

Early teenage pregnancy (12 to 14 years) in Solidaridad, Q. Roo. MéxicoAlejandro L. Villalobos-Rodríguez¹ Guillermo Padron-Arredondo²

1. Obstetra-ginecólogo y profesor de pregrado. Hospital General de Playa del Carmen, Quintana Roo. México.
2. Cirujano general adscrito al Hospital General de Playa del Carmen, Quintana Roo. México.

Correspondence: Alejandro L. Villalobos-RodríguezReceived: 29 Nov 2023; Accepted: 05 Dec 2023; Published: 15 Dec 2023*

Citation: Alejandro L. Villalobos-Rodríguez. Embarazo adolescente precoz (12 a 14 años) en Solidaridad, Q. Roo. México: estudio descriptivo. AJMCRR 2023; 2(12): 1-11.

ABSTRACT

Introduction. As of 2019, adolescent girls aged 15-19 in low- and middle-income countries had approximately 21 million pregnancies each year, of which approximately 50% were unintended and resulted in 12 million births.

Material and method. Retrospective, cross-sectional, descriptive and observational study on the prevalence of pregnancies in adolescents between 10 and 14 years of age in the municipality of Solidaridad, Q. Roo México, during a five-year period (2018 to 2022) by reviewing the clinical records of all early adolescent pregnant women. Descriptive statistics of central tendency and dispersion were used for analysis.

Results. During the study period, 14 cases of early pregnant adolescents (10 to 14 years old) were found out of a total of 629 pregnancies in early and late adolescents between 10 and 19 years old, distributed as follows: 2018=4; 2019=9, 2020=1.

Discussion. Despite efforts to reduce the incidence of teenage pregnancy, including preventing child marriage, keeping girls in education and improving access to contraception, adolescent girls continue to get pregnant and few developing countries adequately prioritize their care. An insight into adolescent pregnancy experiences will help identify whether context-specific services meet their needs, whether they require additional support, and how to optimize their pregnancy experience.

Conclusions. *We found only two factors as Maternal Risk Factors: 1) RF<17 years and 2) lack of birth control. As Fetal Risk Factors three cases at birth by cesarean section. Regarding the other maternal-fetal risk factors, they did not appear in the patients of this age group. It appears that early adolescent mothers can have low-risk pregnancies at this hospital from a biological but not a sociological point of view.*

Keywords: Pregnancy in adolescence; Social determinants of health; Sexual health, reproductive health; School teacher, Sexual behavior; Sex education; Health services.

Introducción

A partir de 2019, las adolescentes de 15 a 19 años en países de ingresos bajos y medianos tuvieron aproximadamente 21 millones de embarazos cada año, de los cuales aproximadamente el 50% no fueron planificados y resultaron en 12 millones de nacimientos. No se dispone ampliamente de datos sobre los nacimientos de adolescentes de 10 a 14 años de edad; Los limitados datos disponibles de Angola, Bangladesh, Mozambique y Nigeria apuntan a que las tasas de natalidad en este grupo de edad superan los 10 nacimientos por cada 1000 niñas a partir de 2020.

Según datos de 2019, el 55% de los embarazos no deseados entre adolescentes de 15 a 19 años terminan en abortos, que a menudo son inseguros en países de ingresos bajos y medios. Las madres adolescentes enfrentan mayores riesgos de eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas que las mujeres de 20 a 24 años, y los bebés de madres adolescentes enfrentan mayores riesgos de bajo peso al nacer, parto prematuro y afección neonatal grave.

La prevención del embarazo adolescente y la morbilidad y mortalidad relacionadas es fundamental para lograr resultados positivos de salud a lo largo de la vida y es esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud

materna y neonatal (1, 2).

Los porcentajes más altos de estos embarazos provienen de regiones en desarrollo, por ejemplo, África, donde el embarazo adolescente oscila entre el 60% y el 80%. Los porcentajes son menores en América Latina, pero aún representan una gran proporción de adolescentes, con una prevalencia que oscila entre el 27 y el 41%. El embarazo adolescente se asocia con factores que, si se evitan, pueden prevenir problemas de salud. En las zonas rurales, el bajo nivel socioeconómico y la falta de acceso a la educación se asocian comúnmente con el embarazo adolescente. Junto con las características sociodemográficas, los antecedentes familiares, así como la experiencia previa de un pariente cercano con el embarazo adolescente, la violencia doméstica e incluso el acoso sexual también son factores asociados con el embarazo adolescente.

El entorno social tiene una influencia importante en el inicio temprano de las relaciones sexuales, destacando la presión social, el consumo de drogas y alcohol contribuyen a aumentar el riesgo de acumulación de múltiples parejas sexuales entre los adolescentes. Como resultado de esta exposición, las madres adolescentes pueden tener embarazos repetidos durante su adolescencia, con intervalos de embarazo de 24 a 45 meses. Esto podría contribuir a consecuencias relacionadas con la salud de

la madre y del recién nacido (3)

Por otro lado, la edad considerada adulta para votar en nuestro país es de 18 años, pero los servicios institucionales de salud consideran como adolescentes tardíos hasta los 19 años y los pediatras los consideran como menores hasta los 18 años, ese año de diferencia tiene gran trascendencia en cuanto a la consideración de la edad adulta ya que en México se busca evitar embarazos a temprana edad de vida, pero con poco éxito.

Si bien en muchos casos los nacimientos de adolescentes pueden reflejar los deseos o aspiraciones legítimos de las mujeres jóvenes, también es cierto que los nacimientos de adolescentes (especialmente adolescentes) están asociados con partos deficientes y pueden limitar la educación y las oportunidades profesionales de las mujeres.

La tasa de natalidad adolescente es un indicador del progreso para el Desarrollo Sostenible. En 2020, la tasa mundial fue de 41 por cada mil mujeres de 15 a 19 años, y el 95% de estos nacimientos ocurren en familias de bajos ingresos y países latinoamericanos de ingresos medios. La mediana en las 1403 subciudades incluidas en el análisis fue de 58,5 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años, la mediana para cada país fue: Argentina 54,3; Brasil 53,4; Chile 33,8; Colombia 57,9; Costa Rica 37,8; Guatemala 69,8; México 69,4; Panamá 83,6 y Perú 35,3 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes (4).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional sobre la prevalencia de embarazos adolescentes entre 10 y 14 años en el municipio de Solidaridad durante aproximadamente cinco años

(2018 a 2022) mediante la revisión de las historias clínicas de todas las adolescentes embarazadas tempranas. Para su análisis se utilizó estadística descriptiva de tendencia central y dispersión.

RESULTADOS

Durante el período de estudio (2018-2022) encontramos 14 casos (2,2%) de adolescentes embarazadas tempranas (10 a 14 años) de un total de embarazos en adolescentes tempranas y tardías entre 10 a 19 años de 629 (100%) distribuidos de la siguiente manera: 2018 = 4; 2019 = 9, 2020 = 1. (Tabla 1)

Tabla 1: Análisis descriptivo

Historia ginecológica y obstétrica	Mean± (DE)	Casos (n: %)
Menarca IVSA	11±1.4 (IC 95% 10.2- 11.5) 13±0.8 (IC 95% 8.2-17.5)	
Gesta parto Aborto Aborto legal Cesáreas anteriores		14 (100) 13 (92) 1 (7) 1 (7) 1 (7)
Varios		
Hemoglobina materna al in- greso Hematocrito materno al in- greso	12±4.2 (IC 95% 9.9-14) 37±12.5 (IC 95% 30.8- 43.2)	
Cesárea Partos		3 (23) 11 (85)
Peso del RN	2747±878 (IC 95% 222-328)	

Factores de riesgo maternos	1 (7)
Factores de riesgo fetales	0 (0)
Evolución del nacimiento	0 (0)
Parto eutócico	10 (77)
parto distócico	3 (33)
Complicaciones del parto	0 (0)
Apgar (1 y 5 minutos)	
(9 -9)	2 (15)
(8 -9)	10 (77)
(7 -8)	1 (7.7)
Capurro	
40 Semanas	6 (46)
39 Semanas	5 (38)
37 Semanas	2 (15)
Marital status	
Mujer casada	1 (8)
Unión de hecho	9 (69)
Soltero	4 (31)
Drogas	0 (0)
Planificación familiar	1 (7.7)
Inicio del trabajo parto	
Inducción	1 (8)
Conducción	3 (23)
Espontáneo	9 (69)

Ningún paciente tenía adicciones, 13 tenían 1 pareja sexual (excepto por violación), todos viven en el hogar paterno y solo dos interrumpieron sus estudios secundarios.

DISCUSIÓN

Los adolescentes de los países en desarrollo se enfrentan a muchos problemas sanitarios y socioculturales. Hallazgos recientes sugieren que las cuestiones relacionadas con la comunicación sobre la prevención del embarazo con los padres, el acceso a la información sobre prevención del embarazo por parte de los trabajadores de la salud, el acceso

a la información sobre prevención del embarazo por los medios de comunicación, el acceso a los servicios de prevención del embarazo de los centros de salud y el acceso a la información sobre la prevención del embarazo en la escuela están asociados con los embarazos de adolescentes. Las partes interesadas clave (padres, direcciones locales de salud, direcciones escolares, líderes comunitarios y televisión, radio, periódicos y redes sociales) deben ayudar a proporcionar un entorno que apoye la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (SSR) a través de la promoción local y el desarrollo de políticas públicas. así como apoyo técnico

para la capacitación en este tema.

Por ejemplo, trabajadores de la salud y otros facilitadores capacitados dentro de su institución para facilitar el uso de los servicios de prestación para los adolescentes (por ejemplo, reduciendo el costo de los servicios de SSR, transformando el diseño físico para promover la privacidad o la confidencialidad). Se debe fomentar una mayor conexión entre padres y adolescentes a través de la comunicación sobre la sexualidad de sus hijos. Estas vías pueden ayudar a desarrollar conocimientos sobre el riesgo de embarazo, habilidades para la vida (por ejemplo, habilidades de comunicación y afrontamiento), así como estimular la reflexión crítica sobre educación sexual (5).

A pesar de los esfuerzos para reducir la incidencia de los embarazos adolescentes, incluida la prevención del matrimonio infantil, el mantenimiento de las niñas en la educación y la mejora del acceso a la anticoncepción, las adolescentes siguen quedando embarazadas y pocos países en desarrollo priorizan adecuadamente su atención. Una mirada a las experiencias de embarazo de las adolescentes ayudará a identificar si los servicios específicos del contexto satisfacen sus necesidades, si requieren apoyo adicional y cómo optimizar su experiencia de embarazo.

Aumentar la disponibilidad de programas amigables para adolescentes y atención respetuosa es fundamental para satisfacer las necesidades de las adolescentes embarazadas. Esto requiere más y mejor capacitación de los proveedores de atención médica para que tengan conocimientos y habilidades para brindar atención respetuosa a los adolescentes.

Siempre que sea posible, los adolescentes también deben participar en la planificación de los servicios de salud y se deben hacer esfuerzos para ofrecerles servicios tradicionales centrados en este problema. Por lo tanto, los adolescentes necesitan apoyo para tomar decisiones sobre su cuidado. Crear oportunidades para que los miembros de la familia colaboren en los esfuerzos para mejorar la prestación de cuidados que podrían aumentar la búsqueda de cuidados entre los adolescentes que tienen menos control sobre la toma de decisiones y mejorar el papel de la familia como fuente de apoyo (6).

Las mujeres que dan a luz en la adolescencia alcanzan sistemáticamente niveles más bajos de educación en todos los países y entornos; La prevención del primer parto puede mejorar la educación, la economía y la salud de las mujeres para los hijos posteriores. Sin embargo, en nuestra población la cobertura educativa está en línea con los planes educativos y solo dos adolescentes interrumpieron su educación secundaria de 12 estudiantes que asistieron a este nivel educativo. En cuanto a la educación primaria, dos casos de niños de 12 años estaban en el 6º año de primaria. Esto demuestra que nuestras adolescentes están estudiando en el momento en que quedan embarazadas y muy pocas interrumpen sus estudios.

México tiene una de las tasas de fecundidad adolescente más altas de las Américas; en 2012, el 20% de todos los nacimientos en México fueron de adolescentes. La tasa de natalidad alcanzó 76,4 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años en 2011, cayendo a 70,5 por 1000 en 2018. Esto se compara con las tasas de natalidad adolescente de 34 por 1000 en los Estados Unidos en 2010 (la más alta entre los países ricos), 84 por 1000 en Guatemala y 68 por 1000 en Brasil (2010-2015).

El gobierno mexicano ha priorizado la prevención del embarazo adolescente desde 2015, cuando implementó un Plan Nacional de Estrategia para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA).

La prevención primaria del embarazo a través de la anticoncepción es crucial; sin embargo, sigue siendo un desafío para las adolescentes acceder a los medios anticonceptivos más efectivos antes de experimentar el parto en México. Este problema se refleja entre nuestros adolescentes porque solo un caso utilizó un método de planificación familiar (el adolescente casado) y los 12 casos restantes no utilizaron ningún método. Esto indica que la educación para el uso de métodos anticonceptivos en este grupo etario es nula y para resolver este desconocimiento, se deben implementar programas específicos para este grupo etario de adolescentes.

La Ciudad de México despenalizó el aborto en 2007 e inmediatamente integró los servicios de aborto en el sector público; desde entonces, el sector público a través de su programa de aborto, Interrupción Legal del Embarazo (ILE), ha realizado más de 200.000 abortos legales. Actualmente, el programa de Aborto Seguro se implementa en las instituciones del Sector Salud. Pero el aborto a cualquier edad gestacional continúa restringido en algunos estados de la República Mexicana caracterizados por la tradición y el conservadurismo (7). De tal manera que en esta casuística solo encontramos dos casos de aborto, uno inducido por ser producto de violación y el otro como trasfondo en una adolescente de 14 años con dos abortos espontáneos previos.

Para las niñas de 10 a 14 años, la experiencia del aborto puede verse exacerbada por el embarazo debido al abuso sexual o al sexo transaccional, y enfrentan aún más barreras para recibir atención

que las adolescentes mayores en términos de sesgo del proveedor de salud y falta de gestión de la atención médica.

Los adolescentes tienen necesidades y experiencias únicas en torno al aborto, que deben tenerse en cuenta en la programación y la promoción. Las adolescentes necesitan información sobre el aborto seguro a una edad temprana y sistemas de salud receptivos y libres de estigma. Además, la atención política y programática sigue centrándose principalmente en los adolescentes de 15 a 19 años, lo que deja una brecha sustancial en nuestra comprensión de las experiencias sexuales y reproductivas de los adolescentes de 10 a 14 años. Un aumento paralelo en la edad para contraer matrimonio en muchos contextos ha prolongado el período de fertilidad prematrimonial, lo que expone aún más a los jóvenes al riesgo de embarazos no deseados que resultan en el riesgo de aborto.

Además, la incidencia de abortos inseguros se concentra en los sectores de ingresos medios y bajos, donde las niñas de 10 a 14 años son la población proporcionalmente mayor, y donde muchos países todavía tienen leyes restrictivas sobre el aborto. En México, entre las niñas de 10 a 14 años, el porcentaje de todos los nacidos vivos que terminaron en aborto aumentó de 14% en 2000 a 16% en 2010, mientras que los porcentajes para las adolescentes de 15 a 19 años se mantuvieron entre 10 y 11% (8).

Debido a que el problema de los embarazos en la adolescencia temprana es multifactorial, Ramírez-Villalobos, et al. (9) realizaron un estudio sobre la participación de los profesores de secundaria donde afirman que los docentes deben ser capacitados en temas relacionados con la sexualidad a través de

una metodología participativa y reflexiva que fortalezca sus conocimientos y habilidades para transmitir información a sus estudiantes de manera adecuada.

En su estudio, los estudiantes que recibieron información de maestros que fueron capacitados usaron más anticonceptivos como protección para evitar embarazos no deseados y relaciones sexuales retrasadas. Como consecuencia, a la luz de los resultados presentados, recomiendan que las escuelas desarrollen programas innovadores y atractivos de educación sexual para adolescentes, ya que son escenarios ideales para implementar estos programas de sexualidad responsable. Por lo tanto, los maestros deben capacitarse continuamente en metodología innovadora para convertirse en consejeros en educación sexual y ayudar a los estudiantes a reducir sus comportamientos sexuales de riesgo.

Con respecto a la rendición de cuentas de los servicios de salud, la atención de la maternidad centrada en los jóvenes, en la que las adolescentes participan plenamente en la toma de decisiones y son tratadas con respeto, puede tener un impacto positivo en sus experiencias, así como dar forma a futuros comportamientos de búsqueda de atención.

Muchos profesionales de la salud a menudo carecen de la capacidad, los recursos y la infraestructura para brindar este tipo de atención. La capacitación adicional, la mejora de las pautas y responsabilidades clínicas, una mayor diversidad en la fuerza laboral y una mejor infraestructura de salud pueden ayudar a abordar los desafíos individuales y estructurales. Es necesario hacer mayor hincapié en abordar las preocupaciones y problemas específicos que enfrentan las adolescentes embarazadas, particularmente en entornos con recursos limitados

y comunidades de inmigrantes (10).

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, Reyna Sámano, et al. (11) relatan que las variables que aumentan el riesgo de no usar ningún método anticonceptivo antes del embarazo fueron en niños menores de 15 años, haber abandonado la escuela, tener retraso educativo, inicio de la vida sexual antes de los 15 años y recibir información de alguien que no sea la madre. Por otro lado, las variables que se asociaron con un mayor riesgo de no usar ningún anticonceptivo después del parto fueron la presencia de un rezago educativo, un menor nivel educativo y que la adolescente no había usado ningún método anticonceptivo antes del embarazo. Cabe destacar que en nuestra población atendida, todos fueron dados de alta hospitalaria con un método anticonceptivo y su respectiva orientación.

Desafortunadamente, no existe un método anticonceptivo ideal para los adolescentes, pero tampoco hay ninguna razón médica para negar el uso de anticonceptivos debido a la edad. Es necesario destacar la importancia para los adolescentes que tienen la oportunidad de aprender sobre los diferentes métodos anticonceptivos para que puedan tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva. En nuestro entorno existe la disponibilidad de todos los métodos anticonceptivos conocidos, pero las barreras sociales deben ser destruidas para que los adolescentes busquen y encuentren las respuestas adecuadas a sus inquietudes sobre su vida sexual.

En general, se cree que las religiones son un obstáculo para prevenir la reproducción sexual de las adolescentes, sin embargo, Küng, et al. (12) utilizaron una encuesta representativa a nivel nacional de 2186 padres católicos mexicanos para evaluar dos

resultados: apoyo para el acceso de los adolescentes a la anticoncepción moderna y si los adolescentes no acompañados por un adulto deberían tener acceso a la anticoncepción. Encontraron que la mayoría (85%) de los padres católicos apoyan el acceso de los adolescentes al uso de anticonceptivos modernos, aunque hubo menos apoyo (28%) para el acceso a la anticoncepción no acompañada. Sus resultados también muestran un fuerte apoyo (92%) a la educación sexual en las escuelas. Los padres creen que los católicos pueden usar anticonceptivos y es más probable que apoyen el acceso de adolescentes acompañados y no acompañados a usar anticonceptivos modernos.

Con base en datos de un estudio longitudinal de 204 madres adolescentes de origen mexicano, sus figuras maternas y sus hijos, la investigación de McDermott, et al. (13) examinó la reincorporación y el logro educativo de las madres adolescentes que comenzaron durante el embarazo y terminaron cuando su hijo tenía cinco años, así como la influencia del contexto económico familiar en la reintegración de las madres adolescentes y el logro educativo y los resultados académicos. Social-emocional de sus hijos. Los hallazgos detallaron el regreso de las madres adolescentes a la escuela después del nacimiento de su hijo y mostraron que el ingreso familiar durante los embarazos adolescentes se asoció directamente con la reintegración y el rendimiento, y también inició efectos en cascada que dieron forma a los contextos económicos de los adolescentes, su posterior reincorporación (compromiso y logros) y, en última instancia, los resultados académicos y socioemocionales de sus hijos a los cinco años. A diferencia de los estudios que enfatizan que el embarazo adolescente trunca su desarrollo educativo, nuestro análisis no confirma esta afirmación.

Para abordar la carga de salud mental asociada con el embarazo, el trabajo futuro debe identificar intervenciones psicosociales efectivas que puedan estar disponibles para los adolescentes que experimentan un evento de salud de este tipo. Existe evidencia de que los adolescentes a menudo no utilizan los servicios de salud mental, por lo que estos esfuerzos deben considerar cómo conectar con éxito a los adolescentes identificados con la atención que necesitan. Por lo tanto, considerando la carga de salud mental experimentada por los adolescentes, ahora es necesario desarrollar, implementar y evaluar servicios apropiados para apoyar a la población adolescente. Del mismo modo, la información y los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser accesibles para que los adolescentes aborden sus necesidades y ayuden a prevenir resultados no deseados que podrían tener consecuencias para su salud mental. Por lo tanto, se recomienda que la atención de salud mental se considere parte integral de la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva desde los servicios de atención primaria de salud en unidades de atención de salud de primer nivel (14). Excepcionalmente, los servicios municipales de salud de Solidaridad cuentan en sus centros de salud, entre otros, (Odontología y Nutrición) con el servicio de Psicología disponible sin costo alguno para todos los usuarios de estos centros de salud, solo sería necesario crear programas específicos y dirigidos contra este problema sociocultural.

Entretenimiento-Educación (EE) es un enfoque de intervención que ha demostrado mejorar la salud sexual y reproductiva en adolescentes y adultos jóvenes, incluyendo el conocimiento, el comportamiento (por ejemplo, el uso del condón) y las pruebas necesarias para el manejo de las enfermedades

de transmisión sexual. EE capitaliza el valor del entretenimiento y las intervenciones al involucrar al público en las historias de personajes que transmiten mensajes de salud para modelar comportamientos saludables. En los Estados Unidos, varias series de televisión o telenovelas se han centrado en la juventud, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y la planificación familiar. De tal manera que la televisión de entretenimiento puede ayudar a la dispersión de información sobre temas educativos entre ellos sobre educación sexual, sin embargo, es necesario que este medio de información y entretenimiento sea más utilizado y permanentemente en estos temas educativos. En nuestro grupo analizado no hubo ETS.

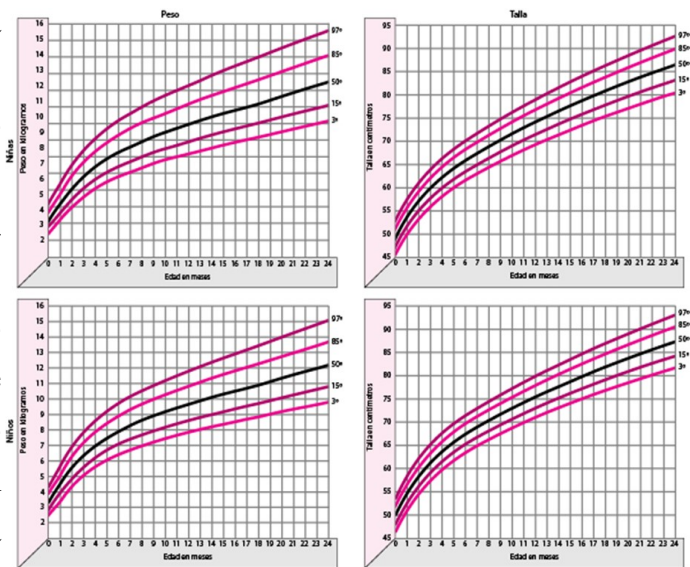
Montoya JA et al. (15) realizaron un estudio que sugiere que la audiencia de una telenovela entretenida y educativa de alta calidad reportada por una extensa investigación formativa está relacionada con los resultados de salud de los adolescentes y la comunicación de SSR entre padres y adolescentes en todo el país en México. La educación entretenida sigue siendo una estrategia de salud pública infrutilizada a pesar de su promesa de involucrar a los espectadores y fomentar comportamientos saludables. Del mismo modo, los medios impresos como periódicos, revistas de entretenimiento, radio e internet aún no tienen un peso importante en la difusión de temas sobre salud sexual y reproducción adolescente en las comunidades de nuestro país a pesar del alto impacto que tienen en la sociedad moderna.

CONCLUSIONES. Encontramos como Factores de Riesgo Maternos sólo dos factores: 100% (FR<17 años) y 86% falta de control de la natalidad. Como factores de riesgo fetal tres casos (23%) al nacer por cesárea. Con respecto a los otros facto-

res de riesgo materno-fetal, no ocurrieron en pacientes de este grupo etario. Parece que las madres adolescentes tempranas pueden tener embarazos de bajo riesgo en este hospital biológicamente, aunque no sociológicamente.

Según la OMS el peso normal de un recién nacido en promedio debe ser de 3,200 kg y en nuestra casuística el promedio fue de 2,747 kg, lo cual es un factor de riesgo en adolescentes embarazadas tempranas, pero recordemos que el fenotipo de la mujer del sureste mexicano es de baja estatura y peso, lo que podría explicar esta pérdida de peso de 450 gramos en recién nacidos de este grupo de edad y el intervalo de confianza observado alcanza valores consistentes con el peso promedio de la OMS (Figura 1).

Figura 1. Tablas de peso y talla del recién nacido hasta los 12 meses de edad



Adaptado de la publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Conflictos de intereses: Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Consentimiento para la publicación. No aplica.

Fondos. No aplica.

REFERENCES

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy. 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. Accessed 28 Apr 2023.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Fertility among young adolescents aged 10 to 14 years. New York: UNDESA, PD, 2020.
3. Mejía JR, Quincho-Estares AJ, Flores-Rondón AJ, et al. Determinants of adolescent pregnancy in indigenous communities from the Peruvian central jungle: a case-control study. *Reprod Health*. 2021; 18:203. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01247-z>
4. Braverman-Bronstein A, Vidaña-Pérez D, Ortigoza AF, et al. Adolescent birth rates and the urban social environment in 363 Latin American cities. *BMJ Global Health*. 2022; 7:e009737. Doi: 10.1136/bmjgh-2022-009737
5. Ahinkorah BO, Hagan JE Jr, Seidu A-A, Budu E, Hormenu T, Mintah JK, et al. Access to Adolescent Pregnancy Prevention Information and Services in Ghana: A Community-Based Case-Control Study. *Front Public Health*. 2019; 7:382. Doi: 10.3389/fpubh.2019.00382
6. Crooks R, Bedwell C, Lavender T. Adolescent experiences of pregnancy in low and middle income countries: a meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022; 22:702 <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05022-1>
7. Darney BG, Fuentes-Rivera E, Saavedra-Avendaño B, et al. Preventing first births among adolescents in Mexico City's public abortion programme. *BMJ Sex Reprod Health*. 2021; 47:e9.
8. Espinoza C, Samandari G, Andersen K. Abortion knowledge, attitudes and experiences among adolescent girls: a review of the literature. *Sexual Reprod Health Matters*. 2020; 28(1):175–95.
9. Ramírez-Villalobos D, Monterubio-Flores EA, González-Vázquez TT, et al. Delaying sexual onset: outcome of a comprehensive sexuality education initiative for adolescents in public schools. *BMC Public Health*. 2021; 21:1439. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11388-2>
10. Decker MJ, Pineda N, Gutmann-González A, Brindis CD. Youth-centered maternity care: a binational qualitative comparison of the experiences and perspectives of Latina adolescents and healthcare providers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21:349 <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03831-4>
11. Sámano R, Martínez-Rojano H, Chico-Barba G, et al. Sociodemographic Factors Associated with the Knowledge and Use of Birth Control Methods in Adolescents before and after Pregnancy. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16: 1022; doi: 10.3390/ijerph16061022
12. Küng SA, Saavedra-Avendaño B, Aldaz-Vélez E, et al. Factors Associated with Support for Adolescent Access to Contraception Among Mexican Catholic Parents. *J Religion Health*. 2021; 60:1600-12 <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01186-w>
13. McDermott ER, Jahromi LB, Umaña-Taylor AJ, Martinez-Fuentes S, Jones SM, Updegraff KA. Mexican-Origin Adolescent Mothers' Economic Contexts, Educational Re-

-
- Engagement, and their Children's School Readiness Child Dev. 2021 July; 92(4): e513–e530. doi:10.1111/cdev.13514.
14. Vanderkruik R, Gonsalves L, Kapustianyk G, Allen T, Say L. Mental health of adolescents associated with sexual and reproductive outcomes: a systematic review. Bull World Health Organ 2021; 99:359-73. Doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.254144>
15. Montoya JA, Plant A, Neffa-Creech D, Orvañanos C, Barker K. Overcome the Fear (Vencer el Miedo): using entertainment education to impact adolescent sexual and reproductive health and parent-child communication in Mexico. BMC Public Health. 2022; 22:2366 <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14853-8>.