

# Barreras en la aceptación y continuidad de la anticoncepción posevento obstétrico: experiencias y perspectivas de madres adolescentes en México

Irma Romero, M en EM,<sup>(1)</sup> Fátima Estrada, D en CS,<sup>(2)</sup> Lourdes Campero, D en Ed.<sup>(3)</sup>

Romero I, Estrada F, Campero L.  
Barreras en la aceptación y continuidad de la anticoncepción posevento obstétrico: experiencias y perspectivas de madres adolescentes en México.  
Salud Pública Mex. 2024;66:849-858.  
<https://doi.org/10.21149/15693>

Romero I, Estrada F, Campero L.  
Barriers to acceptance and continuity of post-obstetric event contraception: experiences and perspectives of adolescent mothers in Mexico.  
Salud Publica Mex. 2024;66:849-858.  
<https://doi.org/10.21149/15693>

## Resumen

**Objetivo.** Describir y analizar experiencias por las que transitan mujeres adolescentes con antecedente de un embarazo e identificar las barreras en la aceptación y continuidad de anticoncepción posevento obstétrico (APEO). **Material y métodos.** Análisis secundario del componente cualitativo de dos estudios mixtos en tres entidades con alta, media y baja proporción de embarazo adolescente en México. Se analizaron 30 entrevistas semiestructuradas con madres adolescentes bajo los principios de la teoría fundamentada. **Resultados.** Las barreras que se identificaron son la falta de agencia y empoderamiento de las madres adolescentes para la planeación de un embarazo subsecuente; influencia de la pareja y familia; y obstáculos institucionales como consejería parcial, seguimiento deficiente, falla técnica del método anticonceptivo, presencia de efectos secundarios y desabasto. **Conclusión.** La estrategia de APEO debe considerar las necesidades y barreras específicas de esta población para diseñar e implementar intervenciones más efectivas que permitan ampliar el periodo intergenésico más allá de la adolescencia.

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

## Abstract

**Objective.** To describe and analyze the experiences of adolescent women with a history of pregnancy and identify the barriers to acceptance and continuity of post obstetric event contraception (POEC). **Materials and methods.** Secondary analysis of the qualitative component of two mixed studies in three entities with high, medium, and low proportion of adolescent pregnancy in México. Thirty semi-structured interviews with adolescent mothers were analyzed under the principles of grounded theory. **Results.** The barriers identified were the lack of agency and empowerment of adolescent mothers to plan a subsequent pregnancy; influence of the partner and family; and institutional obstacles such as partial counseling, poor follow-up, technical failure of the contraceptive method, presence of side effects, and shortages. **Conclusions.** The POEC strategy should consider the specific needs and barriers of this population to design and implement more effective interventions to extend the intergestational period beyond adolescence.

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

(1) El Colegio Mexiquense A. C. Estado de México, México.

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

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

Fecha de recibido: 15 de febrero de 2024 • Fecha de aceptado: 28 de mayo de 2024 • Publicado en línea: 1 de noviembre de 2024

Autor de correspondencia: Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública.

Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.

Correo electrónico: lcampero@insp.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

Los embarazos adolescentes subsecuentes (EAS) incrementan los riesgos sociales y de salud para la madre y sus descendientes.<sup>1</sup> En este grupo, a nivel mundial, la mayoría de los embarazos de segundo orden o mayor se concentran en los países de medianos y bajos ingresos<sup>2</sup> y, dentro de éstos, en los estratos más pobres. En México, alrededor de la quinta parte de los embarazos en menores de 20 años son de segundo orden.<sup>3</sup> Entre otras, se debe a que, a nivel nacional, el uso consistente de métodos anticonceptivos (MA) en esta población es de 68.6% y cinco de cada 10 adolescentes unidas no usan ninguna protección anticonceptiva.<sup>4,5</sup>

Para prevenir EAS no planificados y reducir la mortalidad materno-infantil, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve la oferta y promoción de anticoncepción posevento obstétrico (APEO), ya que favorece periodos intergenésicos más largos.<sup>6,7</sup> En México, la cobertura de APEO en mujeres en edad reproductiva disminuyó de 77.0% en 2017 a 65.1% en 2020.<sup>8</sup> En el caso de las adolescentes, 65% que egresó por parto o cesárea de una institución de salud lo hizo con un MA; los más utilizados fueron el dispositivo intrauterino (DIU) (32%) y los hormonales, incluido el implante subdérmico (27%). En cuanto al posaborto, 42% egresó sin MA.<sup>5</sup>

Algunas de las barreras que se han identificado para una mayor cobertura de APEO en población en general refieren interrupciones en la cadena de suministro de MA y condiciones socioculturales que impiden la aceptación de su uso.<sup>9,10</sup> Además, en adolescentes se suma la necesidad de capacitación del personal de salud para brindar atención específica a este grupo.<sup>9</sup> Si bien la normatividad mexicana menciona que debe proveerse consejería y APEO, no enfatiza las necesidades de esta población.<sup>10</sup>

Por lo anterior, el presente trabajo tiene como objetivo describir y analizar las experiencias por las que transitan mujeres adolescentes con antecedente de al menos un embarazo e identificar las barreras en la aceptación y continuidad de APEO.

## Material y métodos

Se realizó un análisis secundario de información de mujeres adolescentes o jóvenes con antecedente de una gesta o más antes de los 20 años en México. Los datos utilizados parten de dos estudios con metodología mixta realizados por un mismo equipo de investigación durante 2021 y 2022. El levantamiento de la información se realizó en tres entidades de la República mexicana. Un estudio se llevó a cabo en el estado de Chiapas, el cual tiene una alta proporción de nacimientos en menores de 20 años (17.1%) en comparación con la media nacional que, en 2020, fue de 15.1%. El otro estudio se centró en el estado de Morelos y la Ciudad de México, los cuales

tienen media y baja proporción de nacimientos en este mismo rango de edad (15.0 y 9.7%, respectivamente).<sup>11</sup>

En cada entidad se identificaron servicios de salud de primer nivel de atención ubicados en distintos municipios o alcaldías, u hospitales de segundo nivel que con frecuencia atendían a adolescentes embarazadas o madres. El personal directivo de cada institución invitó a las mujeres que cubrían este perfil, quienes aceptaron participar previo consentimiento informado.

En ambos estudios se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a través de las cuales se exploraron percepciones, opiniones y significados en torno a sus experiencias relacionadas con la reproducción. Se recabó información sociodemográfica y reproductiva, experiencia en la atención obstétrica y uso de MA, así como su situación familiar durante sus periodos de embarazo. El audio de cada una de las entrevistas se transcribió. La información se sistematizó siguiendo el procesamiento y análisis cualitativo en correspondencia con la teoría fundamentada.<sup>12</sup> Se generaron categorías que iban emergiendo durante el proceso vinculadas al objetivo propuesto. Se trabajó en triadas para tener consenso sobre la asignación de códigos a la información, lo que permitió una constante verificación y discusión de asuntos que iban surgiendo sobre los testimonios al interior del grupo de investigación.

Ambos estudios, instrumentos y consentimientos informados fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública (proyecto: CI: 1668 y CI: 1692).

## Resultados

El rango de edad de los 30 casos analizados era de 13 a 25 años al momento de la entrevista, con antecedente de embarazo y maternidad durante la adolescencia. En el cuadro I se presentan sus principales características sociodemográficas.

En cuanto a la aceptación del uso de APEO se identifica que, de los 30 casos, 11 adolescentes tenían sólo una gesta y ocho de ellas optaron por el uso de un anticonceptivo reversible de acción prolongada (ARAP), de los cuales dos eran implantes, tres DIU y tres inyecciones. Una prefirió condón. De las 16 mujeres que reportaron dos gestas, tras la resolución de la primera, 11 aceptaron el uso de un ARAP (seis implantes y cinco DIU) y otra eligió pastillas. De ellas, en su segunda gesta, siete decidieron usar un ARAP (tres implantes, un DIU y tres inyecciones) y dos optaron por la obstrucción tubaria bilateral (OTB). En estos casos, ya sea en la primera o segunda gesta, cinco mujeres tuvieron un aborto y sólo una de ellas eligió el uso del implante. Se identificaron tres casos con tres gestas; después de su primera gesta, únicamente una adolescente, quien tuvo como antecedente un aborto,

**Cuadro I**  
**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS Y SUS PAREJAS EN**  
**MORELOS, CIUDAD DE MÉXICO Y CHIAPAS. MÉXICO, 2021-2022**

Caso	Edad de inicio sexual	Edad primera unión	Edad al primer embarazo	Estudia	Último nivel de estudios	Edad salida escuela	Empleo actual	Alguna vez trabajó	Edad inicio empleo	Vive con el padre del hijo(s)	Edad del padre del hijo(s)	Escolaridad del padre del hijo(s)	Ocupación, oficio o sitio de trabajo del padre del hijo(s)*
I-1-MR	15	15	15	No	Secundaria	15	No	No	NA	Sí	18	Primaria	Herrero
I-2-MR	13	15	14	No	Secundaria	14	No	No	NA	Sí	21	Preparatoria	Jornalero
I-3-MR	15	15	15	No	Secundaria	15	Sí	NA	15	Sí	19	Preparatoria trunca	Cremería
I-4-MR	16	NA	17	No	Preparatoria trunca	16	No	Sí	15	No <sup>‡</sup>	27	Secundaria	No sabe
I-5-MR	14	14	16	No	Sin estudios	NA	No	Sí	5	Sí	29	No sabe	No sabe
I-6-MR	15	16	16	No	Preparatoria trunca	16	No	Sí	18	Sí	38	Secundaria	Repartidor
I-7-MR	13	15	13	No	Secundaria trunca	12	No	Sí	8	Sí	18	Secundaria	Albañil
I-8-MR	15	18	17	No	Secundaria	16	Sí	NA	17	Sí	22	Primaria	Albañil
I-9-MR	15	16	16	No	Secundaria	15	No	No	NA	Sí	25	Secundaria	Comerciante
I-10-MR	17	17	17	No	Preparatoria trunca	16	No	No	NA	Sí	25	Secundaria	Repartidor de agua potable
I-11-MR	16	18	17	No	Preparatoria trunca	17	No	No	NA	No <sup>‡</sup>	30	Secundaria	Centro nocturno
I-12-MR	14	15	15	No	Secundaria	15	No	Sí	16	No <sup>‡</sup>	36	Preparatoria	Encargado de máquinas
I-13-MR	15	15	16	No	Preparatoria trunca	15	No	Sí	16	Sí	19	Preparatoria trunca	Ayudante de albañil
I-14-MR	16	17	17	Sí	Estudiante licenciatura	NA	Sí	NA	16	Sí	19	Estudiante	Ayudante de albañil
I-15-CM	15	16	16	Sí	Estudiante preparatoria	NA	Sí	NA	13	No <sup>‡</sup>	25	Carrera técnica	Venta de exprimidores
I-16-CM	16	17	17	No	Secundaria	15	No	Sí	15	Sí	22	Preparatoria trunca	Personal de seguridad
I-17-CM	12	NA	13	Sí	Estudiante secundaria	NA	No	No	NA	No <sup>‡</sup>	19	No sabe	Vulcanizadora
I-18-CM	13	17	14	Sí	Estudiante preparatoria	NA	No	Sí	13	No <sup>‡</sup>	23	Preparatoria trunca	Cancelero
I-19-CM	15	16	15	No	Secundaria	15	No	Sí	15	No <sup>‡</sup>	28	Secundaria	Hojalatero
I-20-CH	17	17	17	No	Preparatoria	17	Sí	Sí	12	Sí	25	Licenciatura	Estibador
I-21-CH	15	18	18	Sí	Estudiante preparatoria	NA	No	Sí	16	No <sup>‡</sup>	34	Preparatoria	Repartidor
I-22-CH	19	19	19	No	Secundaria	16	No	Sí	17	No <sup>‡</sup>	31	Secundaria	Campesino
I-23-CH	17	17	17	No	Primaria	13	No	No	NA	Sí	25	Secundaria	Campesino
I-24-CH	14	16	17	No	Preparatoria	17	No	Sí	19	Sí	25	Preparatoria	Rosticería
I-25-CH	15	16	17	No	Preparatoria trunca	17	Sí	Sí	12	Sí	24	Preparatoria	Mesero de restaurante
I-26-CH	16	16	16	No	Preparatoria trunca	16	No	Sí	14	No <sup>‡</sup>	18	Preparatoria	Construcción
I-27-CH	14	14	14	No	Primaria	14	No	No	NA	Sí	25	Primaria trunca	Chalán
I-28-CH	16	17	18	No	Sin estudios	NA	No	Sí	14	No <sup>‡</sup>	18	No sabe	Carnicería
I-29-CH	17	NA	19	Sí	Estudiante licenciatura	NA	Sí	Sí	18	No <sup>‡</sup>	22	Preparatoria	No sabe
I-30-CH	16	17	19	No	Preparatoria	19	No	Sí	16	Sí	28	Licenciatura	Hojalatero

NA: no aplicable; MR: Morelos; CM: Ciudad de México; CH: Chiapas

\* Este dato se recuperó como lo indicaron las entrevistadas que mencionaron ocupación, oficio y, en algunos casos, sitio de trabajo.

‡ No se consolidó la unión conyugal con el padre de su hijo o se separaron al poco tiempo.

‡ Se mantiene la relación conyugal, sin embargo, la mujer no vive con su pareja ya que trabaja fuera del Estado.

# Los hijos de la mujer tienen padres diferentes; actualmente está separada de ambos.

optó por ARAP (DIU); en su segunda gesta, también una prefirió el uso de ARAP (DIU) y, en la tercera gesta, dos decidieron utilizar este mismo método (figura 1).

En cuanto a las barreras para la aceptación y uso continuo de APEO, para fines analíticos, se distinguieron tres categorías vinculadas con la falta de planeación del EAS, presión de la pareja y la familia y obstáculos institucionales. No obstante, en los casos se puede observar la incidencia de una o más de estas categorías en las trayectorias reproductivas y uso de MA de las adolescentes. En el cuadro II se muestran testimonios específicos y en el cuadro III se presentan las trayectorias de APEO de cada uno de los casos.

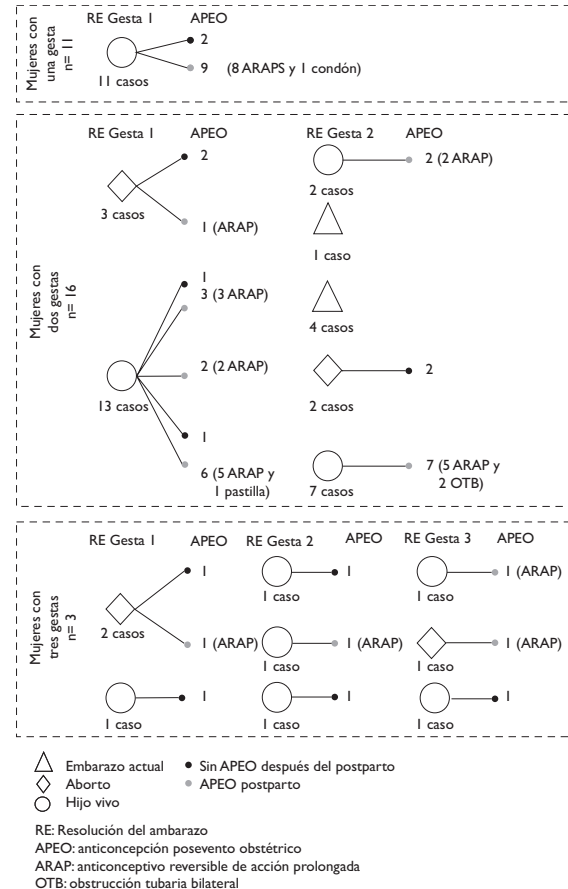
### Falta de planeación de embarazos subsecuentes

Se identificaron dos motivos principales en relación con la falta de planeación del EAS (cuadros II y III). El primero de ellos es la falta de empoderamiento y *agencia*. Se hace referencia a la incapacidad de actuar intencionalmente para evitar o retrasar el embarazo, por un deseo ambivalente hacia la maternidad y la crianza derivado de experiencias previas, abortos o el cuidado de hermanos pequeños. El segundo motivo alude a la interiorización de expectativas sociales de la conformación familiar, encaminadas a la conveniencia de EAS en un breve lapso. En torno a un EAS, las mujeres en los testimonios comentan sus dudas y percepción de las dificultades que podrían tener para desarrollarse en otros ámbitos como el profesional o laboral. También, expresan temores sobre no poder ser buenas madres, no darles a sus hijos el sustento y cuidados que desearían, así como la carga que implica la crianza de dos o más hijos. Pese a ello, no se observa algún tipo de acción para prevenir un EAS a través del uso de un MA.

### Influencia de la pareja, familia y otros

En los testimonios se aprecia una influencia sustantiva por parte de la pareja, familia y otras personas cercanas a la adolescente para el uso de APEO o su pronto abandono (cuadros II y III). En cuanto a la relación de pareja, es común la falta de comunicación sobre los temas de sexualidad y reproducción. Esta ausencia de diálogo ocasiona que, aunque no se tome una decisión explícita sobre el embarazo, tampoco se busquen alternativas para prevenirlo. Comentan que ante dicha situación no siempre se logran acuerdos para usar o no APEO, independientemente del resultado obstétrico.

Por otro lado, se presenta con frecuencia un desequilibrio en las decisiones reproductivas derivado de la diferencia de edad entre los miembros de la pareja: por lo



**FIGURA 1. RESOLUCIÓN DE EMBARAZO Y USO DE APEO POR NÚMERO DE GESTA DE MUJERES ENTREVISTADAS EN MORELOS, CIUDAD DE MÉXICO Y CHIAPAS. MÉXICO, 2021-2022**

general, la decisión de tener un EAS la toma el hombre por ser mayor. Asimismo, se presentan situaciones de segundas uniones con o sin hijos previos, lo que genera la presión por consolidar la nueva relación conyugal por medio de un embarazo. También se identifican casos en donde la pareja tiene hijos producto de relaciones anteriores, pero no convive con ellos, lo que genera un anhelo de establecer un vínculo filial. En otros, se menciona el deseo de una nueva gestación a fin de “tener la parejita” (si ya tienen un hijo desean una hija o viceversa).

Algunas mujeres consideraban que no se iban a embarazar por la condición de vida que estaban atravesando, ya sea porque habían terminado su relación de pareja o porque ésta era inestable y no vivían juntos, o sus esposos eran trabajadores migrantes. Este grupo de mujeres dejó de usar MA y algunas se volvieron a embarazar al restablecer su relación conyugal.

En las entrevistas se muestra la influencia de las experiencias e ideas de otras mujeres cercanas a ellas,

**Cuadro II**  
**CATEGORÍAS VINCULADAS CON LAS BARRERAS PARA LA ACEPTACIÓN Y USO CONTINUO DE APEO DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN MORELOS, CIUDAD DE MÉXICO Y CHIAPAS. MÉXICO, 2021-2022**

Testimonios

Categoría

Subcategoría

Falta de planeación de embarazos subsiguientes	Falta de empoderamiento y agencia	<p>"No pensaba embarazarme ahorita. Con mi esposo teníamos el plan de seguir estudiando los dos, pero de repente se vino así y pues ya ni modo." (I-1-MR)</p> <p>"Con el segundo embarazo el también se quedó en stock, pero luego me dijo de todos modos estamos juntos, tú estás conmigo y pues ya ni modo." (I-3-MR)</p> <p>"[Le decía a mi esposo] 'dame un poquito más de tiempo', pero pues no creo que me embarace de nuevo y ahora no tengo tiempo para mí, ni para arreglármelo un poquito más, poder salir, no sé, estudiar una carrera corta..." (I-16-CM)</p>
Falta de planeación de embarazos subsiguientes	Falta de empoderamiento y agencia	<p>"Mi sobrina le decía a mi hermana 'es que tú no me quieres porque no me das un hermano'. Yo no estaba muy convencida de volverme a embarazar, me daba miedo, pero me embaracé por segunda vez. Al principio mi hija lo resistió, ella me decía 'ya no estás conmigo', y yo le explicaba. Como que al principio no quería a su hermanita... y yo la ahorrita. Pero también yo pensaba si no lo hago ahora más adelante mi hija me va a decir 'no me quieres porque no me das una hermanita', entonces dije bueno, vamos a tomarlo bien. Ahora estamos bien y así fue como me decidí." (I-12-MR)</p> <p>"En mi mente pasaba que bonito que voy a tener otro hijo, mi hija no va a estar sola, pero luego vienen las preguntas: '¿qué voy a hacer con dos hijos?', 'estoy prácticamente sola, no voy a poder... si no puedes tú conmigo misma y con la niña, ¿cómo vas a poder con otro?' (I-18-CM)</p> <p>"Me da miedo no ser un buen ejemplo para ellas porque yo no estudié. Yo no quiero que sean igual que yo. Hay mucho miedo a ser una mamá, una mala mamá, que venga una mala percepción de mí." (I-12-MR)</p>
Falta de planeación de embarazos subsiguientes	Falta de empoderamiento y agencia	<p>"El bien emocionado que otra vez iba a ser papá 'he soñado con eso, pero creo que no lo voy a lograr porque ya estoy grande', me decía 'si vamos a tener un hijo o dos o tres', yo le decía 'si está bien... Como él ya está grande y nunca vivió con su primera familia me insistía 'quiero tener mi familia... Como él quería otro hijo, pasó el tiempo, no me puse el implante ni nada y ya no me protegió con nada, al principio sí con condón, y ya hubo una vez que no usamos nada y ya fue cuando salió Tadeo." (I-11-MR)</p> <p>"El me insistía mucho 'dame una niña, dame una niña', 'ya me convenció y me embaracé'." (I-12-MR)</p>
Influencia de la pareja, familia y otros	Presión por deseo de embarazo por parte de la pareja	<p>Presión para un segundo embarazo</p> <p>"Mi mamá me decía que ya me embarazara otra vez luego, luego para que crecieran juntos mis hijos y así. Y yo la verdad sí quería esperar porque no quería tanta carga." (I-9-MR)</p> <p>"...Mi hermana no quiere tener hijos y mi mamá se molestó y le dijo no seas payasa, cada uno de mis hijos me va a dar nietos, aunque sea uno. Yo apoyo a mi hermana, pero mi mamá no." (I-15-CM)</p> <p>Influencia para uso de MA</p> <p>"Me dijo el médico '¿qué quieres que te pongan: implante o DIU?' dije 'no, pues implante' porque mi mamá me platicó que con su segundo hijo tenía DIU y se volvió a embarazar. Mi mamá decía 'si te ofrecen dile que implante porque con el DIU me embaracé de tu hermano, entonces ese no es muy confiable'. Y ya me lo ofrecieron y les dije que implante." (I-11-MR)</p> <p>"Yo lo que no quería era embarazarme y pues por andar creyendo en otra gente pues me embaracé... Yo creo que toda la información la tuve, pero yo creí en la gente y no en los doctores, porque la doctora me decía que viniera a revisarme y la gente que no. Mi amiga me decía 'yo fui [me movieron el DIU] y así quedé embarazada..." (I-3-MR)</p>
Influencia de la pareja, familia y otros	Presión por deseo de embarazo por parte de la pareja	<p>Consejería deficiente o incompleta</p> <p>"En el hospital no me dieron opción de ponerme el implante o DIU, yo tampoco estaba pensando en eso, no me acordé de decirles" (I-11-MR)</p> <p>"Pensé que no me iba a embarazar, que iba a tardar como cinco meses, pero luego, luego de que me quité [el implante] tuve relaciones y luego, luego me embaracé" (I-11-MR)</p> <p>"[La enfermera] dice que es más rápido embarazarse recién alivada... me dijo que me podía inyectar porque no me podían dar pastillas porque iba a dar pecho" (I-30-CH)</p>
Influencia de la pareja, familia y otros	Seguimiento deficiente del MA	<p>Por parte de las mujeres:</p> <p>"Después del primer parto me pusieron el DIU en el hospital y me dijeron que me lo tenía que estar revisando constantemente. Y sí acudía a las citas, menos dos veces que ya fue cuando salí embarazada." (I-2-MR)</p> <p>Por parte de la institución:</p> <p>"Fui a la clínica porque me sentía mal [con el implante], pero me dijeron que no me lo podían quitar porque ese método es para tres años, pero yo no les hice caso, busqué otra opción para quitármelo. Fui a otro centro de salud y ahí sí aceptaron porque me dijeron que ya llevaba mucho tiempo sangrando, me dijeron que si me lo tenían que quitar y me lo quitaron..." (I-25-CH)</p>
Obstáculos institucionales	Falla técnica del MA	<p>"Elegí el DIU porque me dijeron que era un método confiable y no es confiable porque me embaracé" (I-7-MR)</p> <p>"Si me puse el DIU, pero al otro día que me lo puse, creo a los dos días, se me cayó" (I-13-MR)</p> <p>"[Antes del segundo embarazo] me estaba cuidando, igual fue sorpresivo porque se suponía que me estaba cuidando con el implante y de repente ¡pum! que salgo embarazada. Empecé a aumentar de peso y eso ya no se me hacía normal... entonces decidí irme a checar y me enteré de que tenía 20 semanas de embarazo" (I-18-CM)</p>
Obstáculos institucionales	Efectos secundarios de los MA	<p>"Me cuidé con el implante, pero me lo quise retirar porque me daba molestias en mi vientre, dolores y todo eso. Y le dije a él 'ho, me voy a quitar el implante'. Me lo quitó en una farmacia de similares, no fui al centro de salud porque no les tengo confianza. Me lo quitó y ya después llegó la sorpresa de que estaba embarazada..." (I-1-MR)</p> <p>"Estuve [con las inyecciones], pero hubo muchos cambios de hormonas... iba a querer el dispositivo, pero después igual por ciertos mitos entonces ya no me decidí por ese" (I-30-CH)</p> <p>"Yo me veía muy flaquita y cansada. Después del año de mi hija empecé a menstruar y luego no se me quitaba... pasó julio, agosto y casi septiembre, todos los días... ya me sentía muy débil. Le digo a mi mamá 'yo no aguantó, sabes qué, voy a que me quiten [el implante]'. Fui al centro de salud a que me lo quitaran, pero no ahí me dijeron 'sabes qué, te vamos a mandar a hacer estudios, vamos a checar cómo estás', 'ya como a los 15 días [de quitarme el implante] se me quitó el sangrado... empecé a sentirme menos cansada, a comer, el dolor de huesos y de cabeza se me quitaron" (I-14-MR)</p> <p>"Les dije 'sabes qué, yo ya no aguantó el implante', pero no me hicieron caso y me fui a un particular. Ahí me dijeron que tenía dos implantes, tenía el de cinco años, era mucha hormona..." (I-14-MR)</p> <p>"Con el implante sangraba demasiado, tenía anemia y me sentía mal... lo tuve como año y dos meses creo" (I-12-MR)</p>
Obstáculos institucionales	Desabasto de MA	<p>"Yo había oído por el implante, ese mismo día pasó la enfermera de aquí de vacunación, pero como no tenían implante me recomendó las inyecciones... Entonces fue que me inyectaron las trimestrales. Y otra vez regresé para lo del implante, pero como todavía no había y había que venir días específicos, no había... Entonces decidí que por el momento yo me iba a cuidar, habíamos estado usando otra vez condones y también vamos con la cuenta de mis días fértiles y eso" (I-30-CH)</p> <p>"De hecho he ido a preguntar porque me quería poner el implante, pero cuan que a veces les mandan muy poquitos al año, cuatro o algo así. La otra opción que me dieron es que, con la hoja de alta en el hospital, que es más grande, a lo mejor ahí tenían el método que yo quería, bueno que es el más recomendable que las píldoras y las inyecciones, pero no lo tenían" (I-13-MR)</p>

MR, Morelos; CH, Ciudad de México; CM, Chiapas; MA, método anticonceptivo.

**Cuadro III**  
**TRAYECTORIA DE ACEPTACIÓN Y CONTINUIDAD DE APEO DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN**  
**MORELOS, CIUDAD DE MÉXICO Y CHIAPAS. MÉXICO, 2021-2022**

Caso	<i>Trayectoria de uso de métodos anticonceptivos</i>
I-4-MR	Gesta 1. Edad: 17, Resolución: Parto. Inyecciones bimestrales. Observaciones: Menciona que le ofertaron el DIU y el implante, pero sintió temor de usar alguno de estos debido a la experiencia adversa de su madre. Además, considera que no necesita de un anticonceptivo ya que no tiene una relación con el padre de su hija.
I-5-MR	Gesta 1. Edad: 16, Resolución: Parto. Colocación implante.
I-15-CM	Gesta 1. Edad: 16, Resolución: Cesárea. Colocación DIU-efectos secundarios-acudió al CS - indican mala colocación DIU-retiro método-sustitución implante.
I-17-CM	Gesta 1. Edad: 13, Resolución: Parto. Colocación implante.
I-20-CH	Gesta 1. Edad: 17, Resolución: Cesárea. Colocación implante-efectos secundarios. Observaciones: Comenta que optó por el implante debido a la experiencia positiva de su hermana; sin embargo, ella sí ha presentado dolor de cabeza, mareos y cambios de humor.
I-21-CH	Gesta 1. Edad: 18, Resolución: Parto. Colocación DIU-expulsión-acudió al CS - sustitución inyecciones trimestrales-efectos secundarios. Observaciones: Reporta sangrado irregular y cambios de humor. Tiene la intención de colocarse nuevamente el DIU.
I-22-CH	Gesta 1. Edad: 19, Resolución: Parto. Sin APEO. Observaciones: Señala que su parto fue atendido por una partera quien no le ofertó ningún método, y si bien desea utilizar el DIU una vez que se restablezca su menstruación, no se siente en riesgo de embarazo dado que su pareja es un trabajador migrante.
I-26-CH	Gesta 1. Edad: 16, Resolución: Parto. No APEO. Observaciones: Refiere que sí le ofertaron APEO, pero ella decidió no utilizar algún anticonceptivo debido a que su pareja es un trabajador migrante y no regresará al menos por tres años; indica que cuando él esté de regreso pensará en qué método utilizar.
I-28-CH	Gesta 1. Edad: 18, Resolución: Cesárea. Inyecciones trimestrales.
I-29-CH	Gesta 1. Edad: 19, Resolución: Parto. Solicitó implante-desabasto-uso condón. Observaciones: Tiene la intención de colocarse el implante al cabo de un año postparto; refiere que el DIU le causa desconfianza.
I-30-CH	Gesta 1. Edad: 19, Resolución: Parto. Solicitó implante-desabasto-inyecciones trimestrales-efectos secundarios-abandono-seguimiento método abasto (implante)-desabasto-uso condón y método del ritmo. Observaciones: Señala que el DIU le provoca desconfianza y las pastillas anticonceptivas disponibles en el CS son incompatibles con la lactancia.
I-1-MR	Gesta 1. Edad: 15, Resolución: Aborto. Colocación implante-efectos secundarios-acude a farmacias similares para retiro-embarazo. Observaciones: Reporta que el implante lo usó por dos años y ante el sangrado, cólicos y dolor decide retirarlo; no acudió al CS por la atención que recibió durante el aborto. Después, no buscó una alternativa anticonceptiva, aunque refiere que no se quería embarazar. Gesta 2. Edad: 18, Resolución: Embarazada.
I-2-MR	Gesta 1. Edad: 14, Resolución: Parto. Colocación DIU-falla método-embarazo. Observaciones: Comenta que ante la sospecha de embarazo se realizó un ultrasonido y se observó que no tenía el DIU, se le explicó que seguramente lo había expulsado sin que se diera cuenta. Gesta 2. Edad: 16, Resolución: Parto. Solicitó implante-desabasto-inyección bimestral. Observaciones: Indica que en el hospital le sugirieron que acudiera al CS para que le colocaran el implante. Le pareció más adecuada esta sugerencia que la de utilizar el DIU dada su experiencia previa.
I-3-MR	Gesta 1. Edad: 15, Resolución: Parto. Colocación DIU-falla método-embarazo. Observaciones: Refiere que usó el DIU por tres años; sin embargo, no acudió a sus citas de revisión como se lo recomendaron en el CS. Esta decisión se sustentó en comentarios de familiares. Gesta 2. Edad: 18, Resolución: Embarazada.
I-6-MR	Gesta 1. Edad: 16, Resolución: Parto. Colocación implante-efectos secundarios-retiro método-uso condón-embarazo. Observaciones: Señala su deseo de embarazarse. Gesta 2. Edad: 19, Resolución: Embarazada.
I-7-MR	Gesta 1. Edad: 13, Resolución: Cesárea. Colocación DIU-falla método-embarazo. Observaciones: Comenta que, al confirmarse el segundo embarazo, le indicaron la posible expulsión del DIU sin que se diera cuenta, a pesar de que sí había acudido al médico para su revisión. Gesta 2. Edad: 15, Resolución: Cesárea. Colocación implante. Observaciones: Indica que los médicos le enfatizaron sus antecedentes de riesgo: edad, cesáreas y poco espaciamiento entre una y otra gesta. Incluso, le han dicho que un tercer embarazo podría ser fatal.
I-9-MR	Gesta 1. Edad: 16, Resolución: Cesárea. Colocación implante-retiro método-embarazo. Observaciones: Señala su deseo de embarazarse. Gesta 2. Edad: 19, Resolución: Cesárea. Solicitó implante-desabasto-colocación del DIU.
I-10-MR	Gesta 1. Edad: 17, Resolución: Aborto. No APEO-embarazo. Observaciones: Indica su deseo de embarazarse. Gesta 2. Edad: 19, Resolución: Parto. Colocación implante. Observaciones: Refiere que acudió al mes al CS para que se lo revisaran; no le programaron otra cita de seguimiento.

(continúa...)

(continuación)

I-11-MR	Gesta 1. Edad: 17, Resolución: Parto. No APEO-embarazo. Observaciones: Refiere que no deseaba embarazarse, pero su pareja sí. Gesta 2. Edad: 18, Resolución: Parto. Colocación de implante.
I-12-MR	Gesta 1. Edad: 15, Resolución: Cesárea. Pastillas-abandono-condón-embarazo. Observaciones: Reporta que durante su primera relación de pareja utilizó pastillas anticonceptivas por un año; al separarse abandonó este método. Con su segunda pareja no usó anticonceptivos. Gesta 2. Edad: 17, Resolución: Cesárea. Salpingoclasia reversible. Observaciones: Aceptó la cirugía porque no desea embarazarse próximamente; también le indicaron que el procedimiento podría ser reversible si cambia de opinión con respecto a tener más hijos.
I-14-MR	Gesta 1. Edad: 17, Resolución: Parto. Colocación implante-efectos secundarios-acude al CS para solicitar el retiro-le mandan a hacer estudios-recorre con médico particular-retiro método-regresa al CS - desabasto de inyección-embarazo. Observaciones: Señala que con el uso del implante presentó pérdida de peso, dolor de cabeza, debilidad y ausencia de la menstruación por un año; luego tuvo un sangrado que se prolongó por dos meses. Gesta 2. Edad: 18, Resolución: Embarazada.
I-16-CM	Gesta 1. Edad: 17, Resolución: Cesárea. No APEO-embarazo. Observaciones: Menciona que como estaba amamantando, pensó que no se embarazaría pronto. Gesta 2. Edad: 19, Resolución: Embarazada.
I-18-CM	Gesta 1. Edad: 14, Resolución: Parto. Colocación implante-fallo método-embarazo. Observaciones: Señala que el implante lo utilizó por casi tres años, aun así, se embarazó. En el CS le comentaron que probablemente perdió su efectividad antes del tiempo estipulado. Gesta 2. Edad: 18, Resolución: Parto. OTB. Observaciones: Menciona que su segundo embarazo ocurrió en el marco de una nueva relación de pareja que no se consolidó, por lo que optó por no tener más hijos.
I-19-CM	Gesta 1. Edad: 15, Resolución: Cesárea. Colocación DIU-fallo método-embarazo. Observaciones: Indica que el primer embarazo se resolvió en una clínica privada en donde no le ofertaron anticonceptivos. Ella solicitó, por cuenta propia, que le colocaran el DIU. Gesta 2. Edad: 18, Resolución: Cesárea. Inyecciones. Observaciones: Comenta que no le ofertaron algún anticonceptivo; por decisión propia utilizó las inyecciones.
I-23-CH	Gesta 1. Edad: 17, Resolución: Parto. Colocación DIU-seguimiento en CS - expulsión-sustitución inyecciones-efectos secundarios-abandono-embarazo. Observaciones: Menciona que le ofrecieron alternativas anticonceptivas tras la falla y efectos secundarios de los métodos que utilizó, pero no aceptó ninguna. Gesta 2. Edad: 19, Resolución: Aborto. Sin APEO.
I-24-CH	Gesta 1. Edad: 17, Resolución: Aborto. No APEO-embarazo. Observaciones: Refiere que le ofertaron inyecciones o uso del condón, no aceptó porque deseaba un nuevo embarazo. Gesta 2. Edad: 17, Resolución: Parto. Inyección trimestral.
I-25-CH	Gesta 1. Edad: 17, Resolución: Parto. Colocación implante-efectos secundarios-retiro método-embarazo. Observaciones: Menciona que ante el sangrado abundante por un periodo prolongado acudió al CS para solicitar el retiro del implante, ante la negativa del personal, acudió a otro CS de una localidad distinta en donde sí se lo quitaron debido a los efectos adversos. Gesta 2. Edad: 19, Resolución: Aborto. Sin APEO. Observaciones: Señala que no le ofrecieron un método en el hospital donde se atendió; no obstante, tenía la intención de aplicarse las inyecciones trimestrales.
I-8-MR	Gesta 1. Edad: 17, Resolución: Aborto. Colocación DIU-falla método-embarazo. Gesta 2. Edad: 18, Resolución: Parto. Colocación DIU-expulsión-embarazo. Observaciones: Indica que se quería colocar el implante, pero no acudió al CS de manera oportuna. Gesta 3. Edad: 19, Resolución: Aborto. Colocación DIU.
I-13-MR	Gesta 1. Edad: 16, Resolución: Aborto. Sin APEO-embarazo. Observaciones: Menciona que ella y su pareja sentían un deseo ambivalente por el embarazo. Gesta 2. Edad: 16, Resolución: Cesárea. No APEO-embarazo. Observaciones: Señala su deseo de embarazarse por segunda ocasión para que sus hijos se lleven pocos años, y que ella aun fuera una mujer joven. Gesta 3. Edad: 18, Resolución: Parto. Colocación DIU-expulsión-acude al CS - le indican esperar 40 días- solicitó implante-desabasto-sin método. Observaciones: Refirió que en el CS no tenían el implante en existencia por lo que la enviaron al hospital para que ahí se lo colocaran; no obstante, hubo desabasto. Le recomendaron operarse, pero no aceptó.
I-27-CH	Gesta 1. Edad: 14, Resolución: Parto. Sin APEO-embarazo. Observaciones: Indica que la atención de su parto fue con una partera y no le ofertó algún método. Gesta 2. Edad: 18, Resolución: Parto. Sin APEO-embarazo. Observaciones: La atención también fue con una partera, quien no le ofertó un método. Gesta 3. Edad: 19, Resolución: Parto. Ofrecimiento de OTB-no acepta-solicitó implante-desabasto-sin método. Observaciones: Menciona que ella y su pareja no aceptaron la operación por miedo de los cuidados, aunque no desean tener más hijos.

MR: Morelos; CM: Ciudad de México; CH: Chiapas; CS: centro de salud; APEO: anticoncepción posevento obstétrico

Nota: Las observaciones corresponden a la información recabada al momento de la entrevista, por lo que se desconoce si se presentó un nuevo embarazo o el uso de otro anticonceptivo.

como la madre o la suegra, en relación con apresurar un embarazo subsecuente, la consolidación de una familia o por la expectativa social de ser abuelas. Sin embargo, también está presente su intervención a favor del uso de MA para prevenir un EAS.

### Obstáculos institucionales

Se identificó que los servicios de salud ocupan un lugar central en la incidencia del EAS, debido a la consejería parcial, a la falta de explicación sobre efectos secundarios de los MA, a problemas en el seguimiento de APEO o porque no se indica con precisión cuándo se debe acudir nuevamente a las revisiones, fallas técnicas y desabasto de insumos anticonceptivos. En un par de casos, las adolescentes indicaron que el nacimiento de sus hijos fue atendido por parteras, quienes no les ofertaron un MA (cuadros II y III). Lo anterior limita el uso correcto y continuo de la anticoncepción y un seguimiento adecuado del personal de salud.

En algunos casos, durante la consejería a las adolescentes se les da la consigna de no embarazarse, pero no se les proporcionan elementos concretos de cómo hacerlo. Además, comentan que, como estrategia de convencimiento para el uso de APEO, el personal de salud utilizó el regaño, la advertencia y la amenaza de que embarazarse nuevamente antes de los 20 años era de alto riesgo; sin embargo, el efecto fue la intimidación para aclarar sus dudas.

Por otro lado, varias de ellas, a pesar de utilizar algún MA como el DIU o el implante, se volvieron a embarazar debido a una falla del MA. Entre las razones que comentan están la colocación incorrecta, la expulsión sin darse cuenta o la pérdida de efecto antes del tiempo estipulado. Ante estas situaciones, en ocasiones, las mujeres se dan cuenta de ellas y acuden a los servicios de salud para su revisión y sustitución. En casos exitosos, un segundo MA funcionó bien; en otros, el cambio les ocasionó otros malestares.

Los efectos secundarios fueron comunes entre las entrevistadas. Algunas no acuden a las consultas de revisión y optan por tolerar las incomodidades. La mayoría reporta que, con frecuencia, no les explican por qué se presentan estos efectos, no les dan una orientación clara, ni atienden sus molestias (algunas graves como sangrados abundantes, frecuentes y prolongados, anemia, bajo peso, dolores de cabeza constantes y cambio de humor); tampoco les ofrecen alternativas anticonceptivas.

Otra situación común tiene que ver con el desabasto de un MA, en particular el implante. A causa de esto, algunas adolescentes aceptaron otro MA y les sugirieron que una vez que fuera a concluir su efecto, regresaran a los servicios de salud para ver si ya se contaba con

el método de su elección. Cabe precisar que varias de ellas hasta en dos ocasiones acudieron a solicitar el MA deseado y les indicaron que no estaba disponible.

A dos adolescentes les ofertaron OTB dado que han cursado por una segunda o tercera gesta. Ellas aceptaron ya que no deseaban tener más hijos o porque les indicaron que el procedimiento podría ser reversible.

## Discusión

Los hallazgos principales de este análisis muestran que una alta proporción de adolescentes optan por utilizar protección anticonceptiva después de su primer embarazo, situación que no siempre se observa en las mujeres que tienen una segunda y tercera gesta. Las principales dificultades que se identificaron para la aceptación o continuidad del uso de APEO en este grupo se deben a una escasa planeación derivada de la falta de empoderamiento y *agencia*, interiorización de expectativas sociales de conformación familiar, influencia de la pareja, familia u otras personas importantes en su vida y obstáculos institucionales.

Los tres contextos estatales que se consideraron para este análisis tienen condiciones socioculturales distintas y las estadísticas muestran también diferencias en los niveles de embarazo adolescente, al menos de primera vez. Sin embargo, se identificaron las mismas barreras para la aceptación y continuidad del uso de APEO, aunque la magnitud puede ser diferencial en cada entidad.

Con referencia a la falta de planeación de un EAS vinculado con una falta empoderamiento y de capacidad de *agencia*, e interiorización de pautas sociales, algunos estudios muestran que la manera en que esta población toma decisiones no es homogénea. En ocasiones lo hacen de forma lógica, racional y sistemática: analizan por sí mismas la información relevante para la toma de decisiones y asumen la responsabilidad, mientras que otras se guían por la intuición o espontaneidad; también pueden acudir a personas significativas para que decidan por ellas.<sup>13-15</sup>

Para que la población adolescente se empodere y logre generar capacidad de *agencia* que, a su vez, le permita tomar decisiones reproductivas convenientes para su desarrollo, debe contar con información clara, completa y con espacios de oportunidad para reflexionar y aclarar dudas a fin de identificar problemas y ser asertiva en la selección de alternativas de solución de acuerdo con sus circunstancias.<sup>16</sup> Además, y de manera sustantiva para la prevención y postergación de embarazos, los adolescentes deben conocer sus derechos sexuales y reproductivos, así como generar mecanismos para que puedan ejercerlos.<sup>8-10</sup>



Por otro lado, sus cogniciones se construyen en la interacción con diferentes figuras significativas que son los antecedentes inmediatos para la toma de decisiones sexuales y reproductivas que determinan la fecundidad. Las decisiones se toman en el marco de una red social y están orientadas al mantenimiento de relaciones significativas con los miembros del grupo de referencia.<sup>17</sup>

Entre este tipo de relaciones destacan aquellas que establecen las adolescentes con su pareja y su familia. Si bien se ha documentado la influencia de estos actores previo al primer embarazo en la adolescencia y durante la crianza, su impacto en las decisiones reproductivas persiste. En el caso de la pareja se observa que la brecha de edad, las percepciones y estereotipos de la feminidad y masculinidad favorecen la construcción de relaciones de poder. En general, ellos tienen mayor autonomía, control de la sexualidad y de los recursos económicos, por lo que las adolescentes son más vulnerables.<sup>18,19</sup> Asimismo, otros estudios señalan que el deseo del embarazo es propio de los hombres pues son quienes han realizado previamente sus transiciones a la vida adulta.<sup>19</sup> Incluso persiste la idea de la consolidación de la relación conyugal a través del nacimiento de los hijos como muestra del amor genuino y el deseo de estar con el otro miembro de la pareja.<sup>20,21</sup>

En cuanto a la familia de origen y política, se observa también la influencia en la toma de decisiones vinculadas con la sexualidad, la unión y la reproducción, principalmente si son adolescentes.<sup>20,21</sup> Es portavoz de las expectativas sociales en cuanto al ideal de cómo y cuándo conformar una familia, por lo que puede incidir en el uso o no de MA. Aunado a ello, algunas abuelas pueden involucrarse en el cuidado de los nietos, de tal forma que se reconfigura su propia experiencia de la maternidad y se toma la oportunidad de corregir errores en la crianza de sus hijos. Otras limitan su participación en estas actividades.<sup>22,23</sup>

En relación con las barreras institucionales, si bien se identifica la importante labor que se ha realizado en los servicios de salud para incrementar la cobertura de APEO en la población adolescente, se siguen presentando barreras que impiden el uso de MA, incluidos los ARAP.<sup>3-5</sup> La falta de capacitación del personal de salud en APEO y en atención para adolescentes resalta la necesidad de ampliar la información sobre el funcionamiento y posibles efectos secundarios de los MA, ya que erróneamente no se señalan por temor a desincentivar su uso,<sup>10</sup> lo que conlleva a no atender de forma efectiva los malestares asociados con su uso ni a ofrecer alternativas. Además, provoca que las adolescentes busquen el cambio en otros servicios públicos, privados y farmacias o se propicia el abandono del MA. Asimismo, es importante reforzar el acompañamiento

respetuoso y la orientación anticonceptiva asertiva en el momento posaborto, pues se observa que la oferta y aceptación de APEO disminuye tras un desenlace adverso del embarazo.<sup>9,10</sup>

Otra barrera apunta hacia la poca eficacia del sistema de referencia y contrarreferencia en los distintos niveles de atención y servicios (planificación familiar y control del niño sano), lo cual impide el monitoreo y seguimiento de MA para atender de forma oportuna fallas en el uso o la presencia de efectos secundarios.<sup>10,24</sup> El hallazgo de la expulsión del DIU en los primeros días posparto hace reflexionar sobre el mejor momento para colocar este dispositivo: si durante el posparto inmediato con el riesgo de expulsión o 40 días después, sabiendo la dificultad de realizar un seguimiento puntual de las adolescentes.<sup>25</sup>

Los resultados también muestran el desabasto de MA que prefieren las adolescentes, principalmente el implante, lo que limita su derecho a la libre elección.<sup>26</sup> Aunado a esto, en algunos casos se oferta la OTB debido a la alta paridad y el deseo de ellas de no tener más hijos, lo que contrasta con otras investigaciones que consideran poco apropiado hacerlo dado su reciente inicio reproductivo, y se aconseja sólo en casos de padecimientos preexistentes, enfermedades genéticas o discapacidad física o mental.<sup>25,27</sup>

Ahora bien, aun cuando el presente análisis permite tener una visión más amplia de las barreras a las que se enfrentan las adolescentes para la aceptación y uso continuo de APEO para postergar un EAS, es importante seguir indagando en futuros trabajos con aproximaciones metodológicas mixtas, situaciones específicas y comparativas entre mujeres adolescentes con antecedente de embarazo, según nivel de escolaridad, nivel socioeconómico, lugar de residencia (urbanidad y ruralidad) y edad en la adolescencia (temprana y tardía).

El presente estudio presenta algunas limitaciones. La información utilizada proviene de estudios que tuvieron un objetivo distinto al planteado en este análisis, por lo cual no siempre se logró la saturación teórica en todas las categorías planteadas; sin embargo, esto ayudó a visibilizar que, en contextos distintos, surgen las mismas limitantes. Hay diferencias en el número de informantes por entidad; no obstante, se logró tanto recabar testimonios valiosos en los tres sitios de levantamiento como cubrir el propósito para este estudio.

Los presentes hallazgos aportan datos importantes a la escasa información existente sobre la prevención de EAS, ya que la mayoría de la evidencia se concentra en embarazos de primera vez. Se muestran aspectos relevantes para atender las necesidades individuales, de pareja, familiares e institucionales que limitan el uso de la APEO. De considerarse, se contribuiría al diseño

e implementación de intervenciones más efectivas que permitan a las adolescentes la planeación de su maternidad con una perspectiva de desarrollo en todos los ámbitos de su vida.

*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>
- Villalobos A, Ávila-Burgos L, Hubert C, Suárez-López L, de la Vara-Salazar E, Hernández-Serrato MI, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalence and associated factors of modern contraceptive methods use among adolescents, 2012 and 2018. *Salud Publica Mex.* 2020;62(6):648-60. <https://doi.org/10.21149/11519>
- Ipas. Información básica nacional, Salud reproductiva. México: Ipas, 2019. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx2019-Nacional.pdf>
- Klerman LV. Another chance: preventing additional births to teen mothers. Estados Unidos: NOAPP, 2004.
- World Health Organization. WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Health Outcomes Among Adolescents in Developing Countries. Ginebra:WHO, 2011 [citado abril 10, 2024]. Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44691/9789241502214\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44691/9789241502214_eng.pdf?sequence=1)
- Consejo Nacional de Población. Segunda fase de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2021-2024. México: Conapo, 2021 [citado abril 10, 2024]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/703251/Segunda\\_fase\\_de\\_la\\_ENA-PEA\\_2021-2024\\_ajuste\\_forros\\_030222\\_small.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/703251/Segunda_fase_de_la_ENA-PEA_2021-2024_ajuste_forros_030222_small.pdf)
- 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(4):385-96. <https://doi.org/10.21149/13515>
- Estrada F, Romero-Pérez I, Campero L, Hubert C, Villalobos A. Public policy on the prevention of subsequent adolescent pregnancy: what type of policy prevails? *Cad Saude Publica.* 2022;38(9):e00025922. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN025922>
- 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 2022. México: Inegi, 2024 [citado abril 10, 2024]. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Natalidad\\_Natalidad\\_02\\_e2497dbe-f31a-4743-b2ec-ecb13e1a24a2](https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Natalidad_Natalidad_02_e2497dbe-f31a-4743-b2ec-ecb13e1a24a2)
- Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Antioquia: Universidad de Antioquia, 2016.
- Vargas-Trujillo E, Henao J, González C. Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología.* 2007;10(1):49-63 [citado abril 10, 2024]. Disponible en: <https://repository.ucatolica.edu.co/server/api/core/bitstreams/f08011d2-fd59-4455-96e9-1ab24368578e/content>
- Jimenez A, Martinez L, Carrasco-Magallanes H, Sarabia-Rabanales V, Gonzalez-Oropeza D, Nava-Guerrero E, Cisneros-Rivera F. Examining social determinants of health and postpartum outcomes of adolescent mothers in Monterrey, Nuevo León. *Research Square.* 2023. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3054414/v1>
- Maravilla JC, Betts KS, Couto e Cruz C, Alati R. Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. *AJOG.* 2017;545:e31. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.04.021>
- Hansen DM, Jessop N. A context for self-determination and agency: Adolescent developmental theories. En: Wehmeyer ML, Shogren KA, Little TD, Lopez SJ. Development of self-determination through the life-course. Dordrecht: Springer, 2017. [https://doi.org/10.1007/978-94-024-1042-6\\_3](https://doi.org/10.1007/978-94-024-1042-6_3)
- González V, Orcasita LT, Carrillo JP, Palma-García DM. Comunicación familiar y toma de decisiones en sexualidad entre ascendientes y adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.* 2017;15(1):419-30. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1512605022016>
- García G. Mi hijo, lo mejor que me ha pasado en la vida. Una aproximación a los significados de las trayectorias sexuales y reproductivas de madres adolescentes en contextos de pobreza. México: Instituto Mexicano de la Juventud, 2016.
- Mier y Terán M, Llanes N. El embarazo en adolescentes mexicanas: entre el deseo y la ambivalencia. En: 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, 2020:125-156.
- Ariza O. Amor, estoy embarazada. Significados, vivencias y procesos de negociación en torno a la paternidad no planeada en adolescentes estudiantes [tesis de doctorado]. México: Facultad de Estudios Superiores de Cuautla, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, 2020.
- De Jesús-Reyes D. La experiencia del embarazo adolescente en contextos de marginación y pobreza en México. México: Universidad Autónoma de Nuevo León, 2021.
- Marín-Rengifo A, Palacio-Valencia M. El abuelazgo: enlace intergeneracional en la crianza y cuidado de la primera infancia. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia.* 2015;(7):11-27 [citado abril 10, 2024]. Disponible en: <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/revlatinofamilia/article/view/3140/2900>
- Zapata J, Castro Y, Agudelo M. Abuelas antes de lo esperado: cambios, participación en la crianza y relaciones intergeneracionales. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social.* 2016;(22):117-40 [citado abril 10, 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5742/574261722004/574261722004.pdf>
- De la Vara-Salazar E, Hubert C, Saavedra-Avenidaño B, Suárez-López L, Villalobos A, Hernández-Serrato M, 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>
- Peláez J. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2016;42(1) [citado abril 10, 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68841>
- Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2013;30(3):465-70 [citado abril 10, 2024]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2013.v30n3/465-470/es>
- Cardona A, Otero JB, Juárez C, Cortés M, Fuentes J, Moreno I, Arceo M. Solicitud de reversión de oclusión tubaria bilateral. Factores asociados. *Rev Med IMSS.* 2000;38(3):219-25 [citado abril 10, 2024]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-302863>