

Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública

Adolescent pregnancy in Mexico: a public health issue

Margarita E. Flores-Valencia, Graciela Nava-Chapa y Luz Arenas-Monreal

Recibido 6 junio 2015 / Enviado para modificación 7 octubre 2015 / Aceptado 11 abril 2016

RESUMEN

M.F.:Lic. Trabajo Social. M.Sc. Salud Pública. Secretaria de Salud de Hidalgo. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca. México. marvalencia_27@hotmail.com
G.N.: M.D. M.Sc. Salud Pública. Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca. México gnavach53@gmail.com
L.A.: M.D. Ph.D. Antropología. M.Sc. Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Mor., México. luz.arenas@insp.mx

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS) debido a las repercusiones biopsicosociales que tiene en la salud de la madre y del hijo(a). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países. La falta de orientación y educación en salud es un factor determinante en el alto número de embarazos prematuros. En este ensayo se revisa y analiza este problema de salud pública desde los aspectos demográficos y reproductivos, los programas institucionales que se han implementado para su prevención, se enuncian también las características, factores de riesgo, causas y consecuencias; de igual forma se describen las dimensiones del embarazo en la adolescencia: cultural, psicológica, social y educacional, en esta última además se presenta una revisión de distintas intervenciones educativas que se han empleado con adolescentes enfocadas a incrementar conocimientos en la prevención del embarazo a esta edad y sus ámbitos de aplicación.

Palabras Clave: Embarazo, adolescencia, educación en salud, conocimiento (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Adolescent pregnancy is considered a public health issue by the World Health Organization (WHO) because of the biopsychosocial impact that it has on the health of the mother and the child. Complications during pregnancy and childbirth are the leading cause of death for adolescents in most countries. The lack of health guidance and education is a determining factor for the high number of preterm pregnancies. This paper reviews and analyzes this public health issue considering demographic and reproductive aspects, the institutional programs that have been implemented for its prevention, and its characteristics, risk factors, causes and consequences. Furthermore, it presents a description of the dimensions of adolescent pregnancy, in other words, cultural, psychological, social and educational aspects. Regarding education, different interventions focused on increasing knowledge in the prevention of pregnancy at this age and field of application, and that have been applied to adolescents, are reviewed.

Key Words: Pregnancy, adolescent, health education, knowledge (*source: MeSH, NLM*).

La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto, en esta etapa se define la personalidad, se construye la independencia, se rompe con la seguridad de lo infantil, el adolescente todavía necesita apoyo de la familia, la escuela y la sociedad (1). El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud en México, señala que la adolescencia es un periodo del desarrollo humano ubicado entre el final de la infancia y el inicio de la edad adulta; muchos de los patrones conductuales, hábitos, conocimientos y actitudes frente a la vida se establecen

o fortalecen en este lapso de tiempo (2). El embarazo en la adolescencia es frecuente a esta edad por lo que la OMS lo considera un problema de Salud Pública.

Momentos históricos

En la antigüedad y en culturas como la romana (445 a.C.) se practicaba el matrimonio a edades tempranas, la edad para casarse estaba relacionada con la pubertad (púberas), los hombres a los 14 años (ser púber) y las mujeres a los 12 (virgi potens, "que pudieran soportar varón") (3). Casarse cuando aún no se había completado el desarrollo físico, implicó para muchas jóvenes romanas la muerte prematura durante el parto, así como otras complicaciones asociadas.

En la cultura azteca en el México prehispánico para contraer matrimonio se requería tener entre 20 a 22 años en el hombre y entre 15 a 18 la mujer; en la actualidad en algunas culturas indígenas han prevalecido costumbres similares como es el caso de los Zoques del Estado de Chiapas, específicamente entre el grupo de los "Costumbreros" que tiene establecida la edad para casarse: hombres 14 a 16 y mujeres de 13 a 15 años (4) y en consecuencia las adolescentes inician su vida reproductiva a edades tempranas.

A nivel mundial cerca de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz cada año, en países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones del embarazo y parto son las causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años, en el 2008 se estimaron tres millones de abortos inseguros en esta edad, una de cada cinco mujeres a los 18 años ya tiene un hijo y en las regiones más pobres la cifra se eleva a una de cada tres, el embarazo adolescente es más probable en las poblaciones rurales, pobres y con menor nivel educativo (5), contribuye a incrementar los niveles de mortalidad y morbilidad materna y el riesgo de morir durante el embarazo y el parto supera entre cinco y siete veces al de las mujeres entre 20 y 24 años (6).

Aspectos demográficos y reproductivos

En el 2014 en el mundo vivían 1 200 millones de adolescentes, casi un 90 % de ellos habitaba en países en desarrollo. La proporción de adolescentes llegó a su nivel máximo alrededor de 1980 y en la actualidad disminuye en casi todas partes y esa tendencia se mantendrá hasta 2050, sin embargo, se calcula que en ese mismo período el número absoluto de adolescentes continuará en aumento (7).

En América Latina y el Caribe los adolescentes juegan un papel importante en la sociedad ya que forman el 30 % de la población, siendo esta la mayor cohorte en la historia de la región, puesto que representó al 24,5 % de la población total (232 millones). Los adolescentes están viviendo en un mundo que experimenta un período

de transición demográfica, globalización, cambios ambientales y un uso creciente de las nuevas tecnologías de comunicación. El 20 % de los partos en la región correspondió a mujeres menores de 20 años y se estima que el 40 % de los embarazos no fue planificado (8).

En México la situación no es distinta, la población adolescente se incrementó sustancialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX ya que representó la quinta parte del total (9) y por ende la presencia del embarazo a esta edad aumentó de igual forma. En 1970 la población adolescente era de 11.7 millones; para el año 2000 ascendió a poco más de 21.6 y para el año 2010 se incrementó a 21.95, es decir aumentó un 87 % entre los años 1970 y 2010. En el estado de Hidalgo en 2010 el 19.9 % del total de población correspondió al grupo de 10 a 19 años. La población hidalguense estuvo conformada en una tercera parte por niños y adolescentes menores de 20 años, con un 30.14 % (10).

Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en los países en desarrollo, la probabilidad de que una mujer de 15 años muera por una causa materna es uno en 3 800 en los países desarrollados y uno en 150 en los países en desarrollo (11). En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2012 reportó que el 23 % de los adolescentes entre 12 y 19 años habían iniciado vida sexual activa (VSA) (hombres 25.5 % y mujeres 20.5 %) de éstos 14.7 % de hombres y 33.4 % de mujeres no utilizó métodos anticonceptivos. El 51.9 % de las adolescentes de 12 a 19 años con VSA mencionó que alguna vez estuvo embarazada y 10.7 % cursaba con embarazo al momento de la entrevista, es decir en la medida que se inicia VSA se incrementa la posibilidad de un embarazo en un 62.6 %. También reportó que la Tasa Específica de Fecundidad en 2011 de mujeres entre 12 y 19 años fue de 37 nacimientos por 1 000, superior a la de 2005 que fue de 30. El incremento de nacimientos a esta edad fue 23.3 % entre 2005 y 2011. El 37 % de los nacimientos de mujeres de 12 a 19 años fue por cesárea programada, la práctica obligada de la intervención quirúrgica en un embarazo adolescente (12).

Según el Censo de población y vivienda 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) del total de nacimientos registrados en México, el 18.2 % son de madres adolescentes menores de 20 años. (13) En Hidalgo, en el año 2010 el 9.2 % de la población femenina de 12 a 19 años de edad había tenido por lo menos un hijo registrado vivo de un total de 208,849 mujeres de este grupo de edad. En la entidad en 2011 los nacimientos registrados de madres de 12 a 19 años según su estado civil, se clasificaron de la siguiente forma: de un total de 11,437 el 67.7 % se encontraba en unión libre y el 15.7 % fueron

madres solteras, mientras que en 2012 disminuyó el porcentaje de madres en unión libre a un 65.1 % el porcentaje de madres solteras se incrementó a un 17.1 %. (14)

Según el Consejo Nacional de Población, se espera que la tasa de fecundidad de las mujeres entre 15 y 19 años disminuirá de 69.2 nacimientos por cada mil adolescentes estimados en 2010 a 65.4 nacimientos en 2020 y a 63.5 nacimientos en 2030. (15). Se identifica que, en los próximos 10 años, la fecundidad bajará, pero no las tasas de natalidad, dado que hay muchas mujeres jóvenes que tienen hijos. (15).

En 2014, las mujeres hidalguenses tuvieron en promedio 2.3 hijos durante su vida reproductiva, cifra cercana a la nacional que es de 2.2. Entre las mujeres con al menos un grado aprobado en el nivel medio superior, el promedio fue de 1 hijo, mientras que para las mujeres sin instrucción es de 4.4 hijos; esto identifica que el nivel educativo y socioeconómico influye de manera importante en este indicador. (16)

Un estudio realizado en el Hospital Obstétrico de la Ciudad de Pachuca Hidalgo, muestra que el 51 % de adolescentes embarazadas iniciaron vida sexual entre los 15 y 16 años y el 7.9 % a los 12 y 13 años. El 80.4 % expresó haber recibido información sobre prevención del embarazo, 51 % la recibió en la escuela y de estas el 57 % no utilizó ningún método anticonceptivo (17).

Causas y consecuencias

El periodo adolescente representa un riesgo, por las características propias de la edad: emergencia del impulso sexual, idealismo, impulsividad y necesidad de alcanzar su identidad y autonomía. La adolescente madre asume la maternidad sin estar preparada, ya que sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente (18). La mayor incidencia de embarazos en adolescentes está vinculada con valores culturales, el embarazo se convierte en un factor de transmisión de la pobreza de una generación a otra (19).

La carencia afectiva, la escasez de oportunidades y la falta de una adecuada educación, conducen a la joven a una relación sexual temprana con el riesgo de un embarazo. Algunas de las causas son: relaciones sexuales cuando aún no tienen la madurez emocional para tomar decisiones, familia disfuncional, bajo nivel educativo, pensamientos mágicos y fantasías de esterilidad y la falta de educación sobre sexualidad y uso de métodos anticonceptivos. Las adolescentes tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas si se presenta alguna de las siguientes situaciones: comienzan a tener citas amorosas a temprana edad (12 años con una probabilidad de 91 % de tener relaciones sexuales antes de los 19, y a los 13 un 56 %), desertan del colegio, crecen en condiciones de pobreza, tienen una madre que

tuvo su primer parto a los 19 años o menos, han sido víctimas de abuso sexual, carecen de redes de apoyo, viven en donde la procreación a edades tempranas es común, consumen tabaco, alcohol y/u otras drogas (20).

Programas institucionales

Programas y estrategias preventivas

La OMS desde el año 2003, emitió la celebración del “Día Mundial de Prevención del Embarazo no planificado en adolescentes” cada 26 de septiembre desde el año 2003; con el objetivo de crear conciencia para que conozcan alternativas anticonceptivas y tomen decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva. En México el programa de acción “Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes”, promueve acciones de información, educación y comunicación para sensibilizar sobre prevención, adopción de conductas saludables y difunde los beneficios de ejercer responsablemente los derechos sexuales (21).

En Hidalgo la Secretaría de Salud consideró en el Programa Sectorial de Salud 2011-2016 el Subprograma de Funciones Esenciales de Salud Pública, en la línea de acción 6.1.1 menciona el fortalecimiento de acciones de prevención que disminuyan los determinantes de peligro y daños a la salud en los adolescentes (22).

Dimensiones del embarazo en la adolescencia

Dimensión cultural

La OMS define a los adolescentes como las personas de 10 a 19 años y puntualiza que el embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica; otros términos aceptados son: embarazo precoz, prematuro, temprano, no planeado o no deseado. Los adolescentes tienen sexo sin métodos anticonceptivos debido a que en la actualidad se desarrollan en una cultura en la que los amigos, la televisión, las películas, la música y las revistas transmiten mensajes sutiles o directos de que las relaciones sin matrimonio son comunes, aceptadas e incluso esperada, no se ofrece educación acerca de los comportamientos sexuales responsables e información clara y específica sobre las consecuencias (23). La mayor parte de la “educación sexual” que reciben es a través de sus compañeros.

Dimensión psicológica

Las secuelas psico-sociales se reflejan en los cambios sustantivos en sus proyectos de vida y su contribución a la deserción escolar muy costosa por tratarse de niveles de educación secundaria, preparatoria y en algunos casos universitaria (22). Las adolescentes no están pre-

paradas para la maternidad y experimentan depresión, ansiedad, resentimiento y sentimientos de fracaso, vergüenza, culpa, ira y negación. Un estudio realizado en 2003 en Chile, reflejó que las adolescentes que no han tenido hijos perciben mayor apoyo social por parte de sus amigos, esta percepción es igual en adolescentes que son madres: reciben más apoyo de otros que de su familia (24). Otras alteraciones emocionales son las preocupaciones de las adolescentes embarazadas: al 41.7 % le inquieta su situación económica y al 7.8 % los problemas con la pareja y la familia (17).

Dimensión social

Las percepciones, actitudes y conocimientos relativos a los roles de género, así como el ejercicio de la sexualidad influyen en la adopción de conductas reproductivas conducentes a una fecundidad temprana (25), situación que reduce las ya de por sí pocas oportunidades de desarrollo, en un ambiente de limitaciones como la educación y capacitación para la integración a la fuerza productiva. En los adolescentes varones con hijos, la situación es diferente: muchos jóvenes siguen pensando que es obligación de la mujer emplear métodos anticonceptivos: “no es de su incumbencia, ella no se cuidó”, otros en un aparente y limitado deseo de colaborar, se ofrecen a pagar un aborto o simplemente la abandonan (26).

En el estudio realizado en Tepeapulco, Hidalgo en 2009, las historias de vida de las madres adolescentes expresan:

“De sexualidad o de métodos anticonceptivos no sabía nada. Dentro del núcleo familiar no... Lo poco que te podían enseñar en la escuela, no era mucho. Sobre anticonceptivos no nos hablaron ni en la secundaria. En la secundaria era común que hubiera chavas que ya tenía relaciones sexuales. Yo por ejemplo no tuve información de la sexualidad, de cómo protegerme. Cuando empecé a tener relaciones con el papá de mi hijo fue sin saber nada”.

El autor concluye que a lo largo de las generaciones se ha ampliado la información, más no la educación sexual, se tiene conocimiento sobre los procesos reproductivos, pero no hay un mejor manejo en la prevención del embarazo no deseado. Las nuevas generaciones asisten al ginecólogo, esto no garantiza que tengan relaciones sexuales con protección. Hay poco dialogo entre el adolescente y su familia acerca de la sexualidad. El impacto social es el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o durante la crianza, como consecuencia se presenta dificultad para conseguir empleos permanentes con salarios adecuados y beneficios sociales. La relación de pareja puede ser de menor duración e inestable ya que se formalizan de manera forzada (27) y los altos costos en la atención obstétrica.

Dimensión educacional

El conocimiento permite tomar decisiones trascendentales de manera libre e informada, como posponer el inicio de la actividad sexual y la maternidad (28). Educar significa dirigir, enseñar para desarrollar competencias intelectuales, conductuales, morales y sociales. En este sentido la educación de la sexualidad es considerada una necesidad de las sociedades y se refiere al proceso activo que potencia al individuo para el encuentro libre, pleno y responsable del ejercicio de la propia sexualidad, en correspondencia con sus necesidades y las del contexto, garantizando el protagonismo y la capacidad de elegir los límites personales de la sexualidad, así como el respeto hacia las personas con que se relacionan (29).

Intervenciones realizadas

De 2001 a 2002 se realizó la investigación “Estrategias novedosas de prevención del embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos”, centrada en una intervención educativa en estudiantes de preparatoria, en tres etapas: capacitación de maestros, intervención con los adolescentes y evaluación de efectividad. Los contenidos combinaron información biológica y de riesgos de tener relaciones sexuales sin protección, toma de decisiones, roles de género, negociación y rechazo de relaciones sexuales. El 34 % de los adolescentes habían iniciado su vida sexual activa y de éstos solo el 39 % utilizó condón como método anticonceptivo. Los autores mencionan que el inicio de la vida sexual de los adolescentes facilita el contagio de ITS y el embarazo no planeado. La educación en anticoncepción puede contribuir en la reducción de embarazos en esta edad (30).

El “Modelo precede/procede” diseñado por Lawrence Green y Marshall Kreuter para la educación en salud, se apoya del principio de que los cambios de comportamientos son voluntarios. Contempla 2 fases, la primera “PRECEDE” con 5 etapas: Diagnóstico social, epidemiología de la situación, conductas y entorno, condicionantes que predisponen, refuerzan y afectan el comportamiento y ambiente administrativo. La segunda fase “PROCEDE” con 4 etapas: Implementación, evaluación de proceso, de impacto y de resultados.

La investigación “Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad” realizada en Cali, Colombia utilizó el Modelo Precede/Procede con el objetivo de explorar ideas, concepciones y actitudes frente al uso de métodos anticonceptivos, así como determinar factores causales, “las adolescentes mencionan que el uso inadecuado de métodos anticonceptivos lleva a un embarazo no deseado el cual ven como una tortura que puede culminar en un aborto” y los autores concluyen que los jóvenes necesitan superar la información errónea que han recibido y re-

quieren orientación y estímulo que les ayuden adoptar sus propias decisiones. Fomentar la conciencia de la maternidad no como una cuestión de mujeres únicamente sino como asunto de pareja (31).

El hecho de que los adolescentes tengan información y conocimientos sobre la prevención del embarazo no garantiza su prevención. La falta de información y educación concreta y oportuna con relación al ejercicio de la sexualidad y la vida reproductiva desde los primeros años de la niñez por parte de la familia y de la escuela o incluso desde otros ámbitos, son los determinantes sociales que influyen en el inicio temprano de su vida sexual, dando como resultado la presencia de un embarazo no planeado y no deseado en la vida de las y los adolescentes.

El embarazo adolescente es un problema de salud pública que requiere atención urgente, debido a que se incrementa día con día, por el riesgo en la salud de la madre y de su hijo, el alto costo social relacionado con el abandono escolar, la etapa productiva, el rechazo social y las expectativas de vida; por lo que es necesario desarrollar un modelo de intervención integral que contemple aspectos no solo biológicos sino también psicológicos, sociales, culturales y de valores, enfocado a la prevención del embarazo adolescente *

Conflicto de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, MÉXICO. [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/WtffhL>. Consultado el 28 de octubre de 2013.
2. Secretaría de Salud de Hidalgo, 2012. Programa Estatal de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes. Pachuca, Hgo.
3. Alvarado J. (2010). El matrimonio romano: conceptos, requisitos e impedimentos [Internet]. Disponible en <https://goo.gl/J9Zjbi>. Consultado el 30 de octubre de 2013.
4. Sagaón, I. R. (s.f.). El matrimonio y el Concubinato. México Prehispánico y las costumbres que han prevalecido en las comunidades indígenas actuales. Disponible en: <https://goo.gl/ED9yTA>. Consultado el 29 de octubre de 2013.
5. Organización Mundial de la Salud, 2012. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Ginebra, Suiza: OMS, Departamento de Salud Materna.
6. Jara L. (2010). Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas. Organización Panamericana de la Salud.
7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2012. Progreso para la infancia, un boletín sobre los adolescentes, núm. 10, Nueva York, EUA
8. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes, Washington, EUA, 2010
9. Secretaría de Salud, 2008. Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes. México, D.F.
10. Secretaría de Salud de Hidalgo. Diagnóstico Sectorial de Salud 2012. Pachuca, Hgo.
11. Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa OMS. Mayo de 2012 [Internet]. Recuperado el 25 de octubre de 2013, de <https://goo.gl/jAty2F>.
12. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, Mor. INSP.
13. INEGI, Natalidad y fecundidad. <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/natalidad/>. Consultado 29 de octubre 2017
14. INEGI, Anuario estadístico y geográfico de Hidalgo 2013,. <https://goo.gl/ACJcBA>. Consultado 29 de octubre 2017
15. CONAPO, Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. Consultado 29 de octubre de 2017. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/13_Cuadernillo_Hidalgo.pdf
16. Secretaría de Salud de Hidalgo. Diagnóstico Sectorial de Salud 2014. Pachuca, Hgo. <https://goo.gl/ta7XxK>. Consultado el 29 octubre 2017.
17. Sánchez Á. Embarazo en las adolescentes. Caso del Hospital Obstétrico de Pachuca, Hgo. Noviembre 2005.
18. Secretaría de Salud. Prevención del embarazo no planeado. Mexico, D.F., 2002
19. Calvario MME. El embarazo en edades tempranas en México, Políticas Públicas para su Atención. Mexico, D.F.: Cámara de Diputados, LXI Legislatura, 2010
20. Armendariz AM. Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en la adolescencia. Aventuras del Pensamiento, 2010.
21. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes. México, D.F.
22. Secretaría de Salud de Hidalgo. Programa Sectorial de Salud, 2011-2016. Pachuca, Hgo.
23. Armendariz AM. Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en la adolescencia. Aventuras del Pensamiento, 2010.
24. Secretaría de Salud de Hidalgo. Programa Sectorial de Salud, 2011-2016. Pachuca, Hgo
25. Maruzzella P, Molina M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. Revista de Psicología. Universidad de Concepción. Chile. Vol. XII, N° 2: Pág. 85-109. 2003
26. Pantelides E. Aspectos Sociales del Embarazo y la Fecundidad Adolescente en América Latina. Recuperado el 18 de Octubre de 2013. Disponible en: <https://goo.gl/5Rs7CS>.
27. Secretaría de Salud. Prevención del embarazo no planeado. Mexico, D.F., 2002
28. Serrano TO. Salud y Sexualidad en el Estado de Hidalgo. Pachuca, Hgo.: UAEH. Aventuras del Pensamiento, 2010
29. Secretaría de Salud. Prevención del embarazo no planeado. Mexico, D.F., 2002
30. Quintero PP, Castillo RN, Roba BC, Padrón GO, Hernández ME. Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. Revista Ciencias Médicas [Internet]. 2012 Feb [citado 2014 Jun 06]; 16(1): 132-145. Disponible en: <https://goo.gl/Q8HEJL>.
31. Torres P, Walker DM. Estrategias Novedosas de Prevención del Embarazo, ITS/VIH/SIDA entre Adolescentes Escolarizados Mexicanos. Revista Salud Pública de México vol. 48, no. 4, jul-agos. 308-316. 2006