



ARTIGO ORIGINAL

Fatores associados aos exames pré-natais em adolescentes: uma revisão integrativa

Factors associated with prenatal care in adolescents: an integrative review

Factores asociados a controles prenatales en adolescentes: una revisión integrativa

 Vivian Lizeth Gualán Cevallos*
 Denesis Nicolle Dueñas Mendoza**
 Angela Cristina Yanez Corrales***

RESUMO

Introdução: A gravidez na adolescência ainda é um desafio para a saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento, onde as jovens enfrentam desvantagens sociais, econômicas e sanitárias. **Objetivo:** Analisar na literatura científica os fatores associados à adesão aos exames de pré-natal na gravidez na adolescência. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura que seguiu as diretrizes PRISMA. A busca foi realizada com descritores controlados/combinados nas bases de dados PubMed, SciELO, Dialnet e ScienceDirect. Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas e metanálises publicados entre 2020 e 2025 em inglês, espanhol e português. A análise foi narrativa e comparativa. **Resultados:** Foram analisados 30 artigos. Os resultados mostraram que a adesão ao pré-natal em gestações na adolescência depende do apoio familiar, do acesso a serviços e da educação materna, os quais podem ser facilitadores da alta adesão (65%), superando barreiras econômicas e logísticas. Fatores pessoais, familiares e socioculturais, como pobreza, machismo rural e baixo nível de conhecimento, levam ao início tardio (38%) e à baixa cobertura (35%-57%) dos exames, aumentando a incidência de partos prematuros e complicações perinatais. Riscos como estigma, localização rural e encaminhamentos limitam o acesso, enquanto fatores protetores, como aconselhamento, atendimento respeitoso e ferramentas digitais, elevam o número de consultas a ≥ 4 (47%-84%). **Conclusão:** A adesão ao pré-natal em gestações na adolescência depende de múltiplos fatores, como apoio familiar, acesso a serviços e escolaridade materna, que contrastam com barreiras econômicas e logísticas à promoção do atendimento oportuno. Fatores pessoais, familiares e socioculturais, como pobreza, machismo e baixo nível de conhecimento geram

* Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Quito, Ecuador. E-mail: ttamami@puce.edu.ec.

** Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Quito, Ecuador. E-mail: ndueñas@puce.edu.ec.

*** Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Quito, Ecuador. E-mail: acyanez@puce.edu.ec.

Autora para correspondência: Angela Cristina Yáñez Corrales. E-mail: acyanez@puce.edu.ec.

riscos, enquanto aconselhamento e atendimento respeitoso atuam como fatores de proteção. As desigualdades são evidentes em populações vulneráveis, como mulheres equatorianas e indígenas, que apresentam baixa cobertura de pré-natais, apesar das intervenções.

Palavras-chave: Gravidez na Adolescência. Cuidado Pré-natal. Cooperação e Adesão ao Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Adolescent pregnancy remains a significant global public health challenge, particularly in developing countries, where young women face social, economic, and health disadvantages. **Objective:** To analyze the scientific literature to identify factors associated with adherence to prenatal care during adolescent pregnancy. **Method:** An integrative literature review following PRISMA guidelines. The search was conducted using controlled and combined descriptors in the PubMed, SciELO, Dialnet, and ScienceDirect databases. Original articles, systematic reviews, and meta-analyses published between 2020 and 2025 in English, Spanish, and Portuguese were included. The analysis was narrative and comparative in nature.

Results: Thirty articles were analyzed. The results showed that adherence to prenatal care in adolescent pregnancies depends on family support, access to services, and maternal education, factors that can facilitate high adherence (65%) by overcoming economic and logistical barriers. Personal, family, and sociocultural factors such as poverty, rural machismo, and low knowledge lead to late initiation (38%) and low coverage (35%-57%), increasing prematurity and perinatal complications. Risks such as stigma, rurality, and referrals limit access, while protective factors such as counseling, respectful care, and digital tools increase the number of ≥ 4 visits (47%-84%). **Conclusion:** Adherence to prenatal care in adolescent pregnancies depends on multiple factors, such as family support, access to services, and maternal education, which counteract economic and logistical barriers to promoting timely care. Personal, family, and sociocultural factors, such as poverty, machismo, and low knowledge, generate risks, while counseling and respectful care act as protective factors. Inequalities are evident in vulnerable populations, such as Ecuadorian and indigenous women, who have low coverage of prenatal care despite interventions.

Keywords: Pregnancy in Adolescence. Prenatal Care. Treatment Adherence and Compliance.

RESUMEN

Introducción: El embarazo adolescente aún es un desafío importante para la salud pública mundial, especialmente en países en desarrollo, donde las jóvenes enfrentan desventajas sociales, económicas y sanitarias. **Objetivo:** Analizar en la literatura científica los factores asociados para la adherencia a los controles en el embarazo adolescente. **Método:** Revisión bibliográfica integradora siguiendo las directrices PRISMA. La búsqueda se realizó utilizando descriptores controlados/combinados en las bases de datos PubMed, SciELO, Dialnet y ScienceDirect. Se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados entre 2020 y 2025 en inglés, español y portugués. El análisis fue narrativo y comparativo.

Resultados: Se analizaron 30 artículos. Los resultados mostraron que la adherencia a controles prenatales en embarazos adolescentes depende de apoyo familiar, acceso a servicios y educación materna, lo que puede facilitar una alta adherencia (65%), superando las barreras económicas y logísticas. Factores personales, familiares y socioculturales como pobreza, machismo rural y bajo conocimiento generan inicio tardío (38%) y baja cobertura (35%-57%), incrementando prematuridad y complicaciones perinatales. Riesgos como estigma, ruralidad y derivaciones limitan acceso, mientras protectores como consejería, atención respetuosa y herramientas digitales elevan ≥ 4 controles (47%-84%). **Conclusión:** La adherencia a controles prenatales en embarazos adolescentes depende de múltiples factores como el apoyo familiar, acceso a servicios, educación materna, que contrarrestan barreras económicas y logísticas para promover asistencia oportuna. Los factores personales, familiares y socioculturales como pobreza, machismo y bajo conocimiento generan riesgos mientras que consejería y atención respetuosa actúan como factores protectores. Se destacan desigualdades en poblaciones

vulnerables, como ecuatorianas e indígenas, con baja cobertura a la adherencia de controles prenatales a pesar de las intervenciones.

Palabras clave: Embarazo en Adolescencia. Atención Prenatal. Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente representa un desafío crítico para la salud pública global, particularmente en países en desarrollo, donde las jóvenes enfrentan múltiples desventajas sociales, económicas y sanitarias (Martínez; Montero; Zambrano, 2020). La literatura vincula la no adherencia a los controles prenatales con barreras como dificultades económicas, distancias prolongas a los centros de salud y escaso conocimiento sobre la relevancia de las consultas tempranas. Anualmente, cerca de 21 millones de adolescentes de 15 a 19 años quedan embarazadas en estas regiones, de las cuales al menos 12 millones dan a luz, incrementando riesgos para su salud física y emocional, así como para su trayectoria educativa y económica (Manosalvas; Guerra; Huitrado, 2022).

Ecuador pese a las normativas y programas que garantizan el acceso gratuito a la atención prenatal (APN), la mayoría de adolescentes no cumplen con los controles mínimos recomendados, sobre todo en zonas rurales e indígenas, donde la pobreza, el bajo nivel educativo, la distancia a los centros de salud y las creencias culturales agravan esta situación (Ramírez Taipei, 2024). En la provincia de Pichincha, un número significativo de adolescentes embarazadas no alcanzan el número óptimo de visitas prenatales, lo que eleva los riesgos maternos y neonatales – como anemia, hipertensión gestacional, parto pretérmino y bajo peso al nacer. Estudio reciente confirma que menos de la mitad logra al menos cuatro controles, reflejo de barreras económicas, geográficas y socioculturales que limitan la cobertura y calidad de la atención (Agusto Álvarez *et al.*, 2024).

En este contexto, se ha planteado la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores asociados para la adherencia a los controles prenatales en el embarazo adolescente? La adolescencia implica cambios físicos, emocionales y sociales intensos, donde el embarazo emerge como problema de salud pública, agravado en contextos de recursos limitados y acceso desigual a servicios; por tanto, el objetivo de este trabajo es analizar dichos factores asociados para identificar las causas de la baja asistencia a controles prenatales y diseñar estrategias que mejoren el acceso y la calidad de la atención. Esta evidencia resulta clave para orientar políticas públicas en salud sexual y reproductiva, fomentando equidad y reduciendo brechas en salud materno-infantil (Sánchez-Ramírez, 2023).

MÉTODO

La presente investigación se desarrolló mediante una revisión integrativa orientada a identificar, analizar y sintetizar la evidencia científica sobre los factores asociados a los controles prenatales en adolescentes. El estudio se realizó siguiendo las directrices metodológicas del *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) adaptadas para revisiones integrativas. La pregunta de investigación se formuló mediante el modelo PICO, considerando como población a las adolescentes embarazadas, la intervención/exposición como factores sociodemográficos, familiares, educativos y de acceso a servicios,

la comparación con ausencias o variaciones de estos factores, y los resultados centrados en la adherencia, frecuencia y calidad de los controles prenatales.

La búsqueda de información se llevó a cabo entre junio y diciembre de 2025 en las bases de datos PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Dialnet y ScienceDirect, utilizando descriptores *Medical Subject Headings* (MeSH) y *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS) en inglés y español, combinados mediante operadores booleanos AND y OR (Cuadro 1).

Cuadro 1 – Descriptores combinados utilizados en el estudio.

Descriptores combinados (AND, OR)	<i>"Social Factors" AND "Adolescent Health Services" AND "Adolescent Mothers" AND "Prenatal Care"</i> <i>"Pregnancy in Adolescence " AND "Cultural Characteristics" OR "Family Relations" AND "Socioeconomic Factors"</i> <i>"Risk Factors" AND "Protective Factors" AND "Pregnancy in Adolescence" AND "Health Services"</i> <i>"Factores Sociales" AND "Servicios de Salud Adolescentes" AND "Madres Adolescentes" AND "Atención Prenatal"</i> <i>"Embarazo Adolescent " AND "Características Culturales" OR "Relaciones Familiares" AND "Factores Socioeconómicos"</i> <i>"Factores de Riesgo" OR "Factores de Protectores" AND "Embarazo Adolescente" AND "Servicios de Salud"</i>
--------------------------------------	--

Fuente: Elaborado por autores, 2026.

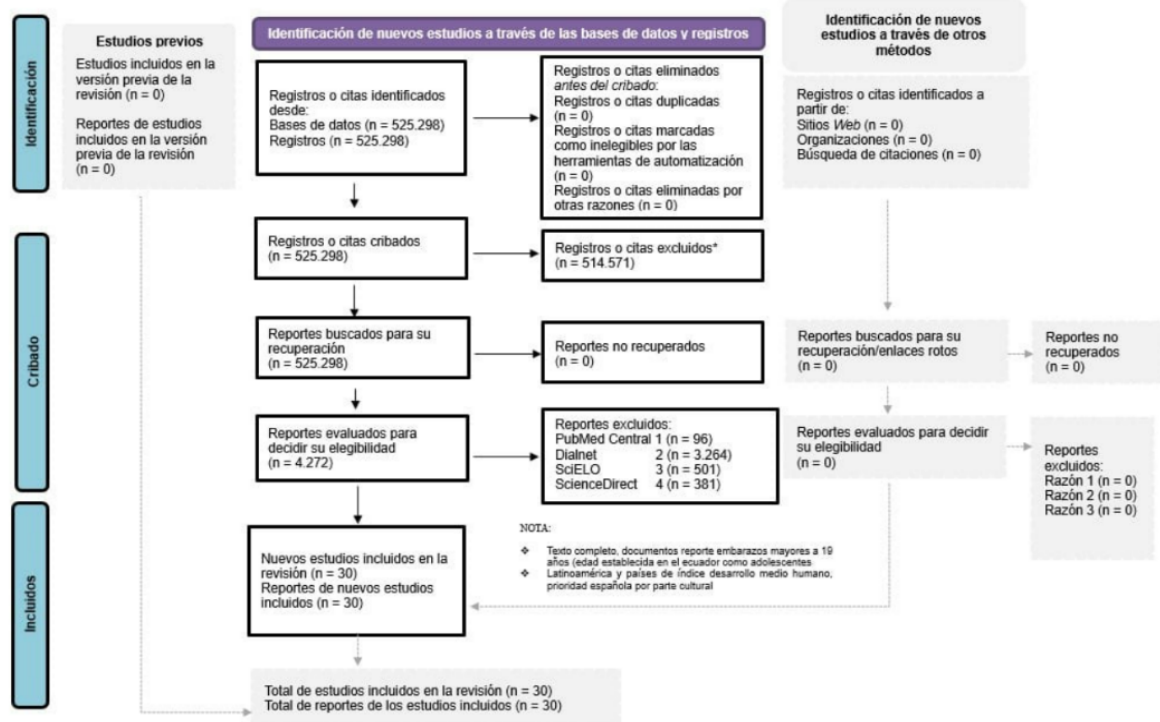
Se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados entre 2020 y 2025 en inglés, español y portugués, que abordaran factores asociados a controles prenatales en adolescentes. Se excluyeron estudios realizados en población adulta o pediátrica no adolescente, embarazos posparto, intervenciones quirúrgicas electivas y artículos sin acceso a texto completo.

La selección de los estudios se realizó en dos fases – revisión de títulos y resúmenes, seguida de la lectura completa de los textos elegibles, proceso efectuado por dos revisores independientes con resolución de discrepancias por consenso o intervención de un tercer evaluador. Los datos obtenidos se organizaron en una matriz de extracción elaborada en *Microsoft Excel*, que incluyó autor, año, país, tipo de estudio, objetivos, metodología, resultados principales. Posteriormente, la información se analizó mediante el método CAST – *Clasificación, Análisis, Síntesis y Triangulación*. agrupando los hallazgos según tres dimensiones: factores asociados a la adherencia a los controles prenatales, factores personales, familiares y socioculturales factores de riesgo y protectores en la atención en salud para la adherencia a los controles prenatales (Montazeri; Yousefi; Javadifar, 2025). El análisis fue de tipo narrativo y comparativo, con el propósito de identificar tendencias, coincidencias, divergencias y vacíos de conocimiento en la literatura. Dado que se trató de una revisión documental, no implicó intervención en seres humanos ni recolección de datos personales, por lo que no representó riesgos éticos. Se garantizó la citación adecuada de todos los autores según las directrices de la revista, preservando la integridad y propiedad intelectual de las fuentes consultadas.

RESULTADOS

El diagrama de flujo PRISMA (Figura 1) se realizó para investigar los factores asociados para la adherencia a los controles prenatales en el embarazo adolescente, determinar los factores personales, familiares y socioculturales e identificar los factores de riesgos y protectores de la atención de salud para la adherencia a controles prenatales en adolescentes, obteniéndose 30 artículos para analizar.

Figura 1 – Selección de artículos a través de flujo PRISMA.



Fuente: Prisma 2020 LOO Diagram, elaborado por autores, 2026.

Los resultados de la revisión se organizan en tres categorías temáticas principales, derivadas del análisis de la literatura seleccionada. Esta estructura permite una síntesis ordenada de los hallazgos.

Factores asociados a la adherencia a los controles del embarazo adolescente

Se identificaron tres determinantes fundamentales para la adherencia al tratamiento, cuyos valores estadísticos e impacto se detallan en la Tabla 1 – el apoyo familiar, el acceso a los servicios y el nivel educativo materno. Estos factores influyen positivamente al mitigar barreras económicas, logísticas y de conocimiento, lo que promueve una asistencia más frecuente y oportuna a la APN. El soporte familiar fortalece la motivación emocional y práctica de la gestante, reduciendo el riesgo de abandono derivado del aislamiento o el estrés; por su parte, un acceso organizado a los servicios sanitarios minimiza obstáculos críticos como la distancia geográfica, las deficiencias en el transporte y los tiempos de espera prolongados. Finalmente, el nivel educativo materno eleva la alfabetización en salud y la percepción de los beneficios de los controles, lo que fomenta una iniciación precoz y garantiza la continuidad

asistencial frente a condicionantes socioculturales adversos (Kubahoniyesu; Nishimwe; Habtu, 2023).

Tabla 1 – Factores protectores para la adherencia prenatal.

FACTOR PROTECTOR	MEDIDA DE ASOCIACIÓN	IMPACTO EN LA ATENCIÓN	BARRERAS MITIGADAS
Apoyo familiar	OR = 2,1 (p < 0,01)	Incremento del 20% en la motivación (65% alta adherencia)	Aislamiento/estrés emocional
Acceso servicios	OR = 1,8 (p < 0,05)	Reducción de inasistencias (45% cumplimiento bajo)	Distancia/transporte/esperas
Educación materna	OR =1,5 (p = 0,03)	Fomento de captación precoz y continuidad asistencial	Alfabetización en salud limitada y estigmas

Fuente: Elaborado por autores, 2026.

Los hallazgos refuerzan la influencia positiva del soporte familiar en la captación temprana, alineándose con patrones observados en contextos similares de salud materna (Tabla 2). En contraste, las gestantes que enfrentan barreras sostenidas presentan un inicio de embarazo más tardío y una cobertura de APN significativamente menor. Esta falta de seguimiento impacta directamente en los resultados perinatales, incrementando la incidencia de prematuridad, especialmente en adolescentes con baja escolaridad (Nakisita *et al.*, 2025).

Tabla 2 – Indicadores para la adherencia prenatal en relación al apoyo familiar y barretas sostenidas.

INDICADOR	CON APOYO FAMILIAR	CON BARRERAS SOSTENIDAS
Inicio de controles	Continuidad temprana (OR = 2,1; p < 0,01)	Tardío: 38% (IC 95%: 37,8%-38,2%)
Cobertura APN	Alta adherencia	35,2% (IC 95%: 33,2%-37,2%) de 2.184/12.645 adolescentes
Prematuridad	Menor riesgo	12,2% (baja escolaridad) vs. 9,5% (alta); 37% por < 7 controles

Fuente: Elaborado por autores, 2026.

Al analizar la adecuación de la APN en cohortes de adolescentes, se observa que solo una minoría recibe un seguimiento calificado como adecuado según los estándares clínicos. Como se detalla en la Tabla 3, el análisis ajustado revela que las probabilidades de una APN adecuada aumentan significativamente en mujeres de mayor edad, con mejor nivel educativo y presencia de pareja. Estos patrones confirman que el soporte relacional y la madurez relativa actúan como pilares protectores de la adherencia al tratamiento (Lopes *et al.*, 2020; Cesar-e-Silva *et al.*, 2025).

Tabla 3 – Caracterización comparativa de estudios incluidos según la población de estudio.

POBLACIÓN DE ESTUDIO	RESULTADOS DE ADHERENCIA/COBERTURA	FACTORES PROTECTORES	BARRERAS PRINCIPALES
Madres adolescentes (Rio Grande, Brasil) n = 12.645	Adecuación: 35,2%, con mejoría temporal de 13,8%	Mayor edad, educación y pareja	Baja escolaridad y falta de soporte
Adolescentes 15-19 años	Mayor probabilidad de asistencia en mujeres casadas	Apoyo familiar y madurez relativa	Desempleo y trabajo eventual
Mujeres adolescentes Multinivel (África)	Inicio oportuno: 38% (Rango: 14,5%-68,6%)	Riqueza del hogar, nivel educativo (AOR = 1,51) y exposición mediática	Ruralidad y embarazo no deseado
Adolescentes embarazadas (Ecuador) n = 56	Cobertura basal < 40%; 73,2% tras intervenciones	Consejería, intervención precoz	Soltería (71,9%) y edad extrema (< 15 años: 21,9%)
Salasakas (Ecuador) n = cualitativo	Incumplimiento: 57%	Subsidio de transporte (+ 16% de asistencia) y medicina ancestral	Barreras socioeconómicas y geográficas

Fuente: Elaborado por autores, 2026.

Por el contrario, la situación laboral influye drásticamente en el acceso; las trabajadoras eventuales y desempleadas presentan menor probabilidad de asistencia en comparación con aquellas con empleos estables, debido a barreras económicas y logísticas que restringen su disponibilidad financiera. Estos hallazgos coinciden con análisis multinivel en otros contextos, donde factores como la riqueza del hogar, la exposición mediática y la alfabetización comunitaria incrementan la probabilidad de un inicio temprano del control. En contraste, los embarazos no deseados y la residencia rural actúan como barreras predictoras de inicio tardío. La interacción entre estos determinantes individuales, socioeconómicos y contextuales perpetúa las desigualdades en la adherencia, lo que demanda intervenciones integrales y multisectoriales para optimizar la cobertura en poblaciones vulnerables (Alem *et al.*, 2022).

Como se detalla en la Tabla 4, la APN en adolescentes presenta desafíos críticos de cobertura, especialmente en sectores vulnerables. Investigaciones en gestantes ecuatorianas revelan niveles de adherencia inferiores a los estándares recomendados, condicionados por la soltería, la edad extrema (menores de 15 años) y la escolaridad incompleta. Estos hallazgos coinciden con el análisis en comunidades indígenas como la Salasaka, donde la baja cobertura perigestacional y las barreras socioeconómicas emergen como los principales determinantes de eventos adversos. No obstante, la implementación de estrategias integrales – que incluyen apoyo familiar, educación comunitaria y subsidios de transporte – ha demostrado ser efectiva para incrementar la captación en el primer trimestre. Estos resultados subrayan la necesidad de políticas de salud culturalmente adaptadas para mitigar las desigualdades y optimizar los resultados materno-fetales en poblaciones rurales e indígenas del Ecuador (Moposita-Yumiguano; Santana-Mera; Freire-Montesdeoca, 2020; Marin-Arias; Gutiérrez Obregón, 2024).

Tabla 4 – Impacto cuantitativo de barreras.

INDICADOR	VALOR	POBLACIÓN	RIESGO
Cobertura APN	35,2% (IC 95%: 33,2%-37,2%)	2.184/12.645 adolescentes	Desigualdades sanitarias ↑
Inicio tardío	38%	África/Ecuador – Multinivel	Prematuridad 12,2%
Incumplimiento	57%	Salasakas – Cualitativo	Mortalidad perinatal
Intervenciones	+ 16% primer trimestre	Rural/urbano – Cualitativo	Riesgos evitables ↓

Fuente: Elaborado por autores, 2026.

Finalmente, se identifica que las gestantes adolescentes carecen de un conocimiento suficiente sobre la importancia de la APN. Como se evidencia en investigaciones sobre adherencia al tratamiento, las principales barreras identificadas son de carácter económico, administrativo y de transporte, las cuales convergen con un limitado nivel de alfabetización en salud (Betancourt-Ruiz; García, 2020). Al respecto, Ratowiecki *et al.* (2020) destacan que las inequidades sociales, representadas por una baja escolaridad, se asocian con una mayor frecuencia de partos prematuros y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Estos resultados adversos están directamente vinculados tanto a la exposición a patologías agudas como a un número insuficiente de consultas prenatales durante el curso reproductivo.

Esta combinación de barreras genera riesgos críticos no solo para la gestante, manifestándose en trastornos hipertensivos o procesos infecciosos, sino también para el neonato, al incrementar la incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal. La evidencia sostiene que la implementación efectiva de la APN es uno de los principales determinantes para una evolución gestacional satisfactoria, ya que permite la identificación temprana de riesgos y la ejecución de intervenciones eficaces. Por el contrario, una APN inadecuada inicia un ciclo de impactos negativos, agravado por el hecho de que en este grupo etario el embarazo prevalece en contextos de vulnerabilidad socioeconómica, donde las jóvenes frecuentemente carecen del apoyo de su familia, pareja o del entorno social.

Factores personales, familiares y socioculturales asociados a la adherencia a los controles prenatales

En cuanto a los determinantes personales y sociofamiliares, investigaciones en madres adolescentes reportan una prevalencia de maternidad cercana al 18,6%, vinculada estrechamente con la pobreza, el hacinamiento y la ausencia de una relación de pareja estable. Estos factores se traducen en una subutilización de los servicios de salud comunitarios, manifestada en un menor número de consultas y un inicio tardío de la APN. Asimismo, se observa una reducción en el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), es decir menos mujeres embarazadas acceden a la prueba de detección oportuna del virus durante el embarazo, así como una mayor incidencia de infecciones urinarias en este grupo. Estos hallazgos evidencian un ciclo donde la vulnerabilidad socioeconómica agrava la desatención prenatal, lo que incrementa los riesgos materno-fetales y demanda intervenciones integrales enfocadas en la educación familiar y el acceso oportuno (Bruno *et al.*, 2021).

Un análisis meta-etnográfico de 21 estudios demuestra que estrategias basadas en la atención respetuosa y el fortalecimiento de los vínculos sanitarios previenen la discontinuidad en la APN. Estos enfoques mejoran los resultados clínicos al abordar dimensiones emocionales y relacionales críticas, como la percepción de “no estar lista” o la calidad del

trato recibido. No obstante, la cobertura efectiva aun fluctúa significativamente, lo que se correlaciona con un incremento en la prematuridad y la RCIU. Como se sintetiza en la Tabla 5, aunque existe un cumplimiento aceptable en la captación inicial, la continuidad hacia las cuatro o más consultas recomendadas se ve obstaculizada por barreras estructurales, entre las que destacan las derivaciones especializadas como un factor crítico de deserción (Crooks; Bedwell; Lavender, 2022).

Tabla 5 – Factores estructurales en la adherencia prenatal.

TIPO DE FACTOR	FACTORES PRINCIPALES	MÉTRICAS CLAVE	IMPLICACIONES
Personales	Bajo conocimiento, emociones (“No estoy lista”)	Prevalencia: 18,6%	Riesgos materno-fetales
Familiares	Ausencia relación estable, presión familiar, hacinamiento	Menos consultas, bajo screening VIH	Ciclos de vulnerabilidad
Socioculturales	Pobreza, barreras administrativas Trato inadecuado	Cobertura: 47%-84%; AOR = 2,79	Prematuridad, RCIU

Fuente: Elaborado por autores, 2026.

Los hallazgos revelan que el matrimonio infantil, las uniones consanguíneas, la precariedad socioeconómica y las normas tradicionales fomentan la maternidad adolescente mediante presiones culturalmente normalizadas. La familia extensa suele agravar esta situación al ejercer presión para una maternidad temprana post-matrimonio, percibida como un mecanismo de fortalecimiento familiar, a pesar de las graves consecuencias psicológicas y los riesgos obstétricos que conlleva. En paralelo, determinantes personales como el bajo nivel de conocimiento, la presión familiar sin soporte protector y las normas socioculturales que priorizan la maternidad sobre la APN reducen la adherencia al seguimiento clínico. Esta dinámica perpetua la incidencia de prematuridad y demanda intervenciones integrales capaces de romper los ciclos de vulnerabilidad instalados (Agha; Rind, 2025).

En cuanto a la dinámica familiar, en investigación de Anaba, Alor y Badzi (2022), reportan que adolescentes gestantes usuarias de servicios públicos presentan predominio de familias nucleares con ingresos bajos y embarazos no planificados. La funcionalidad familiar normal se asocia significativamente con el apoyo durante las consultas y la tipología monoparental (Manrique-Anaya; Del Toro-Rubio, 2023). Complementariamente, en otro estudio de Akin-yemi *et al.* (2019), se ha observado que factores como el acceso a internet y el nivel educativo secundario incrementan la probabilidad de completar al menos cuatro consultas de APN. Asimismo, la presencia de ambos padres y un nivel educativo materno postprimaria actúan como potentes factores protectores para el seguimiento clínico calificado. Por el contrario, la orfandad y la baja escolaridad materna reducen drásticamente estas probabilidades, lo que exacerba las vulnerabilidades y subraya la importancia del soporte parental en la adherencia al tratamiento (Anaba; Alor; Badzi, 2022).

De acuerdo con Fikre *et al.* (2024) los ingresos mensuales por debajo del nivel de pobreza, la ausencia de seguimiento prenatal, la violencia de género y la necesidad de derivaciones a centros especializados incrementan significativamente las probabilidades de resultados adversos, tales como la prematuridad y diversas complicaciones perinatales. Estas variables subrayan la existencia de barreras estructurales – incluyendo la violencia emocional y la accesibilidad limitada – que, sumadas a la falta de soporte familiar, exacerban la baja adherencia al tratamiento en gestantes adolescentes y perpetúan las desigualdades en la APN.

Estos hallazgos concuerdan con investigaciones sobre los determinantes socioculturales que condicionan la inasistencia a la APN, donde se identificó que los costes de transporte y de los servicios de salud limitan el acceso, especialmente en regiones rurales habitadas por comunidades indígenas (Ramírez Taipe, 2024). Existen barreras que impiden el seguimiento clínico; entre ellas destacan el machismo en entornos rurales, la falta de alfabetización en salud familiar sobre los riesgos gestacionales y la persistencia de creencias y costumbres tradicionales. Asimismo, influyen significativamente las dificultades geográficas de acceso, el maltrato percibido durante la APN – ya sea por deficiencias en el trato profesional o por falta de enfoques inclusivos – y la situación de vulnerabilidad que representa el estatus migratorio irregular (Dioses Fernández *et al.*, 2023).

Finalmente, se identifica la coexistencia de determinantes personales, familiares y socioculturales que actúan como facilitadores o barreras en la adherencia a la APN en adolescentes. Como evidencia la literatura consultada, solo una minoría de las gestantes posee un conocimiento adecuado sobre los riesgos derivados de un seguimiento clínico óptimo. Esta carencia informativa se traduce directamente en una mayor incidencia de complicaciones durante el periodo gestacional, subrayando que la alfabetización en salud es un factor crítico para prevenir resultados perinatales adversos (Vivanco-Guamán; Reyes-Rueda, 2023).

Factores protectores y de riesgo en la atención de salud para la adherencia a los controles prenatales en adolescentes

La utilización de los servicios de salud en adolescentes gestantes se ve condicionada por una compleja interacción de determinantes que suelen derivar en una captación tardía y un número insuficiente de consultas. La evidencia sugiere que el desconocimiento sobre la red de servicios comunitarios y los beneficios de la intervención temprana constituye un factor de riesgo primario para la discontinuidad asistencial. Asimismo, barreras intrínsecas como el temor al estigma social y la percepción subjetiva de falta de derecho a la salud actúan como obstáculos socioculturales críticos que exacerban la baja adherencia al tratamiento. Estos elementos no solo comprometen la calidad de la APN, sino que demandan el diseño de intervenciones educativas focalizadas que fomenten el acceso oportuno y mitiguen eficazmente los riesgos materno-fetales (Diabelková *et al.*, 2023).

En el análisis de Muhammad *et al.* (2025) sobre poblaciones refugiadas, se evidenció que la mayoría de las gestantes completó al menos cuatro consultas de APN, accediendo a partos institucionalizados con personal calificado. No obstante, solo la mitad de la muestra recibió cuidados maternos integrales postparto. Estos hallazgos demuestran que un acceso organizado y sistemático a los servicios de salud es un determinante crítico para la adherencia al tratamiento en contextos de alta complejidad, como la migración forzada. Asimismo, los resultados subrayan que la implementación de programas bien estructurados permite mitigar los riesgos materno-fetales en grupos desplazados, resaltando la necesidad de adaptar las políticas de salud pública a las realidades de las poblaciones vulnerables.

Estos resultados guardan similitud con un análisis transversal realizado en Pakistán, donde se observó que el contacto frecuente con trabajadores de salud comunitaria durante el embarazo y el puerperio incrementa la captación de intervenciones clave. Este acompañamiento favorece el cumplimiento de al menos cuatro consultas de APN, la asistencia al parto por personal calificado y la completitud del esquema de vacunación infantil (Muhammad *et al.*, 2025). Por otro lado, investigaciones sobre el inicio de la APN indican

que aproximadamente el 32,5% de las gestantes acuden a su primera consulta después del cuarto mes. Los resultados demuestran que la consejería previa por parte del personal de salud, el nivel educativo alcanzado y la experiencia satisfactoria en instalaciones gubernamentales o privadas son predictores significativos de una captación temprana en embarazos subsecuentes (Feyisa *et al.*, 2023).

La gestión de los servicios de salud influye decisivamente en la adherencia al tratamiento al mitigar factores de riesgo como los partos extrainstitucionales previos, la multiparidad y la violencia de género. Estos determinantes suelen generar barreras logísticas y emocionales que limitan el acceso continuo, lo que perpetúa complicaciones como la prematuridad o los trastornos hipertensivos gestacionales. Por el contrario, se identifican factores protectores claves como la reserva anticipada de citas, la consejería personalizada y la integración de herramientas de salud digital (*m-Health*). Estos recursos fortalecen la continuidad de la APN al proporcionar una planificación eficiente e información accesible, transformando experiencias asistenciales negativas en procesos de acompañamiento basados en la empatía y la confianza (Eliufoo *et al.*, 2024).

En gestantes adolescentes vulnerables, la atención integral no solo incrementa la cobertura de las visitas recomendadas, sino que transforma las percepciones negativas iniciales – como el temor o el estigma – en actitudes positivas. Este enfoque fomenta la confianza, el soporte emocional y la continuidad de la APN al proporcionar espacios para la resolución de dudas y el acceso a información clara sobre la gestación (Del Toro-Rubio *et al.*, 2022; Rigcha Lema; Moreira Montalvo; Saraguro Salinas, 2025). No obstante, en adolescentes menores de 20 años se observa que, a pesar de mantener una unión estable, contar con educación secundaria y asistir regularmente a las consultas, persiste un alto riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos del embarazo. Estos hallazgos evidencian vulnerabilidades intrínsecas en este perfil sociodemográfico que exigen un enfoque de adherencia al tratamiento más allá del simple cumplimiento asistencial.

Al posicionar la unión libre y la juventud extrema como riesgos sociodemográficos críticos, se evidencia que estos no se resuelven mediante una asistencia técnica superficial. Si bien la escolaridad secundaria actúa como un factor protector parcial al facilitar el acceso a la información, resulta insuficiente si no se acompaña de intervenciones integrales. En el contexto ecuatoriano, estos hallazgos orientan la investigación hacia estrategias que aborden las barreras sociales estructurales y potencien los protectores educativos. El objetivo final debe ser transformar la adherencia al tratamiento en una reducción efectiva de los trastornos hipertensivos y otras complicaciones obstétricas prevalentes en la región (Maldonado Sarango; Perez Rodriguez; Falconi Pelaez, 2023).

En un análisis de 287 expedientes clínicos de gestantes adolescentes, se halló una asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones perinatales y la ausencia de APN, con una prevalencia de complicaciones del 49,8%. Este hallazgo refuerza la vulnerabilidad del perfil predominante (adolescentes en unión estable y con escolaridad secundaria completa), al evidenciar que la falta de adherencia al tratamiento agrava riesgos críticos como los trastornos hipertensivos del embarazo. Estos resultados sugieren que el impacto de la desatención prenatal trasciende las prácticas de autocuidado superficiales, demandando un seguimiento clínico riguroso y sistemático (Camargo-Reta *et al.*, 2022).

DISCUSIÓN

El apoyo familiar, el acceso a los servicios y el nivel educativo materno constituyen factores predictores positivos de la APN en adolescentes. No obstante, el soporte familiar trasciende su carácter demográfico para consolidarse como un capital social estructurante; este transforma una experiencia frecuentemente estigmatizada en un proceso acompañado, mitigando el abandono derivado del estrés emocional. En contraste, las deficiencias en el acceso exponen dinámicas de exclusión donde las barreras logísticas (distancia, transporte, esperas) operan como mecanismos que perpetúan la inequidad en salud (Llango-Vásquez; Guarate-Coronado, 2025).

El nivel educativo materno actúa como un habilitador cognitivo mediante la alfabetización en salud. Esta competencia eleva la percepción de los beneficios de la APN y contrarresta las normas socioculturales que interrumpen la continuidad asistencial. En conjunto, estos elementos configuran una interacción donde la ausencia de un factor amplifica las deficiencias de los demás, posicionando la adherencia al tratamiento como un resultado de determinantes multisistémicos. Desde una perspectiva teórica, este estudio fortalece el marco de los determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el modelo de Andersen; se demuestra cómo el capital social familiar y educativo media la relación entre adolescencia y el seguimiento prenatal, aportando evidencia empírica a la teoría del curso de vida en contextos de vulnerabilidad reproductiva (Tamez-Gonzalez *et al.*, 2006).

En síntesis, el apoyo familiar, el acceso a servicios y el nivel educativo materno emergen como pilares predictivos de la APN en adolescentes, confirmando su rol protector frente a inequidades evitables. Estos hallazgos subrayan la urgencia de intervenciones multisectoriales que transformen la vulnerabilidad de la gestante adolescente en oportunidades reales de equidad en salud materna. Factores personales, como el bajo conocimiento de riesgos y la percepción de falta de preparación emocional, se entrelazan con determinantes familiares y socioculturales para limitar la APN en adolescentes. Entre estos destacan la ausencia de apoyo parental, la presión por matrimonio infantil y barreras estructurales como el machismo rural, los costos de transporte y la atención sanitaria irrespetuosa (Anaba; Alor; Badzi, 2022).

Esta interacción configura un ciclo vicioso donde la prevalencia de maternidad, vinculada a la pobreza y el hacinamiento, agrava la subutilización de los servicios. Como consecuencia, se observa un inicio tardío del control, menor tamizaje de VIH y un aumento en las complicaciones perinatales, incluyendo la prematuridad y la RCIU. Estos hallazgos, derivados de la meta-etnografía de 21 estudios, revelan una brecha crítica entre el primer contacto con el sistema de salud y la continuidad del seguimiento, ya que la mayoría de las adolescentes no logra completar el esquema mínimo de controles. Esta evidencia corrobora lo expuesto por Augusto Álvarez *et al.* (2024), quienes identifican a la discriminación y las barreras geográficas como determinantes estructurales de las desigualdades maternas en Ecuador.

Más allá de las asociaciones estadísticas, estos hallazgos ilustran principios sinérgicos de exclusión y protección. Las normas socioculturales que priorizan la maternidad temprana amplifican las presiones familiares cuando no existe un soporte protector, mientras que barreras personales distorsionan la continuidad asistencial y perpetúan la vulnerabilidad. En el contexto ecuatoriano, el predominio de embarazos no planeados atendidos en instituciones públicas subraya la importancia del capital social como mediador crítico. Este análisis enriquece el modelo ecológico de Bronfenbrenner, al demostrar como el acompañamiento de

la madre o la pareja puede amortiguar las deficiencias del sistema y mejorar la adherencia en entornos reproductivos complejos (Juarez-Perez; Márquez-Vega; Barbosa-Martínez, 2024).

El apoyo familiar/educativo, junto con el acceso organizado a servicios comunitarios, la consejería personalizada, y el uso de herramientas digitales, se constituyen como factores protectores determinantes. Estos elementos contrastan con factores de riesgo críticos como las barreras logísticas y emocionales, el estigma, la migración, unión libre y la multiparidad. Así mismo, la violencia de género en la atención de salud emerge como determinante pivotar que obstaculiza la APN (Jaramillo Bolívar; Canaval Erazo, 2022). La presencia de estos riesgos no solo compromete la adherencia al tratamiento, sino que precipita complicaciones perinatales graves, tales como prematuridad, la hipertensión gestacional y otros resultados neonatales adversos.

Las disparidades por edad y estatus socioeconómico en adolescentes en unión libre o con educación secundaria completa requieren un análisis profundo, ya que suelen presentar una cobertura reducida de APN debido al desconocimiento o al estigma. Estos factores revelan dinámicas donde riesgos como el temor inicial y los partos extrainstitucionales perpetúan la exclusión estructural. En contraste, factores protectores como la reserva anticipada de citas, la empatía profesional y el uso de herramientas móviles transforman la vulnerabilidad en confianza y continuidad asistencial, elevando la captación integral durante el periodo prenatal, el parto y el posparto. En perfiles vulnerables, la secundaria completa ofrece una protección relativa mediante el acceso a la información; sin embargo, resulta insuficiente sin una consejería específica contra complicaciones como los trastornos hipertensivos. Esto enriquece los modelos de la OMS al posicionar a la atención sanitaria como un mediador socioemocional clave en el curso reproductivo adolescente (Ontano Moreno; Mejía Velasteguí; Robalino Avilés, 2025).

Estos hallazgos orientan el diseño de intervenciones clínicas integrales desde la primera valoración de la APN, incorporando consejería emocional y herramientas digitales personalizadas. Asimismo, fundamentan la necesidad de políticas públicas en Ecuador que fortalezcan los servicios comunitarios para mejorar la accesibilidad. Resulta prioritario capacitar al personal de salud en el abordaje de factores protectores y de riesgo, especialmente en poblaciones indígenas y adolescentes en edades extremas (menores de 15 años). Estas acciones son esenciales para optimizar la equidad sanitaria y, consecuentemente, reducir las complicaciones perinatales evitables.

CONCLUSIÓN

La evidencia científica confirma que la adherencia al tratamiento y la continuidad de la APN en adolescentes están condicionadas por una interacción compleja de factores. El apoyo familiar estructurado, el acceso organizado a los servicios y el nivel educativo materno actúan como pilares protectores que mitigan barreras logísticas y de conocimiento, promoviendo una asistencia oportuna. Por el contrario, determinantes como la pobreza, el machismo rural, el matrimonio infantil y la violencia de género perpetúan una cobertura insuficiente. Esta desatención incrementa significativamente los riesgos de prematuridad, RCIU y otras complicaciones perinatales. En consecuencia, es imperativo fortalecer el capital social y educativo de la gestante adolescente para transformar estas vulnerabilidades en oportunidades de equidad en salud.

Asimismo, se identifican factores de riesgo críticos como el inicio tardío del control, la residencia en zonas rurales, el desempleo y el estigma sociocultural. Estos elementos limitan la APN incluso cuando los servicios son físicamente accesibles. En contraste, factores protectores como la consejería personalizada, la atención sanitaria respetuosa, el contacto con trabajadores comunitarios y el uso de herramientas digitales fortalecen la motivación emocional. Estos facilitadores garantizan la continuidad de los controles y reducen las desigualdades en salud en poblaciones vulnerables, incluyendo comunidades indígenas y sectores rurales. En última instancia, la integración de estos componentes protectores es esencial para asegurar una cobertura efectiva y una maternidad segura.

Este artículo contribuye al campo del conocimiento al sintetizar evidencia multinivel sobre determinantes de la APN en adolescentes. Los hallazgos resaltan la necesidad de diseñar intervenciones integrales, culturalmente adaptadas y multisectoriales; estas son fundamentales para optimizar la cobertura y mitigar los riesgos materno-fetales en contextos de vulnerabilidad socioeconómica.

Referências

- AGHA, N.; RIND, R. D. How adolescent motherhood is perceived and influenced by sociocultural factors: A sociological qualitative study of Sindh province, Pakistan. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 1-16, 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319064>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- AGUSTO ÁLVAREZ, M. J. *et al.* La salud materna como indicador de las desigualdades sanitarias en el Ecuador. **RECIAMUC**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 658-669, 2024. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(1\).ene.2024.658-669](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.658-669). Acceso en: 16 ene. 2026.
- AKINYEMI, J. O. *et al.* Household relationships and healthcare seeking behaviour for common childhood illnesses in sub-Saharan Africa: a cross-national mixed effects analysis. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 308, 2019. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-019-4142-x>. Acceso el: 14 jul. 2026.
- ALEM, A. Z. *et al.* Timely initiation of antenatal care and its associated factors among pregnant women in sub-Saharan Africa: a multicountry analysis of demographic and health surveys. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 1-17, 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262411>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- ANABA, E. A.; ALOR, S. K.; BADZI, C. D. Utilization of antenatal care among adolescent and young mothers in Ghana; analysis of the 2017/2018 multiple indicator cluster survey. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 22, p. 544, 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04872-z>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- BETANCOURT-RUIZ, A. M.; GARCÍA, M. Y. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. **Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida**, Santa Ana de Coro, v. 4, n. 7, p. 74-96, enero/jun. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.35381/s.v.v4i7.646>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- BRUNO, S. K. B. *et al.* Prevalence, socioeconomic factors and obstetric outcomes associated with adolescent motherhood in Ceará, Brazil: a population-based study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 21, p. 616, 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04088-7>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- CAMARGO-RETA, A. L. *et al.* Risk factors for perinatal complications in adolescent pregnancy. **Ginecología y Obstetricia de México**, [s. l.], v. 90, n. 6, p. 495-503, 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v90i6.6818>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- CESAR-E-SILVA, A. H. A. *et al.* Prenatal care among adolescent women in the extreme South of Brazil: coverage and associated factors. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, e16612023, 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025304.16612023>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- 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**, [s. l.], v. 22, p. 702, 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05022-1>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- DEL TORO-RUBIO, M. *et al.* Experiencias de madres adolescentes en un programa de maternidad segura de Cartegena, Colombia. **Revista Cubana de Enfermería**, [s. l.], v. 38, n. 1, e4253, mar. 2022. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=116960>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- DIABELKOVÁ, J. *et al.* Adolescent pregnancy outcomes and risk factors. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 20, n. 5, p. 4113, 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph20054113>. Acceso en: 16 ene. 2026.

- DIOSES FERNÁNDEZ, D. L. *et al.* Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa. **Horizonte Médico (Lima)**, Lima, v. 23, n. 4, e2252, oct./dic. 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n4.12>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- ELIUFOO, E. *et al.* Determinants of adequate antenatal care visits among pregnant women in low-resource setting: evidence from Tanzania national survey. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 24, p. 790, 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06989-9>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- FEYISA, G. C. *et al.* Mean difference in timing of first antenatal checks across regions and associated factors among pregnant women attending health facilities in Ethiopia: evidence from Ethiopian demographic health survey, 2019. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 23, p. 2393, 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17356-2>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- FIKRE, R. *et al.* Correlates of adverse outcomes of adolescent pregnancy in Sidama region, Ethiopia. An unmatched case-control study. **Sexual and Reproductive Healthcare**, [s. l.], v. 41, p. 100986, 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2024.100986>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- JARAMILLO BOLÍVAR, C. D.; CANAVAL ERAZO, G. E. Contexto y dinámicas de atención prenatal para mujeres con violencia de Pareja. **Revista Cuidarte**, [s. l.], v. 13, n. 2, e2118, mayo/agosto 2022. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2118>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- JUAREZ-PEREZ, A.; MÁRQUEZ-VEGA, M. A.; BARBOSA-MARTÍNEZ, R. del C. Bronfenbrenner model in the prevention of pregnancy in adolescent. **Cultura de los Cuidados**, [s. l.], v. 28, n. 69, p. 383-392, 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.14198/cuid.22275>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- KUBAHONIYESU, T.; NISHIMWE, C.; HABTU, M. First trimester antenatal care utilization and associated factors among adolescent mothers in Rwanda. **Rwanda Journal of Medicine and Health Sciences**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 239-250, 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.4314/rjmh.v6i2.15>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- LLANGO-VÁSQUEZ, P. L.; GUARATE-CORONADO, Y. C. Principales barreras que limitan el acceso a la atención prenatal. **MQRInvestigar**, [s. l.], v. 9, n. 2, e708, abr./jun. 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.56048/MQR20225.9.2.2025.e708>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- LOPES, M. C. de L. *et al.* Temporal trend and factors associated to teenage pregnancy. **Revista da Escola de Enfermagem**, [s. l.], v. 54, e03639, 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019020403639>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- MALDONADO SARANGO, J. R.; PEREZ RODRIGUEZ, M. A.; FALCONI PELAEZ, S. Correlación del control prenatal y las prácticas de autocuidado como factores de riesgo en los trastornos hipertensivos. **Dialnet**, [s. l.], v. 8, n. 8, p. 603-621, 2023. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9152349.pdf>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- MANOSALVAS, M.; GUERRA, K.; HUITRADO, C. Cambios en la prevención del embarazo adolescente en Ecuador. **Revista Mexicana de Sociología**, Ciudad de México, v. 84, n. 3, p. 685-716, jul./sept. 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2022.3.60322>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- MANRIQUE-ANAYA, Y.; DEL TORO-RUBIO, M. Funcionalidad familiar de adolescentes asistentes a control prenatal. Cartagena 2021. **Revista Ciencia y Cuidado**, Cúcuta, v. 20, n. 1, p. 22-32, enero/abr. 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.22463/17949831.3314>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- MARIN-ARIAS, L.; GUTIÉRREZ OBREGÓN, Y. Características sociodemográficas y obstétricas de adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en los equipos básicos de atención integral en salud en una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica. **Acta Médica Costarricense**, [s. l.], v. 66, n. 1, p. 1-8, enero/marzo 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.51481/amc.v66i1.1380>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- MARTÍNEZ, E. A.; MONTERO, G. I.; ZAMBRANO, R. M. El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. **Espacios**, [s. l.], v. 41, n. 47, p. 1-10, 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.48082/espacios-a20v41n47p01>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- MONTAZERI, S.; YOUSEFI, S.; JAVADIFAR, N. Psychosocial prenatal interventions for teenage pregnant: a systematic review. **Journal of Family and Reproductive Health**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 69-84, June 2025. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12377414/>. Acceso en: 3 mayo 2026.
- MOPOSITA-YUMIGUANO, A. C.; SANTANA-MERA, L. J.; FREIRE-MONTESDEOCA, J. M. Incumplimiento del control prenatal y variables socioculturales relacionados en embarazadas Salasakas. **Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida**, Santa Ana de Coro, v. 4, n. 8, p. 120-133, jul./dic. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.35381/s.v.v4i8.986>. Acceso en: 3 mayo 2026.
- MUHAMMAD, S. *et al.* A cross-sectional analysis of the impact of lady health worker visits in the prenatal and postnatal period on the uptake of continuum of care interventions and childhood mortality in Pakistan. **Journal of Global Health**, [s. l.], v. 15, p. 04158, 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.7189/jogh.15.04158>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- NAKISITA, O. *et al.* Utilization of antenatal care services and associated factors among urban refugee adolescents in Kampala, Uganda. **African Health Sciences**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 70-78, 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.4314/ahs.v25i3.10>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- ONTANO MORENO, M. A.; MEJÍA VELASTEGUÍ, A. I.; ROBALINO AVILÉS, J. J. Morbimortalidad materna y perinatal asociada a la atención sanitaria. **Ciencia Ecuador**, [s. l.], v. 7, n. 32, p. 1-13, 2025. Disponible en: <https://cienciaecuador.com.ec/index.php/ojs/article/view/350>. Acceso en: 16 ene. 2026.
- RAMÍREZ TAIPE, M. A. Determinantes socioculturales que influyen en la inasistencia al control prenatal en Ecuador. **Arandu UTIC**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 758-773, 2024. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/385028646_

Determinantes_socioculturales_que_influyen_en_la_inasistencia_al_control_prenatal_en_Ecuador. Acceso en: 16 ene. 2026.

RATOWIECKI, J. *et al.* Inequidades sociales en madres adolescentes y la relación con resultados perinatales adversos en poblaciones sudamericanas. **Cadernos de Saude Publica**, [s. l.], v. 36, n. 12, e00247719, 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00247719>. Acceso en: 16 ene. 2026.

RIGCHA LEMA, B. M.; MOREIRA MONTALVO, J. A.; SARAGURO SALINAS, S. M. Control prenatal y la activación del rol materno en gestantes de un Centro de Salud Tipo C. **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, [s. l.], v. 6, n. 3, p. 3745-3758, 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4226>. Acceso en: 16 ene. 2026.

SÁNCHEZ-RAMÍREZ, M. I. Implicaciones biológicas del embarazo en la adolescencia y su influencia con el entorno social. Perú. **Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida**, [s. l.], v. 7, n. 13, p. 90-103, enero/jun. 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i13.2445>. Acceso en: 3 mayo 2026.

TAMEZ-GONZALEZ, S. *et al.* Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. **Salud pública Méx.**, Cuernavaca, v. 48, n. 5, p. 418-429, sept./oct. 2006. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000500008&lng=es&nrm=iso. Acceso en: 16 ene. 2026.

VIVANCO-GUAMÁN, K. B.; REYES-RUEDA, E. Y. Factores que influyen en el control prenatal. **Polo del Conocimiento**, [s. l.], v. 8, n. 8, p. 448-462, 2023. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9152340>. Acceso en: 3 mayo 2026.

Fuente de financiación

La Investigación es autofinanciada.

Contribuciones de los autores

Vivian Lizeth Gualán Cevallos - redacción del texto, recopilación y análisis de datos, responsabilidad pública por el contenido del artículo.

Denesis Nicolle Dueñas Mendoza - redacción del texto, recopilación y análisis de datos, responsabilidad pública por el contenido del artículo.

Angela Cristina Yanez Corrales - concepción y planificación del estudio, revisión de contenido, correcciones, aprobación de la versión final del manuscrito y responsabilidad pública por el contenido del artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Responsabilidad editorial

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Rafael Arenhaldt, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil

Recibido em: 09/01/2026

Aceito em: 10/07/2026

Publicado em: 20/07/2026