

Desaciertos en la prevención del embarazo en adolescentes

Weaknesses in preventing teen pregnancy

Lina Lorena Castillo Riascos¹

Resumen

El embarazo durante la adolescencia es un problema de salud pública en el mundo. El 20 % de las mujeres embarazadas son adolescentes, aunque la mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en este ciclo vital que entre las mujeres de 20 a 29 años. Además de las complicaciones maternoperinatales asociadas con la inmadurez biológica, tener un hijo antes de los 20 años genera un impacto socioeconómico negativo que puede prolongarse por toda la vida. Por esta razón y con el objetivo de mejorar la salud materna, en el año 2000 la ONU propuso como meta para 2015 la reducción mundial de la tasa de embarazo en adolescentes. Para cumplir con esta meta, el Ministerio de Salud de Colombia ha implementado estrategias para prevenir el embarazo no deseado, y aunque las actuales estrategias de prevención han demostrado ser efectivas en mejorar el conocimiento en sexualidad y métodos anticonceptivos, no han logrado modificar el comportamiento sexual ni reducir la prevalencia de embarazo en mujeres menores de 20 años. Otro aspecto que se debe considerar es el deseo reproductivo inaplazable durante la adolescencia, ya que el 36 % de las madres adolescentes quería su hijo en el momento que lo tuvo. El objetivo de este artículo es reflexionar acerca de los diferentes factores que influyen en el embarazo deseado y no deseado durante la adolescencia y las diferentes estrategia de prevención, teniendo en cuenta que el embarazo en adolescentes es un evento multifactorial que requiere una intervención intersectorial.

Palabras clave: embarazo en adolescente, prevención, embarazo deseado, paternidad adolescente.

Fecha de recepción: 10 de julio de 2016
Fecha de aceptación: 8 de octubre de 2016

¹ Profesora de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). lcastillol@uninorte.edu.co

Correspondencia: Lina Castillo Riascos. Km 5 vía a Puerto Colombia. A.A 1569 o 51820. Teléfono: 3509509, extensión 3384. Fax 3598852. consumedlinacastillo@gmail.com.

Abstract

Adolescent pregnancy is a worldwide public health problem. 20% of pregnant women are teenagers, but maternal mortality is 2 to 5 times higher in this age group than among women aged 20 to 29 years. In addition to the maternal perinatal complications associated with biological immaturity, having a child before age 20 generates a negative socio-economic impact, which can be extended for life. For this reason and with the aim at improving maternal health, in 2000 the United Nations proposed as a goal for 2015 the global reduction in adolescent pregnancy rate. In order to meet this goal, Colombia Ministry of Health has implemented strategies to prevent unwanted pregnancy. Although the current prevention strategies have proven to be effective in improving knowledge on sexuality and contraception, have failed to modify the sexual behavior or reduce the prevalence of pregnancy in women under 20 years of age. Another aspect to consider is the non-deferrable reproductive desire during adolescence, since 36 percent of teenage mothers wanted their child at the time they got pregnant. The aim of this article is to reflect on the different factors influencing desired and unwanted pregnancy during adolescence and the different strategies of prevention, taking into account that pregnancy in adolescents is a multifactorial event that requires intersectoral intervention.

Keywords: adolescent pregnancy, teenage pregnancy prevention, unwanted pregnancy, adolescent parenthood.

INTRODUCCIÓN

El periodo de adolescencia es un concepto moderno que se construyó y perfiló socialmente entre los siglos XV y XIX (1), en los que se reconoció que hay un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta caracterizado por la inmadurez biológica, sexual y psicológica; sin embargo, teniendo en cuenta que hasta mediados del siglo XX la expectativa de vida al nacer tuvo un promedio mundial de 52 años, la menarca fue aceptada culturalmente como la etapa del desarrollo que indica que una mujer está preparada para casarse, y la mayoría de las mujeres tuvieron sus hijos durante la adolescencia.

Durante el posconflicto de la Segunda Guerra Mundial, entre los años 50 y 70 del siglo XX, se presentó un periodo de explosión demográfica denominado “baby boom”, que trajo como consecuencia el aumento de la tasa de natalidad durante este periodo, y el incremento de los gastos sociales y económicos ocasionados

por las complicaciones maternas y fetales. Las investigaciones realizadas en la época identificaron a las mujeres adolescentes como el grupo de mayor riesgo obstétrico; este hallazgo cambió el valor moral y social del embarazo durante la adolescencia, y se comenzaron a implementar estrategias para prevenirlo.

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública persistente en el mundo a pesar de los esfuerzos que se han venido haciendo durante más de 4 décadas. Actualmente, el 10 % de los partos corresponde a menores de 19 años y la mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres adolescentes que en las de 20 a 29 años (2).

Las complicaciones para las madres adolescentes son biopsicosociales, porque además de aumentar la morbilidad por causas obstétricas, la maternidad precoz puede resultar en el fracaso de su proyecto de vida, lo cual perpetúa el ciclo de pobreza y de la violencia contra la mujer (3); por tal motivo,

los países han implementado programas con diferentes enfoques para la prevención del embarazo en este ciclo vital.

Algunos países desarrollados han reportado experiencias eficaces para reducir la prevalencia del embarazo durante la adolescencia, entre ellas "School/Community program for sexual risk reduction among teens", que reportó una reducción del 77 % a los 2 años; "California's Adolescent Sibling Pregnancy Prevention Program" (EE.UU.) reportó 43 % menos casos a los 9 meses, y "Abecedarian Project" (EE.UU.), intervención realizada en niños de 0 a 5 años, durante tres años, con un seguimiento hasta los 35 años de edad, que demostró ser eficaz en retrasar la edad para tener el primer hijo y aumentar la distancia entre embarazos (4).

Para Colombia, los referentes son el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de Profamilia y los Servicios Amigables en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y Jóvenes; pero estos no han demostrado reducción en la prevalencia del embarazo en mujeres menores de 20 años (5).

PARTICULARIDADES DEL EMBARAZO DURANTE LA ADOLESCENCIA

Desde una perspectiva biológica y social, Juan R. Issler en 2001 definió el embarazo en adolescentes como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica; entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen (6). Sin embargo, la OMS define que el embarazo en la adolescencia es el que ocurre en mujeres entre los 10 y 19 años, sin tener en cuenta otras consideraciones.

En 2005 Colombia reportó una prevalencia de fecundidad en adolescentes del 20.5 % (7-10), y se propuso la meta de reducir este indicador

a menos del 15 % en 2015; sin embargo, en 2010 la prevalencia del mismo indicador fue del 19.5 %, muy lejos de la meta propuesta.

El embarazo precoz implica un alto riesgo obstétrico y está asociado con complicaciones maternas y neonatales, como preeclampsia, anemia por déficit de hierro, bajo peso al nacer y parto pretérmino (5,11-14).

La evidencia hasta hoy disponible demuestra un nexo de causalidad entre las complicaciones descritas y la inmadurez biológica de la madre con edad entre 10 y 15 años. Sin embargo, el riesgo obstétrico de las adolescentes entre 16 y 19 años está más asociado a factores económicos y psicosociales como la inasistencia al control prenatal, tabaquismo, apoyo emocional deficiente y disfunción de pareja (15-22).

Un estudio brasilero que incluyó a 4.746 binomios madre-hijo, de los cuales el 20.6 % fueron madres adolescentes, concluyó que solo las adolescentes solteras aumentan el riesgo de bajo peso al nacer en sus hijos. Este estudio reportó un OR de 3.11 en menores de 18 años sin pareja, comparado con un OR 0.86 en mujeres de la misma edad que tenían un cónyuge (20).

Las mujeres embarazadas durante la adolescencia tienen menor probabilidad de graduarse de la escuela secundaria, ingresos económicos más bajos durante toda su vida y mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo (22, 23).

Otro aspecto importante que se debe considerar es que las representaciones sociales acerca de la maternidad estimulan en las mujeres el deseo de ser madres como una meta importante para su realización personal, y relacionan el rol de cuidadora con

el concepto de mujer (24, 25). En contraste, el concepto de hombre y paternidad se asocian de manera frecuente con la fuerza, la capacidad de seducción, reproducción y abastecimiento. Además, los hombres no cuentan con elementos culturales fuertes que permitan la afirmación del concepto de padre como cuidador; esto puede explicar la tendencia de los hombres a delegar a las mujeres la planificación familiar y el cuidado de los hijos.

Las condiciones socioeconómicas también influyen en la posición de los varones hacia la paternidad. Una revisión sistemática realizada en países occidentales desarrollados reporta que los hombres que viven en los barrios pobres tienen más probabilidades de estar satisfechos con un embarazo no planificado y ver la paternidad como prueba de su masculinidad; pero a pesar de eso, para la mayoría de varones adolescentes, el embarazo precoz es un evento negativo.

Esta revisión también encontró que un nivel académico superior en la pareja masculina se asocia con una mayor probabilidad de elegir el aborto en la pareja femenina, y que la religiosidad es una variable que favorece la aceptación de la paternidad (26).

El embarazo en la adolescencia es una condición en la que están involucrados hombres y mujeres, sin embargo, las consecuencias son asumidas casi en la totalidad por las madres adolescentes, quienes aumentan el riesgo de morbilidad por complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio; además, las mujeres experimentan la mayor parte de las consecuencias socioeconómicas negativas en la edad adulta, ya que se ha demostrado que las madres que tuvieron su primer hijo durante la adolescencia tienen menores

ingresos económicos y preparación para el trabajo entre los 30 y 40 años, comparado con las mujeres que no fueron madres adolescentes. Por el contrario, se encontraron pocas consecuencias para los hombres (27).

Desde una perspectiva psicoanalista, la Dra. Laura Kait afirma que “durante la adolescencia se borrona el ser, el tener se pone en falta, y el poder queda en suspenso”, y que a través del embarazo, las adolescentes resuelven este conflicto existencial (28), porque el hijo satisface la necesidad inmediata de posesión y comprueba la capacidad de crear. El hijo representa para la mujer adolescente la certeza de que tendrá compañía y amor; para el hombre, compartir ese deseo de maternidad representa una forma de consolidar la relación de pareja con la mujer que ama (24).

ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Algunos programas desarrollados en Estados Unidos entre los años 70 y 90 del siglo XX demostraron ser eficaces en reducir el embarazo en adolescentes; sin embargo, el costo operativo de estos programas fue muy elevado, y en algunos casos sus resultados no fueron reproducibles en condiciones habituales.

Los programas basados en habilidades desde un enfoque intersectorial que incluye el ámbito escolar, comunitario y los servicios de salud fueron más eficaces en el cambio de conducta que los basados en conocimiento e información; sin embargo, los componentes no cognitivos y factores socioemocionales están diluidos dentro de la intervención, y no se ha logrado determinar el peso específico que tienen para generar el cambio (3-5, 29) (tabla 1).

Algunos programas utilizaron el recurso de la transferencia condicionada, a través de incentivos como alimentación saludable, pañales, leche de fórmula y servicios de salud gratis, con el objetivo de mejorar la adherencia al programa y reducir las conductas de riesgo, como es el caso de Children's Aid Society Carrera Program y Abecedarian Project, entre otros (5,30-32).

En la tabla 1 se describen algunos programas eficaces en la prevención del embarazo en adolescente.

En Colombia, el programa de salud sexual y reproductiva implementado por Profamilia ha demostrado mejorar el conocimiento acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos, pero no ha demostrado efectividad para reducir la prevalencia de embarazo en adolescentes. Como resultado de las actividades del programa, el 99.9 % de las mujeres entre 15-49 años conoce algún método anticonceptivos, sin embargo, solo el 61.2 % de todas las mujeres estaban utilizando un método anticonceptivo al momento de la entrevista (5).

Tabla 1. Programas de Prevención de embarazo en Adolescentes

NOMBRE	DURACIÓN/ENFOQUE	IMPACTO	CLAVE
School/Community program for sexual risk reduction among teens (EE.UU., 1984)	2 años / Intersectorial con enfoque escolar	Reducción del 77 % en embarazos	Inclusión de contenidos en materias y conexión con centro de salud y consejería.
Self-Center (School linked Reproductive Health Services) (EE.UU.,1986)	3 años Intersectorial	Reducción del 30 % en embarazos	Establecer un vínculo entre la escuela y el personal de salud, disponibilidad de consejería permanente.
California's Adolescent Sibling Pregnancy Prevention program (EE.UU., 1996)	9 meses / intersectorial	Reducción de un 43 % en embarazos	Vínculo entre centros de salud, escuelas y centros comunitarios. Capacitaciones a hermanos y padres. Transporte para atención médica, apoyo para tener seguro médico e incentivos para evitar comportamientos riesgosos.
Abecedarian Project (EE.UU., 1972)	3 años / enfoque comunitario	Retraso en la edad del primer embarazo (19.1 años en los casos y 17.7 años en los controles)	Intervención de largo plazo centrada en la primera infancia. La estimulación temprana y consejería a padres desde la infancia de los hijos.
Children's Aid Society Carrera Program (EE.UU.,1987)	7 años / enfoque comunitario	Reducción del embarazo en adolescente a los 3 años de seguimiento	Se trata de un programa de educación sexual para prevenir el embarazo en adolescentes, y estimular el desarrollo de la juventud, aplicado en población considerada como de alto riesgo.
Tailoring Family Planning Services to the Special Needs of Adolescents (EE.UU., 1991)	Enfoque en servicios de salud.	Prevalencia de embarazo en adolescentes de 16 a 17 años del 3 %, comparado con el 6 % en el grupo sin intervención.	Seguimiento de las consultas. Capacitación a consejeros y personal de salud, entrenamiento psicosocial a todo el personal involucrado. Confidencialidad asegurada. Apoyo psicosocial individualizado. Involucramiento de familia y amigos.

Referencia: advocatesforyouth.org (4).

Otro aspecto importante que se debe considerar es el deseo reproductivo inaplazable como una causa frecuente de embarazo durante la adolescencia. Según lo reportado en diferentes estudios realizados en Latinoamérica, una proporción considerable de adolescentes desean ser madres a esa edad; en Colombia durante 2010 el 36% de madres adolescentes afirmó que quería su hijo en el momento que lo tuvo; en Perú el 31% de las madres adolescentes y en Panamá el 6.3% de las adolescentes que participaron en una investigación no solo desearon sino que planearon el embarazo (7, 15, 33).

Entre las estrategias del Gobierno colombiano para alcanzar la meta de reducir a menos del 15% la tasa de embarazo en adolescentes para 2015 están los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ), los cuales buscan ofrecer una atención integral que aborde todos los aspectos de la salud, poniendo énfasis en la salud sexual y reproductiva y en la estimulación del desarrollo humano; este modelo comenzó a implementarse desde 2008 en el primer nivel de atención. Sin embargo, en la actualidad hay zonas del territorio colombiano que no cuentan con ninguna modalidad de SSAAJ, y en la evaluación realizada en 2011 este modelo no demostró ser efectivo para reducir la prevalencia de embarazo precoz (10).

Con el objetivo de optimizar las estrategias de prevención antes descritas, en 2012 la República de Colombia definió los lineamientos generales para el diseño, formulación y desarrollo de una estrategia integral para reducir el embarazo en la adolescencia mediante el documento 147 del Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes 147).

El documento Conpes 147 plantea que los programas de prevención del embarazo no deseado en adolescentes deben poner énfasis en la promoción del desarrollo humano,

la construcción de un proyecto de vida y la permanencia escolar, de niños y adolescentes de 6 a 19 años.

La plataforma de para ejecutar los programas de prevención del embarazo en adolescentes en las instituciones de salud son Los SSAAJ; sin embargo, estos servicios de salud están diseñados para la población de 10 a 29 años, lo cual representa una barrera para integrar a los niños y niñas de 6 a 9 años dentro del modelo, según los lineamientos que establece el documento Conpes 147.

Todas las estrategias descritas en Colombia para la prevención del embarazo en adolescentes están enfocadas en el embarazo no deseado.

A nivel mundial son escasas las investigaciones reportadas acerca del embarazo deseado durante la adolescencia.

CONCLUSIÓN

Los programas de prevención del embarazo en adolescentes implementados hasta el momento en Colombia han sido útiles para facilitar el acceso a métodos anticonceptivos y mejorar los conocimientos que tienen las mujeres adolescentes acerca de su salud sexual y reproductiva. Sin embargo, no son eficaces para modificar el comportamiento sexual porque están enfocados en la dimensión cognitiva de la mujer, y no involucran en la intervención la dimensión psicosocial que influye en la toma de decisiones que trascienden el saber. Tampoco incluyen de manera activa al hombre adolescente, quien participa como sujeto determinante e indispensable en el enamoramiento, el sexo y la fecundación de la madre adolescente.

Las decisiones que toman los adolescentes acerca de su sexualidad se traducen en comportamientos con o sin riesgo para embarazo;

dichas decisiones están mediadas por un proceso de razonamiento en el que confluyen las expectativas del adolescente, las expectativas de su pareja, la dinámica de su entorno social y su autoeficacia, entre otros factores psicosociales que influyen en la dimensión del ser y del saber hacer del adolescente; pero estos factores psicosociales no son considerados de manera relevante en las intervenciones para la prevención del embarazo en adolescente realizadas en Colombia.

De esta manera, es necesario realizar investigaciones que profundicen en el conocimiento de los mencionados factores psicosociales que influyen en el comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes.

Otro aspecto que se debe considerar es que para muchas adolescentes ser madres y esposas es el mejor proyecto de vida que pueden visualizar según sus condiciones psicosociales. Las estadísticas demuestran que la tercera parte de las madres adolescentes deseó su hijo en el momento que lo tuvo. Al respecto, los programas de prevención del embarazo en la adolescencia no exploran adecuadamente el deseo reproductivo como determinante del comportamiento sexual de riesgo para el embarazo en este ciclo vital, y en la investigación científica hay un vacío en el conocimiento acerca del embarazo deseado en adolescentes.

El embarazo en la adolescencia es un evento multifactorial que involucra varios aspectos que escapan de la competencia de los servicios de salud; por tal motivo, es pertinente que las estrategias de prevención estén enfocadas de manera intersectorial e incluyan la intervención del deseo reproductivo inaplazable en el adolescente, impacten en los factores psicosociales relacionados con el comportamiento sexual y mejoren la disponibilidad de oportunidades ocupacionales y académicas,

para que los adolescentes puedan visualizar los recursos con los cuales puedan construir un proyecto de vida realizable.

Conflicto de intereses: ninguno.

Financiación: Universidad del Norte.

REFERENCIAS

1. Perinat A, Corral A, Crespo I, Domenech E, Font-Mayolás S, Lalazuela JL et al. *Los adolescentes en el siglo XXI*. Capítulo 1. Barcelona: Editorial UOC; 2003, p. 25.
2. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Comité de derechos sexuales y reproductivos. El embarazo en adolescentes en menores de 15 años de América Latina y el Caribe [en línea] Lima (Perú), 15 de julio de 2011. [Fecha de acceso: 20 de diciembre de 2015]. Disponible en (<http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/FLASOG%20El%20embarazo%20adolescente%20en%20menores%20de%2015%20a%C3%B1os%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe.pdf>).
3. Sieving RE, McRee AL, McMorris BJ, Beckman KJ, Pettingell SL, Bearinger LH et al. Prime time: "Sexual Health Outcomes at 24 Months for a Clinic-Linked Intervention to Prevent Pregnancy Risk Behaviors". *JAMA pediatrics* [en línea] 2013 abril [fecha de acceso: 1° de noviembre de 2015]; 167(4): 333-340. Doi:10.1001/jamapediatrics.2013.1089.
4. Advocatesforyouth.org. *Science and Success*. 3rded. Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV and STIs in the U.S. EE.UU. [Fecha de acceso: 3 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/367?task=view>.
5. Vivo S, Lopez-Peña P, Saric D. Revisión de evidencia para la prevención. Banco Interamericano de Desarrollo [en línea] 2012 febrero [fecha de acceso: 20 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/3305/Salud%20Sexual%20y%20Reproducti>

- va%20para%20J%C3%B3venes%3a%20Revisi%C3%B3n%20de%20evidencia%20para%20la%20prevenci%C3%B3n%20.pdf?sequence=2
6. Isler J. Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina* [en línea] 2001 agosto [fecha de acceso: 20 de noviembre de 2015]; 107: 11-23. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.
 7. ENDS [en línea] Colombia: Profamilia 2010. [Fecha de acceso: 18 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/>.
 8. Parkin Daniels J. Tackling teenage pregnancy in Colombia. *The Lancet* [en línea] 2015 [Fecha de acceso: 10 de noviembre de 2015]; 385 (9977):1495-1496. Doi:10.1016/S0140-6736(15)60738-3.
 9. República de Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes social 147, 31 de enero de 2012.
 10. Murgueitio C. directora. Consultoría para la evaluación de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes en Colombia. MinSalud, Unicef, UNFPA, Econometría consultores. Colombia, noviembre de 2013. Producto 5: Informe de Resultados.
 11. Sebastian T, Yadav B, Jeyaseelan L, Vijayaselvi R, Jose R. Small for gestational age births among South Indian women: temporal trend and risk factors from 1996 to 2010. *BMC Pregnancy and Childbirth* [en línea] 2015 febrero [fecha de acceso: 6 de diciembre de 2015];15:7. Doi: 10.1186/s12884-015-0440-4.
 12. Kang G , Lim JY , Kale AS , Lee LY . Adverse effects of young maternal age on neonatal outcomes. *Singapore Med J* [en línea] 2015 march [fecha de acceso: 10 de noviembre de 2015]; 56(3):157-63. Doi: 10.11622/smedj.2014194.
 13. Ezegwui HU, Ikeako LC, Ogbuefi F. Obstetric outcome of teenage pregnancies at a tertiary hospital in Enugu, Nigeria. *Niger J Clin Pract* [en línea] 2012 abril-junio [fecha de acceso: 11 de noviembre de 2015] ; 15 (2): 147-150. Doi: 10.4103/1119-3077.97289
 14. Banerjee B, Pandey G, Dutt D, Sengupta B, Mondal M, Deb S. Teenage Pregnancy: A Socially Inflicted Health Hazard. *Indian J Community Med* [en línea] 2009 Jul [fecha de acceso:15 de noviembre de 2015]; 34(3):227-31. Doi: 10.4103/0970-0218.55289.
 15. Vigil P, Arias T, Lezcano G. Embarazo en adolescentes en la República de Panamá. *Rev Obstet Ginecol Venez* [en línea] 2007 junio [fecha de acceso: 25 de noviembre de 2015]; 67: 73-77. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000200002&lng=es&nrm=iso.
 16. Al-Ramahi M, Saleh S. Outcome of adolescent pregnancy at a university hospital in Jordan. *Arch Gynecol Obstet* 2006 enero; 273 (4) : 207-210.
 17. Santos NL, Costa MC, Amaral MT, Vieira GO, Bacelar EB, de Almeida AH. Teenage pregnancy: analysis of risk factors for low birth weight, prematurity and cesarean delivery. *Cien Saude Colet* [en línea] 2014 marzo [fecha de acceso: 10 de diciembre de 2015] ; 19(3) : 719-726. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300719&lng=en.
 18. Guilherme Bezerra, Rodrigues Cisneiros RM, Fernandes Dutra LP, Américo Pinto R. Perinatal characteristics among early (10–14 years old) and late (15-19 years old) pregnant adolescents. *BMC Research Notes* [en línea] 2012 septiembre [fecha de acceso: 18 de noviembre de 2015]; 5: 531. Doi: 10.1186/1756-0500-5-53
 19. Kurth F1, Bélard S, Mombo-Ngoma G, Schuster K, Adegnikaa AA, Bouyou-Akotet MK et al. Adolescence as risk factor for adverse pregnancy outcome in Central Africa—a cross-sectional study. *PLoS ONE* [en línea] 2010 diciembre [fecha de acceso: 16 de noviembre de 2015]; 5 (12): e14367. Doi: 10.1371/journal.pone.0014367
 20. Guimarães AM, Bettiol H, Souza Ld, Gurgel RQ, Almeida ML, Ribeiro ER et al. Is

- adolescent pregnancy a risk factor for low birth weight? *Rev. Saúde Pública* [en línea] 2013 febrero [fecha de acceso: 10 de noviembre de 2015] ; 47(1): 11-19. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100003&lng=en.
21. Khashan AS, Baker PN, Kenny LC. Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [en línea] 2010 julio [fecha de acceso: 10 de diciembre de 2015] ; 10: 36. Doi: 10.1186/1471-2393-10-36
 22. Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ES, Azevedo LM, Evangelista CB. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literatura. Einstein (São Paulo) [en línea] 2015 junio [fecha de acceso: 17 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015005053127&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 23. Dalby J, Hayon R, Carlson J. Adolescent Pregnancy and Contraception. *Primary Care: Clinics in Office Practice* [en línea] 2014 septiembre [fecha de acceso: 5 de enero de 2016]; 41 (3): 607-629. Doi:10.1016/j.pop.2014.05.010
 24. Winkler MI, Pérez-Salas CP, López L. ¿Embarazo deseado o no deseado?: Representaciones Sociales del embarazo adolescente, en adolescentes hombres y mujeres habitantes de la Comuna de Talagante, Región Metropolitana. *Terapia psicológica* [en línea] 2005 octubre [fecha de acceso: 25 de noviembre de 2015] ; 23 (2): 19-31. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/785/78523203.pdf>
 25. Perrota G. Embarazos en la adolescencia:¿accidente, deseo, destino? XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires, 2007. [Fecha de acceso: 5 noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.academica.com/000-073/183>.
 26. Lohan M, Cruise S, O'Halloran P, Alderdice F, Hyde A. Adolescent Men's Attitudes in Relation to Pregnancy and Pregnancy Outcomes: A Systematic Review of the Literature From 1980-2009. *Journal of Adolescent Health* 2010 octubre; 47 (4): 327-345. Doi:10.1016/j.jadohealth.2010.05.005
 27. Luciana C. Assini-Meytin LC, Green KM. Long-Term Consequences of Adolescent Parenthood Among African-American Urban Youth: A Propensity Score Matching Approach. *J Adolesc Health* 2015 mayo; 56(5): 529-535. Doi:10.1016/j.jadohealth.2015.01.005
 28. Kait L. *Madres, no mujeres. Embarazo Adolescente*. Barcelona: Ed. Del Serbal; 2007.
 29. Ruedinger E, Cox JE. Adolescent childbearing: consequences and interventions. *Curr Opin Pediatr* 2012 agosto; 24(4): 446-452. Doi: 10.1097/MOP.0b013e3283557b89
 30. Minnis AM, vanDommelen-Gonzalez E, Luecke E, Dow W, Bautista-Arredondo S, Padian NS. Yo Puedo—a conditional cash transfer and life skills intervention to promote adolescent sexual health: results of a randomized feasibility study in San Francisco. *J Adolesc Health* [en línea] 2014 julio [fecha de acceso: 20 de noviembre de 2015];55(1):85-92. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.12.007
 31. Morrison-Beedy D, Jones SH, Xia Y, Tu X, Crean HF, Carey MP. Reducing Sexual Risk Behavior in Adolescent Girls: Results from a Randomized Controlled Trial. *J Adolesc Health* 2013 marzo [fecha de acceso: 30 de noviembre de 2015]; 52(3): 314-321. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.07.005.
 32. Baird S, Chirwa E, McIntosh C, Ozler B. The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women. *Health Econ* [en línea] 2010 Sep [fecha de acceso: 27 de noviembre de 2015]; 19 Supl: 55-68. Doi: 10.1002/hec.1569
 33. Mendoza G, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública* [en línea] 2013 julio [fecha de acceso: 12 de diciembre de 2015]; 30(3):471-9.