

## Artículo de investigación

## Apoyo familiar como factor protector de embarazo adolescente en Colombia

### *Family support as a protector factor in adolescent pregnancy in Colombia*

María Alejandra Vélez Pulgarín <sup>1\*</sup>✉, Natalia Andrea Restrepo Patiño <sup>1</sup>, Oscar Iván Quirós Gómez <sup>2</sup>✉ [ORCID](#)

\* Autor de correspondencia.

<sup>1</sup> MSc. Egresada, Universidad CES.

<sup>2</sup> PhD. Docente, Universidad CES.

#### Fecha correspondencia:

Recibido: noviembre 22 de 2022.

Aceptado: marzo 14 de 2023.

#### Forma de citar:

Vélez MA, Restrepo N, Quirós-Gómez O. Apoyo familiar como factor protector de embarazo adolescente en Colombia. Rev. CES Salud Pública y Epi. 2022; 1(2): 86-98. <https://dx.doi.org/10.21615/cesspe.7269>

#### [Open access](#)

[© Derecho de autor](#)

[Licencia creative commons](#)

[Ética de publicaciones](#)

[Revisión por pares](#)

[Gestión por Open Journal System](#)

DOI: 10.21615/cesspe.7269

ISSNe: 2954-5587

#### [Publica con nosotros](#)

## Resumen

**Objetivo:** determinar la relación del apoyo familiar y otros factores sociodemográficos con el estado de embarazo en mujeres adolescentes de 13 a 19 años en Colombia. **Material y Métodos:** se realizó un estudio observacional, transversal, con intención analítica a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. Se utilizaron factores de expansión para describir las características poblacionales. Para determinar la relación estadística del apoyo familiar con el embarazo, ajustado por otros factores sociodemográficos, se realizó una regresión binomial con enlace logarítmico. **Resultados:** el 86,2% de las adolescentes no se hallaba en embarazo. El apoyo familiar RP: 0,26, tener menos de 15 años RP: 0,34, tener relaciones sexuales con preservativo RP: 0,11, tener información de prácticas sexuales seguras RP: 0,68 y contar con nivel educativo superior RP: 0,51 fueron factores asociados al estado de embarazo. **Discusión:** es importante implementar y transformar las políticas y estrategias intersectoriales que hagan énfasis en la inclusión de la familia como eje de orientador de adolescentes, además, orientar las temáticas de educación en salud sexual según grupos de edad de acuerdo al nivel de madurez y autonomía que tenga la adolescente.

**Palabras claves:** embarazo; embarazo en adolescencia; salud sexual y reproductiva; apoyo familiar.

## Abstract

**Objective:** to determine the relationship of family support and other sociodemographic factors with the state of pregnancy in adolescent women between 13 and 19 years of age in Colombia.

**Material and Methods:** an observational, cross-sectional study was carried out with analytical intent based on the results of the 2015 National Survey of Demography and Health. Expansion factors were used to estimate and describe the population characteristics. To determine the statistical relationship of family support with pregnancy adjusted for other sociodemographic factors, a binomial regression with logarithmic link model was performed. **Results:** 86.2% of the adolescents were not pregnant. Family support RP: 0.26, being under 15 years old RP: 0.34, having sex with a condom RP: 0.11, having information on safe sexual practices RP: 0.68 and having higher education RP: 0.51 were factors associated with pregnancy status. **Discussion:** it is important to implement and transform intersectoral policies and strategies that emphasize the inclusion of the family as a guideline for adolescents, in addition, to guide the topics of sexual health education according to age groups according to the level of maturity and autonomy that the teenager has.

**Keywords:** pregnancy; pregnancy in adolescence; sexual health; protective factors.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud define el embarazo adolescente como la ocurrencia de embarazo en mujeres entre los 10 a los 19 años de edad y lo considera un problema de Salud pública por los posibles efectos adversos en salud para el binomio madre-hijo, como también por la compleja interacción de distintos factores biológicos y sociales<sup>(1)</sup>, puesto que este suceso modifica el proyecto de vida y conduce a un futuro con marcadas limitaciones, truncando entre otras cosas, la escolaridad, el ingreso al mercado laboral y las posibilidades de conservar una familia estable<sup>(2)</sup>. A nivel demográfico, las mujeres que tienen hijos en su adolescencia tienden a tener un mayor número de hijos al final de su vida reproductiva en comparación con aquellas que comienzan su maternidad después de los 20 años de edad<sup>(3)</sup>. El embarazo en adolescentes contribuye a un rápido crecimiento poblacional, lo que en muchos casos afecta la calidad de vida de la población<sup>(4)</sup>.

Alrededor de 16 millones de adolescentes entre los 15 y los 19 años y 1 millón menores de 15 años dan a luz cada año a nivel mundial<sup>(5)</sup>, en especial en países en desarrollo pues aportan aproximadamente el 75% de los casos<sup>(6)</sup>. Según la Organización Panamericana de la Salud, el 25% de las mujeres en Latinoamérica y el Caribe son madres antes de los 20 años<sup>(7)</sup>. A pesar de que se ha observado una menor frecuencia en los últimos años, para Colombia el embarazo adolescente ha sido una problemática desde los años setenta<sup>(8)</sup>, pues pasó de 57,95 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años en 2019 a 53,78 nacimientos por cada 1.000 mujeres del mismo rango de edad en el 2020<sup>(9)</sup>, aunque este descenso ha sido de forma más pausada con respecto a otras regiones del mundo<sup>(8)</sup>.

Haber tenido la primera relación sexual con una persona con mayor edad <sup>(10)</sup>, el desarrollo temprano de la pubertad, la historia de abuso sexual, la pobreza, la falta de atención parental, la falta de educación y objetivos de formación, el pobre rendimiento escolar y tener síntomas de depresión son algunos de los factores de riesgo reportados para el embarazo adolescente <sup>(11, 12)</sup>. En tanto la menarquia tardía, el uso de métodos anticonceptivos, la creación de proyectos de vida, la educación oportuna con relación al ejercicio de la sexualidad y la vida reproductiva son factores que previenen el embarazo adolescente <sup>(13 - 15)</sup>.

El objetivo de esta investigación fue evaluar el apoyo familiar, ajustado por otras variables sociodemográficas, como factor que explica el estado de embarazo en mujeres adolescentes de 13 a 19 años en Colombia, con el fin de generar conocimientos para la toma de decisiones orientadas al cumplimiento de las metas sobre salud sexual y reproductiva del país.

## Material y métodos

Se realizó un estudio observacional de corte transversal, con intención analítica de fuente secundaria de la información recolectada en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), Colombia, realizada en el año 2015. La población de estudio de la ENDS 2015 se extrajo de la muestra maestra de Hogares para Estudios en Salud diseñada por el Ministerio de Salud y Protección Social la cual es probabilística, por conglomerados, estratificada y polietápica. Este universo de estudio se conformó por población civil, no institucionalizada, de 13 a 69 años, de las zonas urbanas y rurales de 1122 municipios de los 32 departamentos de Colombia, utilizando como marco muestral el Censo de Población y Vivienda de 2005, donde se identificaron 92799 registros, 52479 mujeres y 40300 hombres <sup>(16)</sup>. La base de datos de la ENDS es gestionada por Profamilia, organización privada sin ánimo de lucro que provee servicios de salud reproductivos en Colombia, a quién le fue solicitada y se le pidió autorización para el análisis de los mismos, entidad que entregó a los investigadores principales la base de datos en formato .sav IBM SPSS® y el diccionario de variables en Microsoft® Office Excel. Se seleccionó y proceso 9343 registros correspondientes al 100% de las encuestas que pertenecían a mujeres, que estaban entre los 13 y 19 años de edad, y que hubieran contestado a las preguntas ¿Ha tenido hijos vivos? ¿Ha tenido hijos fallecidos? ¿Actualmente embarazada? ¿Ha tenido pérdidas, abortos, interrupciones o muertes fetales? dado que con una o varias de estas preguntas con respuesta afirmativa la variable desenlace *embarazo adolescente* se consideró presente. Los registros que tuvieron información faltante menor o igual al 5% se les realizó imputación múltiple.

La variable *apoyo familiar* se analizó como la variable independiente de asociación de mayor interés, debido a que se ha reportado la familia como uno de los microambientes más importantes donde se desenvuelve el adolescente y la base predisponente de actitudes, la personalidad, el auto-concepto, los valores, y las habilidades de comunicación, que cobran importancia al considerar la vulnerabilidad innata del adolescente a eventos como el embarazo <sup>(17)</sup>. El *apoyo familiar* se definió en esta investigación a partir de la respuesta a las

preguntas sobre la frecuencia con la que papá, mamá o la persona adulta que responde por la adolescente, “¿sabe dónde está o cuando sale?”, “¿sabe con qué amigos sale?”, “¿le pone horario de salida y entrada cuando sale?”, “¿sabe cómo le va en la escuela/colegio/universidad?” preguntas que tenían respuesta tipo Likert como nunca, casi siempre, pocas veces o siempre. Para mejor análisis e interpretación de esta variable, se realizó una reducción de las respuestas a estas preguntas a una sola dimensión, a través del escalamiento óptimo realizado por el análisis de componentes principales categórico ACPC. Se tuvo en cuenta que el alfa de Cronbach, como medida de fiabilidad, estuviera por encima de 0,8 y el autovalor mayor a 1 con el fin de garantizar que la dimensión estimada contabilizara más varianza que las variables originales. Este análisis de reducción permitió luego categorizar esta variable como contar usualmente con apoyo familiar o no contar con este.

Otras variables sociodemográficas independientes analizadas fueron; la edad, el nivel educativo, el estado civil, trabajo actual, la zona de residencia como urbano o rural, quintil de riqueza en el que se ubica la adolescente, edad de la primera menstruación, conocimiento del periodo fértil en la mujer, conocimiento de métodos anticonceptivos, claridad del concepto de sexualidad, edad de inicio de relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos, edad en que recibió información sobre el uso de los métodos anticonceptivos, edad de su primera relación sexual, antecedentes de relaciones sexuales sin condón, deseo de tener hijos, hermanos mayores que hayan tenido hijos antes de los 18 años, respaldo familiar en las decisiones sobre el cuidado de salud, autonomía en la toma de decisión de tener relaciones sexuales.

Para mejor manejo de la información y procesamiento estadístico de asociación, categorías de las variables nivel educativo fueron agrupadas de forma dicotómica como secundaria/universitaria y sin estudios/primaria, al igual que el quintil de riqueza como alto/más alto y medio/bajo/más bajo, respectivamente.

### **Análisis estadístico**

Se realizó un análisis descriptivo a través del cálculo de frecuencias relativas para las variables categóricas y mediana con rango intercuartílico para las variables numéricas debido a que en la prueba de Shapiro Wilk el valor de  $p < 0,05$ . Para garantizar estimaciones insesgadas se utilizó el factor básico de expansión, para el cálculo de los indicadores a nivel nacional.

Para determinar la asociación entre los factores sociodemográficos con el embarazo en adolescentes, se utilizó Chi cuadrado de Pearson para las variables cualitativas y la prueba U de Mann Whitney para las numéricas. Se consideró relación estadística cuando el valor de  $p$  fue inferior a 0,05. Se estimó la Razón de Prevalencia RP e IC95% como medida de efecto.

Para la evaluación de la asociación ajustada se utilizó una regresión lineal generalizada con distribución binomial y función de enlace logarítmico. Las variables ingresadas al modelo fueron el *apoyo familiar* que fue la característica principal definida para ser evaluada en su relación

con el embarazo adolescente. De igual forma se seleccionó las variables edad de la adolescente, su nivel educativo, el quintil de riqueza al cual pertenece, el antecedente de relaciones sexuales vaginales sin el uso preservativo, la edad a la primera relación sexual, tener claridad en el concepto de sexualidad, el respaldo familiar en las decisiones que la adolescente toma sobre el cuidado de la salud, tener información sobre prácticas sexuales seguras y la edad en la cual accedió a información sobre uso de métodos anticonceptivos, pues cumplían tanto con el criterio de plausibilidad teórica como de relación estadística en el análisis crudo. Se corrieron 54 modelos para tratar de identificar el que mejor explicaba el embarazo adolescente, en la selección del más apropiado se tuvo en cuenta el criterio de parsimonia, el deviance y el criterio de información de Akaike. Los análisis se realizaron en el software estadístico SPSS (versión 21, licencia Universidad CES).

### Consideraciones éticas

Esta investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad CES.

### Resultados

El 86,2% de las mujeres fue clasificada como no embarazada en la adolescencia. La edad mínima fue 13 años y la máxima 19 años, con una mediana de 16 RIC 14 – 18 años, el 71,6% era mayor de 14 años. La mediana de edad de las embarazadas fue 18 con un RIC 17 - 19 en contraste, las no embarazadas 16 años RIC 14 - 17. El 78,5% alcanzó secundaria como nivel educativo, aunque en el 64,1% fue incompleta. El apoyo familiar se encontró siempre en el 46,8% de los casos. El 10,8% trabajaba, el 27,4% tenía conocimiento del periodo fértil y el 66% de métodos de anticoncepción de emergencia. En la [Tabla 1](#) se presenta la descripción de variables sociodemográficas, y en la [Tabla 2](#) algunas características de conocimientos y prácticas en sexualidad.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas adolescentes de 13 a 19 años en Colombia, 2015.

		n	%
Apoyo Familiar	Siempre/Usualmente	2.592.921	87,5
	Nunca	368.750	12,5
Edad	<=14	840.080	28,4
	>14	2.121.591	71,6
Nivel Educativo		n	%
	Sin estudios o preescolar	4.429	0,1
	Primaria	255.854	8,6
	Secundaria	2.330.571	78,7
Estado civil	Universitaria	370.817	12,5
	Soltera	2.607.397	88
	Separada	65.403	2,2
Zona	Casada/Unión libre	288.871	9,8
	Urbana	2.245.854	75,8
	Rural	715.817	24,2

		n	%
Quintil de riqueza	Más alto	512.976	17,3
	Alto	541.614	18,3
	Medio	612.715	20,7
	Bajo	670.726	22,6
	Más bajo	623.640	21,1
Respaldo familiar en las decisiones sobre el cuidado de su salud	Si	2.074.256	70
	No	887.415	30

**Tabla 2.** Conocimientos y prácticas en sexualidad de adolescentes de 13 a 19 años en Colombia, 2015.

		n	%
Uso actual de MAC	Si	661.618	64,7
	No	360.962	35,3
Claridad en concepto de sexualidad	Si	705.440	23,8
	No	2.256.230	76,2
Antecedente de relaciones sexuales vaginales sin condón	No	184.834	16,3
	Si	945.831	83,7
Edad a la primera relación sexual	Mediana	15	
	Q1 –Q3	14 - 16	
	Mediana	14	
Edad información sobre uso de MAC	Q1 –Q3	12 - 15	
	Si	1.752.738	61,1
Información sobre prácticas sexuales seguras	No	1.114.785	38,9

MAC: métodos anticonceptivos, Q1: cuartil 1, Q3: cuartil 3.

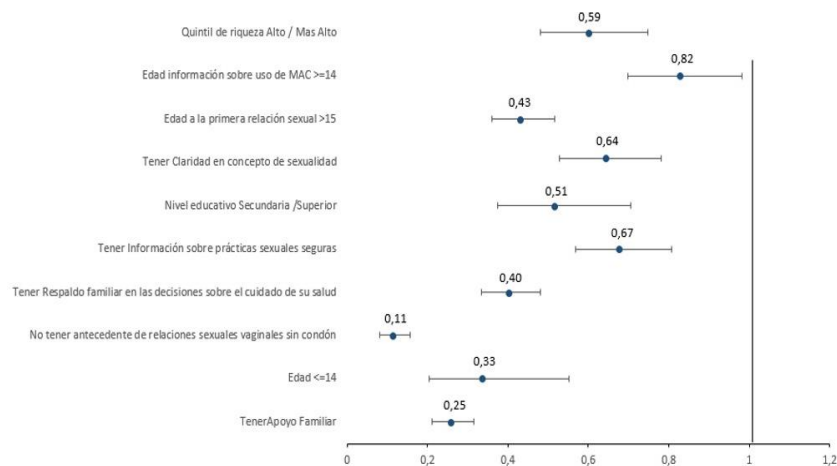
En el análisis crudo se encontró que tener apoyo familiar, ser menor de 14 años, tener educación secundaria o universitaria, estar soltera, vivir en zona urbana, pertenecer al quintil más alto de riqueza, uso de métodos anticonceptivos, el respaldo familiar en las decisiones sobre el cuidado de salud, recibir información sobre uso de métodos anticonceptivos a menor edad e información sobre prácticas sexuales seguras fueron condiciones relacionadas con una menor prevalencia de embarazo en las adolescentes. En la [Tabla 3](#) se presenta los RP e Intervalos de confianza de la asociación cruda de las covariables analizadas.

**Tabla 3.** Factores sociodemográficos asociados a el embarazo en las adolescentes de 13 a 19 años en Colombia, 2015.

		Adolescente con antecedente de embarazo				RP	IC 95%	Valor p
		Si		No				
		n	%	n	%			
Apoyo Familiar	Siempre/usualmente	679	8,3	7484	91,7	0,13	0,12 0,14	<0,001
	Nunca	771	65,3	409	34,7	1	- -	
Edad	<=14	32	1,2	2707	98,8	0,05	0,04 0,08	<0,001
	>14	1418	21,5	5186	78,5	1	- -	

		Adolescente con antecedente de embarazo				RP	IC 95%	Valor p	
		Si		No					
		n	%	n	%				
Nivel Educativo	Secundaria /Universitaria	1216	14,5	7146	85,5	0,61	0,54	0,69	<0,001
	Sin estudios /Primaria	234	23,9	747	76,1	1	-	-	
Trabaja Actualmente	No	1195	14,4	7123	85,6	0,58	0,51	0,65	<0,001
	Si	255	24,9	770	75,1	1	-	-	
Zona	Urbana	978	14,3	5885	85,7	0,75	0,68	0,83	<0,001
	Rural	472	19,0	2008	81	1	-	-	
Quintil de riqueza	Más alto /Alto	149	7,4	1853	92,6	0,42	0,36	0,49	<0,001
	Medio/Bajo/Más Bajo	1301	17,7	6040	82,3	1	-	-	
Antecedente de relaciones sexuales vaginales si condón	No	36	5,9	573	94,1	0,13	0,09	0,18	<0,001
	Si	1414	45,6	1687	54,4	1	-	-	
Respaldo familiar en las decisiones sobre el cuidado de su salud	Si	348	5,3	6164	94,7	0,14	0,12	0,15	<0,001
	No	1102	38,9	1729	61,1	1	-	-	
Información sobre prácticas sexuales seguras	Si	733	19,9	2944	80,1	1,76	1,59	1,94	<0,001
	No	601	11,3	4697	88,7	1	-	-	
Claridad en concepto de sexualidad	Si	246	11,0	1991	89	0,65	0,57	0,74	<0,001
	No	1204	16,9	5902	83,1	1	-	-	
Edad a la primera relación sexual	>15	363	5,2	6593	94,8	0,11	0,10	0,13	<0,001
	<=15	1087	45,5	1300	54,5	1	-	-	
Edad información sobre uso de MAC	<14	506	10,7	4212	89,3	0,53	0,48	0,58	<0,001
	>=14	944	20,4	3681	79,6	1	-	-	

Tener apoyo familiar ajustado por las covariables seleccionadas, continuó siendo un factor protector para haber estado en embarazo RP: 0,25. La **Figura 1** presenta la relación ajustada de AF y otras covariables con el embarazo adolescente.



**Figura 1.** Modelo ajustado del apoyo familiar y otros factores asociados con el embarazo en mujeres adolescentes de 13 a 19 años en Colombia, 2015.



## Discusión

El 13,8% de las adolescentes entre 13 y 19 años estaba embarazada, cumpliendo la meta planteada para el año 2015 en términos de reducción de la proporción de adolescentes embarazadas que han sido madres o están embarazadas, de acuerdo a los objetivos de desarrollo sostenible y al plan decenal de salud pública 2012-2021.

La edad menor de 14 años de la adolescente se relacionó con no estar embarazada, asociación consistente con estudios realizados en población africana, y otros países latinoamericanos <sup>(13)</sup>. El nivel educativo superior es un factor que reduce la frecuencia de embarazo en adolescentes, con OR reportado de 0,33 IC95% 0,21 - 0,54 en Kenia, OR: 0,35 IC95% 0,19 - 0,62 en Tanzania y OR: 0,37 IC95% 0,20 - 0,71 en Zambia, cuando se compara con no contar con educación formal <sup>(18)</sup>. Contar con mejor o mayor acceso a información oficial con respecto a procesos y condiciones biológicas de la reproducción fortalece los procesos de autonomía en la toma de decisiones <sup>(19)</sup>.

Los resultados indicaron que las adolescentes que se encontraban en quintiles de riqueza más altos tenían menos probabilidades de embarazo, hallazgos comparables con lo encontrado por Pradhan R y Wynter K en países del sur de Asia, de Centroamérica y de África, y por Pinzón AM en Colombia, lo cual puede relacionarse con la posibilidad de acceso a servicios básicos y educación de calidad <sup>(19, 20)</sup>.

El 50% de las adolescentes inicio su vida sexual a los 15 años o menos. Sin embargo, disminuye la probabilidad de embarazo el hecho de tener la primera relación sexual a partir de los 15 años. Este hallazgo es similar a los encontrados por Pradhan R y Wynter K y Dibaba Wado <sup>(20)</sup>, mientras que los hallazgos de Pinzón, difieren con una media de edad del inicio de relaciones sexuales es de 17,3 años <sup>(19)</sup>. Adicionalmente, Molina B, sustenta que iniciar tardíamente la vida sexual, ha demostrado tener menos riesgo de embarazo <sup>(21)</sup>.

Si bien, hablar del uso de MAC en edades tempranas es controversial, es importante abordar otros temas como conocimiento del periodo fértil, cambios en la pubertad, a quien acudir en temas de sexualidad y servicios de apoyo en salud sexual y reproductiva, tal como lo indicó Gonzáles E. en su estudio <sup>(22)</sup>, donde las adolescentes entre 12 a 14 años empezaron a recibir información sobre cambios del desarrollo puberal y la menarquia, la cual fue recibida a tiempo si se considera que el promedio de edad de inicio de la actividad sexual es a los 15 años.

Esta investigación encontró que el uso de métodos anticonceptivos puede ser un factor de riesgo para el embarazo en las adolescentes, lo cual difiere con la literatura científica, en la que en su gran mayoría argumenta que su uso es un determinante para la prevención. Sin embargo, esto podría explicarse por su uso marginal e inconsistente, a pesar del conocimiento respecto de su existencia, lo cual puede estar soportado por la investigación cualitativa de Baeza B, en la que se buscó comprender los factores asociados al embarazo no planificado en adolescentes



de 15 a 19 años, y en el que se evidencio que las adolescentes refieren que el no uso de MAC se debe a que no acuden a los centros de salud donde se distribuyen y se explica el uso de éstos, por miedo a ser puestas en evidencia, principalmente frente a la familia <sup>(23)</sup>.

Tener claridad en el concepto de sexualidad demostró disminuir la probabilidad de embarazo, lo cual coincide con los hallazgos de Moni SA y colaboradores <sup>(24)</sup>, quienes reportaron una fuerte asociación entre la falta de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y el embarazo adolescente en la India OR: 4,95. El fortalecimiento del conocimiento y la percepción de la sexualidad de forma integral, considerándola como un componente vital “Como uno se ve, se siente y se comporta”, permiten avanzar en el cumplimiento de metas para la prevención de la maternidad adolescente.

El límite para el ejercicio de algunos de los derechos sexuales, también está determinado por el momento evolutivo de niñas y niños, cuyo acceso es gradual según la madurez física y mental, su empoderamiento y autonomía <sup>(22)</sup>. La determinación del límite corresponde al más adulto, en tanto comporte mayor madurez; esto es, la edad con las capacidades plenas. En esta investigación se encontró que el acceder a información al uso de métodos anticonceptivos en una edad mayor o igual a los 14 años es un factor que disminuye el embarazo adolescente, adicional al hecho de que las adolescentes siempre usen preservativo durante las relaciones sexuales vaginales, una vez sea iniciada la vida sexual.

El apoyo familiar tiene un peso importante en la menor frecuencia de embarazo en adolescentes. La familia constituye un pilar fundamental en la sociedad, y el tener una estructura familiar sólida caracterizada por apoyo parental o una familia contenedora, ha demostrado tener efectos positivos en la prevención del embarazo en adolescente, resultados que concuerdan con Páramo M <sup>(25)</sup>, quien plantea que las adolescentes de 15 años consideraron como principal factor protector al apoyo y contención familiar, donde la relación de soporte con otros adultos significativos modera las consecuencias negativas de las relaciones problemáticas del adolescente con los propios miembros de su familia. Asimismo, la importancia de poder recurrir a la familia como fuente de protección y ayuda. Adicionalmente, el apoyo familiar es definido por Baeza B. como “familia cuidadora” en la que existe comunicación, confianza y control de las situaciones de riesgo, lo que hace que las adolescentes se sientan acompañadas, consideradas, y queridas; de este modo las adolescentes manifiestan preocupación por no faltar a la confianza que le brindan sus padres o cuidadores <sup>(23)</sup>.

Algunas limitaciones de esta investigación son derivadas de su carácter de fuente secundaria, que pudieron haberse presentado en la realización de la encuesta, como el sesgo de cortesía al tratar de dar respuestas que pudieran ser complacientes y pertinentes para el encuestador, teniendo en cuenta además la connotación compleja del abordaje de temas enmarcados en la sexualidad y reproducción de una adolescente, por temor o miedo a ser juzgados. Aunque cabe

aclarar que los encuestadores de la ENDS 2015, estuvieron entrenados y capacitados en técnicas de recolección de información <sup>(16)</sup>.

## Conclusiones

Los factores que presentan una menor frecuencia de embarazo adolescente no se determinan solo en el nivel individual, sino que trascienden los ámbitos familiares y sociales, confirmando la hipótesis de aspecto multifactorial de la frecuencia de la fecundidad adolescente.

Se recomienda apostar por la focalización de estrategias que incluyan los cuatro niveles de determinación, como la garantía de mayores oportunidades escolares y económicas para el grupo familiar, que permita reducir brechas y fortalecer la información y educación oportuna en temas de sexualidad desde el ámbito familiar y escolar.

Se debe implementar y transformar las políticas y estrategias intersectoriales haciendo énfasis en la inclusión de la familia como eje de orientador y de apoyo en las adolescentes, además, orientar las temáticas de educación en salud sexual según grupos de edad de acuerdo al nivel de madurez y autonomía que tenga la adolescente.

## Referencias

1. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2014;121(s1):40–8. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12630>
2. Gómez AMM, Olivera RAP, Amores CED, Soto MA. Conditioning factors and social consequences of teenage pregnancy. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2019;45(2):1–21. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2019000200017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200017)
3. Loredó-Abdalá A, Vargas-Campuzano E, Casas-Muñoz A, González-Corona J, Gutiérrez-Leyva CJ. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Rev Med Inst Mex Seg Soc.* 2017;55(2):223-229. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71939>
4. Stern C. Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso. *Estudios Sociológicos.* 2003;21(3):725-745. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/598/59806309.pdf>
5. McCarthy FP, O'Brien U, Kenny LC. The management of teenage pregnancy. *BMJ.* 2014 Oct 15;349:g5887. DOI: 10.1136/bmj.g5887

6. Darroch JE, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. New York: Guttmacher Institute; 2016 [citado el 9 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>
7. Organización Panamericana de la Salud. Salud sexual y reproductiva del joven y el adolescente. Oportunidades, enfoques y opciones. Washington, D.C.: OPS; 2008. ISBN: 978-92-75-3293-5.
8. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial. Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: el Banco Mundial; 2012. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/983641468238477531/pdf/831670WP05PANI0Box0382076B00PUBLIC0.pdf>
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia redujo la tasa de embarazo adolescente [Internet]. [citado el 5 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-redujo-la-tasa-de-embarazo-adolescente--.aspx#:~:text=Bogot%C3%A1%20D.C.%2C%2023%20de%20septiembre,de%20Salud%20y%20Protecci%C3%B3n%20Social>
10. Smid M, Martins S, Whitaker AK, Gilliam M. Correlates of pregnancy before age 15 compared with pregnancy between the ages of 15 and 19 in the United States. *Obstet Gynecol.* 2014 Mar;123(3):578-583. DOI: 10.1097/AOG.000000000000136
11. Alby J, Hayon R, Carlson J. Adolescent pregnancy and contraception. *Prim Care.* 2014 Sep;41(3):607-29. DOI: 10.1016/j.pop.2014.05.010
12. Barnet B, Liu J, Devoe M. Double jeopardy: depressive symptoms and rapid subsequent pregnancy in adolescent mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008 Mar;162(3):246-52. DOI: 10.1001/archpediatrics.2007.60
13. Flores Valencia ME, Nava-Chapa G, Arenas-Monreal L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Rev Salud Pública* 2017;19(3):374-8. DOI: 10.15446/rsap.v19n3.43903
14. Diabelková J, Rimárová K, Dorko E, Urdzík P, Houžvičková A, Argalášová L. Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health.* 2023, 20(5), 4113. DOI: 10.3390/ijerph20054113

15. Costa AC, Alves de Oliveira BLC, de Britto e Alves MTSS. Prevalence and factors associated with unplanned pregnancy in a Brazilian capital in the Northeast. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):499. DOI: 10.1590/1806-93042021000200007
16. Profamilia, Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Tomo I [Internet]. [citado 15 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>
17. Cid-Monckton P, Pedrão LJ. Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011 junio;19(spe):738-45. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/zSvDmkcFFZ9Px8kfYzMzjdR/?format=pdf&lang=es>
18. Wado YD, Sully EA, Mumah JN. Pregnancy and early motherhood among adolescents in five East African countries: a multi-level analysis of risk and protective factors. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Dec;19(1):59. DOI: 10.1186/s12884-019-2204-z
19. Pinzón-Rondón ÁM, Ruiz-Sternberg ÁM, Aguilera-Otálvaro PA, Abril-Basto PD. Factores asociados al inicio de vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia. Estudio de corte transversal. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018 Nov;83(5):487-499. DOI: 10.4067/s0717-75262018000500487
20. Pradhan R, Wynter K, Fisher J. Factors associated with pregnancy among adolescents in low-income and lower middle-income countries: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2015 Sep 1;69(9):918-24. DOI: 10.1136/jech-2014-205128
21. Blanc Molina A, Rojas Tejada AJ. Uso del preservativo, número de parejas y debut sexual en jóvenes en coito vaginal, sexo oral y sexo anal. *Rev Int Andrología*. 2018 Jan;16(1):8-14. DOI: 10.1016/j.androl.2017.02.009
22. González AE, Molina GT, Luttges DC. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2015;80(1):24-32. DOI: 10.4067/S0717-75262015000100004
23. Baeza WB, Póo FAM, Vásquez PO, Muñoz NS, Vallejos VC. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2007;72(2). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262007000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

24. Moni SA, Nair MKC, Devi RS. Pregnancy Among Unmarried Adolescents and Young Adults. *J Obstet Gynecol India*. febrero de 2013;63(1):49-54. DOI: 10.1007/s13224-012-0244-7
25. Páramo MÁ. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Ter Psicológica*. julio de 2011;29(1):85-95. DOI: 10.4067/S0718-48082011000100009