



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Determinantes sociales del embarazo en adolescentes escolarizados de dos municipios colombianos

Social determinants of pregnancy among school-aged adolescents in two Colombian municipalities

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a25.1.6072

Juan Pablo Varela Esquea ¹ 

Zahira Patricia De La Ossa Montenegro ² 

Carolina Isabel Posada Julio ³ 

Laura Vanessa Acosta Gil ⁴ 

Martha Cecilia Ojeda Rocha ⁵ 

Salem Romero Vélez ⁶ 

Ana Liliana Ríos García ⁷ 

Correspondencia: Ana Liliana Ríos García. Dirección postal: División Ciencias de la Salud, Universidad del Norte. Barranquilla. Colombia.
Correo electrónico: ariosg@uninorte.edu.co



¹Medico General. Universidad del Norte. Barranquilla. Colombia

²Medico General. Universidad del Norte. Barranquilla. Colombia.

³Medico General. Universidad del Norte. Barranquilla. Colombia.

⁴Medico General. Universidad del Norte. Barranquilla. Colombia.

⁵Medico General. Universidad del Norte. Barranquilla. Colombia.

⁶Medico General. Universidad del Norte. Barranquilla. Colombia.

⁷Medico Especialista en Salud Familiar. Magister en Desarrollo Familiar. Directora Académica de la División Ciencias de la Salud Universidad del Norte. Barranquilla. Colombia.



Resumen

Objetivo: Determinar la influencia de los factores sociales en el embarazo adolescente en contextos de vulnerabilidad regional.

Materiales y métodos: Se realizó una investigación descriptiva transversal, que incluyó a 354 estudiantes de educación secundaria de escuelas públicas en dos municipios situaciones en el caribe colombiano. Los factores analizados incluyeron datos sociodemográficos, aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva y variables de interacción personal. El análisis de datos se llevó a cabo utilizando técnicas univariadas y bivariadas, determinando el (OR), intervalos de confianza del 95% y la significancia estadística.

Resultados: El análisis identificó variables de riesgo: Ser mujer (OR=1,74 IC 95%: 1.10-2.74). No participar en prácticas religiosas (OR= 1,78; IC 95%: 1.02-3.10). Estar en el grupo de 14 a 16 años (OR= 3,24; IC 95%: 1.58-6.60). Llama la atención que, los adolescentes masculinos mostraron una menor asistencia a programas de salud sexual y reproductiva (OR= 0,63; IC 95%: 0.40-0.98). Asimismo, la no utilización de estos servicios de salud fue un predictor clave del desconocimiento de métodos anticonceptivos (OR=3,17; IC 95%: 1.84-5.46).

Conclusiones: La vulnerabilidad reproductiva está estrechamente ligada a la desescolarización, lo que sitúa a este grupo como la prioridad para intervenciones que trasciendan el entorno educativo tradicional. Se subraya la necesidad de implementar estrategias interseccionales con enfoque de género y derechos, que no solo busquen prevenir la gestación temprana, sino que garanticen la autonomía y la protección integral de los proyectos de vida de las adolescentes en el contexto caribeño de Colombia.

Palabras Claves: Determinantes sociales de la salud; Embarazo adolescente; Salud sexual y reproductiva.

Abstract

Objective: To determine the influence of social factors on adolescent pregnancy in contexts of regional vulnerability.

Materials and methods: A descriptive cross-sectional study was conducted, which included 354 high school students from public schools in two municipalities located in the Colombian Caribbean. Analyzed factors included sociodemographic data, aspects related to sexual and reproductive health, and interpersonal variables. Data analysis was carried out using univariate and bivariate techniques, determining the odds ratio (OR), 95% confidence intervals, and statistical significance.

Results: The analysis identified the following risk variables: being female (OR=1.74; 95% CI: 1.10-2.74), not participating in religious practices (OR=1.78; 95% CI: 1.02-3.10), and being in the 14-to-16-year-old age group (OR=3.24; 95% CI: 1.58-6.60). Notably, male adolescents showed lower attendance at sexual and reproductive health programs (OR= 0.63; 95% CI: 0.40-0.98). Likewise, the non-utilization of these health services was a key predictor of a lack of knowledge about contraceptive methods (OR=3.171; 95% CI: 1.84-5.46).

Conclusions: Reproductive vulnerability is closely linked to school dropout, making this group a priority for interventions that extend beyond the traditional educational setting. The need to implement intersectional strategies with a gender and rights-based approach is emphasized, strategies that not only aim to prevent early pregnancy but also guarantee the autonomy and comprehensive protection of adolescent girls' life plans in the Caribbean context of Colombia.

Keywords: Social Determinants of Health; Adolescent pregnancy Sexual and Reproductive Health.

• Fecha de recibido: 30 de julio de 2025 • Fecha de aceptado: 12 de enero de 2026

• Fecha de publicación: 13 de enero de 2026

Introducción

Cada año cerca de dieciséis millones de adolescentes de 15 a 19 años y un millón de menores de 15 años se convierten en madres, según información de la Organización Mundial de la Salud. La mayoría reside en naciones de medianos ingresos, afectando frecuentemente zonas distantes y rurales, con recursos escasos y bajos niveles educativos¹.

Un estudio realizado en el 2020, a cargo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, que incluyó a Colombia entre seis países latinoamericanos, destacó el significativo impacto económico del embarazo adolescente. Esa situación incrementa los gastos en atención sanitaria y genera una reducción en la participación de las jóvenes madres en el mercado laboral, lo que a su vez disminuye sus aportes fiscales. Cabe destacar que las mujeres que tuvieron hijos a temprana edad perciben, en promedio, menos ingresos en un 24%, que aquellas que experimentaron la maternidad en la adultez².

Las estrategias de atención integral hacia la población joven, que se enfocan en prevenir el embarazo en la infancia y la adolescencia, generan una reducción sustancial en la tasa de natalidad adolescente. Se estima que los partos en adolescentes de 15 a 19 años pasaron de 74 por cada 1.000 en 2015 a 57 por cada 1.000 en 2019, según análisis de las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística. El Ministerio de Salud colombiano, difundió estos datos en un boletín informativo en septiembre de 2020^{3,4}.

Por otro parte, en el 2018, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) implementó el programa Generaciones con Bienestar. En esta iniciativa participaron un total de 216 adolescentes, siendo 108 originarios de Santa Lucía. El programa mencionado previamente, reveló que la tasa de embarazo en adolescente del departamento del Atlántico alcanzaba el 20.5% durante su implementación, con Santa Lucía destacándose entre los municipios con mayor incidencia de este fenómeno⁵. En línea con esto, Santa Lucía registró una tasa de fecundidad de 107.91 por cada 1,000 mujeres en edad fértil en el grupo de 15 a 19 años durante 2020, posicionándose como la quinta más alta del Atlántico. Además, en ese mismo año, se reportaron 29 partos en adolescentes de 13 a 17 años, y otros 4 entre enero y febrero de 2021⁶. Por su parte, Manatí superó a todos los municipios del Atlántico en 2020, presentando la tasa de fecundidad más elevada en el grupo de 15 a 19 años, con 149 por cada 1,000 mujeres en edad fértil⁷.

La presente investigación se enfoca en dos municipios de la Costa Caribe colombiana, teniendo como objetivo general: Determinar la influencia de los factores sociales en el embarazo adolescente en contextos de vulnerabilidad regional.

Materiales y Métodos

El estudio fue de tipo descriptivo transversal. La recolección de información se realizó mediante un cuestionario estructurado, diseñado específicamente para esta investigación bajo el marco de los determinantes sociales de la salud. Su construcción se basó en una revisión exhaustiva de la literatura científica y modelos previos de salud sexual y reproductiva. Para garantizar la solidez técnica del instrumento, se sometió a un proceso de validación de contenido mediante juicio de expertos. El panel estuvo conformado por tres profesionales y académicos con amplia trayectoria en salud pública, servicios de salud y expertos en Salud Sexual y Reproductiva. Los criterios de selección para los expertos incluyeron: Poseer título de posgrado (especialización o maestría) en áreas afines, experiencia mínima de 5 años en la atención o investigación de población adolescente y reconocimiento académico en la región Caribe. El proceso de validación evaluó los criterios de pertinencia, suficiencia, claridad y relevancia de cada ítem. Los expertos emitieron sus conceptos de forma independiente y, tras realizar los ajustes sugeridos, se obtuvo una concordancia que permitió declarar la validez de contenido del cuestionario.

La población de estudio estuvo conformada por 2,677 estudiantes entre 14 y 18 años, matriculados en cinco instituciones educativas públicas de dos municipios de la región Caribe colombiana durante el año 2022. Aunque inicialmente se estimó un tamaño muestral de referencia (731 estudiantes) mediante el software Epidat 3.1 , la selección final de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia (345 participantes voluntarios).

Este enfoque se adoptó debido a la necesidad de contar con el asentimiento de los menores y el consentimiento informado de sus tutores legales. Por tanto, la muestra definitiva de 345 adolescentes quedó determinada por la disposición de los sujetos a participar y el cumplimiento de los criterios de inclusión, garantizando la integridad ética del proceso de recolección de información.

Para el cálculo de la muestra de referencia, se utilizó una prevalencia esperada del 20.6%, correspondiente al dato departamental de embarazo adolescente, estableciendo un nivel de confianza del 95% para dicho procedimiento. Se garantizó la confidencialidad de los datos, que se recolectaron mediante una encuesta.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Norte el 26 de agosto de 2021, según acta No. 247. Los participantes firmaron el consentimiento y asentimiento; para menores de edad, se solicitó el consentimiento informado de padres o tutores legales.

Resultados

Las características sociodemográficas de los participantes (Tabla 1) revelan una población mayoritariamente femenina, situada en la adolescencia media (14 a 15 años). En términos socioeconómicos,

destaca la vulnerabilidad de la muestra, con una prevalencia de pertenencia al estrato 1 y al régimen de salud subsidiado. Asimismo, más de la mitad de los estudiantes reportó afinidad con la religión católica.

Tabla 1. Factores sociodemográficos presentes en adolescentes escolarizados de dos municipios de la Costa Caribe Colombiana (2022)

Variable	Frecuencia (n=345)	Porcentaje (%)
Edad		
14 años	104	30.0
15 años	104	30.0
16 años	51	14.7
17 años	52	15.1
18 años	34	9.8
Sexo		
Mujer	221	64.1
Hombre	124	35.9
Religión		
Católica	192	55.6
No practica	67	19.4
Cristiana	66	19.1
Evangélica	9	2.7
Otra	7	2.0
Testigo de Jehová	3	0.9
No respuesta	1	0.3
Estrato socioeconómico		
1	191	55.3
2	107	31.0
3	32	9.2
4	5	1.5
5	1	0.3
6	2	0.6
No respuesta	7	2.1

Fuente: Datos recolectados por el grupo investigador.



Respecto al desarrollo sexual, (Tabla 2) se identificó un contraste en los hitos biológicos por sexo: mientras que en las mujeres la menarquia ocurrió predominantemente en la etapa temprana (10 a 12 años), en los hombres la espermarquia se manifestó con mayor frecuencia hacia la adolescencia media.

En relación a los factores interpersonales (Tabla 3), se destaca una baja prevalencia en el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco entre los adolescentes. Asimismo, la mayoría de los estudiantes manifestó no haber experimentado presiones externas para el inicio de su vida sexual.

Tabla 2. Características de salud sexual y reproductiva en adolescentes de la Costa Caribe Colombiana (2022)

Variable	Frecuencia (n=345)	Porcentaje (%)
Edad de la Menarquia		
10-12 años	139	40.2
13-15 años	70	20.4
16-18 años	2	0.6
Aún no	2	0.6
No aplica (hombres)	124	35.9
No respuesta	8	2.3
Edad de la Espermarquia		
10-12 años	34	9.8
13-15 años	76	22.0
16-18 años	3	0.9
No aplica (mujeres)	221	64.0
No respuesta	11	3.3

Fuente: Datos recolectados por el grupo investigador.

Tabla 3. Factores interpersonales presentes en adolescentes escolarizados de dos municipios de la Costa Caribe Colombiana (2022)

Variable	Frecuencia (n=345)	Porcentaje (%)
Consumo de sustancias psicoactivas		
No	338	97.9
Sí	2	0.6
No respuesta	5	1.5
Consumo de alcohol		
No	249	72.2
Sí	94	27.2
No respuesta	2	0.6

Continuará...

Tabaquismo			
No		338	97.9
Sí		3	0.9
No respuesta		4	1.2
Presión para tener relaciones sexuales			
No ha iniciado vida sexual		232	67.2
No		103	29.9
Sí		8	2.3
No respuesta		2	0.6
Tipología familiar			
Extensa		167	48.4
Nuclear biparental		111	32.2
Nuclear monoparental		46	13.3
Compuesta		17	4.9
Fraterna		3	0.9
No respuesta		1	0.3
Violencia intrafamiliar			
No		320	92.8
Sí		24	6.9
No respuesta		1	0.3
Supervisión parental			
Sí		165	47.8
No		163	47.2
No respuesta		17	4.9
Inestabilidad familiar			
No		271	78.5
Sí		67	19.4
No respuesta		7	2.1
Comunicación intrafamiliar			
Buena		146	42.3
Excelente		132	38.2
Regular		58	16.8
Mala		9	2.7

Fuente: Datos recolectados por el grupo investigador.

Respecto a la dinámica y estructura familiar (Tabla 3), predomina la tipología de hogar extenso, seguida por la nuclear biparental. En general, la población percibe un entorno de estabilidad, caracterizado por una comunicación intrafamiliar calificada entre buena y excelente, y una baja frecuencia de violencia en el hogar. En relación con la supervisión parental, se identificó una distribución equitativa entre quienes perciben un control constante y quienes reportan su ausencia.

Al contrastar los conocimientos y el acceso a servicios de salud sexual por sexo (Tabla 4), se observó una brecha moderada: las mujeres no solo poseen un mayor conocimiento sobre estos servicios, sino que los utilizan con mayor frecuencia que los hombres.

Finalmente, sobre la historia reproductiva, la mayoría de los participantes reportó no tener antecedentes de embarazos previos ni gestaciones en curso al momento del estudio. No obstante, un hallazgo relevante es el componente hereditario del fenómeno: la mitad de las mujeres encuestadas reconoció antecedentes de embarazo adolescente en su núcleo familiar, una proporción significativamente mayor a la reportada por los participantes masculinos.

La Tabla 5 también revela diferencias en la iniciación sexual y el uso de métodos de planificación familiar. El 44.4% de los hombres afirmó inicio de vida sexual, en comparación con solo el 24.4% de las mujeres. La edad más común para la primera relación sexual fue los 14 años, reportada por el 30.9% de los hombres y el 29.6% de las mujeres. En general, el 72.8% de los estudiantes, independientemente de su sexo, demostró conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Sin embargo, el uso regular de estos métodos fue más reportado entre los hombres (29%) que entre las mujeres (13.1%).

Finalmente, en relación con el historial de abortos (Tabla 4), el 51.3% de los encuestados no proporcionó una respuesta, aunque el 48.1% manifestó no tener antecedentes de abortos personales o en sus parejas. Específicamente, el 50.7% de las mujeres negó haber tenido abortos previos y el 43,6% de los hombres niega que sus parejas tengan este antecedente.

En la tabla 6 se muestra que las adolescentes mujeres tienen una mayor probabilidad de contar con supervisión parental ($OR=1,7377$; $p=0,017$; IC 95%: 1.10-2.74). Además, la falta de prácticas espirituales o religiosas emerge como una posible variable de riesgo asociado al inicio de relaciones sexuales ($OR= 1,78$; $p=0,038$; IC 95%: 1.02-3.10).

Al investigar el nivel de conocimiento de métodos de planificación familiar, entre los adolescentes encuestados, en la misma Tabla 6 se encuentra, que aquellos que están en la adolescencia final, a partir de los 17 años, reportan un nivel de conocimiento superior en comparación con los de la etapa media (14 a 16 años) ($OR= 3,238$; $p=0,0007$; IC 95%: 1,5882 -6,6043). Otro hallazgo relevante de la Tabla 6 es que ser adolescente hombre se vincula con una menor asistencia a los servicios de salud para adolescentes ($OR= 0,6291$; $p=0,043$; IC 95%: 0.40-0.98). De forma similar, la Tabla 6 destaca que el acudir a programas de salud sexual y reproductiva podría funcionar como un factor protector, influyendo positivamente en el conocimiento sobre la planificación familiar ($OR=3,1715$; $p=0,00001$; IC 95%: 1.84-5.46).

Tabla 4. Hallazgos: Diferencias en el factor Estrés en el trabajo según años de experiencia laboral

Variable	Hombre (n=124) n (%)	Mujer (n=221) n (%)	Total (N=345) N (%)
Conocimiento de servicios SSR			
Sí	72 (58.0)	135 (61.1)	207 (60.0)
No / No respuesta	52 (42.0)	86 (38.9)	138 (40.0)
Asistencia a servicios SSR			
Sí	49 (39.5)	113 (51.1)	162 (46.9)
No / No respuesta	75 (60.5)	108 (48.9)	183 (53.1)
Antecedente de embarazo previo			
Sí	5 (4.0)	7 (3.2)	12 (3.5)
No / No respuesta	119 (96.0)	214 (96.8)	333 (96.5)
Embarazo actual (propio/ pareja)			
Sí	2 (1.7)	3 (1.3)	5 (1.4)
No / No respuesta	122 (98.3)	218 (98.7)	340 (98.6)
Antecedente familiar emb.adol.			
Sí	41 (33.1)	112 (50.7)	153 (44.3)
No / No respuesta	83 (66.9)	109 (49.3)	192 (55.7)

Fuente: Datos recolectados por el grupo investigador.

Tabla 5. Comportamiento sexual, edad de inicio y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de dos municipios de la Costa Caribe (2022)

Variable	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total N (%)
Inicio de vida sexual (N=345)			
Sí	55 (44.4)	54 (24.4)	109 (31.6)
No / No respuesta	69 (55.6)	167 (75.6)	236 (68.4)
Edad de inicio (n=109)			
14 años o menos	33 (60.0)	18 (33.3)	51 (46.8)
15 a 18 años	22 (40.0)	36 (66.7)	58 (53.2)
Conocimiento de métodos (N=345)			
Sí	87 (70.2)	164 (74.2)	251 (72.8)

Continuará...



No / No respuesta	37 (29.8)	57 (25.8)	94 (27.2)
Uso regular de anticonceptivos (N=345)			
Sí	36 (29.0)	29 (13.1)	65 (18.8)
No	16 (12.9)	24 (10.9)	40 (11.6)
No aplica (Sin vida sexual)	65 (52.4)	167 (75.5)	232 (67.3)
No respuesta	7 (5.7)	1 (0.5)	8 (2.3)

Fuente: Datos recolectados por el grupo investigador.

Tabla 6. Determinantes sociales del embarazo adolescente de acuerdo con el sexo y edad de adolescentes escolarizados de dos municipios de la costa caribe colombiana 2022

Variable de exposición / Resultado	n (%)	OR	IC 95 %	valor-p
Supervisión parental constante				
Mujer	116 (70.3)	1.74	1.10 – 2.74	0.017
Hombre	49 (29.7)	1.00*	--	--
Presión para iniciar relaciones				
Mujer	4 (50.0)	1.06	0.25 – 4.46	0.936
Hombre	4 (50.0)	1.00*	--	--
Práctica de religión / Inicio vida sexual				
No practica	28 (25.9)	1.78	1.02 – 3.10	0.038
Sí practica	80 (74.1)	1.00*	--	--
Etapa de adolescencia / Conocimiento MAC*				
Adolescencia tardía	75 (29.9)	3.23	1.58 – 6.60	0.000
Adolescencia media	176(70.1)	1.00*	--	--
Asistencia a servicios SSR / Conocimiento MAC				
Asiste	136 (55.3)	3.17	1.84 – 5.46	0.000
No asiste	110 (44.7)	1.00*	--	--

Nota: *MAC Métodos Anticonceptivos

Fuente: Datos recolectados por el grupo investigador.

Discusión

Es importante mencionar que, 18 participantes mencionaron que iniciaron relaciones sexuales antes de los 14 años, siendo este dato importante, teniendo en cuenta que en Colombia se considera como delito, las relaciones sexuales con menores de 14 años El inicio sexual a los 14 años en esta población

es un predictor crítico de embarazo temprano⁸, riesgo incrementado por la preponderancia del estrato socioeconómico⁹. No obstante, el alto nivel de conocimientos y el uso reportado de métodos anticonceptivos actúan como factores protectores significativos^{10,12,13}, al igual que la ausencia de antecedentes obstétricos previos en la mayoría de la muestra¹¹.

En el plano biológico y familiar, la menarquia temprana (10-12 años) se identificó como un factor de riesgo¹⁴. Si bien la comunicación intrafamiliar positiva actúa como protector¹⁵, la estructura de hogar extensa y el nivel educativo de los padres (secundaria básica) son variables que aumentan la probabilidad de gestación adolescente^{16,17}. Asimismo, se observó que la presencia de antecedentes de embarazo en madres o hermanas refuerza esta tendencia¹⁴.

Desde la perspectiva de género, las mujeres reportan mayor supervisión parental que los hombres¹⁸, y son quienes más acceden a servicios de salud sexual, lo que evidencia brechas de género en la responsabilidad reproductiva^{19,20}. Finalmente, la adolescencia media (14-16 años) y la inasistencia a servicios de salud se asocian con un déficit en el conocimiento de planificación familiar^{21,22}, mientras que la falta de práctica religiosa se vinculó con un inicio sexual más precoz¹⁹.

A pesar de los hallazgos significativos, la investigación presenta limitaciones propias del diseño descriptivo transversal, ya que no permite establecer relaciones de causalidad. Además, el uso de un muestreo no probabilístico de participantes voluntarios, limita la generalización de los resultados a toda la población adolescente de la región. Por otra parte, al abordar temas sensibles de salud sexual y reproductiva mediante autorreporte, existe la posibilidad de sesgos por aspectos sociales o de memoria. Asimismo, la exclusión de la población desescolarizada impide contrastar los determinantes en el grupo de mayor vulnerabilidad fuera del sistema educativo.

Conclusiones

Los determinantes sociales del embarazo adolescente en Manatí y Santa Lucía exigen un cambio de paradigma en las políticas de salud pública locales. Este estudio aporta información clave acerca de la percepción, la participación en servicios de salud sexual y reproductiva, y prácticas sexuales de los adolescentes que formaron parte de la investigación. Dentro de las conclusiones se destaca que la vulnerabilidad reproductiva está estrechamente ligada a la desescolarización, lo que sitúa a este grupo como la prioridad para intervenciones que trasciendan el entorno educativo tradicional. La valoración final del estudio subraya la necesidad de implementar estrategias interseccionales con enfoque de género y derechos, que no solo busquen prevenir la gestación temprana, sino que garanticen la autonomía y la protección integral de los proyectos de vida de las adolescentes en el contexto caribeño de Colombia.

Conflictos de interés

Se asegura que, tanto en la fase de ejecución del proyecto como en la redacción del presente documento, los autores no tuvieron intereses o valores diferentes a los propios de una investigación científica.

Consideraciones éticas

Este estudio se fundamentó en la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993 (Colombia), clasificándose como investigación con riesgo mínimo. Se priorizó el bienestar de los participantes y la confidencialidad mediante el consentimiento y asentimiento informado, garantizando el derecho al retiro voluntario. Dada la sensibilidad de los temas de salud sexual y reproductiva, el equipo —formado en primeros auxilios psicológicos— coordinó con el área de psicoorientación institucional para atender posibles inquietudes; sin embargo, no se presentaron incidentes. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad del Norte (Acta No. 247 del 26 de agosto de 2021).

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, ni en el análisis e interpretación de los datos.

Contribución de los autores

Conceptualización: J.P.V.E., Z.P.D.M., C.I.P.J., L.V.A.G., M.C.O.R.; S.R.V.; A.L.R.G.; Curación de datos: J.P.V.E.; Z.P.D.M., C.I.P.J., L.V.A.G.; M.C.O.R.; S.R.V.; Análisis formal: J.P.V.E., Z.P.D.M.; A.L.R.G., M.C.O.R., S.R.V.; Adquisición de fondo: J.P.V.E., Z.P.D.M., C.I.P.J., L.V.A.G., M.C.O.R.; S.R.V., A.L.R.G.; Investigación: C.I.P.J., L.V.A.G., M.C.O.R., S.R.V.; Metodología: J.P.V.E., Z.P.D.M., C.I.P.J., L.V.A.G.; Administración del proyecto: J.P.V.E., Z.P.D.M.; Recursos: J.P.V.E., Z.P.D.M., A.L.R.G.; Software: A.L.R.G.; Supervisión: A.L.R.G.; Validación: C.I.P.J., L.V.A.G., M.C.O.R., S.R.V.; Visualización: C.I.P.J., L.V.A.G., M.C.O.R., S.R.V.; Redacción del manuscrito: J.P.V.E., Z.P.D.M., C.I.P.J., L.V.A.G., M.C.O.R., S.R.V., A.L.R.G.; Redacción: revisión y edición del manuscrito: J.P.V.E., A.L.R.G.

Financiamiento

Los recursos con los cuales se realizó la investigación son propios de los autores. Además, del apoyo del programa UniNorte Social de la Universidad del Norte.

Agradecimientos

A la Dra. Martha Peñuela Epalza, docente del Departamento de la Universidad del Norte. Al programa Uninorte Social, iniciativa de la rectoría de la Universidad del Norte liderada por Lucía Avendaño Gelves. Además, al personal docente y estudiantes de las instituciones públicas educativas que participaron en el estudio.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia [Internet]. Datos y cifras. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. UNFPA. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regi. 2020;70. Disponible: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_consecuencias_en_6_paises_espanol_1.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 62a Asamblea Mundial para la salud. 2009; Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/A62_REC1-sp.pdf
4. Organización Mundial de la Salud [Internet] Ginebra: OMS; 31 de enero del 2020. Embarazo en la adolescencia. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
5. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Manual operativo. Programa Generaciones étnicas con bienestar. 2021. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/documentos-construcion/1._manual_operativo_generaciones_etnicas_con_bienestarvf.pdf

6. Arbelaez MR. Primer Foro Internacional para la prevención de embarazos en adolescentes [Internet]. Barranquilla; 2013. Disponible: <https://www.atlantico.gov.co/index.php/noticias-gobernacion/265-eventosdelatlantico/eventos-de-salud/3404-primer-foro-internacional-para-la-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes>
7. Alcaldía de Manatí A. Plan de desarrollo municipal 2020-2023. 2020. Disponible en: https://manatiatlantico.micolombiadigital.gov.co/sites/manatiatlantico/content/files/000081/4047_manati-plan-de-desarrollo.pdf
8. Samaniego Morales FM, Gomez Barria LI, Salas Suarez JC. Factores socioafectivos y su influencia en la actividad sexual de adolescentes. Rev Cienc Salud [Internet]. 2023 Disponible en: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10375>
9. García Sánchez AM. Factores socioeconómicos y culturales asociados al embarazo en adolescentes. J Sci Res [Internet]. 2022 ; 7(2):92. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7261765>
10. Villalobos Hernández A, Suárez-López L, De la Vara-Salazar E, Hubert C, Hernández B, Varela-Chávez Y, Torres-Chaires MM, Ávila-Burgos L. Servicios de salud sexual y reproductiva en adolescentes. Salud Publica Mex. 2024 Aug 22;66(4, jul-ago):479-487. Spanish. doi: 10.21149/15834. PMID: 39977102.
11. Luca DL, Stevens J, Rotz D, Goesling B, Lutz R. Evaluating teen options for preventing pregnancy: Impacts and mechanisms. J Health Econ [Internet]. 2021;77:102459. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629621000448>
12. Rowlands A, Juergensen EC, Prescivalli AP, Salvante KG, Nepomnaschy PA, Vaillancourt C, et al. Social and Biological Transgenerational Underpinnings of Adolescent Pregnancy. J Environ Res Public Heal [Internet]. 2021;18:12152. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph182212152>
13. Todd N, Black A. Contraception for Adolescents. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2020 Feb 6;12(Suppl 1):28-40. doi: 10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0003. PMID: 32041390; PMCID: PMC7053440.
14. Castañeda Paredes J, Santa-Cruz-Espinoza H. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. Enferm Glob [Internet]. 2021;20(62):109-28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200004&lng=es
15. Hidalgo Troya FV, Vinces Ronquillo CI, Zúñiga Maza CD. Efecto de la comunicación familiar y su repercusión en adolescentes a la integración de la sociedad. J Sci Res [Internet]. 2023;(especial):38. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10343891>

16. Profamilia. Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia [Internet]. 2018. 1–93 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-determinantes-sociales-embarazo-en-adolescente.pdf>
17. Chillogalli Valladarez MC, Benítez Luzuriaga WP, Villavicencio Caparó E. Embarazo en la adolescencia asociado a la baja escolaridad de sus padres. Revisión bibliográfica. 2025. FACSA-LUD-UNEMI, 9(16), 18-24. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol9iss16.2025pp18-24p>
18. Quintal Morejón G, Flores Galaz M. Prácticas parentales de crianza y bienestar psicológico en adolescentes. Revista Psicología de la Salud [Internet]. 2020 Jan. 30;8(1). Disponible en: <https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/666>
19. Sarango-Granda SA, Vivero-Cedeño NJ, Factores sociales relacionados con embarazos en la adolescencia Pol. Con. (Edición núm. 70) Vol 7, No 10. Octubre 2022, pp. 569-587. ISSN: 2550 - 682X. doi: 10.23857/pc.v7i8
20. Tajer, Débora J et al. Varones adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires: barreras de género en la prevención y atención de la salud. Salud Colectiva [online]. v. 15 e2256. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2256>. ISSN 1851-8265.
21. Hubert C, De la Vara-Salazar E, Villalobos A, Suárez-López L, Muradás-Troitiño MC, Mejía-Pai-llés G, Barrientos-Gutiérrez T. Prevención del embarazo en adolescentes. Salud Pública Mex. 2024 Aug 22;66(4, jul-ago):488-499. Spanish. PMID: 39977100. doi: 10.21149/15838.
22. Valencia AM. Con Servicios de Salud Amigables Construimos Oportunidades para Adolescentes y Jóvenes ''Un Proyecto de Diseño de una Evaluación de Desempeño de la Unidad de Servicios Amigables del municipio de Labateca, para el mes de septiembre del 2022. Universidad Autónoma de Bucaramanga-UNAB. Universidad CES. 2022. Disponible en: https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/18422/2022_Tesis_Valencia_Delgado_Adriana.pdf?sequence=1