clasificación del Riesgo por Enfermería Obstétrica y lugar de referencia, 2013.
(Cifras absolutas y relativas)

Lugar de referencia	Clasificación del Riesgo por EO					
	BAJO		ALTO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
Emergencias	0	0	3	3.75	3	3.75
EBAIS	5	6.25	3	3.75	8	10
Trabajo social	5	6.25	7	8.75	12	15
Enfermería	8	10	6	7.5	14	17.5
Psicología	2	2.5	4	5	6	7.5
Nutrición II Nivel	0	0	1	1.25	1	1.25
IMAS	13	16.25	6	7.5	19	23.75
Centro Educación y Nutrición (CEN)	11	13.75	6	7.5	17	21.25
TOTAL	44	55	36	45	80	100

Se destaca en la tabla 2, que el 45% se clasificó de alto riesgo sin embargo solo el 16,25% se encontraban en control en alto riesgo obstétrico. Las coordinaciones con el IMAS y el CEN-CINAI local fueron la prioridad por las condiciones socioeconómicas identificadas.

La variable intervenciones de enfermería permite señalar que el 100% de las jóvenes visitadas recibieron orientación sobre distintos temas que incluyen la detección de signos de alarma durante el embarazo, planificación familiar y prevención del segundo embarazo, cuidados y signos de alarma del recién nacido, promoción de una cultura de paz hacia sus hijos y proyecto de vida.

En promedio el tiempo utilizado en una visita domiciliaria incluyendo la planeación, el traslado y las intervenciones de enfermería fue de una hora.

DISCUSION

Hablar de adolescencia y embarazo provoca preocupación e incertidumbre, pues es considerado un problema de salud pública a nivel mundial, ya que su desenlace puede ser fatal. Es una situación compleja, por ello se han llevado a cabo innumerables esfuerzos para educar a los jóvenes acerca de la sexualidad y los métodos de planificación. La disminución de las tasas de embarazos en adolescentes en los países occidentales



industrializados ha demostrado que dichos esfuerzos han dado buenos resultados, a pesar de que las estadísticas están lejos de ser las esperadas.

Según datos de pregnancy-info.net,

...el número total de embarazos adolescentes en los Estados Unidos fue de 821.810 (84 embarazos por cada 1.000 personas). Si se lo compara con las estadísticas de Canadá, las tasas de embarazos adolescentes en el año 2000 fue de 38.600 (38 embarazos por cada 1.000 personas). Por otro lado, otros países occidentales industrializados, como por ejemplo Suecia y Francia, han arrojado tasas de embarazos adolescentes aún más bajas que las de Canadá. (2000, s.p.)

A nivel nacional son muchos los esfuerzos realizados por establecer un marco jurídico centrado en la prevención del embarazo en adolescentes, la atención y protección de las adolescentes embarazadas y de las que ya tienen hijos, sin embargo al analizar las estadísticas, estos esfuerzos no han generado el impacto esperado en la prevención de la maternidad temprana.

Es importante prestar atención a los informes generados en torno a esta problemática social, como el generado por la UNICEF y la UCR en el VI Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica que indica que "...el proceso de reforma institucional revela una respuesta estatal débil, insatisfactoria y poco efectiva de los derechos de esta población." (2008, p. 41)

Los resultados de este informe evidencian que las jóvenes presentaban múltiples factores asociados (biológicos, psicológicos, sociales, económicos), que ponen en riesgo su salud y la de su hijo. Según las Metas del Milenio y los adolescentes, mejorar la salud materna y reducir la mortalidad infantil se puede lograr mediante, "...identificación de las mejores intervenciones para prevenir el embarazo no deseado en adolescentes, con énfasis el segundo embarazo, y la promoción de conductas saludables, ... el acceso y la calidad del control prenatal, la atención hospitalaria del parto y cuidados durante el puerperio..." OPS (2003, s.p).

Determinar el porcentaje de adolescentes menores de 19 años que son madres o están embarazadas permite visualizar la inequidad de este grupo poblacional en aspectos relacionados con la salud, educación, empleo entre otras áreas. Para Jara (2008) establecer indicadores permitiría "...el ejercicio de los derechos y la salud sexual y reproductiva así como la posibilidades para salir de la pobreza y lograr la igualdad de género." (p.5)

Ubicándonos en nuestro contexto y revisando los resultados obtenidos a través de las visitas domiciliarias, estos no son ajenos a la realidad nacional, por tanto definir a nivel local las características y necesidades propias de esta población permitiría establecer redes de apoyo interinstitucionales y aminorar los riesgos maternos infantiles y mejorar sus condiciones biológicas y socio ambientales.

A raíz del presente informe el Área de Salud de San Ramón y el Ministerio de Salud de San Ramón, a través de la Comisión local de Análisis de Mortalidad Materna e Infantil (COLAMMI), dirigida por Enfermería Obstétrica, se encuentran realizando coordinaciones para activar el Consejo Interinstitucional de Atención a la madre adolescente (CIAMA) a nivel local y elaborar un Plan de Acción con medidas tendientes a mejorar la atención integral y multidisciplinaria de las jóvenes embarazadas, así como la posibilidad de brindar



oportunidades de protección, estudio, vivienda, nutrición adecuada, cuidado de los menores, entre otras necesidades de las madres adolescentes ramonenses.

CONCLUSION

La valoración del riesgo en la adolescente embarazada constituye una tarea importante de enfermería obstétrica. A nivel domiciliario permite hacerlo en forma integral, evaluando los factores, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales desde un enfoque de familia gestante y apoyando mediante sus intervenciones a prevenir la mortalidad materno infantil.

REFERENCIAS

- Asamblea Legislativa. (1998). *Ley 7735, Ley General de protección a la madre adolescente. Gaceta N°12*. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa. (2002). *Ley 8312, Ley General de protección a la madre adolescente, última reforma. Gaceta N°202*. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa. (2009). Decreto 35262-S *Oficialización de la Norma Oficial de Atención Integral a la mujer durante el embarazo de Bajo Riesgo Obstétrico. Gaceta N°103*. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa. (2001). Ley de paternidad responsable. *Gaceta N°81*. Costa Rica.
- Area de Salud de San Ramón. (2013). *Boletín estadístico de los años 2010, 2011 y 2012. Departamento de registros de salud*. San Ramón, Costa Rica.
- Código de Familia. (1973) Ley 5476. Costa Rica.
- Código de la Niñez y la Adolescencia. (1998). Ley 7739. Gaceta N° 26. Costa Rica.
- Convención sobre los derechos del Niño. (1990) Ley 7184 Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. *Manual de Atención Integral del embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia*. Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2003) *Manual normativo de visita Domiciliaria de Atención Primaria*. Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2006). *Programa Nacional de Atención Integral a la adolescencia: lineamientos del modelo de atención Integral a la salud de las y los adolescentes*. Costa Rica.
- Colegio de Enfermeras y enfermeros de Costa Rica (CEYECR) (2009). *Código de ética y moral de trabajo*. Gaceta 18. Costa Rica.



- Colegio de Enfermeras y enfermeros de Costa Rica. (2004) *Reglamento de Enfermería Ginecobstetra y perinatal de Costa Rica*.
- Comisión Nacional para el mejoramiento de la Administración de Justicia (CONAMAJ), Poder Judicial, UNICEF. (2001). *Derechos de la Niñez y la Adolescencia Antología*. Costa Rica.
- Donas, Solum. (2001). *Adolescencia y Juventud en América Latina*. Costa Rica: LUR
- Díaz, M; Sequeira, M y Garita, C. (2000). *Manual de Consejería en salud sexual para los y las adolescentes*. CCSS. Costa Rica
- Fallas, H y Valverde, O. (2000). *Sexualidad y salud Sexual y Reproductiva en la adolescencia. Módulo de capacitación para el personal de salud. Departamento de medicina preventiva CCSS*. Costa Rica.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2010). *Boletín Panorama Demográfico en Costa Rica*.
- Núñez, H y Rojas, A. (1999). Prevención y atención del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres. En: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140914291999000100003&script=sci>
- Ministerio de Salud. (2010). *Plan Estratégico Nacional de Salud de las personas adolescentes 2010-2018*. Costa Rica.
- Ministerio de salud y CCSS.(2000). *Normas de Atención Integral de Salud. Primer Nivel de Atención. Atención del Niño y de la niña*. Costa Rica.
- Jara, L. (2008). OPS. *Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que son madres o estan embarazadas* En: <http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/0/33810/Embarazoadolescente.pdf>
- OPS. (2003). *Metas del Milenio y la Adolescencia*. En: www.un.org/spanish/millenniumgoals/index.html
- Patronato Nacional de la Infancia y UNICEF. (2009). *Política Nacional para la Niñez y la adolescencia en Costa Rica 2009-2021*. San José, Costa Rica.
- Rodríguez R, Julieta. (2000). *Una respuesta desde el sector Salud a la adolescencia costarricense. Programa de Atención Integral del adolescente CCSS*. Costa Rica
- UNICEF y Universidad de C.R (2008). *VI Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Costa Rica*. San José, Costa Rica.
- Estadísticas Sobre Embarazos Adolescentes. En: http://espanol.pregnancy-info.net/estadisticas_de_embarazos_adolescentes.html