

Clara Teresita Morales-Alvarez^{1a}, Norma Elva Sáenz-Soto^{1b}, Natalia Isabel Manjarres-Posada^{2c}, Clarisa Luna-Ferrales^{1d},
Rosalba del Carmen Barbosa-Martínez^{1e}

¹Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Monterrey, Nuevo León, México

²Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, División de Disciplinas para el Desarrollo, Promoción y Preservación de la Salud, Departamento de Salud Pública. Guadalajara, Jalisco, México

ORCID

0000-0002-5943-9048^a

0000-0002-5929-984X^b

0000-0003-2143-0897^c

0000-0002-3576-3046^d

0000-0003-4868-0722^e

Palabras clave:

Embarazo en Adolescencia
Adolescente
Planificación Familiar
Embarazo
Anticonceptivos

Keywords:

Pregnancy in Adolescence
Adolescent
Family Planning (Public
Health)
Pregnancy
Contraceptive Agents

Correspondencia:

Norma Elva Sáenz Soto

Teléfono:

481 1413 2981

Correo electrónico:

norma.saenzst@uanl.edu.mx

Fecha de recepción:

23/12/2021

Fecha de aceptación:

26/02/2022

Resumen

Introducción: México se encuentra en los primeros lugares de embarazo en la adolescencia entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Por lo tanto, el embarazo de primera vez y subsecuente representa un problema sanitario con impacto negativo en el desarrollo de la adolescente y su hijo, por lo que es necesario estudiar el fenómeno a fin de prevenirlo y contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y vida de dos grupos vulnerables (adolescentes e hijos).

Desarrollo: las causas del embarazo subsecuente son diversas, implican aspectos relacionados con el entorno familiar y comunitario, el acceso a los servicios de salud y el nivel educativo. Aunque no es exclusivo de un estrato social, se presenta con mayor frecuencia en adolescentes de bajos recursos. Las consecuencias son de índole físico, psicológico, económico y social, y agudizan las condiciones negativas de salud y las mencionadas como causas, con riesgo de que se repita y se perpetue el problema.

Conclusiones: las intervenciones basadas en la atención centrada en la persona han mostrado efectos positivos en la conducta anticonceptiva de las adolescentes. Su adopción e implementación en países en desarrollo amerita la suma de esfuerzos interinstitucionales e interdisciplinarios de forma vertical y transversal, con sentido bidireccional, a fin de hacer cambios significativos en la prevención de este fenómeno.

Abstract

Introduction: Mexico ranks in the first places of teenage pregnancy among the countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development. For this reason, the first and subsequent pregnancy represents a health problem with a negative impact on the development of the adolescent girl and her child, which is why it is necessary to study the phenomenon, in order to prevent it and to contribute to the improvement of health and living conditions of two vulnerable groups (adolescents and children).

Development: The causes of subsequent pregnancy are diverse, involving aspects related to the family and community environment, as well as access to health services, and the educational level. Although it is not exclusive to a social stratum, it occurs more often in low-income adolescents. The consequences are of a physical, psychological, economic and social nature, and they exacerbate the negative health conditions and those mentioned as causes, with the risk of repeating and perpetuating the problem.

Conclusions: Person-centered interventions have demonstrated positive effects on the contraceptive behavior of adolescents. Its adoption and implementation in developing countries deserve the sum of inter-agency and interdisciplinary efforts in a vertical and cross-cutting manner with a two-way sense of making significant changes in the prevention of this phenomenon.

Introducción

La adolescencia es un periodo de exploración sexual, experiencias fantasiosas y reales que forman parte del desarrollo normal. Dicho periodo va de los 10 a los 19 años.¹ Entre los 10 y los 13 años (adolescencia temprana), los adolescentes se preocupan más por la apariencia del cuerpo y dependen de los comentarios de sus pares. Entre los 14 y los 16 años (adolescencia media), las relaciones con sus pares son el eje fundamental de su actuar, comienzan a despertar el interés sexual, se sienten invulnerables con rasgos de omnipotencia, lo que puede ser riesgoso para la salud. Finalmente, en el intervalo que va de los 17 a los 19 años (adolescencia tardía), los adolescentes brindan más importancia a las relaciones de orden íntimo.²

El interés por conocer y formar su identidad sexual conduce a las adolescentes a iniciar una vida sexual activa. El inicio temprano de las relaciones sexuales sin protección entre este grupo etario³ ha preocupado desde la visión de diversas realidades difíciles de atender bajo una única perspectiva social y política,⁴ debido a su multicausalidad y complejidad. Este fenómeno ha permanecido vigente en la última década⁵ y, en consecuencia, el embarazo no planeado también.

Este suceso obstétrico implica graves consecuencias de salud para el binomio madre e hijo y a su vez representa un desafío para los proveedores de salud y las instituciones, en virtud de que existen varios factores que pueden intervenir para que las adolescentes no usen anticonceptivos. Esta situación favorece la presencia de un embarazo subsecuente (ES), es decir, otro embarazo antes de 24 meses del primer nacimiento⁶ o antes de los 20 años de la madre,⁷ independientemente del desenlace (parto o aborto),¹ con riesgo de presentar hasta un tercer embarazo antes de la edad mencionada, debido a que las mujeres que inician vida reproductiva durante la adolescencia tienen descendencias más numerosas que aquellas que se convierten en madres en edad adulta.⁸

Para profundizar en el ES es necesario abordar el embarazo adolescente (EA), conocido como el embarazo que ocurre por primera vez entre los 10 y 19 años,² debido al escaso análisis de contribuciones de los nacimientos subsecuentes a la tasa de fecundidad adolescente en el país.⁹ Aproximar la epidemiología del EA ayuda a visualizar la magnitud del problema desde diferentes enfoques, así como las formas de prevención.

Para comenzar con esta visualización, se precisan datos estadísticos sobre la tasa específica de fecundidad

(TEF) de 15 a 19 años (número de nacimientos por cada 1000 mujeres en dicho grupo de edad). En el contexto nacional, en 2014 la TEF fue de 77.0,¹⁰ mientras que la tasa media de natalidad del mismo grupo etario a nivel mundial fue de 49.0. Por lo tanto, México ocupó el primer lugar de embarazo en la adolescencia entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).¹¹

Con respecto a la razón de fecundidad de las niñas de 10 a 14 años (denominador en el que se incluye a las mujeres que no han entrado en edad fértil), se ha observado una tendencia creciente, en el 2014 fue de 2.01 y en 2018 llegó a 2.28.¹² El subgrupo que incrementó drásticamente este indicador fue el de niñas de 12 a 14 años, al pasar de 2.17 hijos por cada mil menores en 2003 a 3.55 en el 2016.¹³

Para atender el panorama antes presentado, la creación de la Estrategia Nacional para Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) fue presentada en 2015 como de alta prioridad nacional con dos metas para el año 2030: disminuir a cero el número de nacimientos en niñas de 10 a 14 años y reducir en 50% la TEF de las adolescentes de 15 a 19 años.¹⁴ No obstante, a pesar del esfuerzo realizado desde su creación con respecto a la prevención del EA, el avance ha sido pausado, ya que para el 2019 la TEF fue de 69.5,¹⁵ es decir, tuvo una reducción de 7.5 conforme a lo reportado en el 2014,¹⁰ por lo que mantuvo los primeros lugares en este rubro entre los miembros de la OCDE.

Cabe mencionar que este avance podría verse afectado por la reciente pandemia de la COVID-19. De acuerdo con el informe de la Secretaría General del Consejo Nacional de Población, donde se indicó que la tasa de fecundidad forzada en niñas de 10 a 14 años aumentó de 1.7 a 1.8%, adicionalmente se estimó un incremento en la necesidad insatisfecha de anticoncepción del 20% y, en consecuencia, 21,575 embarazos no deseados en mujeres de 15 a 19 años.¹⁶

El EA de primera vez, con o sin desenlace de recién nacido vivo, coloca a las madres jóvenes en una situación vulnerable. La prevención de un segundo embarazo no planeado es apremiante, debido a que incrementa diez veces el riesgo de presentar complicaciones secundarias, independientemente del periodo intergenésico,¹⁷ con alto riesgo de mortalidad materna o problemas de salud en el recién nacido, lo cual compromete su crecimiento y desarrollo futuro. Por tanto, el objetivo de este trabajo es describir los factores causales y consecuentes del ES, así como plantear algunas estrategias para incidir de for-

ma positiva en la conducta anticonceptiva de las madres adolescentes.

Desarrollo

Causas

El entramado biopsicosocial en el que surgen y crecen los factores de riesgo del ES requiere de la colaboración interdisciplinaria e intersectorial. La enfermería no puede estar exenta de la comprensión y solución de este fenómeno, por lo que es necesario conocerlo con la finalidad de encontrar soluciones acordes a la evidencia científica y la utilización de los recursos disponibles.

Entre las causas biológicas, se encuentra la menarca temprana.¹⁸ Se ha demostrado que las adolescentes tienen mayor probabilidad de iniciar actividad sexual antes de los 15 años (razón de momios [RM]: 1.88; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 1.46-2.43).¹⁹ Sobre el aspecto socioeconómico, las adolescentes pertenecientes al estrato bajo presentan un mayor riesgo (RM: 1.86; IC 95% 1.05-3.2). Sin embargo, este riesgo no es exclusivo de la alta marginación, debido a que el fenómeno sucede en estados del sur y norte del país, y en aquellas adolescentes con rezago educativo que residen en estados ubicados en el quintil 4 (razón de riesgo [RR]: 27.36),²⁰ es decir con una situación económica holgada.

En el aspecto social, el matrimonio precoz se ha asociado al EA (chi cuadrada: 32.02, $p < 0.001$).²¹ El solo hecho de vivir en pareja las mantiene sexualmente activas y se ha reportado que la edad joven < 25 años se asocia con la reanudación sexual de forma prematura. El 41% ha admitido que reiniciaron su actividad sexual antes de seis semanas postparto²² y también las madres adolescentes con fracaso escolar, bajo nivel de escolaridad y que abandonaron la escuela (RM: 5.18 (IC. 95% 3.27-8.19),²³ (77 frente a 65%, $p 0.058$) y (RM: 2.823; IC 95% 1.667-4.780), respectivamente.²⁴

En relación con las creencias sobre el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes antes y después del embarazo, son variadas y contradictorias entre sí. Por un lado no les preocupa quedar embarazadas al momento del coito.²⁵ Es decir, que generalmente es un evento no planeado³ y, por otro lado, en la evidencia cualitativa se ha mostrado que las madres adolescentes han expresado deseos de completar una familia, tienen afán por un segundo embarazo para acompañar al primogénito y terminar de forma

rápida su vida reproductiva. También han manifestado no tener control sobre la decisión de un nuevo embarazo.⁷

En relación con los conocimientos en salud reproductiva, se ha demostrado que las adolescentes carecen de ellos. El 65.4% de las mujeres entre 15 y 49 años no saben qué hacer en caso de olvidar tomar una pastilla hormonal o pastilla de emergencia⁸ o a qué hora exacta deben tomar la anticoncepción de emergencia (RM: 3.1; IC 95% 1.1-8.8).²⁶ Para subsanar esta deficiencia, las adolescentes buscan información sobre los métodos anticonceptivos (MAC) con personas significativas; sin embargo, no siempre son la mejor fuente. Sámano *et al.*²⁴ reportaron que en el 94% de las adolescentes, las principales fuentes de información sobre sexualidad fueron la madre (79%), el profesor (33%) y el médico (5%).

Aunado a lo anterior, las experiencias negativas de las adolescentes con el uso de contraceptivos de larga duración (CLD), como el implante y el dispositivo intrauterino,²⁷ y la transmisión de vivencias desagradables del uso de anticonceptivos por parte de familiares o amigos, desencadenan temor a los efectos secundarios de estos,²⁸ lo cual provoca que un porcentaje considerable (41%) de las adolescentes abandonen los CLD.²⁹

Por tanto, el involucramiento, el compromiso y la educación de las personas adultas y significativas es relevante y trascendente para la prevención tanto del EA como del ES. Sin embargo, en México los profesores, padres de familia y proveedores de salud perciben límites para involucrarse en la prevención del embarazo. Los primeros refieren no sentirse capacitados; los segundos manifiestan que la sexualidad se puede aprender en los medios de comunicación y en la escuela, y los últimos refieren que el 90% de la responsabilidad en la educación sexual es de los padres.³⁰

La población adolescente enfrenta mayores barreras de acceso a los servicios de salud reproductiva (SSR) que el resto de la población. Estas barreras se relacionan con la accesibilidad, aceptabilidad y equidad. En cuanto a la atención de los servicios de salud, se han identificado actitudes negativas de los prestadores de salud y costo por el servicio.³¹ En cuanto a la calidad de la información anticonceptiva brindada en farmacias y clínicas es deficiente y no equitativa.⁴ También han percibido que los proveedores de salud carecen de habilidades para brindar información o que la información recibida fue demasiado técnica.^{32,33}

Con respecto a la política que enmarca la salud reproductiva de los adolescentes en el país, es extensa y suficiente para protegerlos con apego a los derechos hu-

manos y desde el 2015 con mayor monitorización hacia su cumplimiento a partir de la creación de la ENAPEA. No obstante, el avance ha sido lento, prevalece la cultura institucional de escasa colaboración y con dificultades para la planeación estratégica;¹⁴ además, el establecimiento de políticas propias por parte de las instituciones de salud disminuye el acceso de las adolescentes a los SSR, aun cuando la ley no especifica restricciones de atención.⁴ También se ha reportado la falta de coordinación de los centros sanitarios para distribuir de forma equitativa los recursos materiales para atender este programa.³⁴

Consecuencias

Destacan las consecuencias inherentes a la salud de la madre, padre e hijo y enseguida las sociales y económicas. Estas últimas están dirigidas a la familia y a la recaudación pública. Con respecto a las primeras, las madres de 10 a 19 años tienen más riesgo de desarrollar eclampsia, endometritis puerperal, infecciones sistémicas, parto prematuro, hipertensión, anemia severa y hemorragia materna,^{6,35} además de que la evidencia sugiere que los intervalos cortos entre nacimientos aumentan el riesgo de mortalidad infantil, ceguera,³⁶ parálisis cerebral, enfermedades respiratorias crónicas, sordera, dislexia, hiperactividad, deterioro cognitivo, mayor riesgo de muerte en la infancia y bajo rendimiento académico (a futuro).²⁷

También se ha informado que los hijos de madres adolescentes tienen un 13% más de probabilidad de participar en actividades ilegales y enfrentar encarcelamiento, mientras que las hijas de madres adolescentes tienen mayor riesgo de repetir este fenómeno^{27,37} y todas las complicaciones que derivan del EA, lo cual perpetua la pobreza y la inequidad social.

En relación con el padre, se ve obligado a unirse en matrimonio, lo que conlleva el desarrollo de inseguridad, debido a su corta edad, por lo que termina incurriendo en un mayor número de separaciones, mayor número de hijos, dificultad para lograr la autonomía económica y la protección efectiva de su núcleo familiar, ya que en ocasiones se ve en la necesidad de emigrar, sobre todo aquellos que viven en países en vías de desarrollo.¹

Con respecto a las consecuencias económicas familiares, los padres adolescentes que tienen dos o más hijos en un periodo de cinco años tienen más probabilidades de depender de la asistencia social, abandonar la escuela y menor autosuficiencia económica.^{38,39} En cuanto al impacto económico del EA, las adolescentes no se incorporan

al mercado laboral formal, lo que repercute en una menor recaudación de ingresos para México. El rezago educativo y el abandono escolar secundarios al EA representan una pérdida anual estimada de 31 mil millones de pesos mexicanos.¹²

Posibles soluciones

A partir de la generación de la ENAPEA y el Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA) se han llevado a cabo diversas acciones preventivas para alcanzar la meta propuesta para el año 2030. Sin embargo, se requiere seguir trabajando en la educación de los adolescentes sobre temas de salud sexual para incrementar el uso correcto y el acceso a los MAC, así como desmitificar miedos y creencias acerca de sus posibles efectos secundarios. Por tal motivo, es obligatorio y urgente diseñar intervenciones en salud evaluadas, replicables y sostenibles en todo el país; no abordar este problema es apuntalar a una pobreza de forma planificada.³⁴

Por lo tanto, es necesario cambiar el esquema preventivo, es decir, que la sociedad, el sistema escolar y el sector salud modifiquen sus esquemas de educación sexual de una visión biologicista a un enfoque centrado en la persona,³⁵ y que fortalezcan las capacidades de la adolescente para que adquiera un mayor control sobre su propia vida, cuerpo y entorno; este proceso abarca la autonomía, la participación en la toma de decisiones, el acceso, el control de los recursos económicos y la ausencia de la violencia contra ella.⁴⁰

Países desarrollados que han disminuido la TEF en adolescentes han utilizado la entrevista motivacional (EM), en la que el principal actor es el adolescente. Con la evidencia de resultados de ensayos clínicos aleatorizados, dirigidos a comprobar la eficacia de intervenciones de salud basadas en teorías conductuales entregadas en los hogares de las adolescentes,^{41,42,43} la intervención para el cambio de conducta anticonceptiva con mayor eficacia en las visitas domiciliarias fue la EM.^{44,45,46} Esto se debe a que la EM tiene un estilo colaborativo centrado en la persona y su propósito es reforzar su motivación y compromiso con el cambio de conducta.⁴⁷

Una comunicación coercitiva, basada en una desigualdad de poder o en metas institucionales, puede hacer sentir a la persona incomprendida o reacia a buscar atención médica si su proveedor de salud hace demasiado hincapié en la eficacia y le da más valor a otras características del control de la natalidad.⁴⁸ Esta forma de comunicación no brinda respeto y autonomía a las adolescentes y

el reflejo inmediato de corregir la conducta por parte del proveedor en salud, asociado al estilo directivo, tiende a instaurar un patrón de conversación opositora,⁴⁰ lo cual da lugar a una baja adopción del método anticonceptivo y a un alto riesgo de ES.

La EM presta atención al lenguaje natural del cambio y su propósito es tener conversaciones más efectivas acerca de este, sobre todo cuando se da en un contexto en el que alguien ofrece ayuda profesional a otra persona. Se ha diseñado para encontrar un modo constructivo de superar los retos que suelen aparecer cuando alguien, con la intención de ayudar, se adentra en la motivación para el cambio de otra persona⁴⁷ y se rige por los principios del enfoque centrado en la persona, proveniente de la psicología humanista, basada en la personalidad y las relaciones interpersonales que proponen los principios que gobiernan las condiciones que facilitan una relación terapéutica, comprendida desde el amplio significado de una relación interpersonal.⁴⁹

Rivlin e Isley⁴⁸ refieren que la toma de decisión compartida durante el asesoramiento anticonceptivo permite que el paciente y el proveedor trabajen juntos para conocer las necesidades del paciente; de esta forma, el proveedor de planificación familiar aporta su experiencia, mientras que el paciente aporta sus valores y preferencias. La comunicación centrada en el paciente se alinea bien a la decisión compartida para el asesoramiento anticonceptivo, en el que el proveedor primero obtiene las preferencias personales de las pacientes, las adapta a la educación sanitaria y apoya esta decisión. Es así como el proveedor se centra en comprender las necesidades de la persona con el fin de proporcionar información.⁵⁰

Hoy más que nunca la enfermería requiere habilidades comunicativas e interpersonales altamente desarrolladas para permitir y nutrir una relación terapéutica. “Un cambio a la izquierda” para que las personas sean atendidas en etapas tempranas de cualquier situación del proceso salud-enfermedad.⁵¹

La atención centrada en la paciente está conectada con el empoderamiento, ya que es solidaria con la autonomía, respeta a cada persona, sus valores y elecciones

Referencias

1. Andrade M. Experiencias de adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo subsecuente; factores condicionantes y sus consecuencias en mujeres de 15 a 19 años que son atendidas en el S.C.S PUENGASÍ/1 en el año 2009 [Tesis de maestría]. Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar; 2009. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/2969>
2. Quito López EF. Incidencia del embarazo subsecuente en adolescentes en el subcentro de salud de García Moreno - Cotacachi [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad Técnica del Norte; 2018. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8804>
3. Pérez G, Lugo M, Manjarres N. Uso de anticonceptivos (MAC)

en la vida diaria, situación que permite la autorreflexión para aumentar la capacidad de las personas y participar en la resolución mutua de problemas, pensar críticamente y tomar decisiones autónomas e informadas.⁵²

Recientemente se ha planteado que el empoderamiento de las mujeres puede prevenir el matrimonio precoz, retrasar la edad del primer embarazo y aumentar el intervalo entre ambos, además de que mejora el estado nutricional de la mujer y reduce la violencia doméstica para mejorar la salud psicológica.^{53,54} También se ha revelado que es más probable que las mujeres empoderadas utilicen anticoncepción y den a luz en un centro de salud.⁵⁵

Yaya *et al.*⁵⁶ refieren que la utilización de los servicios de salud puede mejorar el empoderamiento de la mujer, además de que provoca un incremento en la toma de decisiones y facilita una autonomía en las mujeres. No obstante, la poca experiencia que tienen las adolescentes en la toma de decisiones relacionadas con el uso consistente de anticonceptivos requiere que los profesionales y organismos de salud rompan sus paradigmas y acompañen a las adolescentes hacia el empoderamiento, a fin de que se conviertan en protagonistas de su vida y entorno.⁵⁷

Conclusiones

De esta manera queda en evidencia que las causas del embarazo adolescente subsecuente representan un amplio abanico de determinantes que van desde aspectos individuales, familiares, sociales hasta debilidades organizacionales en las instituciones de salud; por tal motivo, las consecuencias tienen resultados catastróficos a la salud y bienestar de la joven familia, y una carga social y económica importante para los países en desarrollo.

Las intervenciones centradas en la persona han mostrado efectos positivos en la conducta anticonceptiva de las adolescentes. Su adopción e implementación en países en desarrollo amerita la suma de esfuerzos interinstitucionales e interdisciplinarios de forma vertical y transversal con sentido bidireccional para realizar cambios significativos en la prevención de este fenómeno.

- en la adolescencia. México: UNAM-ENTS y Fundación González y Fundación Gonzalo Río Arronte. México DF: Escuela Nacional de Trabajo Social; 2019.
4. De Castro F, Barrientos-Gutiérrez T, Braverman-Bronstein A, Santelli J, Place JM, Eternod-Arámburu M, et al. Adolescent Access to Information on Contraceptives: A Mystery Client Study in Mexico. *J Adolesc Health*. 2018;62(3):265-72. doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.08.001
 5. Instituto Nacional Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. México; 2009. Disponible en: https://books.google.com.mx/books/about/Encuesta_Nacional_de_la_Din%C3%A1mica_Demogr.html?id=q9ndDAAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
 6. Norton M, Chandra-Mouli V, Lane C. Interventions for Preventing Unintended, Rapid Repeat Pregnancy Among Adolescents: A Review of the Evidence and Lessons From High-Quality Evaluations. *Glob Health Sci Pract*. 2017;5(4):547-70. doi: 10.9745/GHSP-D-17-00131
 7. Aslam RW, Hendry M, Booth A, Carter B, Charles JM, Craine N, et al. Intervention Now to Eliminate Repeat Unintended Pregnancy in Teenagers (INTERUPT): a systematic review of intervention effectiveness and cost-effectiveness, and qualitative and realist synthesis of implementation factors and user engagement. *BMC Med*. 2017;15(1):155. doi: 10.1186/s12916-017-0904-7
 8. Campero L, Atienzo E, Hernández B, Suárez L, Villalobos A. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gac Med Mex*. 2013;149:299-307. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_299-307.pdf
 9. Sánchez-Pájaro A, Braverman-Bronstein A, De-Castro F, Vidaña-Pérez D, Villalobos-Hernández A, Barrientos-Gutiérrez T. Contribution of Second and Higher-Order Births to Adolescent Fertility in Mexico: Contribution of Second and Higher-Order Births to Adolescent Fertility in Mexico. *Stud Fam Plann*. 2019;50(1):63-70. doi: <https://doi.org/10.1111/sifp.12083>
 10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2014. México: INEGI; 2014. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2014/doc/resultados_enadid14.pdf
 11. Instituto Nacional de Salud Pública. ¡No! Niñas madres. México: INSP; 2021. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/no-ninas-madres>
 12. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México. México: UNFPA; 2020. Disponible en: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/milena_mexico_2020.pdf
 13. Consejo Nacional de Población. Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años. México: CONAPO; 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/fecundidad-en-ninas-y-adolescentes-de-10-a-14-anos>
 14. Gómez AM, Arguello H. Estrategia Nacional para prevenir embarazo adolescente, un gran reto. México: Observatorio de Mortalidad Materna; 2017. Disponible en: https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/ESTRATEGIA-NACIONAL-PARA-PREVENIR-EMBARAZO-ADOLESCENTE-UN-GRAN-RETO-por-Ana-Mar%C3%ADA-G%C3%B3mez-e-Hilda-Arg%C3%BCello_compressed-1.pdf
 15. Consejo Nacional de Población. 2.1, Promedio de hijas e hijos por mujer en México en 2019. México: CONAPO; 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/segob/prensa/2-1-promedio-de-hijas-e-hijos-por-mujer-en-mexico-en-2019-conapo>
 16. Consejo Nacional de Población. Participa CONAPO en diálogo virtual sobre “Los efectos de la pandemia del COVID-19: desafíos para la salud sexual y reproductiva”. México: CONAPO; 2020. Disponible en: <http://www.gob.mx/conapo/articulos/participa-conapo-en-dialogo-virtual-sobre-los-efectos-de-la-pandemia-del-covid-19-desafios-para-la-salud-sexual-y-reproductiva?idiom=es>
 17. Conroy KN, Engelhart TG, Martins Y, Huntington NL, Snyder AF, Coletti KD, et al. The Enigma of Rapid Repeat Pregnancy: A Qualitative Study of Teen Mothers. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(3):312-7. doi: 10.1016/j.jpog.2015.12.003
 18. García-López GI, Venebra-Muñoz A, Orozco-Vargas AE, Aguilera-Reyes U. 2Menarquia: Relación entre la edad del primer embarazo y el índice de desarrollo humano en diez países de América Latina. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2020;2(2):246-54. Disponible en: <https://revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/110>
 19. Leal FI, Stuardo AV, Molina GT, González AE. Menarquia temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2015;80(1):41-7. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n1/art06.pdf>
 20. Gómez OS, González KO. Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México, 2015. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e99. doi: 10.26633/RPSP.2018.99
 21. Ochen AM, Chi PC, Lawoko S. Predictors of teenage pregnancy among girls aged 13–19 years in Uganda: a community based case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):211. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2347-y>
 22. Sridhar A, Salcedo J. Optimizing maternal and neonatal outcomes with postpartum contraception: impact on breastfeeding and birth spacing. *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2017;3(1):1. doi: <https://doi.org/10.1186/s40748-016-0040-y>
 23. Béria JU, Schermann LB, Leal AF, Hilgert JB, Stein AT, Alves GG, et al. Motherhood in early adolescence: a case-control study in Southern Brazil. *Ciencia Saude Colect*. 2020;25(2):438-48. doi: 10.1590/1413-81232020252.10232018
 24. Sámano R, Martínez-Rojano H, Chico-Barba G, Sánchez-Jiménez B, Sam-Soto S, Rodríguez-Ventura A, 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(6):1022. doi: 10.1590/1413-81232020252.10232018
 25. Guzzo KB, Lang VW, Hayford SR. Teen Girls’ Reproductive Attitudes and the Timing and Sequencing of Sexual Behaviors. *J Adolesc Health*. 2019;65(4):507-13. doi: 10.1016/j.jadohealth.2019.05.018
 26. Mathewos S, Mekuria A. Teenage Pregnancy and Its Associated Factors among School Adolescents of Arba Minch Town, Southern Ethiopia. *Ethiop J Health Sci*. 2018;28(3):287. doi: 10.4314/ejhs.v28i3.6
 27. Govender D, Naidoo S, Taylor M. Prevalence and Risk Factors of Repeat Pregnancy among South African Adolescent Females. *Afr J Reprod Health*. 2019;23(1):73-87. doi: 10.29063/ajrh2019/v23i1.8
 28. Caudillo-Ortega L, García-Rodríguez AA, Harrison T, Onofre-Rodríguez DJ, Benavides-Torres RA, Pratz-Andrade MT. Percepciones de las Mujeres Mexicanas Sobre el Uso de Métodos Anticonceptivos: Un Estudio Cualitativo. *Hisp Health Care Int*. 2017;15(3):107-12. doi: 10.1177/1540415317723330
 29. Borovac-Pinheiro A, Surita F, D’Annibale A, Pacagnella R, Pinto e Silva J. Adolescent Contraception Before and After Pregnancy—Choices and Challenges for the Future. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet*. 2016;38(11):545-51. doi: 10.1055/s-0036-1593971
 30. Herrera C, Campero L, Barrera L, González G, Atienzo EE, Estrada F.

- Decir a medias: límites percibidos por los adultos para involucrarse en la prevención del embarazo adolescente en México. *Nueva Antropol.* 2018;31:21. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-06362018000100134&lng=pt&nrm=iso
31. De Castro F, Barrientos T, Cruz L. Embarazo adolescente. Vol. 1. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2015. 112 pp.
 32. Berlan ED, Richards MJ, Vieira CS, Creinin MD, Kaunitz AM, Fraser IS, et al. Best Practices for Counseling Adolescents about the Etonogestrel Implant. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2020;33(5):448-54. doi: 10.1016/j.jpag.2020.06.022
 33. McCarthy OL, Wazwaz O, Osorio-Calderon V, Jado I, Saibov S, Stavridis A, et al. Development of an intervention delivered by mobile phone aimed at decreasing unintended pregnancy among young people in three lower middle income countries. *BMC Public Health.* 2018;18(1):576. doi: 10.1186/s12889-018-5477-7
 34. Kuri PA, Guevara-Guzmán R, Phillips-Gutiérrez V, Mota-Sánchez A, Díaz-Olavarrieta CA. National panorama of adolescent pregnancy in Mexico: lessons learned in a six-year period. *Gac Med Mex.* 2020;156(2):3933. doi: 10.24875/GMM.M20000357
 35. Maravilla JC, Betts KS, Alati R. Increased risk of maternal complications from repeat pregnancy among adolescent women. *Int J Gynecol Obstet.* 2019;145(1):54-61. doi: 10.1002/ijgo.12776
 36. Hindin MJ, Kalamar AM, Thompson TA, Upadhyay UD. Interventions to Prevent Unintended and Repeat Pregnancy Among Young People in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Published and Gray Literature. *J Adolesc Health.* 2016;59(3):S8-15. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.04.021
 37. Margherita G, Troisi G, Tessitore F, Gargiulo A. Teen mothers who are daughters of teen mothers: Psychological intergenerational dimensions of early motherhood. *Child Youth Serv Rev.* 2017;83:294-301. doi: 10.1016/j.childyouth.2017.10.010
 38. Harding JF, Knab J, Zief S, Kelly K, McCallum D. A Systematic Review of Programs to Promote Aspects of Teen Parents' Self-sufficiency: Supporting Educational Outcomes and Healthy Birth Spacing. *Matern Child Health J.* 2020;24(Suppl 2):84-104. doi: 10.1007/s10995-019-02854-w
 39. Govender D, Naidoo S, Taylor M. Scoping review of risk factors of and interventions for adolescent repeat pregnancies: A public health perspective. *Afr J Prim Health Care Fam Med [Internet].* 2018;10(1). Disponible en: <https://phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/1685>
 40. Castro R, Erviti J. Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica. México: UNAM; 2015. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf_1464.pdf
 41. Black MM, Bentley ME, Papas MA, Oberlander S, Teti LO, McNary S, et al. Delaying Second Births Among Adolescent Mothers: A Randomized, Controlled Trial of a Home-Based Mentoring Program. *PEDIATRICS.* 2006;118(4):e1087-99. doi: 10.1542/peds.2005-2318
 42. Lewin A, Mitchell SJ, Quinn DA, Street TM, Schmitz K, Beers LS. A Primary Care Intervention to Prevent Repeat Pregnancy Among Teen Mothers. *Am J Prev Med.* 2019;56(3):404-10. doi: 10.1016/j.amepre.2018.10.015
 43. Robling M, Bekkers MJ, Bell K, Butler CC, Cannings-John R, Channon S, et al. Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet.* 2016; 387(10014):146-55. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00392-X
 44. Katz KS, Rodan M, Milligan R, Tan S, Courtney L, Gantz M, et al. Efficacy of a Randomized Cell Phone-Based Counseling Intervention in Postponing Subsequent Pregnancy Among Teen Mothers. *Matern Child Health J.* 2011;15(1):42-53. doi: 10.1007/s10995-011-0860-3
 45. Stevens J, Rotz D, Goesling B. Brief report: Assessing the risk of reporting bias in a RCT for adolescent mothers. *J Adolesc.* 2019;74: 197-200. doi: 10.1016/j.adolescence.2019.06.011
 46. Stevens J, Lutz R, Osuagwu N, Rotz D, Goesling B. A randomized trial of motivational interviewing and facilitated contraceptive access to prevent rapid repeat pregnancy among adolescent mothers. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(4):423.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2017.06.010
 47. Miller W, Rollnick S. La entrevista motivacional, ayudar a las personas a cambiar. 3ra Ed. México: Paidós; 2015.
 48. Rivlin K, Isley MM. Patient-centered Contraceptive Counseling and Prescribing. *Clin Obstet Gynecol.* 2018;61(1):27-39. doi: 10.1097/GRF.0000000000000337
 49. Manjarres-Posada NI. Intervención motivacional asistida por computador para el incremento en el uso de anticonceptivos en madres adolescentes [tesis de doctorado]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2020. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/20053/>
 50. Carvajal DN, Klyushnenkova E, Barnett B. Latina contraceptive decision-making and use: The importance of provider communication and shared decision-making for patient-centered care. *Patient Educ Couns.* 2021;S0738399121001762. doi: 10.1016/j.pec.2021.03.006
 51. Doherty M, Thompson H. Enhancing person-centred care through the development of a therapeutic relationship. *Br J Community Nurs.* 2014;19(10):502-7. doi: 10.12968/bjcn.2014.19.10.502
 52. Zoffmann V, Hörnsten Å, Storbækken S, Graue M, Rasmussen B, Wahl A, et al. Translating person-centered care into practice: A comparative analysis of motivational interviewing, illness-integration support, and guided self-determination. *Patient Educ Couns.* 2016; 99(3):400-7. doi: 10.1016/j.pec.2015.10.015
 53. Afulani PA, Altman M, Musana J, Sudhinaraset M. Conceptualizing pathways linking women's empowerment and prematurity in developing countries. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017, 17(Suppl 2):338 Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5688445/pdf/12884_2017_Article_1502.pdf
 54. Ahinkorah BO, Hagan JE, Seidu AA, Sambah F, Adoboi F, Schack T, et al. Female adolescents' reproductive health decision-making capacity and contraceptive use in sub-Saharan Africa: What does the future hold? *PLoS ONE.* 2020;15(7):e0235601. doi: 10.1371/journal.pone.0235601
 55. Corroon M, Speizer IS, Fotso JC, Akiode A, Saad A, Calhoun L, et al. The Role of Gender Empowerment on Reproductive Health Outcomes in Urban Nigeria. *Matern Child Health J.* 2014;18(1):307-15. doi: 10.1007/s10995-013-1266-1
 56. Yaya S, Uthman OA, Ekholuenetale M, Bishwajit G. Women empowerment as an enabling factor of contraceptive use in sub-Saharan Africa: a multilevel analysis of cross-sectional surveys of 32 countries. *Reprod Health.* 2018;15(1):214. doi: 10.1186/s12978-018-0658-5
 57. Fernández y Fernández-Arroyo M. Los programas de educación maternal y el empoderamiento de las mujeres. *RCUB.* 2017;2(1):18. doi: 10.1344/musas2017.vol2.num1.1

.....
 Cómo citar este artículo/To reference this article:

Morales-Alvarez CT, Sáenz-Soto NE, Manjarres-Posada NI, Luna-Ferrales C, Barbosa-Martínez RC. Embarazo subsecuente en la adolescencia: causas, consecuencias y posibles soluciones. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2022;30(1):14-20.