

Un análisis comparado del embarazo adolescente en Colombia y América Latina.

Metanálisis de literatura en Latinoamérica

Isabel Restrepo Cardona

Asesora: PhD. María Natalia Cantet

Resumen

El embarazo adolescente, como problema de salud pública, debe entenderse desde sus determinantes para poder actuar para prevenirlo desde las causas. El presente trabajo revisa de forma sistemática treinta y nueve documentos académicos encontrando que entre los determinantes con mayor trascendencia se encuentran el nivel de educación de las madres, el acceso a información y servicios de salud reproductiva, la pobreza, la relación con los pares y la orfandad son factores que contribuyen fuertemente a la ocurrencia del embarazo adolescente en Colombia y América Latina. Entre las consecuencias del embarazo temprano resaltan la perpetuación de los ciclos de pobreza, el abandono escolar, el precario acceso al mercado laboral y a trabajos de calidad y bien remunerados y mayores tasas de muerte materna e infantil.

Palabras clave: embarazo adolescente, educación, salud, pobreza, familia, pares, Colombia.

Escuela de Economía y Finanzas

Universidad EAFIT

Trabajo de grado

Medellín

2021

Introducción	2
Metodología	4
Criterios de elegibilidad	4
Selección de estudios y extracción de datos	4
Resultados	6
Determinantes	6
Educación	6
Acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva	7
Pobreza	7
Pares	7
Composición y relaciones familiares	8
Consecuencias	9
Discusión general	12
Conclusiones	14
Referencias	15
Tabla 1: Principales determinantes del embarazo adolescente en América Latina	20

1. Introducción

El embarazo en la adolescencia, entendido por la Organización Panamericana de la Salud (2018) como aquel que se presenta entre los 10 y los 19 años, es considerado como un problema de salud pública que afecta en mayor medida a los países en desarrollo como los de América Latina y el Caribe donde la tasa de fecundidad adolescente es la segunda más alta del mundo, solo superada por el África Subsahariana y los avances, aunque positivos, son lentos (OPS, UNICEF & UNFPA, 2018). Pasando de 106,24 nacimientos por cada mil mujeres en 1960, a una tasa de 61 por cada mil en 2019 (Banco Mundial, 2021). Las cifras en Colombia son también alarmantes, con 64 nacimientos en adolescentes por cada mil mujeres (Banco Mundial, 2021).

El objetivo principal de este metaanálisis *será definir* los determinantes y consecuencias del embarazo adolescente y si son comparables en Colombia y los demás países de América Latina desde 1990 hasta 2020, con el uso de la metodología cualitativa del metanálisis y específicamente lograr *describir* los determinantes y consecuencias del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe y en Colombia, *identificando* puntos comunes por medio de la *construcción* de un listado de hechos estilizados del embarazo adolescente e *identificar* y *explicar* dónde está Colombia comparado con América Latina y el Caribe.

El presente trabajo se abordará desde la metodología del metaanálisis puesto que esta permite “aumentar la interpretación de los resultados de estudios cualitativos generando impacto en la asistencia, la investigación y dando respuesta a los problemas de la práctica” (Carrillo-González et al., 2007). Así, a través de la revisión y síntesis de numerosas investigaciones anteriores, construir “una interpretación nueva e integrativa de los hallazgos, que aporte mucho más que los resultados individuales de cada investigación” (Gálvez, 2003, como se citó en Carrillo-González et al., 2007).

La selección de esta metodología específica permitirá no solo obtener una nueva interpretación de los estudios ya realizados, sino también encontrar buenas prácticas realizadas en la región para enfrentar la problemática, así como obtener insumos útiles para la puesta en marcha de políticas públicas a nivel nacional y local.

Siguiendo estos lineamientos, se resolverán los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son los determinantes y consecuencias del embarazo adolescente? y ¿Los determinantes y las consecuencias del embarazo adolescente en Colombia responden a patrones similares que en América Latina y el Caribe?

Según la Red Cochrane (s.f), el metanálisis es la combinación de los resultados de dos o más estudios separados, lo que permite mejorar la precisión y darle solución a preguntas que no son incluidas de forma individual; siempre que se realice una “excelente, exhaustiva y rigurosa revisión sistemática, que en conjunto servirá como fuente de información, generadora de nuevas ideas” (García-Perdomo & Tobías, 2016, p. 152).

La toma de decisiones en salud pública se apoya constantemente en revisiones sistemáticas de literatura y se han desarrollado herramientas diversas de metanálisis que permitan realizar comparaciones que no se han realizado antes de forma directa en estudios específicos o individuales. Los estudios conocidos como metanálisis en red “permite tener en cuenta todos los estudios disponibles y partir de allí, hacer comparaciones frente a un elemento en común para estimar el efecto de una intervención de manera indirecta” (García-Perdomo & Tobías, 2016, p. 149).

Así, se dispone de diversas herramientas analíticas que permiten hacer el estudio comparado del embarazo adolescente como problema de salud pública y finalmente conocer las intervenciones más efectivas que han sido adoptadas en la región para prevenirlo desde las causas. Lo que hace fundamental conocer y definir si los determinantes y consecuencias del embarazo adolescente en Colombia pueden ser comparadas y tratadas de forma similar como en esos casos específicos de países con buenas prácticas aprobadas por la OMS y otros organismos internacionales.

Según Murad-Rivera et al. (2018) en Colombia “la pobreza, el nivel de escolaridad, la falta de acceso a servicios de anticoncepción y el limitado uso de la información y educación en salud sexual y reproductiva, así como la falta de oportunidades y de realización personal de las niñas, niños y adolescentes” (p.3) contribuyen fuertemente a la ocurrencia del embarazo adolescente.

En el país, además de los determinantes mencionados, el embarazo temprano trae como consecuencia para los individuos la perpetuación de los ciclos de pobreza, el abandono escolar, el precario acceso al mercado laboral y a trabajos de calidad y bien remunerados y mayores tasas de muerte materna e infantil, comparado con mujeres que fueron madres después de los 20 años. Adicionalmente, se evidencian consecuencias irreversibles también para las sociedades, sabiendo que “Si el Estado colombiano previniera el embarazo en la adolescencia se ahorraría hasta \$12.045 millones de pesos al año, el equivalente a 4 millones de dólares, solamente considerando el gasto en el régimen contributivo” (UNFPA, 2020).

2. Metodología

2.1. Criterios de elegibilidad

En el presente metanálisis se incluyeron trabajos publicados entre enero de 1990 y diciembre de 2020 que cumplieran con tres criterios de elegibilidad: (i) que fueran trabajos originales publicados en inglés o español; (ii) que los estudios fueran llevados a cabo en países de América Latina y el Caribe o a nivel regional (se incluyen documentos de otros países en desarrollo solo cuando otorgan información ampliamente aceptada de forma general y que no ha sido estudiada a nivel regional), (iii) que los trabajos se encuentren publicados en bases de datos académicas y/o por el Sistema de Naciones Unidas y (iv) que los resultados de los trabajos incluyan cálculos cuantitativos que permitan hacer comparaciones entre estudios y países.

2.2. Selección de estudios y extracción de datos

Se definió que los términos de búsqueda fueran combinaciones de las palabras “embarazo adolescente”, “fertilidad adolescente”, “maternidad adolescente”, “determinantes”, “consecuencias”, “políticas públicas”, “salud pública”, “Latinoamérica y el caribe”. Posteriormente se revisaron los títulos y resúmenes de cada trabajo y se eliminaron los duplicados y aquellos que no cumplían con los criterios de elegibilidad.

En una plantilla definida, se incluyeron de forma independiente todos los trabajos seleccionados y se especificó su metodología, objetivos, ubicación, periodo de tiempo y los resultados. Finalmente se compararon los datos entregados por cada estudio y sus resultados y se definieron los artículos finales a incluir.

Luego de aplicar los criterios de elegibilidad, para esta revisión de literatura y su posterior análisis se seguirán los pasos indicados por la Biblioteca Cochrane (2017) para la construcción de un metanálisis. En primer lugar, se identifican las comparaciones a realizar, luego se identifican se extraen los datos relevantes y se combinan los resultados para así obtener también las diferencias y finalmente interpretar los resultados.

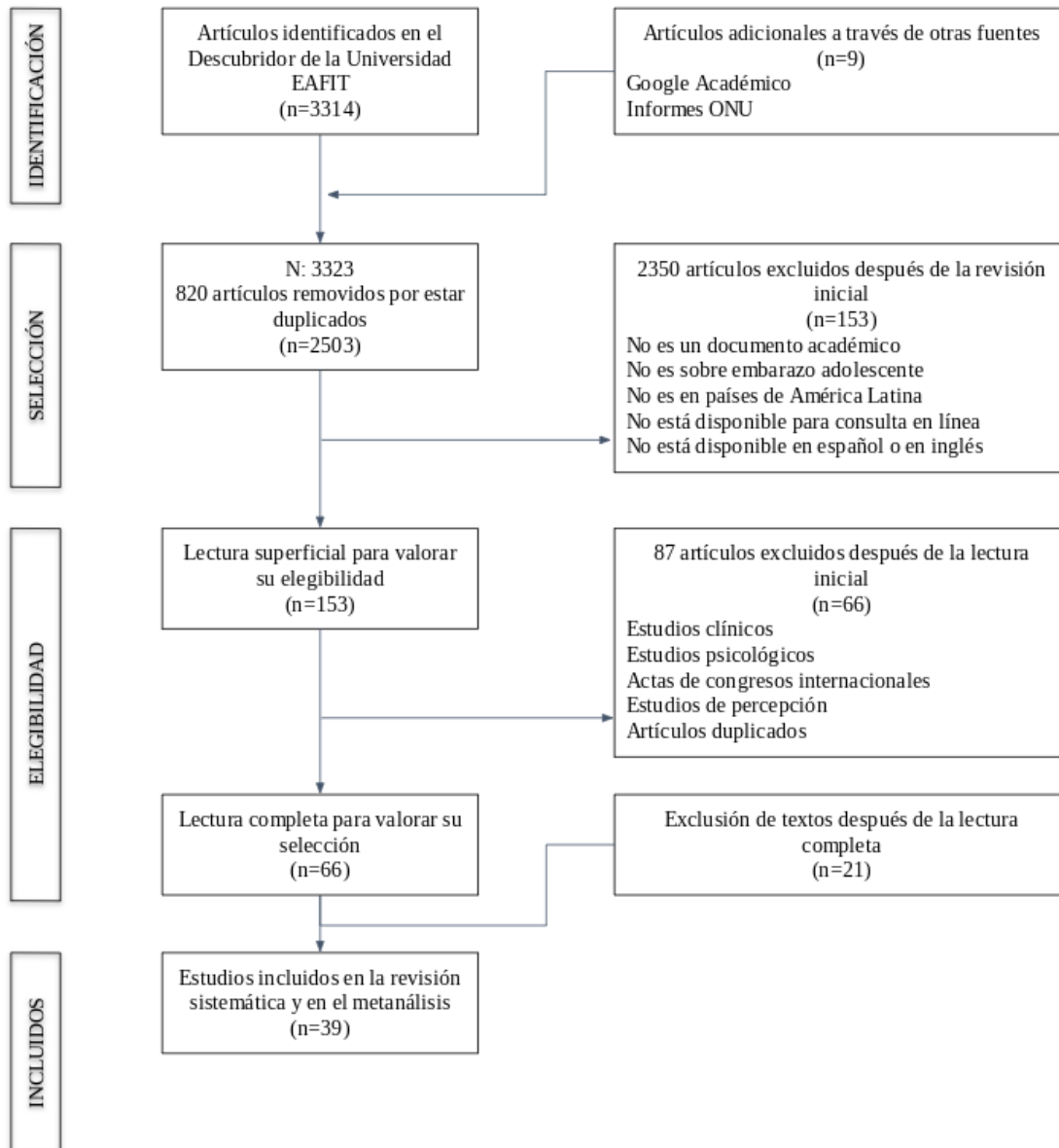


Gráfico 1: flujograma de selección de literatura. Elaboración propia.

3. Resultados

3.1. Determinantes

El embarazo en la adolescencia es un reflejo de diversos factores individuales, relacionales y sociales que interactúan entre sí y contribuyen a una mayor vulnerabilidad y un menor acceso a la información, los servicios e insumos, incluidos métodos anticonceptivos (OPS & UNFPA, 2020, p. 2). En Latinoamérica, los principales determinantes del embarazo adolescente son el nivel de educación de las madres, el acceso a información y servicios de salud reproductiva, la pobreza, la relación con los pares en los entornos frecuentados por las adolescentes y la composición familiar.

3.1.1. Educación

En América Latina, las niñas con niveles de escolaridad más bajos “tienden a llevar una carga desproporcionada del embarazo temprano” (OPS & UNFPA, 2020). El Fondo de Población de Naciones Unidas (2020) ha encontrado que en Colombia las mujeres con un nivel de escolaridad inferior a 5 años presentan una proporción 3,2 veces mayor de haber tenido un hijo en la adolescencia frente aquellas con 12 a 14 años de escolaridad.

Según Pinzón-Rondón et al. (2018), las adolescentes sin educación o que solo han alcanzado estudios primarios tienen una probabilidad 7.85 veces mayor de quedar embarazadas que aquellas con educación universitaria en Colombia. Esta relación se reduce cuando las adolescentes alcanzan el nivel de secundaria, pero sigue ubicándose en 2.67 veces más posibilidades que aquellas con educación superior.

En México, Villalobos-Hernández et al. (2015), observaron en un grupo de más de 1000 adolescentes que “el asistir a la escuela disminuye en 50% las posibilidades de haber presentado embarazos previos” (p. 138). A nivel general en México, la tasa de fecundidad adolescente en las menores desescolarizadas alcanza los 180 nacimientos por cada 1000 nacidos vivos, frente a una tasa de 60 por cada mil en las adolescentes escolarizadas. Por su parte, en Chile se ha estimado que por cada año adicional de escolaridad promedio de las adolescentes en una sociedad, disminuye en un 0,4% la tasa de fecundidad adolescente (Lavanderos et al., 2019).

3.1.2. Acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva

Las necesidades insatisfechas de anticonceptivos modernos y el desconocimiento sobre su uso y sus efectos es un factor determinante en el embarazo temprano. La posibilidad de acceder a información sobre salud sexual y reproductiva, a métodos de anticoncepción y a servicios en salud en general retrasa el embarazo en la adolescencia, lo que permitiría afirmar que las niñas y adolescentes en la ruralidad son más propensas a tener un embarazo temprano, ligado también al nivel de pobreza de las zonas rurales colombiana y latinoamericana.

Carvajal Barona et al. (2017), halló una prevalencia 4.7 veces mayor de embarazo temprano en Buenaventura, Colombia, en aquellas adolescentes que no acceden a servicios para informarse sobre métodos de planificación familiar (p. 283). Un estudio de casos y controles realizado en Ciudad Juárez, México arrojó como resultado principal que la no utilización de métodos anticonceptivos modernos se asoció con los embarazos adolescentes en una razón 2.78 veces mayor que en las menores que si los utilizan. En el mismo sentido, no acceder a servicios médicos aumenta las probabilidades de embarazo en casi un 70% (Acosta-Varela & Cárdenas-Ayala).

3.1.3. Pobreza

En América Latina, el embarazo adolescente “es mucho más frecuente entre las personas que se ubican en los quintiles de ingresos más bajos, pasando a formar parte del círculo de transmisión intergeneracional de la pobreza” (UNFPA, 2020, p. 7).

Siguiendo a Pinzón-Rondón et al. (2019), en Colombia las adolescentes en el quintil más pobre tienen una propensión al embarazo temprano 6.21 veces mayor que aquellas en el quintil más rico. Lavanderos et al. (2019), afirmó que un aumento de un punto en la pobreza comunal aumenta en un 17% la fecundidad adolescente en diferentes comunas chilenas. En Guatemala, el 67% de las familias de las madres adolescentes tienen problemas económicos, lo que impide que las menores puedan controlar sus propios planes de vida y optar por un desarrollo académico y laboral (Chávez Mazariegos, 2014, p. 68).

3.1.4. Pares

En cuanto a los pares, se puede inferir que, las niñas y adolescentes que comparten espacios con otros niños y adolescentes de edades similares retrasan la edad de los embarazos de forma colectiva, mientras aquellas niñas y adolescente que se encuentran en espacios con

adolescentes y jóvenes mayores anticipan el inicio de la vida sexual y la concepción, asimilándose a sus compañeras más cercanas.

Asimismo, específicamente en Buenaventura, la influencia de los pares tiene un peso significativo en la prevalencia de los embarazos adolescentes. Un estudio preliminar realizado por la Universidad Industrial de Santander indicó que el 69% de los embarazos adolescentes estuvieron asociados a la presión recibida por las menores para el inicio de la vida sexual. En esta misma línea, las adolescentes que conviven con amigas que en su mayoría utilizan métodos anticonceptivos tienen un 9 por ciento más probabilidades de quedar embarazadas frente a aquellas cuyas amigas acceden todas a métodos anticonceptivos modernos; y la prevalencia se hace aún mayor (26% más posibilidades) cuando solo algunas los utilizan (Carvajal Barona et al., 2017, p. 283).

Murad-Rivera et al. (2018), encontró que en Colombia existe un alto porcentaje de embarazo adolescente (28%) entre aquellas menores cuyas amigas o pares ya iniciaron relaciones sexuales.

3.1.5. Composición y relaciones familiares

Las familias nucleares son consideradas un factor protector del embarazo temprano a nivel regional. Las adolescentes que viven en familias monoparentales, principalmente en la ruralidad, tienden a no tener la posibilidad de decidir autónomamente sobre las labores que realizan en el hogar o tienen una alta carga de responsabilidades familiares; lo que las motiva a formar hogares de manera precoz con sus parejas, aumentando las posibilidades de embarazo temprano en un 90.7% comparado con aquellas menores que viven en hogares nucleares (Pinzón-Rondón et al., 2019).

En este mismo sentido, según un estudio realizado por Profamilia en Colombia, el 52% de las mujeres que fueron madres en la adolescencia son a su vez hijas de madres adolescentes (Murad-Rivera et al., 2018).

Por otra parte, un estudio de corte transversal realizado en Trujillo, Perú arrojó como hallazgo principal que la funcionalidad familiar y la situación sentimental de los padres de la adolescente presentan un riesgo moderado para los embarazos tempranos, significando que aquellas adolescentes que habitan en hogares disfuncionales o con padres separados y/o divorciados tienen una posibilidad 4.24 veces mayor de tener un hijo en la adolescencia que

aquellas que conviven con padres en relaciones estables (Castañeda Paredes & Santa-Cruz-Espinosa, 2021, p. 112).

3.2. Consecuencias

El embarazo temprano, como ya se mencionó, afecta no solo a las adolescentes que lo viven sino también a las comunidades en las que ellas se desenvuelven. Las niñas y adolescentes embarazadas tienen más probabilidades de tener un embarazo y parto de riesgo e incluso de fallecer durante el mismo. Según el Fondo de Población de Naciones Unidas (2020), en Colombia se pierden anualmente 4.991 años de vida potencial por muertes maternas en adolescentes. Asimismo, los niños nacidos de madres adolescentes tienden a tener un menor peso al nacer y a sufrir de desnutrición crónica (retraso en talla para la edad) y otras condiciones que minan el desarrollo normal de los niños.

El embarazo adolescente puede ser considerado también como una trampa de pobreza. Las mujeres que son madres a temprana edad abandonan su educación y por tanto se disminuye su capacidad de encontrar trabajos de calidad y de generar ingresos (UNFPA, 2020).

En un estudio publicado por la revista *Demographic Research* en 2015, Urdinola y Ospino (2015) encontraron que ser madre adolescente en Colombia aumenta las posibilidades de tener un trabajo de baja calidad y las estimaciones sugieren que entre más temprano se del primer embarazo, mayor es el efecto (p. 1505). En este mismo sentido, en el Perú, “en las adolescentes más pobres el embarazo llevará a conseguir un empleo a edades más tempranas, y bajo malas condiciones laborales” (Mendoza & Subiría, 2013, p. 475).

Otra consecuencia de importante análisis es el aumento de la vulnerabilidad a casos intensos de violencia doméstica que sufren las madres adolescentes y sus hijos, situación que puede deberse a una autopercepción negativa de las adolescentes que las hace más vulnerables a emparejarse con compañeros abusivos (Urdinola y Ospino, 2015, p. 1507).

Aunque se ha mencionado ya la deserción escolar como un determinante del embarazo adolescente, Mendoza y Subiría (2013) lograron establecer que se trata de un factor en doble vía. “El embarazo lleva a la deserción escolar, mientras que una educación de mala calidad desalienta la continuidad en la escuela” (p. 474), reforzando la posibilidad de ser madres en la adolescencia.

Estudios diversos en Colombia, Cuba, Perú y México demuestran que los embarazos en la adolescencia están relacionados con dificultades para la salud tanto de las madres como de los hijos de las menores. En Cuba, las malformaciones fetales, la anemia y el parto pretérmino se asociaron con los embarazos adolescentes en mayor medida (González Pérez, et al., 2021, p. 5). En Colombia los embarazos adolescentes son causal de bajo peso materno y gestacional y baja talla en los recién nacidos (Restrepo-Mesa et al., 2015, pp. 1303-1304). En el Perú existe evidencia de “una importante diferencia entre las madres adolescentes y las adultas en términos de peso del recién nacido, más aún en la adolescencia temprana” (Mendoza y Subiría, 2013, p. 475). En México, existen diferencias significativas en la prevalencia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses entre las madres adultas (33.1%) y las adolescentes (20.6%) y así mismo “se observa una mayor proporción de niños y niñas de 24 a 35 meses con esquema completo de vacunación entre aquéllos con madre adulta (50.3%), comparado con los de madre adolescente (36.6%)” (Hubert et al., 2021, p. 511).

El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) entregó en septiembre de 2020 un informe donde, después de aplicar la metodología Milena, estableció las afectaciones en las dimensiones de participación laboral, ingresos laborales, educación, salud pública y recaudo fiscal. Con esto se logró medir las consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana enfocados en las pérdidas económicas generadas por la falta de oportunidades y la incapacidad de generar valor productivo, ligado a su vez a las acciones o inacciones de los individuos y del Estado (UNFPA, 2020, p. 44).

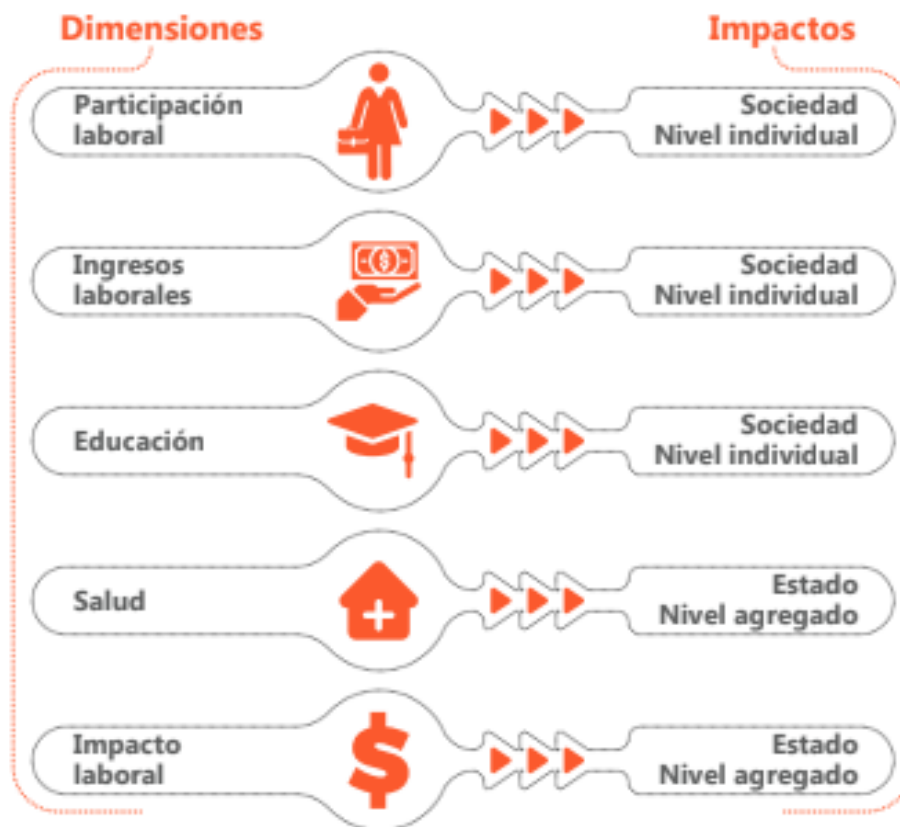


Imagen 1: Dimensiones Metodología Milena 1.0 y nivel de sus impactos. Fuente: UNFPA, 2018, como se citó en UNFPA, 2020, p. 44.

En el país encontramos entonces una brecha sustancial en el mercado laboral entre las mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia y las que postergan la maternidad para la edad adulta joven, indicando que las madres adolescentes se encuentran un 38.2% más afectadas por el desempleo (UNFPA, 2020, p. 25), significando además en una pérdida de ingresos anuales “equivalente a 1,1 millones de millones de pesos colombianos durante 2018, lo que equivale a 377 millones de dólares” (p. 26). En esta misma línea, las mujeres que fueron madres en la adolescencia perciben un 23% menos ingresos que aquellas que postergan su maternidad (p. 27).

En la dimensión educativa, se estima que solo el 13.8% de las mujeres que fueron madres en la adolescencia consiguieron alcanzar niveles de estudio superiores a la secundaria, frente a un 28.5% en las mujeres que postergan su maternidad para después de los 20 años. Y sabiendo que el nivel educativo determinará en gran medida los ingresos percibidos, se encuentra una brecha cuantificada en 7.3 veces más ingresos para mujeres con formación a nivel de posgrado frente a quienes sólo alcanzaron la primaria (UNFPA, 2020, pp. 28-29)

En el impacto agregado del Estado se encuentran afectadas las dimensiones del gasto en salud pública y de recaudo fiscal implicando una pérdida anual de recursos que el UNFPA (2020) identificó así:

Si el Estado colombiano previniera el embarazo en la adolescencia se ahorraría hasta \$12.045 millones de pesos al año, el equivalente a 4 millones de dólares, solamente considerando el gasto en el régimen contributivo.

(Adicionalmente) [...] los ingresos fiscales por impuestos no percibidos tanto por concepto del IVA como por los del impuesto a la renta ascienden a 179 mil millones de pesos, aproximadamente 60.5 millones de dólares (pp. 31-33).

4. Discusión general

En la tabla 1 (ver al final), se relacionan los resultados encontrados en estudios realizados en 16 países de América Latina donde se evidencia que los determinantes mencionados en esta sección son en efecto las causas más frecuentes de los embarazos adolescentes en la región. La falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, tanto a métodos anticonceptivos directamente como a servicios de salud amigables para los adolescentes es la causa dominante. En segundo lugar, se encuentra que las menores desescolarizadas, con rezago escolar o bajo nivel educativo se encuentran más expuestas a enfrentarse a la maternidad temprana que otras adolescentes con condiciones similares pero escolarizadas y con alto nivel educativo.

Es también de especial atención, las relaciones de las adolescentes con sus padres y la composición familiar de los hogares. Distintos investigadores han demostrado que una comunicación precaria con los padres puede dificultar el acceso de las adolescentes a información sobre métodos anticonceptivos y de salud sexual y reproductiva. De igual manera, las menores que conviven con padres agresores o abusivos tienden a buscar otros proyectos de vida que les permitan alejarse de su agresor y en un alto número de casos esto termina en uniones tempranas que es a su vez una importante causa de los embarazos tempranos en América Latina.

La pobreza es un factor que se repite también a lo largo de la región cuando se habla de embarazo adolescente y que además puede significar el inicio de un efecto bola de nieve que desencadena un importante número de determinantes adicionales como lo son el

hacinamiento, el desplazamiento forzado, no contar con servicios de saneamiento básico, pertenecer al régimen subsidiado de salud, vivir en comunidades marginadas y no tener un proyecto de vida o aspiraciones futuras; minando las oportunidades de las adolescentes, imposibilitando el acceso a servicios y métodos de planificación familiar, obligándolas a abandonar los estudios para trabajar y aportar a sus familias y finalmente exponiéndolas a los embarazos tempranos.

Estos estudios demuestran también que el embarazo en la adolescencia en la región se ve fuertemente determinado por la influencia de los pares en la vida de las adolescentes; pudiendo acelerar o frenar el inicio de las relaciones sexuales y ampliar desmentir los mitos sobre los efectos negativos de los métodos anticonceptivos en función de la instrucción y las prácticas de las amigas y amigos de cada adolescente.

Asimismo, es posible observar otro número de determinantes que, aunque no se repiten de forma constante también podrían ser merecedores de análisis posteriores como lo son ser víctima de violencia sexual, los estereotipos de género, el consumo de sustancias psicoactivas y las sensaciones de falsa seguridad de las adolescentes expuestas.

Finalmente, habiendo encontrado entonces amplias similitudes en los determinantes del embarazo adolescente en América Latina, es posible determinar que, guardando las proporciones requeridas, es posible y pertinente replicar en Colombia los programas y políticas públicas exitosos que han sido aplicados en otros países de la región como Chile, Uruguay y Costa Rica.

CHILE	URUGUAY	COSTA RICA
<p>51% menos partos de madres menores de 19 años entre 2000 y 2017.</p> <p>El plan de Chile para alcanzar la meta de reducir un 10% la tasa de fecundidad adolescente para 2020 se dividió en 5 puntos focales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formación de los trabajadores sanitarios. 2. Creación de espacios adecuados para las 	<p>Disminuyó la Tasa de Fecundidad adolescente en un 50% de 2016 a 2018, pasando de 72 a 36 nacimientos por cada mil adolescentes.</p> <p>Esto fue posible por el compromiso político del gobierno y la implementación de un marco legal progresista para la prevención del embarazo y para garantizar el derecho a la salud obstetricia.</p>	<p>Observó la caída de la tasa de natalidad en adolescentes de 29.8% a 21.5% entre 2013 y 2018 obedeciendo a una serie de factores dispuestos para ese fin:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Introducción de la educación sobre sexualidad en el currículo escolar en el 2013. 2. Intervenciones para retener a las adolescentes

<p>adolescentes en los centros de atención primaria.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Promoción de una gama de métodos anticonceptivos. 4. Mejora del primer contacto y la derivación. 5. Apoyo para evitar el abandono escolar y fomentar la reinserción de las adolescentes embarazadas y madres (Chandra-Mouli et al., 2019). 	<p>Entre las leyes implementadas se encuentran:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ley sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva. 2. Política Nacional de salud sexual y reproductiva. 3. Estrategia intersectorial de educación sobre sexualidad. 4. Introducción de los implantes anticonceptivos, ampliando la combinación de métodos anticonceptivos y promoviendo el derecho a la libertad de decidir (OPS, 2020, p. 4). 	<p>embarazadas en el sistema educativo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mayor disponibilidad de opciones anticonceptivas, incluidos los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración. 4. Distribución de anticonceptivos en el posparto y tras un aborto para evitar un nuevo embarazo. 5. Fortalecimiento de la respuesta contra la violencia sexual (OPS, 2020, p. 5).
--	--	--

Tabla 2: Buenas prácticas para reducir el embarazo adolescente. elaboración propia.

5. Conclusiones

Para concluir, se encontraron puntos comunes en la revisión de literatura a nivel de Latinoamérica, permitiendo afirmar de forma general que, aunque el embarazo adolescente es una problemática que debe evaluarse de forma específica para cada contexto. Existen patrones que se repiten constantemente en la región que han facilitado que la problemática se replique en el tiempo pero que representan además las ventanas de oportunidad para atacar este problema de salud pública desde sus causas e iniciar un camino constante en la disminución de las tasas de fecundidad y finalmente del embarazo adolescente.

Se encuentran además determinadas acciones que han tenido un impacto positivo en la reducción de las tasas de nacimientos en ciertos países de la región que se enfocan principalmente en fortalecer la continuidad en la educación y garantizar el acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud adecuados y amigables con los adolescentes. Así enfrentan de forma directa los determinantes del embarazo adolescente sin enfocarse en la problemática como tal sino mejor en sus causas, logrando el objetivo en cuanto a tasas de

fecundidad y avanzando de forma prioritaria en la disminución de la pobreza, evitando caer en ciclos de pobreza que se reproducen junto con el embarazo a edades tempranas.

Sumado a lo anterior, estas estrategias evitan la pérdida de vidas humanas y de capital financiero, ahorrándole a los países importantes sumas de dinero destinadas a atender la problemática y aumentando sus ingresos fiscales y el desarrollo económico que se refleja cuando las mujeres alcanzan los niveles socioeconómicos esperados para todos los individuos, sin dejar a nadie atrás.

Referencias

- Acosta-Varela, M. E., & Cárdenas-Ayala, V. M. (2012). El embarazo en adolescentes. Factores socioculturales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(4), 371-374. Obtenido de <https://bit.ly/3bIk8Sy>
- Aguía-rojas, K., Gallego-Ardila, A. D., Estrada Bonilla, M. V., & Rodríguez-Niño, J. N. (2020). Individual and Contextual Factors Associated with Teenage Pregnancy in Colombia: A Multilevel Analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 24, 1376-1386. doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02997-1>
- Albornoz-Arias, N., Mazuera-Arias, R., Carreño-Paredes, M.-T., Vivas-Garcías, M., Cuberos, M.-A., Ramírez-Martínez, C., . . . Bermúdez, V. (2019). Influencia de la educación sexual en la maternidad adolescente en el Departamento Norte de Santander, Colombia. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(1), 82-91. Obtenido de <https://bit.ly/2YoZeoC>
- Ariza Riaño, N. E., Valderrama Sanabria, M. L., & Ospino Díaz, J. M. (2014). Caracterización del embarazo adolescente en dos ciudades de Boyacá, Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 42, 154-163. Obtenido de <https://bit.ly/3GUU7hi>
- Atienzo, E. E., Campero, L., Lozada, A. L., & Herrera, C. (2014). Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. *Salud Pública México*, 56(3), 286-295. Obtenido de <https://bit.ly/3mOaDre>
- Banco Mundial. (s.f.). *Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad) - Colombia, Latin America & Caribbean*. Recuperado el 15 de agosto de 2021, de Banco Mundial: <https://bit.ly/3GQGTIP>

- Binstock, G., & Näslund-Hadley, E. (2010). Iniciación sexual, asistencia escolar y embarazo adolescente en sectores populares de Asunción: una aproximación cualitativa. *Debates en Sociología*(35), 45-67. Obtenido de <https://bit.ly/3q9k3Qb>
- Bombino Campanioni, Y., & Quintana Llanio, L. (2015). Ser madre adolescente: "una experiencia bonita pero complicada". Estudio de casos en Barinas, 2012. *Novedades en Población*, 11(21), 78-88. Obtenido de <https://bit.ly/3kdohTb>
- Caffe, S., Plesons, M., Camacho, A. V., Brumana, L., Abdool, S. N., Huaynoca, S., . . . Chandra-Mouli, V. (2017). Looking back and moving forward: can we accelerate progress on adolescent pregnancy in the Americas? *Reproductive Health*, 1-8. doi:10.1186/s12978-017-0345-y
- Carrillo-González, G. M., Gómez-Ramírez, O. J., & Vargas-Rosero, E. (Diciembre de 2007). La Metasíntesis: una Metodología de Investigación. *Revista de Salud Pública*, 9(4), 609-617. Obtenido de <https://bit.ly/3EPIHe8>
- Carvajal Barona, R., Valencia Oliveros, H. L., & Rodríguez Amaya, R. M. (2017). Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 49(2), 278-288. doi:<http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n2-2017001>
- Castañeda Paredes , J., & Santa-Cruz-Espinosa, H. (2021). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enfermería Global*, 20(2), 109-128. doi:<https://doi.org/10.6018/eglobal.438711>
- Castillo Rodríguez, J. (2021). factores asociados al embarazo adolescente en menores de 15 años, San Miguelito, Panamá, 2014-2018. *Ciencia Latina. Revista Multidisciplinar*, 5(3), 2847-2855. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i3.493
- Chavez Mazariegos, M. J. (2014). *Factores que inciden en embarazos de las madres adolescentes del municipio de Chahal*. Obtenido de Universidad de Sancarlos de Guatemala: <https://bit.ly/3o5ur90>
- de la Rosa, O. (2018). Análisis del perfil sociodemográfico de las adolescentes asistidas en una unidad de atención integral de un hospital de Santo Domingo, República Dominicana, período febrero-abril, 2017. *Ciencia y Salud*, 2(1), 41-47. doi:10.22206/cysa.2018.v2i1.pp41-47
- Espinoza, S. P., & García Sevilla, W. O. (2016). *Prevalencia y factores asociados al embarazo en adolescentes entre las edades de 15 a 19 años del municipio de Bluefields en el periodo de marzo del 2014 a febrero del año 2015*. Obtenido de Universidad Nacional Atonoma de Nicaragua: <https://bit.ly/3GTehbx>

- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Colombia. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe – Milena 1.0. Fondo de Pob.* Obtenido de <https://bit.ly/3bLvOE4>
- García-Perdomo, H. A., & Tobías, A. (2016). Metanálisis en red: comparaciones indirectas y mixtas, un nuevo método al servicio de la Epidemiología Clínica y la Salud Pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(1), 149-153. doi:10.17843/rpmesp.2016.331.1889
- Gogna, M., & Binstock, G. (2017). Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas. *Salud colectiva*, 13(1), 63-72. doi:10.18294/sc.2017.990
- González Pérez, R. B., Rodríguez Mateo, M., Naranjo Hernández, Y., & Concepción Pacheco, J. A. (2021). Comportamiento del embarazo adolescente en el municipio Jatibonco, Sancti Spíritus, Cuba. *Revista Cubana de Obstetricia y ginecología*, 47(1). Obtenido de <https://bit.ly/3wjBVJe>
- Gutiérrez, M. (2013). La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3), 465-470. Obtenido de <https://bit.ly/2ZWB0mv>
- Heilborn, M. L., Brandão, E. R., & Da Silva Cabral, C. (2007). Teenage pregnancy and moral panic in Brazil. 9(4), 403-414. doi:10.1080/13691050701369441
- Hubert, C., Villalobos, A., Armendares, N., & Vázquez-Salas, A. (2021). Diferenciales en desarrollo infantil temprano por edad de la madres, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015. *Salud Pública México*, 63, 509-520. doi:<https://doi.org/10.21149/12246>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos & Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). *UNFPA*. Obtenido de <https://bit.ly/303IZy2>
- Jiménez-González, A., Granados-Cosme, J. A., & Rosales-Flores, R. A. (2017). Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mizto de caso. *Salud Pública México*, 59, 11-18. doi:<http://dx.doi.org/10.21149/8410>
- Lavanderos, S., Haase, J., Riquelme, C., & Martínez, A. (2019). Embarazo adolescente en Chile: Una mirada a la desigualdad sociodemográfica comunal. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600490>

- Mendoza, W., & Subiría, G. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancia para las políticas públicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3), 471-479.
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (Julio de 2013). *Ministerio de Salud*. Obtenido de <https://bit.ly/2ZVLh1V>
- Molina Cintra, M. (2017). Fecundidad adolescente: apuntes actuales. *Novedades en Población*(25), 94-109. Obtenido de <https://bit.ly/3mRcs76>
- Muguerca Silva, J. L., Vazquez Salina, M., Estrada Ladoy, L., Bertrám Bahades, J., & Norejón Rebelo, I. (2020). Característica de las adolescentes embarazadas de un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Obtenido de <https://bit.ly/3D1TTIW>
- Murad-Rivera, R., Rivilla-García, J. C., Vargas-Pinzón, V., & Forero-Martínez, L. J. (7 de julio de 2018). *Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia: Explicando las causas de las causas*. doi:10.13140/RG.2.2.22412.95362
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países*. Obtenido de <https://bit.ly/3bMO28a>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Obtenido de <https://uni.cf/3CT4nEu>
- Organización Panamericana de la Salud. (agosto de 2020). *El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe*. Obtenido de <https://bit.ly/3kb0SBJ>
- Pacheco- Sánchez, C. I. (2016). Embarazo en menores de quince años: los motivos y la redefinición del curso de vida. *Salud Pública de México*, 58(1), 56-61. Obtenido de <https://bit.ly/3BP12ox>
- Pérez Rosabal, E., Soler Sánchez, Y., Pérez Rosabal, R., & Fonseca Méndez, L. (2015). Caracterización psicosocial de un grupo de adolescentes embarazadas del municipio Campechuela. *Novedades en Población*(22), 73-80. Obtenido de <https://bit.ly/3wloQ1Y>
- Pinzón-Rondón, Á. M., Ruiz-Sternberg, Á. M., Aguilera-Otalvaro, P. A., & Abril-Basto, P. D. (noviembre de 2018). Factores asociados al inicio de vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia. Estudio de corte transversal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(5). Obtenido de <https://bit.ly/3qexqP8>

- Puedo Decidir. (2019). *Situación del embarazo en la adolescencia en la Argentina*. Obtenido de puedodecidir: <https://bit.ly/3mPssXa>
- Quintero Rondón , A. P., & Rojas Betancur, H. M. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 44. Obtenido de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/626/1161>
- Red Cochrane. (s.f.). *Analysing data and undertaking meta-analyses*. Obtenido de Cochrane Training: <https://bit.ly/3GUXk0f>
- Restrepo-Mesa, S. L., Zapata López, N., Parra Sosa, B. E., Escudero Vásquez, L. E., & Betancur Arroyave, L. (2015). Estado nutricional materno y neonatal en un grupo de adolescentes de la ciudad de Medellín. *Nutrición Hospitalaria*, 32(3), 1300-1037. doi:10.3305/nh.2015.32.3.9406
- Ruiz-Canela, M., López-del Berdugo, C., Carlos, S., Calatrava, M., Osorio, A., & de Irala, J. (2012). Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Rev Panam Salud Pública*, 31(1), 54-61. Obtenido de <https://bit.ly/3CSzNdV>
- Ubillús Santos, S. P., & Amayuela Mora, G. (2015). La prevención del embarazo adolescente: reto de la Educación Sexual. *Revista Mèndive*, 1-6. Obtenido de <https://bit.ly/3mWIfUd>
- Urdinola, B., & Ospino, C. (enero - junio de 2015). Long-term consequences of adolescent fertility: The Colombian case. *Demographic Research*, 32, 1487-1518. Obtenido de <https://www.jstor.org/stable/26350161>
- Uriguen García, A. C., González Bracho , J. R., Espinoza Díaz, J., Hidalgo Noroña, T. M., García Alcivar, F. R., Gallegos Paredes, M. H., . . . Valle Brito, P. R. (2019). Embarazo en la adolescencia: ¿La nueva "epidemia" de los países en desarrollo? *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(3), 232-245. Obtenido de <https://bit.ly/3EQTZ0k>
- Villalobos, A., Hubert, C., Hernández-Serrato, M. I., De la Vara-Salazar, E., Suárez-López, L., Romero-Martínez, M., . . . Barrientos, T. (2019). Maternidad en la adolescencia en localidades menores de 100 000 habitantes en las primeras décadas del milenio. *Salud Pública México*, 61, 742-752. doi:<https://doi.org/10.21149/10553>
- Villalobos-Hernández, A., Campero, L., Suáres-López, L., De la Vara-Salazar, E., Estrada, F., & Atenzio, E. E. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una

encuesta nacional en México. *Salud Pública de Méxcio*, 57(2), 135-143. Obtenido de <https://bit.ly/3wlJ7or>

Tabla 1: Principales determinantes del embarazo adolescente en América Latina			
Autor, Año	País	Población Estudiada	Principales resultados
UNFPA, 2021	Argentina	Datos reportados por la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS).	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: víctimas de violencia sexual, pobreza, estar desescolarizada, no usar métodos de anticoncepción, y vivir en pareja.
Gogna y Binstock, 2017	Argentina	480 adolescentes de 18 y 19 años.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: bajo nivel educativo o estar desescolarizada, falta de un proyecto de vida o aspiraciones académicas y laborales, uso discontinuo de métodos anticonceptivos y servicios de salud poco amigables.
Heilborn et al., 2007	Brasil	123 personas jóvenes.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: bajo nivel económico, encontrarse desescolarizada y el inicio temprano de relaciones sexuales.

Lavanderos et al., 2019	Chile	Nacimientos registrados de madres adolescentes, de 10 a 19 años, en Chile entre 2008 y 2012.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: acceso precario a servicios de salud, pobreza y bajo nivel educativo.
Ministerio de Salud de Chile, 2013	Chile	Datos reportados por la Encuesta Nacional de Juventud (INJUV) 2010.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: bajo nivel educativo y dificultad en el acceso a espacios de salud amigables para los adolescentes.
Pinzón-Rondón et al., 2018	Colombia	13313 mujeres entre 13 y 19 años.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: convivir en pareja, haber sufrido violencia parental, haber sufrido violencia sexual, la pobreza, el hacinamiento y la falta de educación.
Murad-Rivera et al., 2018	Colombia	Mujeres de 13 a 19 años embarazadas y grupo de control. Datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS).	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: la pobreza, el limitado acceso a los recursos, vivir en comunidades marginadas socialmente, la deserción escolar, la limitada e inoportuna información sobre sexualidad y los estereotipos de género.
Ariza Riaño et al., 2014	Colombia	62 mujeres gestantes entre 12 y 20 años.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: inicio temprano de las relaciones sexuales, nivel de escolaridad bajo, desconocimiento de métodos de planificación familiar, y la violencia y el abuso sexual.
Carvajal et al., 2017	Colombia	316 adolescentes entre 13 a 19 años.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: influencia de los padres, consumo de alcohol, uso ineficaz y/o desconocimiento de métodos anticonceptivos.

Aguía-Rojas et al., 2020	Colombia	Nacimientos registrados de madres adolescentes en Colombia durante 2015.	El 21,5% de los nacimientos en Colombia se presentaron de madres adolescentes en el año 2015. Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: desplazamiento forzado, necesidades básicas insatisfechas, bajos niveles de educación y pertenecer al régimen subsidiado de salud.
Pacheco Sánchez, 2016	Colombia	18 adolescentes menores de 15 años que están o han estado embarazadas.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: vivir con la pareja, relación con los padres, uso y acceso precario a métodos anticonceptivos.
Quintero y Rojas, 2015	Colombia	12 adolescentes entre 14 y 18 años, gestantes o con hijos menores de un año de edad.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: nula comunicación con los padres, uso ineficaz de métodos anticonceptivos y acceso limitado a servicios de salud o barreras impuestas por los profesionales.
Albornoz-Arias et al., 2019	Colombia	6.435 madres adolescentes hasta los 18 años.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: bajo nivel de escolaridad, uso inadecuado de métodos anticonceptivos y educación sexual limitada.
Instituto Nacional de Estadística y Censos y UNFPA, 2021	Costa Rica	Datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: bajo o nulo nivel de escolaridad, dedicarse a los oficios del hogar y encontrarse en relaciones abusivas.
Muguercia Silva et al., 2020	Cuba	59 adolescentes embarazadas.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: desconocimiento del uso de anticonceptivos, desocupación de las adolescentes (desescolarizadas) y precario acceso a servicios e información en salud sexual y reproductiva.

Molina Cintra, 2017	Cuba	Mujeres de todo Cuba de 12 a 19 años que tuvieron hijos nacidos vivos entre 1990 y 2014. Datos de la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI).	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: poca o nula disponibilidad y acceso a servicios de salud, la educación sexual y las condiciones familiares (conformación, economía y otros).
Pérez Rosabal et al., 2015	Cuba	25 adolescentes embarazadas.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: estar unidas, bajo nivel educativo, familias monoparentales, conocimiento bajo o nulo de salud sexual y reproductiva y tener amigas con comportamientos de riesgo.
Ubillús y Amayuela, 2015	Ecuador	Datos obtenidos del Censo de Población y Vivienda.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: presión de los pares, información errónea o incompleta del uso de métodos anticonceptivos, abuso de sustancias psicoactivas y sensaciones de falsa seguridad (eso no me puede pasar a mi).
Ruiz-Canela et al., 2012	El Salvador	2615 estudiantes de 13 a 19 años.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: influencia de los pares, inicio de relaciones sexuales tempranas, baja presencia de los padres en la vida de la adolescente.
Chávez Mazariegos, 2014	Guatemala	45 madres adolescentes entre 14 y 19 años.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: hacinamiento y pobreza, dedicarse a los oficios domésticos, y estar desescolarizadas.
Villalobos-Hernández et al., 2015	México	1790 mujeres de 12 a 19 años con inicio de vida sexual y antecedente de embarazo.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: convivir con la pareja, bajo nivel socioeconómico, tener un rezago educativo y no asistir a la escuela.

Jiménez-González et al., 2017	México	14 adolescentes embarazadas.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: familia mononuclear u orfandad, nivel de escolaridad bajo, ingresos deficientes y malas condiciones de vivienda y saneamiento básico.
Acosta-Varela y Cárdenas-Ayala, 2012	México	96 adolescentes: 48 primigestas y 48 casos de control.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: uso precario de métodos anticonceptivos, la baja escolaridad y la dificultad en el acceso a servicios médicos.
Villalobos et al., 2019	México	16686 mujeres de 12 a 24 años.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: estar desescolarizada, no usar métodos anticonceptivos modernos y no contar con acceso a servicios de salud.
Atienzo et al., 2014	México	2974 estudiantes de secundaria y preparatoria.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: no tener un plan de desarrollo personal y que los padres de los adolescentes no aspiren a que estos alcancen un alto nivel de estudios.
Espinoza y García Sevilla, 2016	Nicaragua	255 adolescentes.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: nivel educativo y encontrarse desescolarizada, estar unida, tener un bajo nivel económico, habitar en hogares monoparentales y desconocimiento de métodos anticonceptivos modernos.
Castillo Rodríguez, 2021	Panamá	315 adolescentes menores de 15 años.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: disfuncionalidad familiar, a su vez hija de madre adolescente, padres con bajos niveles de escolaridad y hacinamiento.

Binstock y Näsland-Hadley, 2010	Paraguay	40 mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 19 años.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: inicio temprano de las relaciones sexuales, no usar ningún método moderno de planificación familiar, insuficiente educación en salud sexual y reproductiva, influencia de los pares, nivel de instrucción de la madre y falta de comunicación dentro de las familias.
Castañeda y Santa-Cruz-Espinosa, 2021	Perú	180 adolescentes: 60 gestantes y 120 no gestantes (grupo de control).	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: exposición a la violencia, funcionalidad familiar, la edad del primer embarazo de la madre y la situación sentimental de los padres.
Gutiérrez, 2013	Perú	Encuesta Demográfica de Salud Familiar 2000 y 2012.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: necesidades insatisfechas de planificación familiar.
De la Rosa et al., 2017	República Dominicana	130 adolescentes embarazadas.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: estar unidas, pertenecer al régimen de salud subsidiado, bajo nivel socioeconómico y educativo.
Bombino y Quintana, 2015	Venezuela	20 mujeres: 10 adolescentes embarazadas, 7 adolescentes madres y 3 madres adultas.	Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente: escaso acceso a servicios de salud e información sobre sexualidad y reproducción, bajo nivel educativo, carencia de un proyecto de vida, vulnerabilidad socioeconómica y relaciones familiares.

Tabla 1: elaboración propia.