



Investigaciones Andina

ISSN: 0124-8146

deslava@areandina.edu.co

Fundación Universitaria del Área Andina
Colombia

Castro Pereira, Severo; Perilla Maluche, Sara Esmeralda; Rocha Buelvas, Anderson
ESTRATEGIAS PREVENTIVAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA REGIÓN
DE LAS AMÉRICAS: UNA REVISIÓN NARRATIVA
Investigaciones Andina, vol. 19, núm. 34, enero-junio, 2017, pp. 1901-1924
Fundación Universitaria del Área Andina
Pereira, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239057355008>

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

redalyc.org

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

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS: UNA REVISIÓN NARRATIVA

Severo Castro Pereira¹, Sara Esmeralda Perilla Maluche²,
Anderson Rocha Buelvas³

Resumen

Antecedentes: El embarazo en adolescentes representa un problema de salud pública que afecta a países de la región de las Américas, lo cual ha llevado a estos gobiernos a diseñar e implementar estrategias de prevención. *Objetivo:* Revisar la literatura existente sobre estrategias de prevención del embarazo en adolescentes durante los años 2011-2015 en la región de las Américas. *Materiales y métodos:* Se presenta una revisión narrativa de literatura científica utilizando las fuentes Pubmed, Science Direct y Scielo. *Resultados:* La mayoría de estudios fueron publicados en el 2013 y 2014; las medidas de prevención del embarazo en adolescentes más recomendadas fueron la intervención de factores psicosociales, implementación de políticas públicas y planificación familiar. *Conclusión:* Las estrategias de prevención del embarazo en adolescentes en la región de las Américas han sido enfocadas principalmente a la educación en salud sexual y reproductiva, a la intervención de factores psicosociales y a la planificación familiar.

Palabras clave: (DeCS) estrategias nacionales, adolescente, embarazo en adolescencia, prevención y control, Américas.

¹ Médico cirujano, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Salud Pública y Desarrollo Social, Fundación Universitaria del Área Andina. Especialista en Pedagogía y Docencia Universitaria, Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá. Docente, Radiología e Imágenes Diagnósticas, Fundación Universitaria del Área Andina, sede Bogotá. correo electrónico: scastro@areandina.edu.co

² Profesional en Salud Ocupacional, Universidad del Tolima. Correo electrónico: esme24107@gmail.com

³ Odontólogo. Docente, Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social, Fundación Universitaria del Área Andina, Sede Bogotá.

PREVENTIVE STRATEGIES IN TEENAGE PREGNANCY IN THE REGION OF THE AMERICAS: A NARRATIVE REVIEW

Severo Castro Pereira, Sara Esmeralda Perilla Maluche,
Anderson Rocha Buelvas

Abstract

Background: Teen pregnancy is a public health problem that affects countries in the Americas region, which has led these governments to design and implement prevention strategies. *Objective:* To review the literature on strategies for prevention of adolescent pregnancy during the years 2011- 2015, in the region of the Americas. *Materials and Methods:* A narrative review of scientific literature is presented using sources, such as: Pubmed, Science Direct and Scielo. *Results:* Most studies were published between 2013 and 2014; the prevention of pregnancy in teenagers were most recommended intervention of psychosocial factors, implementation of public policies and family planning. *Conclusion:* Prevention strategies teen pregnancy in the region of the Americas had been focused mainly on education in sexual and reproductive health, psychosocial factors and intervention of family planning.

Keywords: (DeCS) National Strategies, adolescent, pregnancy in adolescence; prevention and control, Americas.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA REGIÃO DAS AMÉRICAS: UMA REVISÃO NARRATIVA

Severo Castro Pereira, Sara Esmeralda Perilla Maluche,
Anderson Rocha Buelvas

Resumo

Antecedentes: a gravidez nos adolescentes representa um problema de saúde pública que afeta aos países da região das Américas, por isso os governos tiveram que desenhar e implementar estratégias de prevenção.

Objetivo: revisar a literatura existente sobre as estratégias de prevenção de gravidez em adolescentes durante os anos 2011-2015 na região das Américas. *Métodos:* apresenta-se uma revisão sistemática de literatura científica usando as bases de dados Pubmed, Science Direct e Scielo.

Resultados: a maioria dos estudos foram publicados no 2013 e 2014; as medidas de prevenção da gravidez em adolescentes mais recomendadas foram a intervenção de fatores psicossociais, implementação de políticas pública e planejamento familiar. *Conclusão:* as estratégias de prevenção de gravidez em adolescentes na região das Américas têm sido usadas principalmente na educação em saúde sexual e reprodutiva, na intervenção de fatores psicossociais e à planejamento familiar.

Palavras chave: (DeCS) estratégias nacionais, adolescentes, gravidez na adolescência, prevenção e controle, Américas.

Introducción

La adolescencia es definida, de acuerdo con lineamientos de la OMS, como un periodo de crecimiento y desarrollo humano en donde se pasa de la infancia a la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, caracterizado por un desarrollo físico y psicológico rápido influenciado por aspectos sociales y educativos que a su vez están condicionados por procesos biológicos. El comienzo de la pubertad destaca el paso de la infancia a la adolescencia, donde se forja el carácter y el temperamento. Estos determinantes biológicos son universales pero intervienen otras características propias de cada individuo como son la cultura, el inicio de la pubertad, los contextos socioeconómicos y las aptitudes (1).

La tasa media de natalidad en las adolescentes a nivel mundial es de 49 por cada 1000 adolescentes y las tasas nacionales se encuentran en 299 por 1000 adolescentes. Estas cifras permiten observar que el embarazo en adolescentes sigue siendo un problema que no ha sido controlado a pesar de múltiples programas de intervención implementados por entidades gubernamentales (2).

La problemática del embarazo en adolescentes es de alta importancia si tenemos en cuenta que está asociado en principio a condiciones de pobreza, baja escolaridad, violencia intrafamiliar, farmacodependencia, la falta de educación sexual en escuelas y colegios; y un desinterés marcado de los gobiernos de turno locales o nacionales. A esto agregamos las consecuencias durante y después del embarazo adolescente por cuenta de la desintegración familiar, la deserción escolar, nuevos embarazos,

abandono de los hijos y un círculo vicioso de violencia intrafamiliar.

Las investigaciones en países de la región de las Américas no ha sido suficientes para comprender las causas del elevado número de embarazos en adolescentes y tampoco existen intervenciones multisectoriales eficientes de los gobiernos, instituciones internacionales, el sector privado y la sociedad civil para reducirlos (3).

Por otra parte, la literatura producida de experiencias de países desarrollados como los Estados Unidos identifica profundas desigualdades sociales y económicas entre las adolescentes gestantes; sin embargo, esto no ha contribuido al diseño y fortalecimiento de políticas que den importancia a la educación integral e incluyente (4). Sin embargo, si se ha reportado la construcción de iniciativas políticas importantes que buscan superar el rezago en materia de intervención como ha acontecido en México (5).

Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo presentar una revisión narrativa sobre las estrategias propuestas en la región de las Américas para la prevención del embarazo en adolescentes en el periodo 2011-2015.

Materiales y métodos

Se realiza una revisión narrativa basada en publicaciones de estudios sobre embarazo en adolescentes con enfoque preventivo entre los años 2011 al 2015, en las fuentes: PubMed, Science Direct y Scielo. Se utilizaron los términos de búsqueda en idioma inglés (MeSH): *national strategies, adolescent, pregnancy in adolescence, prevention & control*.

Como criterios de inclusión se determinó que los artículos fueran derivados de investigación y de revisiones sistemáticas. Como criterios de exclusión se determinó que los documentos no correspondieran a literatura gris, editoriales, ponencias, comunicaciones y artículos de opinión.

Las etapas de investigación fueron: 1) búsqueda bibliográfica, 2) sistematización de datos, 3) elección de artículos y análisis primario, 4) evaluación y análisis final de los artículos.

La información que se obtuvo de los artículos para ser analizada fue: año de publicación, país, autor(es), tipo de estudio, estrategia de prevención recomendada,

diseño, instrumento, muestra, análisis estadístico, resultados, además perspectiva del sujeto analizado, rasgos de los sujetos estos últimos en los estudios cualitativos.

Esta primera búsqueda arrojó un listado de 108 documentos. La selección inicial se realizó con la lectura de los títulos de las publicaciones en los que se hiciera explícito el tema del embarazo en adolescentes. Posteriormente a la selección inicial, se dio lectura a los artículos, excluyendo 15 artículos que pertenecían a otros países diferentes a la región de las Américas, 25 artículos por ser de años anteriores al 2011, y 18 artículos por no tratarse del enfoque preventivo, quedando un total de 50 artículos (figura 1).

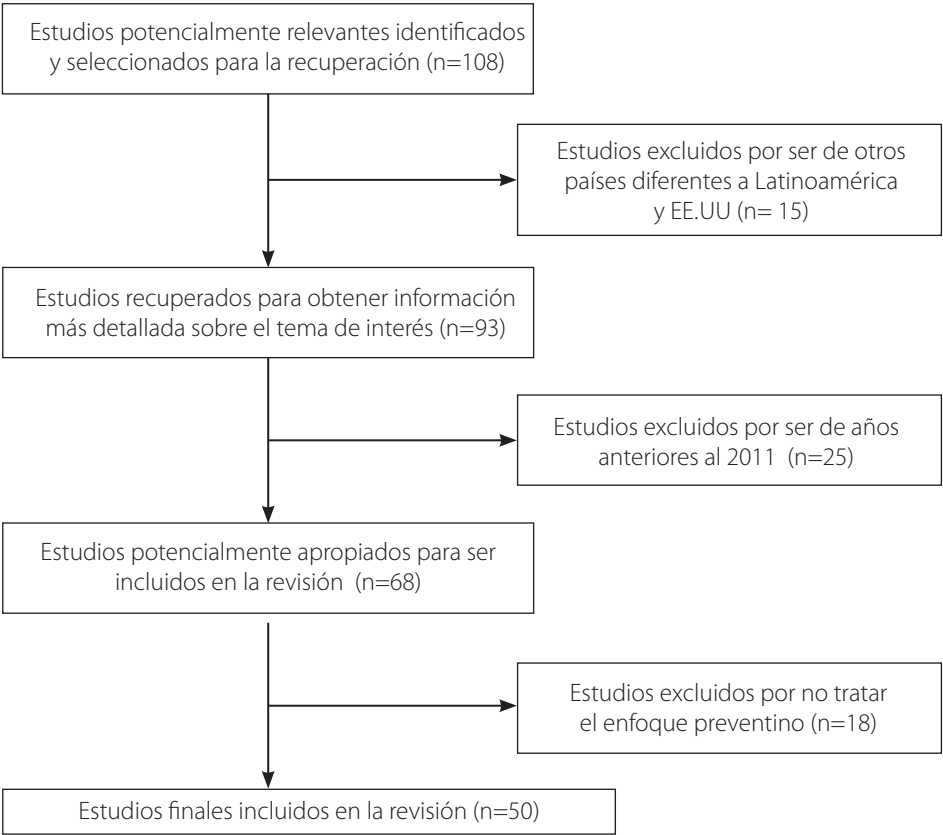


Figura 1: Proceso de selección de los estudios

Esta sistematización permitió organizar la información en 5 categorías para el respectivo análisis: 1) educación en salud sexual y reproductiva, 2) intervención de factores psicosociales, 3) políticas en salud, 4) planificación familiar, 5) educación y apoyo familiar.

Las fuentes de obtención de los datos fueron PubMed, Science Direct y Scielo. Se consideraron artículos publicados en países pertenecientes a la región de las Américas, por cualquier autor, en los idiomas español, inglés y portugués, publicados en los años 2011 a 2015.

La elección final de los artículos incluyó todos los documentos originales publicados en revistas científicas arbitradas, y que pudieron ser recuperados a texto completo. Para establecer la pertinencia de los artículos, se evaluaron de forma independiente por los autores de la presente revisión. El control de calidad de la información se realizó mediante tablas de sistematización divididas en objetivo, diseño de estudio, muestra, conclusiones que facilitaban detectar si se incumplía con algún criterio de inclusión.

Resultados

De las 50 publicaciones (Tabla 1), el 66% de los estudios (33 artículos) se realizaron entre los años 2013 y 2014. Los países que publicaron más artículos (tabla 2) corresponden al 56% Estados Unidos (28 artículos), 14% Colombia (7 artículos), 8% Brasil (4 artículos), 8% México (4 artículos), el 14% restante corresponde a Cuba, Puerto Rico, Chile, Jamaica, Perú y Uruguay. En relación con el idioma, los artículos publicados en idioma inglés

(n= 28, 56%), en español (n=18, 36%), en portugués (n= 4, 8%).

En cuanto a las estrategias de prevención propuestas (Tabla 3), se puede apreciar que en los 50 artículos seleccionados el método de intervención más utilizado, dieciséis artículos (32%) fue educación en salud sexual y reproductiva, trece (26%) recomiendan realizar intervención de factores psicosociales, nueve (18%) recomiendan implementar políticas en salud, ocho (16%) recomiendan planificación familiar, cuatro (8%) recomiendan educación y apoyo familiar. De los 50 estudios incluidos el 72% fueron estudios cuantitativos (Tabla 4) (36 artículos) y el 28% estudios cualitativos (Tabla 5) (14 artículos). La mayoría de publicaciones fueron de los años 2013 y 2014 enfocados en educación sexual y reproductiva como estrategia preventiva de embarazo en adolescentes.

De acuerdo con los resultados en las categorías de análisis de los artículos, se encontraron diferentes tendencias, por ejemplo, de enfoque en factores sociales y educación sexual como alternativa primordial en Colombia, Cuba, Chile, México y Brasil; mientras que en EE.UU. se orienta más la contracepción o planificación familiar y educación a la familia como apoyo del proceso (6,7.) Del mismo modo, se encontraron estudios proyectados en el ámbito de políticas públicas tanto en EE.UU. como en los demás países de la región de las Américas.

En otros estudios comparativos realizados en EE.UU. con la población india (8) se demostró que los aspectos culturales son relevantes y, por lo tanto, ya que en esta

Tabla 1. número de estudios por año incluidos en la revisión

Año	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Artículo	5	7	13	20	5	50

Tabla 2: Medidas de prevención recomendadas por estudios

País	Número de autores	Artículos
EEUU	101	28
Colombia	25	7
Brasil	16	4
Mexico	14	4
Cuba	6	2
Puertorico	6	1
Chile	6	1
Jamaica	3	1
Peru	2	1
Uruguay	2	1
Total	181	50

Tabla 3: Medidas de prevención recomendadas por estudios

Estrategias de prevención recomendadas	Estudios
Educacion en salud sexual y reproductiva	16
Intervencion de factores psicosociales	13
Políticas en salud	9
Planificacion familiar	8
Educacion y apoyo familiar	4
Total	50

Tabla 4. Metodología utilizada en los estudios cuantitativos encontrados

Autor, año	Diseño	Instrumento	Muestra	Población fuente y país	Análisis estadístico
Sipsma HL, Ickovics JR, Lewis JB, Ethier KA, Kershaw TS. 2011	Transversal	Entrevista	No probabilístico	Adolescentes no embarazadas de 14 a 19 años (n = 208)	Regresión logística
Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD, Castelli RD, Matos MB, Pinheiro KA. 2013	Cross sectional	Encuesta, entrevista estructurada	Muestreo estratificado	828 adolescentes embarazadas de 13 a 19 años de edad.Sur de Brasil	Regresión logística
Toomey RB, Umaña-Taylor AJ, Updegraff KA, Jahromi LB. 2015	Transversal	Entrevista	No probabilístico	204 madres adolescentes de origen mexicano edades de 15-18 años. Mexico	Estadística de chi-cuadrado
Aracena, MK, Pérez M, Bedregal JC, Undurraga P, Alamo, N. 2013	Cuasi experimental	Encuesta de Bienestar Psicosocial y el Cuestionario de Salud de Goldberg	Muestreo polietápico	104 adolescentes embarazadas. Santiago de Chile	Estadística inferencial
Kappeler EM, Farb AF. 2014	Revisión sistemática y completa de la literatura sobre el embarazo adolescente,	Busqueda bibliográfica	Muestreo intencional	Un total de 88 estudios cumplieron los criterios de análisis preliminar y se incluyeron en la fase de extracción y análisis de datos de la revisión. Maryland EEUU	Estadística inferencial
Upadhyia KK1, Ellen JM. 2011	Transversal	Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar ciclo 6.	Muestreo estratificado	Mujeres que tuvieron su primer embarazo en edades <15 años, 15-17 años, o 18-19 años (adolescente tardío). EEUU	Regresión logística

Continuación Tabla 4. Metodología utilizada en los estudios cuantitativos encontrados

Autor, año	Diseño	Instrumento	Muestra	Población fuente y país	Análisis estadístico
Siegel RS, Brandon AR. 2014	Revisión de 40 artículos	Busqueda bibliográfica	Muestra intencional	Se seleccionaron los artículos que trataron los siguientes temas: La prevalencia o incidencia, comorbilidad, correlatos psicosociales, los resultados del parto, crianza de los hijos, los resultados del niño, y el tratamiento psicosocial. EEUU	Revisión completa de la investigación que examina la intersección de la psicopatología y el embarazo adolescente y el período postparto.
Truehart A, Whitaker A. 2015	Experimental	Revisión de datos	Aleatorio	Adolescentes. EEUU	Criterios de Elegibilidad Médica para el Uso de Anti-conceptivos
McMahon TR, Hanson JD, Griese ER, Kenyon DB. 2015	Transversal	Entrevista	Estratificación por edad	Adolescentes de 15 a 19 años que viven en los entornos urbanos en Baltimore, (EEUU), Johannesburgo (Sudáfrica), Ibadan (Nigeria), Delhi (India) y Shanghai, China. Todos los sitios reclutaron aproximadamente 500 adolescentes	Estadística descriptiva
Brahmbhatt H, Kägesten A, Emerson M, Decker MR, Olu-mide AO, Ojengbede O, Lou C, Sonenstein FL, Blum RW, Delany-Moretlwe S. 2014	Transversal	Encuesta y auto entrevista asistida	Muestreo dirigido	Adolescentes de 15 a 19 años Batimore, Johannesburg, idalan, nueva delhi y shanghai	Regresión logística multivariante
Kharbanda EO, Stuck L, Molitor B, Nordin JD. 2014	Transversal	Cuestionario	Intencional a conveniencia	Madres adolescentes 15-19 años	El análisis de datos se generó utilizando el software SAS
Aparicio E, Pecukonis EV, Zhou K. 2014	Revisión sistemática de literatura sobre embarazo en adolescentes Latinas	Busqueda bibliografica	Muestra intencional	Gestantes adolescentes en comunidades latinas en EEUU	Síntesis de literatura

Continuación Tabla 4. Metodología utilizada en los estudios cuantitativos encontrados

Autor, año	Diseño	Instrumento	Muestra	Población fuente y país	Análisis estadístico
Secura GM, Madden T, McNicholas C, Mullersman J, Buckel CM, Zhao Q, Peipert JF. 2014	Estudio prospectivo de cohortes	Revisión de casos	1404 adolescentes	Adolescentes de 15 a 19 años EEUU	Frecuencias, porcentajes, medianas, prueba de chi-cuadrado
McCracken KA, Loveless M	Casos y controles	Revisión bibliográfica	Intencional a conveniencia	Madres y embarazadas adolescentes EEUU	Descripción de las características demográficas y reproductivas
Dalby J, Hayon R, Carlson J	Casos y controles	Revisión bibliográfica	750.000 gestantes	82% gestantes adolescentes en EEUU	Observación
Colón M, Martínez R, Tulla M, Pérez J, Santaella Y, Laras L. 2014	Estudio transversal	Encuesta, cuestionario auto-administrado	70 adolescentes	Mujeres post parto entre 12-19 años. University hospital Puerto Rico	Regresión logística
Yost JL, Hertweck SP, Barnett SN.2014	Estudio comparativo y retrospectivo	Revisión de casos	Muestreo estratificado	Adolescentes entre 11-18 años en Virginia EE UU, 121 pacientes adolescentes	Análisis de datos
Asheer S, Berger A, Meckstroth A, Kisker E, Keating B. 2013	Descriptivo transversal	Entrevista semiestructurada	Muestreo aleatorio	Madres adolescentes de the Office of Adolescent Health, U.S. Department of Health and Human Services California y Ohio	Análisis temático y triangulación de datos
Jensen JA, Moreno EL, Rice TM. 2014	Transversal	Revisión de datos	De conveniencia	Office of Adolescent Health, Rockville, Maryland. EEUU	Comparaciones
Margolis AL, Roper AY. 2013	Transversal	Revisión de datos	De conveniencia	Office of Adolescent Health, Rockville, Maryland. EEUU	Comparaciones
Goesling B, Colman S, Trenholm C, Terzian M, Moore K.2014	Descriptivo transversal	Revisión sistemática	Ensayo controlado aleatorio	88 estudios africano americanos	Programas con evidencia de efectividad
James EA, Rashid M. 2013	Transversal	Revisión de datos	Mujeres en edad fértil	Madres adolescentesEE UU	Revisión de datos
Patchen L, Letourneau K, Berggren E. 2013	Descriptivo interpretativo	Revisión documental	Madres adolescentes	Madres adolescentes en Washington hospital center. EEUU	Estudio evaluativo

Continuación Tabla 4. Metodología utilizada en los estudios cuantitativos encontrados

Autor, año	Diseño	Instrumento	Muestra	Población fuente y país	Análisis estadístico
Burr JE, Roberts TA, Bucci JR. 2013	Descriptivo transversal	Revisión documental	444 mujeres embarazadas	Adolescentes 12-23 años the military healthcare system from 2006 to 2010 in San Antonio, Texas	Estudio comparativo
Osoño I, Hernandez M. 2011	Descriptivo transversal	Encuestas	Por conveniencia	180 instituciones educativas de Valle del Cauca Colombia, 564 embarazadas	Pruebas estadísticas no paramétricas, (Chi cuadrado)
Quintero Paredes PP, Castillo Rocubert N, Roba Lazo BC, Padrón González O, Hernández Hierrezuelo ME. 2012	Descriptivo transversal	Encuestas	134 adolescentes	Policlinico universitario del municipio Pinar del Rio Cuba	Estadística descriptiva
Koh H. 2014	Transversal comparativo	Revisión documental	De conveniencia	Department of Health and Human Services, Washington, D.C.	Sistema de gestión de rendimiento
Sánchez Valencia YA, Mendoza Tascó LA, Grisales López M, Ceballos Molina L, Bustamente Farfan JC, Muriel Castañeda E, Chaverra LA, Acuña Polo ME. 2013	Casos y controles	Encuesta estructurada	Intencional a conveniencia	151 mujeres adolescentes de 19 años o menos, embarazadas, con hijos o antecendente de embarazo y 302 adolescentes controles con actividad sexual (AS) sin historia de embarazo.	Análisis multivariado con regresión logística
Mora-Cancino M, Hernández-Valencia V. 2015	Descriptivo transversal	Revisión de datos	De conveniencia	Mujeres menores de 20 años	Regresión logística
Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo E, Estrada F, Vara-Salazar, E. 2015	Transversal	Encuesta nacional de salud y nutrición de México	Estratificación por conglomerados	790 mujeres de 12 a 19 años de edad con inicio de vida sexual y antecedente de embarazo	Análisis descriptivo y Regresión logística

Continuación Tabla 4. Metodología utilizada en los estudios cuantitativos encontrados

Autor, año	Diseño	Instrumento	Muestra	Población fuente y país	Análisis estadístico
Diniz E; Koller SH. 2005	Casos y controles	Cuestionario desarrollado por la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Protección de Jóvenes de Brasil	Estratificado	"452 adolescentes menores de 19 años separados en dos grupos: los que tienen experiencia del embarazo (n = 226) y sin experiencia de embarazo (n = 226). Participantes"	Análisis multivariado
Gómez Mercado CA, Montoya Vélez LP. 2014	Transversal	Encuesta	Las adolescentes fueron seleccionadas de la base de datos del sisben municipal	193 adolescentes entre 13 y 19 años de edad residentes en el municipio de Briceño	Análisis Bivariado
Mendoza W, Subiría G. 2013	Transversal	Revisión bibliográfica	Aleatorio	Gestantes adolescentes Peruanas de 15 a 19 años de edad que están o estuvieron embarazadas alguna vez	Análisis de datos
Reyes D, González Almontes E. 2017	Transversal	Revisión sistemática	De conveniencia	Gestantes adolescentes menores de 20 años	Contraste de resultados y hallazgos
González Quiñones JC, Salamanca Preciado JP, Quiroz Rivera RM, Hernández Pardo AM, Hernández Rojas AD, Quesada Núñez B. 2012	Transversal	Encuesta	Estratificado	3974 Adolescentes escolarizadas entre 11 y 20 años de edad, de 14 colegios públicos de Bogotá	Regresión logística

Tabla 5. Metodología utilizada en los estudios cualitativos

Autor, año	Diseño	Perspectiva del sujeto analizada	Rasgos de los sujetos	Instrumento	Análisis nombrado
Wilson-Mitchell K, Bennett J, Stennett R. 2014	Transversal	Percepción de las adolescentes: servicios, resiliencia, toma de decisiones, apoyo social, sistema de apoyo comunitario, aflicción versus salud psicosocial.	30 adolescentes embarazadas	Entrevista semiestructurada y grupos focales	Análisis en profundidad
Santos MM1, Saunders C, Baião MR. 2012	Transversal Interpretativo	Percepción de los profesionales de la salud sobre los aspectos psicosociales y culturales de las embarazadas adolescentes.	31 adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años de edad	Guía de observación	Análisis de contenido descrito por Bardin11 y adaptado para el estudio.
Schwartz T, Vieira R, Gelb LT. 2011	Transversal exploratorio	percepciones de adolescentes embarazadas en relación con el apoyo social brindado durante el embarazo	Doce adolescentes en su primer embarazo	Entrevista semiestructurada	Se evaluó mediante análisis temático
Aponte MR, Estupiñán Correa DR. 2012	Transversal de tipo fenomenológico hermenéutico	Productividad personal, expresión emocional, salud y seguridad	Estudiantes, entre los 19 y 24 años de edad, que fueron o son madres adolescentes.	Entrevista	Triangulación de la información, la cual, aunada a la confrontación de análisis por parte de más de un investigador, dio validez a la investigación.
Boustani MM, Frazier SL, Hartley C, Meinzer M, Hedemann E. 2015	Transversal	Percepciones de los trabajadores de la juventud sobre las necesidades específicas y únicas de salud sexual de los jóvenes	Trabajadores de la salud	Entrevista semiestructurada	Análisis interpretativo

Continuación Tabla 5. Metodología utilizada en los estudios cualitativos

Autor, año	Diseño	Perspectiva del sujeto analizada	Rasgos de los sujetos	Instrumento	Análisis nombrado
Dodson NA, Gray SH, Burke PJ. 2012	Transversal Interpretativo	Percepción sobre metodos anticonceptivos	Adolescentes	Entrevista	Revision e interpretacion de datos
Barreto-Hauzeur E, Sáenz-Lozada ML, Velandia-Sepulveda F, Gómez-González J. 2013	Estudio analítico, transversal, exploratorio, cualitativo	Significado del concepto de familia	22 gestantes adolescentes	Entrevistas	Análisis por categorías
Noone J, Allen TL, Sullivan M, McKenzie G, Esqueda T, Ibarra N. 2014	Transversal Interpretativo	Valores latinos, educación, riesgos, recursos	14 adolescentes latinas 15-20 años	Grupo focal, entrevista, photovoice	Categorización de datos
Kelsey M, Layzer J. 2014	Transversal Interpretativo	Responsabilidad frente a la prevención del embarazo	9 beneficiarios	Entrevista semiestructurada	Revision e interpretacion de datos
Pacheco Sánchez CI. 2015	Transversal Interpretativo	Relatos de vida	Adolescentes < 15 años	Entrevistas	Análisis por categorías deductivas e inductivas
Barczyk AN, Duzinski SV, Brown JM, Lawson KA.	Transversal	Explorar la dinámica familiar y cómo se relacionan con las creencias y prácticas de prevención de lesiones en relación con los bebés y niños.	Tres grupos focales realizados con 21 madres de los padres adolescentes.	Entrevista	Análisis de grupos
Barbón Pérez OG. 2011	Transversal Interpretativo	Características de género, comunicación y prevención del embarazo adolescente	Adolecentes entre los 10 a 19 años de edad	Persepción y análisis de la autora	Análisis de la autora
Hanson JD, McMahon TR, Griese ER, Kenyon DB.2014	Transversal	Sexualidad en la adolescencia	Poblacion india americana	Entrevista	Análisis de métodos mixtos

Continuación Tabla 5. Metodología utilizada en los estudios cualitativos

Autor, año	Diseño	Perspectiva del sujeto analizada	Rasgos de los sujetos	Instrumento	Análisis nombrado
Silva Laguardia María Martina, Leiva Bahamondes Loreto 2013	Transversal	Componente intersubjetivo general conformado a partir del encuentro asistencial entre el profesional de la salud y la adolescente.	Adolescentes gestantes, 7 profesionales o técnicos, muestra intencionada	Entrevista semiestructurada	Análisis de contenido y descripción sistemática

población el embarazo en adolescentes es alto frente a la demás población, se plantean políticas públicas encaminadas a controlar el fenómeno respetando los valores culturales.

Los estudios cualitativos se caracterizan por estudiar la percepción de los trabajadores de la salud y de la población objeto, así como la expresión emocional, los relatos de vida y las creencias (9), mientras que los cuantitativos explican los factores desencadenantes del embarazo adolescente para luego proponer correctivos o estrategias de prevención.

La contracepción reversible a largo plazo se propone como alternativa de control del embarazo en madres adolescentes en EE.UU.; sin embargo, un estudio comparativo entre ciudades de EE.UU., India y China muestra diferencias significativas de acuerdo con las condiciones económicas de los adolescentes (10-12). También se han realizado estudios en la comunidad latina de EE.UU. que revelan un incremento del doble de embarazos en adolescentes en los últimos 20 años, siendo la mejor estrategia la educación (13, 14) y una preferencia por los métodos de planificación como los dispositivos intrauterinos que son de mayor aceptación entre las jóvenes menores de 19 años. No obstante, los autores coinciden en que estos métodos son más efectivos cuando no tienen costo para los adolescentes con vida sexual activa (15-18).

Otros artículos muestran lo relevante que es la educación sexual temprana *versus* la tardía en Estados Unidos, observando mejores resultados en la primera (19, 20); asimismo, varios proponen la modifica-

ción del currículum en escuelas y colegios como estrategia primordial de educación sexual y reproductiva (21).

Los avances en la reducción del embarazo en adolescentes han llevado a crear instancias y departamentos en EE.UU. comprometidos con la niñez, los jóvenes y sus familias, desde donde se construyen programas y se orientan acciones concretas de intervención y educación (22-25). Hay estudios sobre revisiones de más de 20 años sobre la prevalencia de embarazos adolescentes donde se observa un incremento de casos y la ausencia de una política pública efectiva, programas de planificación parcialmente implementados, falta de esfuerzo para atenuar el problema, y utilización de la educación como herramienta de prevención primordialmente (26-31).

También se han comparado los grupos de adolescencia temprana y tardía, siendo el primer grupo el más afectado con los embarazos por encima del 50%, mientras que han disminuido en el segundo grupo, menos del 50% (32). Los aspectos psicosociales como depresión, ansiedad y psicosis son tenidos en cuenta en revisiones realizadas en EE.UU. en los años 1990-2013, en más de cuarenta artículos que muestran en diferentes estados los problemas que afectan antes, durante y después del embarazo a las adolescentes, y deben ser tenidos en cuenta para inmediatas intervenciones (33).

En países como Brasil, se ha realizado un estudio de tipo cualitativo en un grupo de 31 gestantes adolescentes desde la mirada de los profesionales de la salud que describen la percepción de ambos

grupos frente al embarazo en adolescentes, teniendo en cuenta fundamentalmente el contexto en que viven las jóvenes y sus familias como determinante del problema, aunque otros estudios relacionan también estados depresivos y variables sociodemográficas a intervenir (34, 35).

Un estudio señala la asociación entre estrato socioeconómico bajo y diferencias biosocio-demográficas como detonantes del embarazo en adolescentes, teniendo en cuenta además la experiencia o no para el uso efectivo de anticonceptivos orales (36). De igual manera, se proponen acciones de atención primaria en salud y el apoyo del núcleo familiar para reducir la tasa de embarazos (37).

En Colombia, algunos estudios de tipo cualitativo señalan el poco o nulo apoyo familiar como causa determinante del embarazo en adolescentes y la necesidad de intervenir desde esa condición. También estudios en regiones como el Valle del Cauca arrojan resultados que indican relación directa con la deficiente educación y la deserción escolar (38, 39). Otro estudio evidencia que los significados de la menarquia, el inicio de relaciones sexuales, la unión en pareja, el uso de anticonceptivos y la atención del parto están influenciados por la agencia moral social e institucional. La empresa moral circula por los espacios de socialización de las adolescentes: madres, padres, hogares, instituciones y profesionales del sector de la salud y educativo, de acuerdo con su sentido común, lo que está bien o es “normal” para las niñas adolescentes (40).

En resumidas cuentas, esta revisión narrativa indica que las dimensiones social

y familiar en términos de prevención son esenciales para reducir el embarazo en adolescentes. Por ejemplo, un artículo sobre la calidad de vida de las jóvenes en el ambiente universitario identifica a la percepción negativa que se tiene de la universidad como un factor que condiciona el embarazo (41). Sin embargo, otro estudio enfatiza cómo las causas de embarazo a ser prevenidas son el inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, la falta de educación sexual, el estrato económico bajo y el no uso de métodos de planificación familiar (42).

En México, los trabajos realizados para prevenir el embarazo en adolescentes le apuntan a lo social, a la educación, y al mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de las jóvenes menores de 20 años, en tres estudios realizados en adolescentes entre 12 y 19 años, en los cuales se tuvo en cuenta el grado de compromiso de las madres o gestantes (43-45).

En Cuba se destacan 2 artículos, uno cualitativo y otro cuantitativo: el primero enfatiza en la educación y la consideración de mitos y tabúes acerca de la sexualidad en los adolescentes para intervenir adecuadamente en la reducción del embarazo a temprana edad; y el segundo resalta la tríada comunicación, género y prevención como baluartes en la definición y solución del problema (46, 47).

Un estudio realizado en Jamaica con 30 adolescentes, a través de entrevistas, muestra las causas y consecuencias de la maternidad temprana, y la necesidad de una “clínica del adolescente” para mejorar los aspectos educativos de difícil acceso para esta población (48).

Un artículo publicado en Chile describe visitas domiciliarias por profesionales de 2 centros de salud para madres adolescentes de nivel socioeconómico bajo, concluyendo que a través de la familia y el trabajo social se pueden mejorar las condiciones de salud mental materna (49). Por último, un estudio de Puerto Rico revela que las fallas en la contracepción son causa directa de embarazo en una población de mujeres entre los 15 y 38 años, aunque también lo asocian a factores psicosociales (50). Mientras en artículos publicados en Perú y Uruguay la causa directa es la carente participación de los profesionales de la salud y de programas de inclusión social hacia los adolescentes (51, 52).

Finalmente, en países como Colombia se plantean dos posiciones: una que propone un enfoque directo sobre factores de riesgo social, demográfico, económico y familiar para poder orientar políticas públicas que disminuyan la tasa de embarazo en adolescentes; mientras que, de otro lado, se plantea que el desconocimiento o la falta de educación en planificación familiar son los temas que hay que tratar por encima de las condiciones o factores de riesgo socioeconómicos tanto en población urbana como rural. En Brasil, un artículo de revisión sistemática encuentra argumentos para cuestionar el embarazo adolescente como problemática socioeconómica y demográfica, por tanto, invita a verlo como una opción de vida válida dentro de ciertos contextos culturales (53-55).

Discusión

Dentro de los factores asociados con el embarazo en adolescentes, se destacan condiciones sociales y económicas

desfavorables, bajo nivel educativo, baja autoestima, comienzo temprano de la vida sexual, características de la familia, disfunción familiar, violencia intrafamiliar, uso de métodos anticonceptivos ineficaces y con alta tasa de interrupción del embarazo, mitos frente a los anticonceptivos, desconocimiento de métodos de prevención de embarazo, crianza con personas distintas a los padres, consumo de alcohol, cigarrillo o drogas, influencias sociales y culturales, desigualdades económicas y de género, desigualdades estructurales, exclusión escolar, tener a cargo otros niños, abuso físico o sexual, discriminación, problemas de comportamiento y de conducta como no asistencia a la escuela sin justificación, la mentira y la desobediencia a los padres.

Dentro de las consecuencias del embarazo adolescente se citan embarazo de alto riesgo, morbilidad y mortalidad materna perinatal, problemas sociales, abortos, aislamiento social, deserción escolar, depresión, índices de pobreza, pocas o nulas oportunidades laborales.

Se encontró que el 32% (16 estudios) (7, 10, 11, 13, 14, 16, 19, 25, 26, 28, 30, 40-43, 50) proponen educación en salud sexual y reproductiva: asesoría médica oportuna y permanente en salud sexual y reproductiva, educación sexual integral por medio del sistema de atención en salud, visitas clínicas programadas con enfoque educativo.

El 26% (13 estudios) (4, 6, 8, 17, 18, 20, 21, 24, 27, 29, 35, 47, 48) proponen realizar intervención de factores psicosociales y una adecuada cobertura y aseguramiento al sistema de salud, ya que las adolescen-

tes sin afiliación al sistema de salud se encuentran con mayor exposición a un embarazo no deseado que las adolescentes que tienen afiliación al sistema de salud, inclusión escolar, red de apoyo social, red de atención fuera de la familia, mayor implicación de profesionales de atención primaria.

El 18% (9 estudios) (3, 15, 22, 32, 34, 37, 39, 46, 49) proponen diseño e implementar políticas en salud: consulta médica en atención primaria, clínica móvil, sistema integrado de atención en salud con cobertura del 100% en el sistema de salud.

El 16% (8 estudios) (1, 5, 9, 12, 23, 31, 38, 45) proponen intervención en planificación familiar por medio de intervención médica con anticonceptivos reversibles de acción prolongada, como el dispositivo intrauterino y los implantes hormonales subdérmicos. Algunos estudios plantean el suministro de anticonceptivos sin costo por parte del seguro de salud.

El 8% (4 estudios) (2, 33, 36, 44) proponen educación y apoyo familiar para esto. Algunos autores sugieren el apoyo de trabajadores sociales en las comunidades con población en riesgo, fortalecer las relaciones familiares, inclusión y permanencia escolar, visitas domiciliarias de profesionales de la salud a madres adolescentes para prevenir la repetición del embarazo.

Con respecto a Estados Unidos, los estudios muestran que este tiene una de las tasas más altas de embarazo en adolescentes en comparaciones con las naciones industrializadas (3, 11) y en comparación con Latinoamérica, la tasa de embarazo

adolescente en las comunidades latinas es ahora casi el doble de la tasa media de embarazo en la adolescencia en los Estados Unidos (8).

En Estados Unidos, crearon la oficina de salud de los adolescentes con programas de prevención del embarazo en adolescentes, basados en la evidencia con la coordinación del gobierno y asociaciones relacionadas con la prevención del embarazo en dicha población. Se han realizado varios estudios consecutivos para evaluar la eficacia de estos programas, evaluando los materiales educativos y la puesta en marcha de programas de prevención del embarazo en adolescentes con resultados satisfactorios. Cabe resaltar que de los estudios revisados el 56% (28 estudios) son de Estados Unidos, lo cual nos refleja un alto índice de empoderamiento hacia la prevención del embarazo en adolescentes, además de que han implementado programas efectivos para disminuir las tasas de embarazo adolescente; el 44% (22 estudios) restante fueron realizados en los países latinoamericanos Brasil, Colombia, México, Cuba, Puerto Rico, Chile, Jamaica, Perú y Uruguay.

Las limitaciones halladas en los estudios son barreras para la participación, en el caso de los escolares por los horarios y calendario escolar (16); bajo nivel de asistencia, cuando es un programa que no es anexo a la formación escolar; para estudios en comunidades de culturas particulares, una barrera fue sus mitos y creencias; en el caso de estudios en clínicas, la dificultad estuvo en el reclutamiento de mujeres adolescentes y una vez incluidas, la retención en el programa (15, 16), dificultad para los médicos al

replicar y poner en práctica los programas en las comunidades, tal como fueron diseñados (17).

Cabe mencionar que los estudios revisados proporcionan una importante evidencia para la implementación de programas para la prevención del embarazo en adolescentes (15, 17).

Conclusiones

Las limitaciones de la revisión narrativa estuvieron determinadas por la dificultad para acceder a la información completa de los artículos seleccionados, porque no todas las bases de datos o los enlaces permitían obtener el artículo en texto completo.

Los resultados de esta revisión coinciden con el informe dado en el año 2014 por Cepal/Unicef, donde se reconoce que las adolescentes con baja escolaridad tienen cinco o más probabilidades de quedar embarazadas frente a las que han recibido su educación formal; en este punto, se afianzan las políticas públicas de los países de América Latina para lograr las metas de reducción del embarazo adolescente; en general, se ubican en la educación como estrategia principal.

Países en vía de desarrollo como Colombia, México, Cuba y Chile le apuestan a la educación como estrategia para reducir los embarazos en adolescentes, dado que es en este tópico donde demuestran la mayor falencia (34-43); por el contrario, los países como Jamaica y Brasil proponen la intervención psicosocial a la violencia

intrafamiliar, depresión y estratos socioeconómicos bajos a intervenir para lograr atenuar el problema (29, 32). Los estudios realizados y desarrollados en EE.UU., si bien es cierto que analizan el problema del embarazo en adolescentes desde los diferentes puntos de vista biopsicosocial, educativo y de políticas públicas orientadas en salud sexual y reproductiva; también señalan deficiencias que se deben corregir en el ámbito de los programas de planificación familiar para lograr atenuar el problema con el conocimiento, la socialización e implementación de los métodos de contracepción¹, (2-8). Igualmente, en Puerto Rico la contracepción es vista como la clave para prevenir embarazos no deseados, sin dejar de lado aspectos psicosociales, económicos y servicios de salud (45). Es importante resaltar los diferentes mecanismos utilizados y reportados en América para la prevención del embarazo en adolescentes, teniendo en cuenta cada contexto, y la percepción que tienen tanto los profesionales de la salud como de la población estudiada. Las causas señaladas, tanto del país más desarrollado económica y tecnológicamente como es EE.UU. y los países en desarrollo del resto de América, son muy similares; sin embargo, la prioridad que estos países proponen en las soluciones difieren desde lo social, familiar, económico, políticas públicas y desarrollo de programas de planificación familiar.

Conflicto de intereses: Los autores no declaran ningún conflicto de intereses.

Financiación: No hubo necesidad, dado el acceso a base de datos en la Fundación Universitaria del Área Andina.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; [actualizado 2016; citado 20 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010. Disponible: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2010/es/
3. Informe sobre la salud en el mundo: forjemos el futuro, Loa Diunto. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/es/>
4. Springer link. Broadening the evidence for adolescent sexual and reproductive health and education in the United States. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10964-014-0178-8>
5. Segob. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Disponible https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/25687/ENA-PEA_0215.pdf
6. Truehart A, Whitaker A. Contraception for the adolescent patient. *Obstet Gynecol Surv.* 2015; 70(4):263-73.
7. Barczyk AN, Duzinski SV, Brown JM, Lawson KA. Perceptions of injury prevention and familial adjustment among mothers of teen parents. *J Safety Res.* 2015; 52:15-21.
8. McMahon TR, Hanson JD, Griesse ER, Kenyon DB. Teen Pregnancy Prevention Program Recommendations from Urban and Reservation Northern Plains American Indian Community Members. *Am J Sex Educ.* 2015; 10(3):218-241.
9. Boustani MM, Frazier SL, Hartley C, Meinzer M, Hedemann E. Perceived benefits and proposed solutions for teen pregnancy: qualitative interviews with youth care workers. *Am J Orthopsychiatry.* 2015; 85(1):80-92.
10. Dodson NA, Gray SH, Burke PJ. Teen pregnancy prevention on a LARC: an update on long-acting reversible contraception for the primary care provider. *Curr Opin Pediatr.* 2012; 24(4):439-45.
11. Brahmbhatt H, Kågesten A, Emerson M, Decker MR, Olumide AO, Ojengbede O, et al. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in urban disadvantaged settings across five cities. *J Adolesc Health.* 2014; 55(6):S48-57.
12. Kharbanda EO, Stuck L, Molitor B, Nordin JD. Missed opportunities for pregnancy prevention among insured adolescents. *JAMA Pediatr.* 2014; 168(12):e142809.
13. Aparicio E, Pecukonis EV, Zhou K. Sociocultural factors of teenage pregnancy in Latino communities: preparing social workers for culturally responsive practice. *Health Soc Work.* 2014; 39(4):238-43.
14. Noone J, Allen TL, Sullivan M, McKenzie G, Esqueda T, Ibarra N. Escuchando a Nuestros Jóvenes: a latino youth photovoice project on teen pregnancy. *Hisp Health Care Int.* 2014; 12(2):63-70.
15. Secura GM, Madden T, McNicholas C, Mullersman J, Buckel CM, Zhao Q, et al. Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *N Engl J Med.* 2014; 371(14):1316-23.
16. Hanson JD, McMahon TR, Griesse ER, Kenyon DB. Understanding gender roles in teen pregnancy prevention among American Indian youth. *Am J Health Behav.* 2014; 38(6):807-15.
17. McCracken KA, Loveless M. Teen pregnancy: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2014; 26(5):355-9.

18. Dalby J, Hayon R, Carlson J. Adolescent pregnancy and contraception. *Prim Care*. 2014; 41(3):607-29.
19. Yoost JL, Hertweck SP, Barnett SN. The effect of an educational approach to pregnancy prevention among high-risk early and late adolescents. *J Adolesc Health*. 2014; 55(2):222-7.
20. Asheer S, Berger A, Meckstroth A, Kisker E, Keating B. Engaging pregnant and parenting teens: early challenges and lessons learned from the Evaluation of Adolescent Pregnancy Prevention Approaches. *J Adolesc Health*. 2014;54(3):S84-91.
21. Kelsey M, Layzer J. Implementing three evidence-based program models: early lessons from the Teen Pregnancy Prevention Replication Study. *J Adolesc Health*. 2014;54(3):S45-52.
22. Demby H, Gregory A, Broussard M, Dickherber J, Atkins S, Jenner LW. Implementation lessons: the importance of assessing organizational "fit" and external factors when implementing evidence-based teen pregnancy prevention programs. *J Adolesc Health*. 2014; 54(3):S37-44.
23. Kappeler EM, Farb AF. Historical context for the creation of the Office of Adolescent Health and the Teen Pregnancy Prevention Program. *J Adolesc Health*. 2014; 54(3):S3-9.
24. Jensen JA, Moreno EL, Rice. TM. Office of Adolescent Health medical accuracy review process—helping ensure the medical accuracy of Teen Pregnancy Prevention Program materials. *J Adolesc Health*. 2014; 54(3):S21-3.
25. Margolis AL, Roper AY. Practical experience from the Office of Adolescent Health's large scale implementation of an evidence-based Teen Pregnancy Prevention Program. *J Adolesc Health*. 2014; 54(3):S10-4.
26. Goesling B, Colman S, Trenholm C, Terzian M, Moore K. Programs to reduce teen pregnancy, sexually transmitted infections, and associated sexual risk behaviors: a systematic review. *J Adolesc Health*. 2014; 54(5):499-507.
27. James EA, Rashid M. "Welfare queens" and "teen moms": how the social construction of fertile women impacts unintended pregnancy prevention policy in the United States. *Policy Polit Nurs Pract*. 2013; 14(3-4):125-32.
28. Patchen L, Letourneau K, Berggren E. Evaluation of an integrated services program to prevent subsequent pregnancy and birth among urban teen mothers. *Soc Work Health Care*. 2013; 52(7):642-55.
29. Burr JE, Roberts TA, Bucci JR. Dependent adolescent pregnancy rates and risk factors for pregnancy in the military health care system. *Mil Med*. 2013; 178(4):412-5.
30. Koh H. The Teen Pregnancy Prevention Program: an evidence-based public health program model. *J Adolesc Health*. 2014; 54(3):S1-2.
31. Sipsma HL, Ickovics JR, Lewis JB, Ethier KA, Kershaw TS. Adolescent pregnancy desire and pregnancy incidence. *Womens Health Issues*. 2011; 21(2):110-6.
32. Upadhyia KK, Ellen JM. Social disadvantage as a risk for first pregnancy among adolescent females in the United States. *J Adolesc Health*. 2011; 49(5):538-41.
33. Siegel RS, Brandon AR. Adolescents, pregnancy, and mental health. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2014; 27(3):138-50.
34. Eva Diniz, Silvia Helena Koller. Fatores associados à gravidez em adolescentes brasileiros de baixa renda. set-dec. 2012; 22(53):305-314.
35. Santos MM, Saunders C, Baião MR. [Interpersonal relations between health

professional and pregnant adolescents: distances and approaches of integral and humanized care]. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(3):775-86.

36. Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo Lde Á, Souza LD, Castelli RD, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013; 35(1):51-6.

37. Schwartz T, Vieira R, Geib LT. [Social support to pregnant adolescents: clarifying perceptions]. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(5):2575-85.

38. Barreto-Hauzeur E, Sáenz-Lozada ML, Velandia-Sepulveda F, Gómez-González J. [The relationship-based meaning of teenage pregnancy in Bogotá regarding the family system]. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2013; 15(6):837-49.

39. Iván Osorio, MD, Mauricio Hernández. Prevalencia de deserción escolar en embarazadas adolescentes de instituciones educativas oficiales del Valle del Cauca, Colombia, 2006. *Colomb Med*. 2011; 42(3):303-308.

40. Pacheco Sánchez CI. Agencia social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años. *Gerenc Polit Salud*. 2015; 14(29): 56-61.

41. Estupiñán Aponte María Rosa, Vela Correa Diana Rocío. Calidad de vida de madres adolescentes estudiantes universitarias. *Colomb. Psiquiatr*. 2012; 41(3): 536-549.

42. Sánchez Valencia Yessica Alexandra, Mendoza Tascón Luis Alfonso, Grisales López Mónica Beatriz, Ceballos Molina Leidy Yohanna, Bustamente Farfán Johanna Catalina, Muriel Castañeda Édgar, et al. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. *Chil. Obstet. Ginecol*. 2013; 78(4):269-281.

43. Mora-Cancino M, Hernández-Valencia V. [Teenage pregnancy]. *Ginecol Obstet Mex*. 2015; 83(5):294-301.

44. Villalobos Hernández Aremis, Campeiro Lourdes, Suárez López Leticia, Atienzo Érika E, Estrada Fátima, de la Vara Salazar Elvia. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud pública de México*. 2015; 57(2):135-143

45. Toomey RB, Umaña-Taylor AJ, Updegraff KA, Jahromi LB. Trajectories of Problem Behavior among Mexican-Origin Adolescent Mothers. *J Lat Psychol*. 2015; 3(1):1-10.

46. Quintero Paredes Pedro Pablo, Castillo Rocuber t Niurka, Roba Lazo Bárbara del Carmen, Padrón González Odalis, Hernández Hierrezuelo María Elena. Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. *Ciencias médicas*. 2012; 16(1).

47. Barbón Pérez Olga Gloria. Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2012; 50(2):245-249.

48. Wilson-Mitchell K, Bennett J, Stennett R. Psychological health and life experiences of pregnant adolescent mothers in Jamaica. *Int J Environ Res Public Health*. 2014; 11(5):4729-44.

49. Aracena Marcela Krause, Mariane Pérez, J. Carola Bedregal, Paula Undurraga, Consuelo Alamo, Nicolle. Efectos de mediano plazo de un programa de intervención para madres adolescentes. *Elsevier*. 2013; 45(3):157-164.

50. Colón M, Martínez R, Tulla M, Pérez J, Santaella Y, Laras L. Psychosocial factors associated with failure to use contraception among adolescents with repeat pregnancies in Puerto Rico. *Bol Asoc Med P R*. 2014; 106(1):12-6.

51. Silva Laguardia María Martina, Leiva Bahamondes Loreto. Abordaje Sanitario del Embarazo y la Maternidad en la Adolescencia. Prensa Médica Latinoamericana. 2013; 7(1):33-45.

52. Mendoza Walter, Subiría Gracia. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013; 30(3):471- 479.

53. Gómez Mercado Carlos A, Montoya Vélez Liliana P. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes,

área urbana, Briceño, 2012. Rev. Salud pública. 2014; 16(3):394-406.

54. Reyes David De Jesús, González Almontes Esmeralda. Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. Sex. Salud Soc. 2014; 17:98-123.

55. González Quiñones Juan C, Salamanca Preciado Jenny P, Quiroz Rivera Ruth M, Hernández Pardo Ángela M, Hernández Rojas Astrid D, Quesada Núñez Beselink. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. Rev. Salud Pública. 2012; 14(3):404-416.