

Anticoncepción posevento obstétrico y embarazo subsecuente en adolescentes: perspectivas del personal de salud en México

Lourdes Campero, D en Educ,⁽¹⁾ Irma Romero, M en EM,⁽¹⁾ Fátima Estrada, D en CS,⁽²⁾ Celia Hubert, PhD,⁽¹⁾ Ileana B Heredia-Pi, PhD,⁽³⁾ Aremis Villalobos-Hernández, D en Est de Pobl.⁽¹⁾

Campero L, Romero I, Estrada F, Hubert C, Heredia-Pi IB, Villalobos-Hernández A. Anticoncepción posevento obstétrico y embarazo subsecuente en adolescentes: perspectivas del personal de salud en México. *Salud Publica Mex.* 2022;64:385-396.

<https://doi.org/10.21149/13515>

Resumen

Objetivo. Identificar cómo se implementa la estrategia de anticoncepción posevento obstétrico (APEO) y analizar las barreras, acciones y recomendaciones para prevenir embarazos subsecuentes en adolescentes. **Material y métodos.** Estudio cualitativo a través de análisis de contenido de 21 entrevistas semiestructuradas a personal de salud de instituciones de atención a población sin seguridad social de la Ciudad de México y Morelos. **Resultados.** La APEO se promueve durante el embarazo, parto, posaborto, puerperio y hasta 12 meses después del evento obstétrico. La consejería debe abordar, además de información técnica sobre métodos anticonceptivos, otras temáticas clave en relación con los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Se identifican barreras personales, institucionales y sociales para la implementación de la estrategia; el personal refiere acciones y recomendaciones específicas para su consolidación. **Conclusión.** La estrategia de APEO se debe fortalecer para garantizar la oferta de un servicio acorde con las necesidades de las mujeres menores de 20 años, así como diseñar intervenciones basadas en las buenas prácticas y recomendaciones de los prestadores de salud para superar las barreras y lograr periodos intergenésicos más allá de la adolescencia.

Palabras clave: embarazo en adolescencia; anticoncepción; consejería; personal de salud; servicios preventivos de salud

Campero L, Romero I, Estrada F, Hubert C, Heredia-Pi IB, Villalobos-Hernández A. Contraception post-obstetric event and subsequent pregnancy in adolescents: health personnel perspectives in Mexico. *Salud Publica Mex.* 2022;64:385-396.

<https://doi.org/10.21149/13515>

Abstract

Objective. To identify how the strategy of providing contraceptive methods after any obstetric event (APEO, its Spanish acronym) is implemented and to analyze the barriers, actions and recommendations to prevent subsequent pregnancies in adolescents. **Materials and methods.** Qualitative study through content analysis of 21 semi-structured interviews with health services providers from two Mexican states. **Results.** The provision of contraceptives after any obstetric event is promoted during pregnancy, childbirth, postabortion, puerperium and up to 12 months after the obstetric event. Counseling should address, in addition to technical information on contraceptive methods, other key issues related to the sexual and reproductive rights of adolescents. We identified personal, institutional and social barriers in the implementation of the strategy. Health staff provided specific recommendations and actions for consolidate this strategy. **Conclusion.** The APEO strategy must be strengthened to guarantee the supply of services according to the needs of women under 20, as well as to design interventions based on good practices and health providers' recommendations to overcome barriers and have longer birth intervals that imply further births beyond adolescence.

Keywords: adolescent pregnancy; contraception; counseling; health personnel; preventive health services

(1) Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Cátedra Conacyt, Dirección de Salud Reproductiva, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(3) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 16 de diciembre de 2021 • **Fecha de aceptado:** 12 de abril de 2022 • **Publicado en línea:** 29 de junio de 2022

Autor de correspondencia: Dra. Fátima Estrada. Cátedra Conacyt, Instituto Nacional de Salud Pública.

Fray Pedro de Gante 12, col. Belisario Domínguez Secc. 16. 14080 Tlalpan, Ciudad de México, México.

Correo electrónico: festrada@insp.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

Los embarazos de segundo orden o mayor en la adolescencia exacerban los riesgos de salud y sociales asociados con la maternidad y el embarazo.¹ Globalmente, la mayoría de los embarazos subsecuentes en este grupo se concentran en los estratos más pobres de los países de medianos y bajos ingresos.²

En México, alrededor de la quinta parte de los embarazos en menores de 20 años son de segundo orden.³ En general, se ha identificado que las mujeres indígenas tienen una mayor tasa de fecundidad adolescente, así como un temprano debut sexual, unión y maternidad comparado con la población no indígena.⁴

Una de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la oferta y promoción de anticoncepción posevento obstétrico (APEO)⁵ ya que favorece periodos intergenésicos más largos,⁶ lo que contribuye a prevenir embarazos subsecuentes no planificados y reducir la mortalidad materno-infantil.⁷ Para una APEO exitosa, la provisión de servicios de consejería y anticoncepción debe iniciar desde la atención del embarazo (considerando especialmente los anticonceptivos reversibles de acción prolongada, ARAP) y continuar en el periodo posaborto, posparto inmediato o extendido (24 meses), sustentándose en los derechos sexuales y reproductivos (DSR) e involucrando a las parejas y familias.⁸⁻¹¹

En el contexto mexicano, 98.1% de las gestantes adolescentes recibe atención prenatal y 98.3% de los partos de éstas se atienden institucionalmente.¹² Asimismo, la provisión de APEO en adolescentes se incrementó de 52.4 a 63.6% durante 2012-2016, mientras que la cobertura disminuyó de 77.0% en 2017 a 65.1% en 2020,¹³⁻¹⁶ particularmente en este último año, como consecuencia de disrupciones en la cadena de suministro de métodos anticonceptivos (MA), de la suspensión o reducción de servicios no vinculados directamente a la atención de la pandemia Covid-19, del temor de la población a acudir a los centros de salud y de riesgos de contagios y restricciones de distanciamiento social.¹⁷ Adicionalmente, la utilización de los ARAP entre adolescentes en el posparto inmediato es menor en los grupos más vulnerables.¹⁸

En 2015, como parte de los esfuerzos gubernamentales para prevenir embarazos a temprana edad, se lanzó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia (Enapea),¹³ que busca fortalecer los servicios amigables para adolescentes y reforzar la prevención de embarazos (primeros y subsecuentes) en este grupo poblacional. Además, se cuenta con el Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024,¹⁴ el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes,¹⁵ así como normas y guías técnicas de prevención y atención hacia el embarazo en menores de 15 años (Ruta NAME).¹⁶ Todas

estas iniciativas de políticas resaltan la relevancia de la APEO como estrategia central para evitar embarazos subsecuentes en la adolescencia.

Actualmente, si bien la normatividad mexicana menciona que deben proveerse consejería y APEO, no enfatiza las particularidades y necesidades de esta población.¹⁹ El presente trabajo busca identificar, desde la perspectiva del personal de salud (PS), en dos entidades federativas, la manera en cómo se implementa la estrategia de APEO y analizar las barreras, acciones y recomendaciones para que, tomando en cuenta el respeto a los DSR de este grupo, se puedan prevenir los embarazos subsecuentes no planeados en esta población.

Material y métodos

Diseño del estudio y participantes

Se realizó un estudio exploratorio cualitativo a través de un análisis de contenido de entrevistas conducidas con PS durante 2020-2021 en Ciudad de México, con menor proporción de nacimientos en adolescentes del país (9.7 vs. 15.1% a nivel nacional en 2020); y Morelos, con proporción cercana a la media nacional (15.0%), para tener mayor variabilidad en la información.²⁰ Dado que el estudio se realizó durante la pandemia de SARS-CoV-2, se seleccionaron unidades de salud de segundo nivel no asignadas a la atención de Covid-19 o que fueran de referencia para la atención de adolescentes embarazadas o madres, y de primer nivel, que contaran con servicios amigables. Se invitó a cinco PS de cada unidad (médicos, enfermeras, trabajadores sociales y parteras profesionales) que realizaran trabajo de prevención y atención de embarazo en adolescentes. Además, se incluyó a los responsables estatales del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) para Adolescentes, los cuales apoyaron en la identificación e invitación al PS.

Recolección de información

Las entrevistas semiestructuradas se realizaron en línea en una plataforma de videoconferencias (Zoom) debido al periodo de confinamiento y distanciamiento social. En la actualidad, el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) ha tenido mayor aceptación y validación para la recolección de información atendiendo a las ventajas de inmediatez y de encuentros sincrónicos en internet, sin perder la cualidad de los encuentros cara a cara entre el informante y el investigador.²¹ Antes de iniciar se envió por correo electrónico el consentimiento informado, en el cual se enunciaba el objetivo del estudio, en qué consistía su participación, cuál era la mecánica y el manejo de la información y sus derechos

como participantes; posteriormente se acordó día y hora de la entrevista. Para facilitar un ambiente de confianza y claridad de los temas a explorar, durante la entrevista se proyectó una presentación con las ideas claves a discutir: capacitación sobre normatividad, guías de práctica clínica, protocolos de atención diferenciada por grupos de edad, monitoreo y evaluación y perspectivas y ejes rectores de atención. Si bien se partió de una guía central, se plantearon preguntas particulares de acuerdo con el perfil del informante. Previa autorización, las entrevistas fueron audiograbadas, con una duración promedio de una hora.

Análisis

Las entrevistas se transcribieron y se asignaron claves individuales para resguardar el anonimato de los participantes. A partir de códigos y definiciones preliminares, se realizó un proceso inductivo de sistematización de la información.²² Tres investigadoras con experiencia codificaron independientemente el material; para asegurar la consistencia interna de la codificación se utilizó la estrategia de comparación constante y los desacuerdos se resolvieron revisando los datos originales.²³ Se determinaron códigos emergentes y categorías analíticas con énfasis en los requerimientos de prevención para postergar un embarazo subsecuente en adolescentes. Se priorizó la manera en que se realiza la estrategia de APEO, identificando momentos en los que se promociona y el contenido de la consejería que se brinda. Se seleccionaron testimonios que evidencian las barreras y se sintetizaron las acciones y recomendaciones al ofrecer APEO durante el embarazo, posaborto, posparto inmediato y posparto tardío.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (proyecto: 1668).

Resultados

Se entrevistaron 21 participantes (17 mujeres y 4 hombres) con edad promedio de 37 años: funcionarios estatales (2), PS de salud de primer nivel (9) y segundo nivel (10) de atención. Se tuvo representación de responsables estatales del Programa de SSR para Adolescentes (2), directivos de unidad médica (3), jefes de servicios médicos y de enfermería (consulta externa, urgencias y unidad tocoquirúrgica, ginecología y obstetricia) (5), responsable de área específica de APEO (1), de trabajo social (1), médica (6) y de enfermería (3). La mayoría mencionaron que conocen las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y que su práctica clínica se sustenta en ellas; los responsables estatales señalan que no se ha

logrado una capacitación uniforme en las unidades de salud, por lo que el PS no cuenta con un criterio unificado en cuanto a la recomendación sobre MA y APEO para adolescentes. El 50% de los informantes reportó no haber recibido capacitación sobre embarazo en este grupo poblacional.

En los testimonios recabados no se encontraron diferencias importantes en percepciones, ideas y experiencias de los PS entre ambas entidades; por tal motivo, los hallazgos se exponen de manera conjunta.

Momentos específicos para la promoción de APEO y vinculación entre niveles de atención

La estrategia implementada en los servicios médicos para la prevención del embarazo en adolescentes es la APEO. Desde la perspectiva de los informantes, la promoción del uso de ARAP es la forma óptima para garantizar que las mujeres no se vuelvan a embarazar en un periodo intergenésico corto. Los entrevistados mencionaron que prácticamente todas las menores de 20 años que cursan un primer embarazo en algún momento del proceso de atención reciben consejería y oferta de MA. Éstas se brindan en los distintos momentos por los que puede transitar una adolescente en las unidades de salud, cuando está embarazada, durante el posaborto, posparto, puerperio o seguimiento del primer año posevento obstétrico. Por tanto, la APEO se promociona en los tres niveles de atención, con énfasis en la importancia del consentimiento previo al otorgamiento y/o colocación del MA (figura 1).

Debido a que el embarazo en adolescencia puede estar asociado con violencia sexual, sobre todo en las menores de 15 años, es común que el PS active el protocolo de atención establecido en la normatividad sobre violencia que, entre otros fines, posibilita a las adolescentes la interrupción del embarazo. Por tanto, una vez que se les provee este servicio, se les orienta sobre MA y se recomienda los ARAP; asimismo, se entregan preservativos. Para el caso de la Ciudad de México, las mujeres tienen la posibilidad de interrumpir la gestación de forma legal antes de las 12 semanas; tras este procedimiento también se promociona la APEO. No obstante, el PS entrevistado señala que no es común que las adolescentes, y menos las menores de 15 años, acudan por iniciativa propia a solicitar la interrupción de su embarazo.

En aquellas que presentaron alguna comorbilidad extrema como preeclampsia, diabetes o hemorragias y egresaron del hospital sin un MA, cuando se realiza el seguimiento obstétrico en el segundo nivel durante el puerperio se refuerza la consejería sobre APEO. Si

la resolución del parto ocurrió sin complicaciones y al egreso hospitalario no ha elegido o aceptado algún MA, en su hoja de alta y de contrarreferencia se anota que no cuentan con éste. En estos casos se busca dar seguimiento en el servicio de planificación familiar (PF) en el primer nivel de atención.

Propuesta de modelo integral sobre consejería de APEO con adolescentes

Con sustento en los testimonios de los informantes, la figura 2 propone un modelo integral de consejería sobre APEO. El objetivo de la consejería con las adolescentes es dar a conocer los beneficios de la anticoncepción, que es un derecho y no se condiciona a la presencia de un adulto, y que es gratuita en los servicios de salud públicos. Es importante usar un lenguaje claro, sin tecnicismos, ni regaños, sin infundir temor y que los temas sean comprensibles para distintos niveles educativos y socioeconómicos. También se debe dar información técnica para que ellas tomen la decisión de utilizar algún MA.

Respecto a los MA, recomendar los ARAP: implante y DIU (T de cobre o Mirena), enfatizando sus ventajas. Asimismo, hablar sobre los MA de corta duración (hormonales bimensuales o trimestrales) subrayando las desventajas como la dificultad para lograr el apego y mayor probabilidad de embarazo en un periodo intergenésico corto. Sólo en casos extraordinarios, sugerir practicar la oclusión tubaria a adolescentes con varias gestas en periodos intergenésicos cortos. Se debe fortalecer la vigilancia del anticonceptivo y los efectos secundarios que se puedan presentar, pues se ha identificado que la falta de este tipo de información lleva a las adolescentes a abandonar el MA.

La consejería sobre anticoncepción en general y, en particular de APEO, debe vincularse con la sexualidad, el placer, la responsabilidad y la importancia de una vida sexual plena, confiable y sin riesgo de un embarazo no deseado o infecciones de transmisión sexual (ITS). También se enfoca en la importancia de crear conciencia en las adolescentes sobre su entorno y desmontar la creencia de que con un embarazo se puede consolidar

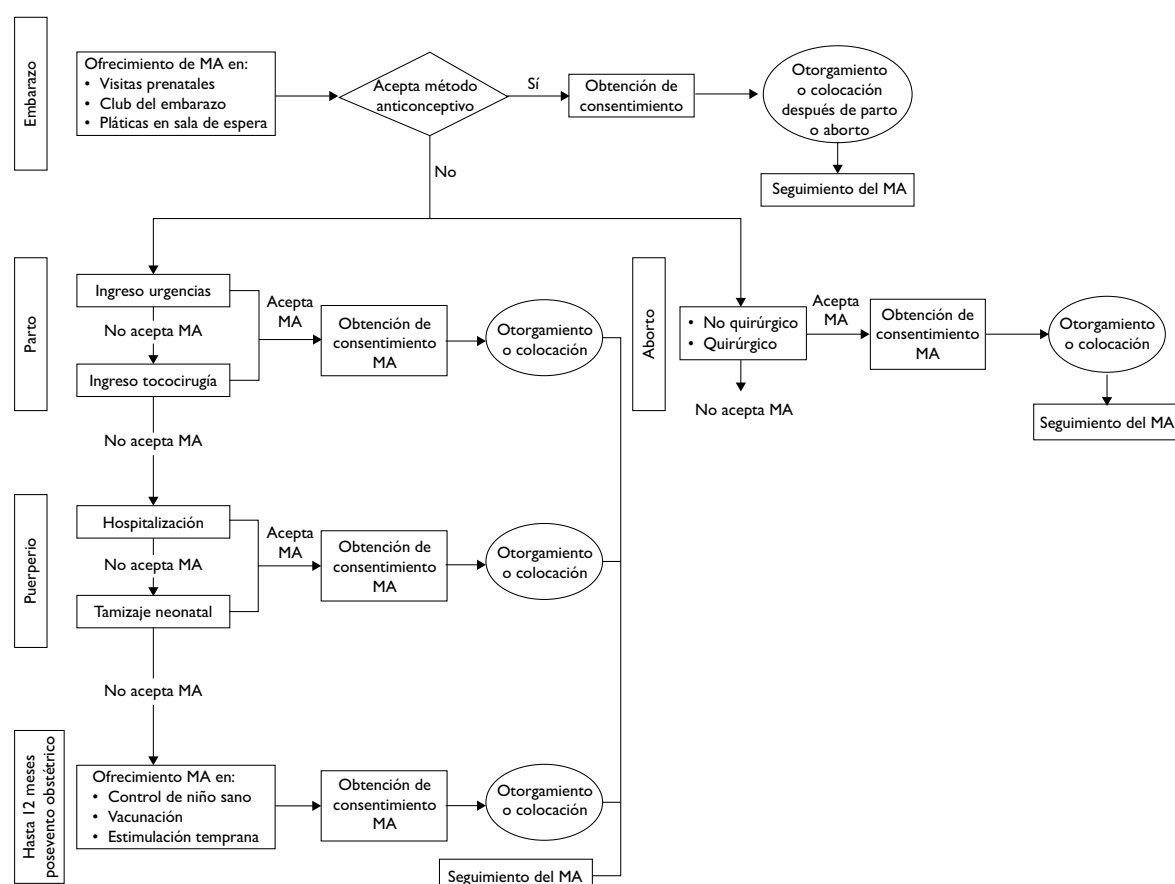
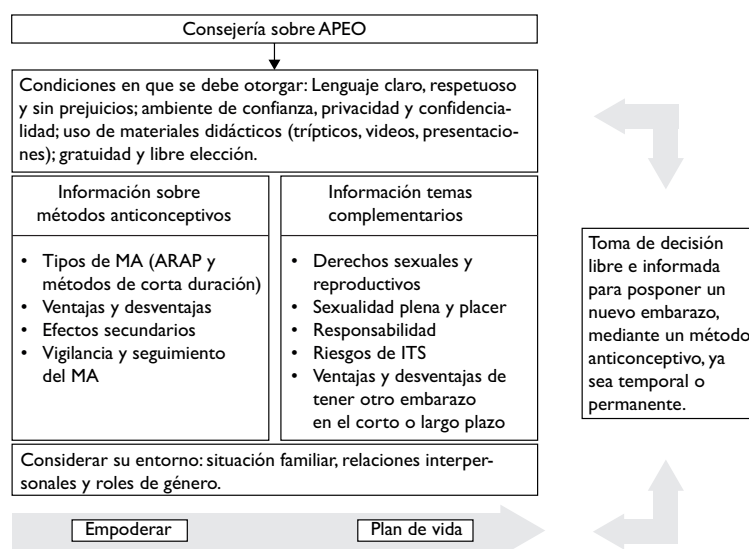


FIGURA 1. OFRECIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MA) EN LOS DISTINTOS MOMENTOS DEL CONTINUO DE ATENCIÓN DE UN EVENTO REPRODUCTIVO



APEO: anticoncepción posevento obstétrico

MA: métodos anticonceptivos

ARAP: anticonceptivos reversibles de acción prolongada

ITS: infecciones de transmisión sexual

FIGURA 2. PROPUESTA DE MODELO INTEGRAL SOBRE CONSEJERÍA DE APEO CON ADOLESCENTES

la relación conyugal. Asimismo, enfatizar la necesidad de que se valoren, tengan amor propio y se pregunten cuáles son las ventajas de tener más hijos a esa edad. También orientarlas para elaborar un plan de vida que no trunque sus posibilidades de desarrollo, más cuando cuentan con el apoyo de los padres o suegros para continuar con los estudios.

Barreras, acciones y recomendaciones en la implementación de la estrategia de APEO

Aun cuando se tiene éxito con la estrategia de APEO, el PS enfrenta diversas barreras para la consolidación de ésta, las cuales pueden distinguirse en tres subgrupos: las personales, las institucionales y las sociales. Entre las personales están las vinculadas con condiciones socioeconómicas y culturales en el entorno de las adolescentes, las dificultades para el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud, y el uso y apego a MA. Entre las institucionales, se identificaron barreras inter e intra institucionales relacionadas con cuestiones técnicas tanto para lograr una consejería eficiente como para el seguimiento e implementación de APEO. Por último, se presentan las barreras sociales, relacionadas particularmente con la pareja y la familia. Éstas se exponen con mayor detalle en el cuadro I.

A partir de la práctica profesional, de la sensibilidad y la capacitación, el personal directivo y operativo de los servicios de salud mencionan diversas acciones institucionales y sociales que, desde su perspectiva, se pueden llevar a cabo para beneficiar un mejor uso y apego a los ARAP en adolescentes. Asimismo, se proponen recomendaciones puntuales apegadas a la normatividad y/o resultados exitosos en la práctica clínica para prevenir embarazos subsecuentes en esta etapa de la vida. Estas acciones y recomendaciones se describen en el cuadro II. El seguimiento y la planificación de un próximo embarazo saludable es la meta que se busca alcanzar.

Discusión

El presente análisis describe la estrategia de APEO que se implementa en algunas instituciones de salud para la prevención de embarazos subsecuentes en México, con énfasis en la población adolescente. Se explicita la visión del PS sobre los momentos en los que se debe promocionar esta estrategia, qué aspectos considerar para ofrecer una consejería focalizada en este grupo y cómo se debe proporcionar, así como la identificación de las principales barreras a las que se enfrentan y las recomendaciones específicas para consolidar de manera más exitosa esta estrategia, ya sea para prevenir embarazos subsecuentes antes de dos años del último

CUADRO I

BARRERAS A NIVEL PERSONAL, INSTITUCIONAL Y SOCIAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE APEO CON MUJERES ADOLESCENTES ENTRE 10 Y 19 AÑOS EN LAS UNIDADES DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y MORELOS, 2020-2021

Tipos	Barreras
Características de las adolescentes	Mujeres con un nivel escolar bajo cuentan con menos herramientas para identificar las ventajas del APEO ya que están menos expuestas a esta información.
	Mujeres en condiciones socioeconómicas y culturales desfavorables enfrentan mayor vulnerabilidad para tomar decisiones informadas.
	Mujeres con convicciones religiosas dirigidas a la procreación como único fin aceptable del ejercicio de la sexualidad tienden a desestimar el uso de MA: Las pacientes son muy renuentes a aceptar un método anticonceptivo, son mujeres con un nivel escolar y económico bajo y creencias muy arraigadas (directivo médico, Centro de Salud, Ciudad de México).
	Mujeres con creencias y mitos interiorizados en contra del uso de MA tienen más dificultad para aceptar su uso: Suelen pedir el implante, es un método que prefieren a pesar de que se les explican otros como el DIU. Pero tienen una serie de creencias al respecto que hacen complicada la aceptación de otro método (directivo médico, Centro de Salud, Morelos). Mujeres con prejuicios en torno a ciertos MA de larga duración, derivados de las opiniones de otras mujeres cercanas a las usuarias, limita su apertura para la aceptación de su uso: Creencias y cultura que traen arraigada, que es muy difícil evadir, más cuando la familia interviene... Mi suegra dijo que en sus tiempos eso no se usaba... Mi abuelita dice que esto no es correcto, que es la voluntad de Dios (enfermera, Hospital, Ciudad de México).
Personales	Mujeres que residen en comunidades rurales* se sitúan en condiciones diferenciales de acceso a información y servicios que impactan en el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos: Las adolescentes embarazadas representan cerca de 20% de la población que se atiende, con este grupo es un poquito complicado abordar el tema, más cuando provienen de poblaciones rurales por la limitación del lenguaje, las creencias más arraigadas y el nivel escolar pues algunas no saben leer (enfermera, Hospital, Morelos).
	Acceso oportuno y continuo a los servicios de salud
Uso de MA	El control prenatal irregular o inexistente repercute en insuficiente sensibilización e información sobre anticoncepción previa al parto: Algunas adolescentes no llevan el control prenatal desde el primer trimestre, reciben atención en distintos servicios o sólo acuden al centro de salud por el pase para la atención del parto (médico, Hospital, Ciudad de México). La deficiente asistencia a las citas de posparto limita la oportunidad de ofrecer información sobre las ventajas de la anticoncepción para favorecer periodos intergenésicos mayores a dos años: En caso de APEO, se dificulta el contacto posterior con las pacientes pues una vez que egresan no se vuelven a ver (enfermera, Hospital, Morelos).
	En el periodo posparto es común el uso de MA tradicionales (ritmo y MELA), que conllevan un mayor riesgo de embarazo: Se confían de que la lactancia les puede dar una protección anticonceptiva 100%, pero realmente no y se cae en periodos intergenésicos cortos (médico, Centro de Salud, Morelos). Cuando existe mayor aceptación de los MA de corta duración se tiene menor efectividad para la prevención de embarazos no deseados: A los 16 años se embarazaron por primera vez y a los 18 por segunda ocasión; otras a los 13 años se embarazaron y al poco tiempo otra vez, debido a que no utilizaron métodos de larga duración (enfermera, Hospital, Morelos). Derivado de molestias y efectos adversos existe bajo apego a los MA de larga duración: Comentan que el DIU no porque tienen cólicos y otras molestias, que las pastillas las hacen engordar y con las inyecciones tienen algunos mitos (trabajo social, Centro de Salud, Morelos). Cuando se presenta el retiro del MA sin acudir al Centro de Salud se limita el seguimiento y la posibilidad de sustitución por otro: Hemos encontrado pacientes que se lo ponen ahorita y se lo quitan, cuando regresan ya no lo traen puesto, se lo retiran fuera de la institución (enfermera, Hospital, Ciudad de México). La inasistencia a las citas de seguimiento en el servicio de PF impide el monitoreo regular del uso del MA: El seguimiento, sobre todo en los métodos de larga duración, puede verse obstaculizado pues no acuden a sus citas de seguimiento al mes o van tiempo después, se pierde la continuidad. Se puede hacer la búsqueda de los adolescentes, pero en ocasiones no dan su número telefónico real y no se les busca en el domicilio ni se les marca a un número local para evitar que tengan complicaciones con los padres de familia (representante estatal, Ciudad de México).

(continúa...)

(continuación)

Institucionales	Consejería sobre APEO	Durante la consejería no se abordan de manera exhaustiva los posibles efectos secundarios relacionados a los MA para disminuir su abandono: Se debe hablar sobre la importancia del seguimiento, que no porque les genere un sangrado se lo van a retirar, si no tratar de ver todas las alternativas y ventajas que se tiene para que las pacientes se queden con el método (médico, Hospital, Ciudad de México). El personal de salud desconoce las particularidades de los criterios médicos de elegibilidad anticonceptiva para adolescentes: Las normas oficiales las debe conocer el personal de salud, ...cuentan con sesgos que no permiten comprender con claridad lo que se puede o no hacer. Esto sobre todo con el tema de métodos anticonceptivos: el implante y el DIU. Y criterios médicos de elegibilidad para brindar una adecuada atención a cualquier adolescente (representante estatal, Morelos). Oferta intensiva de APEO durante el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato, sin suficiente empatía con la adolescente en relación con el momento por el que está transitando (dolor o malestar, incertidumbre y vulnerabilidad) y por tanto, con poca posibilidad de que sea receptiva a la información que se le dice en estos momentos críticos: Las pacientes que no recibieron orientación en los centros de salud o que no acudieron a control prenatal son orientadas en urgencias y en cirugía, pero ante el dolor del trabajo de parto no son tan receptivas y postergan la decisión, no te hacen mucho caso (enfermera, Hospital, Morelos). Se cuenta con pocos materiales y equipos para dar consejería anticonceptiva, por lo que en ocasiones el personal de salud tiene que recabar materiales por cuenta propia y utilizar sus dispositivos móviles: En ocasiones no tenemos material en el servicio y yo tengo que llevar... Generalmente traigo mi teléfono y yo tengo ahí algunos videos chiquitos, por ejemplo, cuando tienen duda de cómo se coloca un dispositivo o de cómo se coloca un implante, bueno a mí se me hace más fácil mostrarles con un pequeño video (enfermera, Hospital, Morelos). Cuando la consejería que se brinda se basa en prejuicios del personal de salud y no en la normatividad se formulan juicios de valor: Algunos compañeros les dicen: por qué te embarazaste, estás bien chiquita, qué te pasa, ya te volviste a embarazar, pareces coneja (representante estatal, Morelos).
	Seguimiento de la adolescente en los servicios de salud	Falta reforzar el sistema de referencia y contrarreferencia para dar seguimiento en el primer nivel de atención a las adolescentes que egresan del segundo o tercer nivel sin algún MA: APEO en realidad tiene dos oportunidades antes y en el puerperio inmediato, después es muy difícil darles seguimiento porque se van a su centro de salud. Son pacientes a las que difícilmente volvemos a ver, a menos que sea en un siguiente embarazo (enfermera, Hospital, Morelos).
	Implementación de la estrategia de APEO	Cuando el servicio de PF se brinda únicamente en el turno matutino y se carece de un responsable de APEO en el resto (vespertino, nocturno, fin de semana y guardias), se limita el acceso a toda mujer para recibir esta información: Algunas de las limitantes de la estrategia del APEO es que sólo se ofrece durante el turno de la enfermera encargada del programa y entre semana, como consecuencia algunas pacientes que reciben atención sábados y domingos se van sin el método o con una orientación breve (enfermera, Hospital, Morelos). Cuando los procesos de sensibilización y capacitación sobre PF y APEO sólo se dirigen a los responsables de área, se limita a que otros proveedores interesados se formen en esta área: ...aunque quieran no se puede, porque los cursos se dan en el horario de trabajo y depende del área donde se esté. Las compañeras de jornada fin de semana, si no tienen otro trabajo pueden acceder a los cursos de entre semana (enfermera, Hospital, Morelos). Cargas de trabajo que imposibilitan al personal de salud responsable brindar una consejería de calidad sobre APEO (en tiempo y forma): Una de las problemáticas que se identifica es que el personal no se da el tiempo suficiente para orientar a la paciente, ni se tiene la sensibilidad para seguir insistiendo sobre el método (médico, Hospital, Ciudad de México). Desabasto de ciertos MA que limita la oferta de una gama amplia de anticonceptivos que se ajuste a las necesidades de las mujeres: Si contamos con las herramientas, con lo que nos sentimos limitados es con los insumos de métodos anticonceptivos (médico, Centro de Salud, Morelos).

(continúa...)

(continuación)

Sociales	Pareja	Adolescentes que tienen parejas de mayor edad se ven más presionadas para tener un embarazo subsecuente con periodos intergenésicos cortos: El mayor problema es que regresan embarazadas porque se retiraron el método. Por tanto, se tienen que explorar todas las aristas, que generalmente, apuntan a la pareja que le lleva más de cinco años a la adolescente (médico, Hospital, Ciudad de México).
		Cuando la pareja no consiente el uso de MA o existe una limitada posibilidad de negociación sobre anticoncepción, las mujeres tienen poca autonomía reproductiva: La decisión sobre el uso del método no es de ellas a veces, si no del esposo (enfermera, Centro de Salud, Morelos).
		Cuando la pareja ejerce presión para que ella se retire el anticonceptivo, es común que la adolescente acceda: Mi esposo me dijo que no era funcional, que eso no era bueno (enfermera, Hospital, Ciudad de México).
		En casos de violencia intrafamiliar existe mayor dificultad para negociar el uso de algún MA: Muchas veces sufrieron algún tipo de violencia o violación que ellas no reportaron o no se quejaron, pero [es hasta la entrevista] en la unidad hospitalaria que al hacerles la historia clínica nos lo hacen saber (médico, Hospital, Ciudad de México).
Familia		Cuando los hombres tienen escaso acercamiento a los servicios de PF se reduce la posibilidad de sensibilizarlos sobre la importancia de la protección anticonceptiva y las ventajas de periodos intergenésicos más allá de la adolescencia: La parte del acercamiento con los varones es difícil, no es población que se acerque mucho a la unidad, no estamos tan activos con este tipo de promoción (trabajo social, Centro de Salud, Morelos).
		Cuando los familiares cercanos a la adolescente tienen creencias culturales o religiosas arraigadas desaconsejan el uso de un MA: Es importante precisar que se nota a las adolescentes más informadas sobre los métodos, pero son más fácilmente influenciadas por las ideas de los familiares (médico, Hospital, Ciudad de México).
		La presión que ejercen madres o suegras para que la hija o nuera acepte el APEO obstaculiza su derecho a la libre decisión: ...se observa que las madres o las suegras les nulifican la participación o las limitan mucho, no las dejan tener una participación más activa... (directivo, Centro de Salud, Ciudad de México).

* Dato particular de Morelos, donde 18.2% de la población vive en áreas rurales comparado con sólo 0.7% en la Ciudad de México

APEO: anticoncepción posevento obstétrico

MA: métodos anticonceptivos

DIU: dispositivo intrauterino

PF: planificación familiar

MELA: MA de amenorrea de la lactancia

evento obstétrico o para la postergación del periodo intergenésico más allá de la adolescencia.

En los lineamientos a nivel internacional, la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible²⁴ enfatizan la necesidad de implementar acciones en torno a la situación de las mujeres, niñas, niños y adolescentes para dirigir esfuerzos hacia su acceso a la SSR. Como parte de estas acciones para el caso de México, a pesar de los esfuerzos gubernamentales que se han llevado a cabo para la disminución y erradicación del embarazo en adolescentes, con sustento en la Enapea, el análisis específico sobre la prevención y planificación del embarazo subsecuente en este grupo apunta a la importancia de normar acciones específicas para atender las necesidades que se presenten ante embarazos no deseados o no planeados. Aun cuando la estrategia de APEO se sustenta en la normatividad y los prestadores de salud reportan conocerla, no existe con suficiente especificidad una directriz y capacitación unificada para su aplicación en esta población. Por tanto, en primera instancia, el PS involucrado que atiende a los adolescentes requiere estar sensibilizado sobre los DSR, así como de los beneficios que aporta esta estrategia.^{5,25}

El PS entrevistado identifica que cuando se atiende a esta población, además de brindar información técnica sobre ARAP, es necesario abordar otras temáticas relacionadas con la sexualidad y el desarrollo personal. Esta visión concuerda con la importancia de ofrecer una atención centrada en sus necesidades, como lo plantea el marco de los servicios amigables.¹⁵ Sin embargo, en general, a las madres adolescentes se les atiende como adultas aun cuando su comportamiento y necesidades se asemejan más a las de sus pares. Al respecto, resalta la idea de repensar la oferta de APEO en el marco de la implementación de los servicios amigables cuando se trate de madres menores de 20 años, o bien, que cuando se les atienda en los servicios de PF sea bajo la perspectiva del marco de atención que requieren los adolescentes. De manera estratégica, la capacitación al PS sobre APEO y adolescencia debe especificar contenidos particulares en relación con el posaborto,²⁶ ya que recurrentemente estos embarazos, particularmente aquellos que se presentan antes de los 15 años de edad, están asociados con el abuso sexual o no son planificados.²⁷ A pesar de que la Suprema Corte de Justicia de la Nación proclamó inconstitucional castigar el aborto en México,

Cuadro II
ACCIONES Y RECOMENDACIONES A NIVEL INSTITUCIONAL Y SOCIAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE APEO PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO DE SEGUNDO ORDEN O SUPERIOR EN LA ADOLESCENCIA. CIUDAD DE MÉXICO Y MORELOS, 2020-2021

	Tipos	Acciones	Recomendaciones
Institucionales	Consejería sobre APEO	Ofertan consejería anticonceptiva en todos los niveles de atención, de forma individualizada y en grupo. Dan a conocer todos los MA para la identificación de sus características durante el control prenatal. Señalan alternativas anticonceptivas preferentemente de larga duración y ventajas que conlleven. Programan citas posparto para seguimiento de estado de salud y MA (7, 14 y 28 días).	Brindar consejería con lenguaje claro para la adolescente y de acuerdo con sus condiciones y necesidades particulares. Determinar el MA de acuerdo con los criterios de elegibilidad médica y a las expectativas de la adolescente. Advertir sobre las posibles molestias y efectos secundarios de cada uno de los anticonceptivos. Indicar medidas para remediar o atenuar los efectos secundarios de los MA para evitar el abandono de éste. Enfatizar la importancia de acudir a cada una de las citas de vigilancia y seguimiento del MA para revisar el apego al anticonceptivo. Sensibilizar sobre los riesgos de morbilidad y mortalidad del embarazo adolescente subsecuente, sin atemorizar a la paciente. Sensibilizar sobre las ventajas del APEO para su desarrollo personal, espaciamiento de hijos y crianza positiva.
	Seguimiento de la adolescente en los servicios de salud	Cuando hay renuencia a usar un anticonceptivo y se cuenta con personal especializado, se hace la referencia para una consejería más focalizada en el área de psicología y trabajo social. Durante las visitas del puerperio se brinda consejería de los beneficios de la anticoncepción, preferentemente de larga duración.	Reforzar eficientemente el sistema de referencia y contrarreferencia entre el primer y segundo nivel de atención para el seguimiento de la anticoncepción en mujeres adolescentes.
	Implementación de la estrategia de APEO	Ante desabasto del MA elegido por la adolescente, elaboran una lista de espera, y mientras tanto, recomiendan el uso de un anticonceptivo de corta duración.	Contar con personal sensibilizado y capacitado en APEO en adolescentes. Garantizar el abasto de una amplia variedad de MA, sobre todo de larga duración. Dar seguimiento a las mujeres que no recibieron el MA elegido.
Sociales	Pareja	Ante el deseo de la mujer de usar un MA y negativa de su pareja sugieren uno difícil de detectar (DIU). Ante la negativa de usar un MA, exploran la posibilidad de violencia intrafamiliar.	Promover el acompañamiento de la pareja a los servicios de salud y de PF en particular. Reforzar en la pareja la orientación y concientización sobre la importancia y beneficios del APEO, en particular durante la adolescencia, para disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad para la madre y el hijo. Sensibilizar a los varones sobre las ventajas del APEO para la crianza positiva.
	Familia	Promueven el acompañamiento a las adolescentes embarazadas por parte de familiares significativos (madre o suegra) en los servicios de salud y de PF a fin de sensibilizarlos en las ventajas de la aceptación del APEO.	Reforzar con la familia la orientación y concientización sobre la importancia del APEO en una mujer adolescente. Sensibilizar a los familiares sobre las ventajas del espaciamiento de los hijos para la crianza positiva.

APEO: anticoncepción posevento obstétrico

MA: métodos anticonceptivos

DIU: dispositivo intrauterino

PF: planificación familiar

actualmente, sólo en siete de las 32 entidades federativas está despenalizado, lo que dificulta una política nacional homogénea para el acceso legal y seguro a este servicio, y hace compleja la operacionalización de estrategias de capacitación del PS a partir de prácticas basadas en evidencia científica.²⁸ Asimismo, es indispensable la detección de la violencia (considerando el ámbito familiar) y la identificación temprana que procure la prevención y atención integral a la salud de estas mujeres, incluyendo la mental, haciendo efectivas la reparación del daño, la no repetición y la restitución de sus derechos como se indica en los documentos normativos.¹³⁻¹⁶

Si bien existen razones que justifican atender el embarazo en adolescentes con criterio de alto riesgo, que implica el control prenatal en segundo o tercer nivel,^{19,29} los resultados muestran que el PS que atiende a esta población no siempre cuenta con la sensibilización que plantea la perspectiva de atención de los servicios amigables y, por tanto, requerirían estar atentos a este requerimiento.

Por otro lado, se ha observado que proveer información sobre la eficacia de los MA durante la atención prenatal elimina miedos y mitos sobre éstos e incrementa la aceptación de ARAP en el posparto.³⁰ Asimismo, inter-

venciones exitosas en diferentes países han mostrado que proveer ARAP durante el posparto inmediato coadyuva a reducir y prevenir embarazos subsecuentes en la adolescencia.^{8,9} Además, la necesidad de aproximarnos a la salud materna, con un enfoque centrado en la mujer y siguiendo el marco conceptual del continuo de atención materna³¹ en la utilización de servicios de salud, puede resultar benéfico.³² Por ejemplo, se ha demostrado que brindar asesoría sobre MA durante las visitas de atención prenatal puede mejorar la calidad de éstas, la satisfacción de las usuarias y promover la utilización de otras intervenciones y servicios dentro del continuo de atención, incluyendo la toma de decisiones informadas sobre APEO.³³ En este sentido, de acuerdo con los testimonios obtenidos, se requieren acciones para incentivar durante las consultas en el puerperio un espacio de atención que propicie la entrega de APEO, contemplando que este momento del continuo de atención materna en México ha evidenciado sistemáticamente las menores coberturas, particularmente en este grupo poblacional.³⁴

Los presentes resultados concuerdan con otros estudios que han mostrado la importancia que tiene la calidad de la consejería anticonceptiva³⁵ y que ésta puede ser clave para la planificación o prevención de embarazos subsecuentes en esta población. Ofrecer información de manera no impositiva, con explicaciones claras y pertinentes, considerando también las necesidades específicas de las pacientes, puede ser estratégico para la aceptación de MA. Presionar a las usuarias para la elección de un método, así como enfatizar únicamente los riesgos a la salud, sin ofrecer información complementaria y empática, además de ir en contra del principio de la libre elección de la usuaria, puede producir efectos contrarios a lo deseado. Asimismo, es fundamental tomar en cuenta las preferencias y expectativas de las adolescentes sobre sus ideales reproductivos y plan de vida. Otros estudios, al igual que éste, propician la reflexión respecto de la importancia de considerar las ambivalencias presentes en la decisión de utilizar los MA por parte de ellas.³⁶

También, es importante discutir sobre la paridad satisffecha a temprana edad. En las entrevistas se menciona la posibilidad de realizar la oclusión tubaria bilateral en mujeres adolescentes. La evidencia muestra que entre las adolescentes que reciben MA en el posparto inmediato, 1.3% recibió un método definitivo,¹⁸ además, 7.8% de las adolescentes usuarias de MA no quieren más hijos,¹² lo cual podría ser consecuencia del inicio temprano de la maternidad, de embarazos no deseados y del abuso sexual,²⁷ así como de la influencia que el PS y adultos cercanos a éstas pudiera ejercer como respuesta a su preocupación y a los prejuicios en torno a la reproducción en este grupo poblacional.

Finalmente, entre las barreras identificadas para una mayor aceptación y apego a la APEO se encuentran la importancia de no minimizar durante las acciones de consejería los efectos secundarios de los MA, situación identificada en estudios similares.¹¹ Asimismo, se muestra la necesidad de mejorar el seguimiento de referencia y contrarreferencia en el mismo servicio y entre niveles institucionales para el seguimiento del buen funcionamiento del MA; indagar sobre las razones por las que muchas adolescentes desean el retiro del MA, identificar los motivos para la no sustitución del método, así como revisar y actualizar los argumentos que acompañaron la decisión de no haber optado por una alternativa de APEO después del nacimiento de su último hijo. Destaca también la importancia de establecer mejores acuerdos gubernamentales para un abasto completo y continuo de ARAP que permitan la disposición de los distintos MA para su elección libre. Por otro lado, están presentes cuestiones socioculturales como la influencia de la familia y la pareja que en ocasiones inhibe las decisiones de las madres adolescentes por su edad o género. Como muestran diferentes estudios, es común que las parejas sean mucho mayores que ellas y que impongan sus decisiones sin considerar las implicaciones que conllevan para sus compañeras.³⁷ Al respecto, es imperativo que las intervenciones de PF consideren un enfoque de justicia reproductiva y autonomía progresiva,³⁸ que prioricen la complejidad y diversidad en las percepciones de las mujeres sobre su valoración de la reproducción y sus consecuencias.

Limitaciones

El presente estudio presenta limitaciones que deben considerarse. La principal es inherente al diseño del estudio: lo expuesto en este trabajo es exclusivo de la realidad estudiada, no busca identificar causalidad en el tema estudiado y no tiene la intención de generalizar sus resultados. Sin embargo, los hallazgos dan cuenta de las experiencias del PS con respecto a la implementación de la APEO en adolescentes, relevantes para el fortalecimiento de los programas de PF en México.

Conclusión

En el contexto nacional existen barreras para una implementación adecuada de la APEO en adolescentes. Aunque algunas de estas barreras son del ámbito personal y familiar, que no recaen en responsabilidad del PS, deben considerarse para brindar una consejería centrada en las necesidades de las mujeres. Si bien el PS realiza acciones para superar dichas barreras, se evidencia la necesidad de intervenciones de mayor alcance que aseguren la con-

tinuidad y el fortalecimiento de la práctica de la APEO para prevenir embarazos subsecuentes en adolescentes. Además, es indispensable normar y reforzar la sensibilización y capacitación del PS, garantizando las buenas prácticas de APEO y ofreciendo herramientas para desarrollo de habilidades que permitan brindar atención de calidad y que resalten las ventajas de espaciar los embarazos más allá de la adolescencia. Asimismo, es necesario promover acciones que busquen y refuerzan la autonomía de las adolescentes para favorecer el ejercicio de los DSR en la toma de decisiones.

Agradecimiento

A la Fundación Gonzalo Río Arronte, al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, a los fondos del Anexo 13-E022-630 y a los participantes del estudio que accedieron a una entrevista para compartir sus experiencias, conocimientos y percepciones.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Okine L, Dako-Gyeke M, Baiden P, Mort KS-T. Exploring the influence of repeat pregnancy on the lives of teenage mothers. *J Hum Behav Soc Environ*. 2020;30:863-80. <https://doi.org/10.1080/10911359.2020.1763226>
- Benova L, Neal S, Radovich EG, Ross DA, Siddiqi M, Chandra-Mouli V. Using three indicators to understand the parity-specific contribution of adolescent childbearing to all births. *BMJ Glob Health*. 2018;3(6):e001059. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001059>
- 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. *Stud Fam Plann*. 2019;50(1):63-70. <https://doi.org/10.1111/sifp.12083>
- Hernández F, Hernández M, Sánchez M. La Salud sexual y reproductiva de las mujeres hablantes de lengua indígena, 1997-2009. México: Conapo. Disponible en: http://conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1728/1/images/2_La_salud_sexual_y_reproductiva_de_las_mujeres_hablantes_de_lengua_indigena_1997_2009.pdf
- World Health Organization. WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Health Outcomes Among Adolescents in Developing Countries. Geneva: WHO, 2011. Disponible en: https://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf
- 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*. 2017;5(4):547-70. <https://doi.org/10.7455/GHSP-D-17-00131>
- Klerman LV. Another Chance: Preventing Additional Births to Teen Mothers. Washington DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2004.
- Qasba NT, Stutsman JW, Weaver GE, Jones KE, Daggy JK, Wilkinson TA. Informing policy change: a study of rapid repeat pregnancy in adolescents to increase access to immediate postpartum contraception. *J Womens Health*. 2020;29(6):815-8. <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.8122>
- Von Hoveling Schindler A, Schindler EL, Narváez CN, Leal LC. Prevención del embarazo reiterado en adolescentes: una experiencia clínica exitosa. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2020;85(6):631-40. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262020000600631>
- Luttges C, Leal I, Huepe G, González D, González E, Molina T. Pregnant again? Perspectives of adolescent and young mothers who and do not experience a repeat pregnancy in adolescence. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2021;16(1):1898317. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1898317>
- Zaldivar-Peña A, Fernández-Ortega M, Ponce-Rosas E, Dávila-Mendoza R. Anticoncepción post evento obstétrico. *Rev Cub Med Gen Int*. 2020;36(3).
- Instituto Nacional de Salud Pública y Unicef México. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final. Ciudad de México, México: INSP, UNICEF México, 2016. Disponible en: <https://www.insp.mx/enim2015/informe-final-enim.html>
- Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente 2015. México: Gobierno de México. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Programa de Acción Específico, Salud sexual y reproductiva, 2020-2024. México: Secretaría de Salud, 2021. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE_SSR_24_5_21.pdf
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA). México: Secretaría de Salud, 2016. Disponible en: http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/ModeloAIISSRA/web_Mo-daIntSSRA.pdf
- Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Guía para la implementación de la "Ruta para la atención y protección integral de niñas y adolescentes madres y/o embarazadas menores de 15 años". México: Gobierno de México, 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/577810/Guia_Implementacion_Ruta_NAME_FINAL.pdf
- Grupo Interinstitucional para la prevención el embarazo en adolescentes. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) [internet]. Informe 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/661025/Informe_Ejecutivo_GIPEA_2020_.pdf
- De la Vara-Salazar E, Hubert C, Saavedra-Avendaño B, Suárez-López L, Villalobos A, et al. Provisión de métodos anticonceptivos en el posparto inmediato en México, 2018-19. *Salud Publica Mex*. 2020;62(6):637-47. <https://doi.org/10.21149/11850>
- Secretaría de Salud. NOM- 007- SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. México: Diario Oficial de la Federación, 2016. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años) por entidad federativa de residencia habitual de la madre, serie anual de 2010 a 2020. Tabulados y base de datos. México: Inegi. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Natalidad_02&bd=Natalidad
- Hernán-García M, Lineros-González C, Ruiz-Azarola A. Cómo adaptar una investigación cualitativa a contextos de confinamiento. *Gac Sanit*. 2022;35(3):298-301. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.007>
- Morse JM. Qualitative Health Research: Creating a New Discipline. *Routledge*; 2016:176.
- Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia; 2016:341.
- Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2018. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

25. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf?ua=1>
26. Ferreira ALC, Souza AI, Lima RA, Braga C. Choices on contraceptive methods in post-abortion family planning clinic in the northeast Brazil. *Reprod Health*. 2010;19(1):1-5. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-7-5>
27. IPAS México. Violencia sexual y embarazo infantil en México: un problema de salud pública y derechos humanos. México: IPAS México, 2017. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx2018-BrochureViolencia-SexualyEmbarazoInfantilMexico.pdf>
28. Secretaría de Salud. Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México: Secretaría de Salud, 2021. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/646958/LINEAMIENTO_AB_CNEGSR_OPS.pdf
29. Secretaría de Salud. NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. México: Diario Oficial de la Federación, 2015. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015
30. Borovac-Pinheiro A, Jesus EAR, Surita FG. Empowering adolescent mothers in the choice of contraceptive methods at the postpartum period: avoiding a subsequent pregnancy. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019;41(10):607-12. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1697985>
31. Kerber K, de Graft-Johnson J, Bhutta Z, Okong P, Starrs A, Lawn J. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*. 2007; 370(9595):1358-69. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61578-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61578-5)
32. McDougal L, Rusch ML, Silverman JG, Raj A. Linkages within the reproductive and maternal health continuum of care in Bangladesh. *Asia Pac J Public Health*. 2016;28(5):423-37. <https://doi.org/10.1177/1010539516654539>
33. Do M, Hotchkiss D. Relationships between antenatal and postnatal care and post-partum modern contraceptive use: evidence from population surveys in Kenya and Zambia. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1):1-14. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-6>
34. Heredia-Pi I, Serván-Mori E, Reyes-Morales H, Lozano R. Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México. *Salud Publica Mex*. 2013;55(suppl 2):S249-58. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800023&lng=es
35. Slater AM, Estrada F, Suarez-Lopez L, de la Vara-Salazar E, Campero L. Overall user satisfaction with family planning services and associated quality care factors: A cross-sectional analysis. *Reproductive Health*. 2018;15:172-9. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0615-3>
36. Aiken ARA, Borrero S, Callegari LS, Dehlendorf C. Rethinking the pregnancy planning paradigm: unintended conceptions or unrepresentative concepts? *Perspect Sex Reprod Health*. 2016;48(3):147-51. <https://doi.org/10.1363/48e10316>
37. Pérez-Baleón GF, Lugo-Arellano M. Los claroscuros del embarazo en la adolescencia: un enfoque cuantitativo. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social, 2020.
38. Vera AC. Consentimiento informado en adolescentes para tomar decisiones en temas relacionados con su salud, salud sexual y salud reproductiva. *Rev Cap Jur Central*. 2016;1(1):361-406. <https://doi.org/10.29166/cap.v1i1.1937>