

Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Gobernanza clínica para humanizar sin revictimizar el embarazo en niñas y adolescentes: revisión de alcance

Clinical governance for humanized, non-revictimizing pregnancy care among girls and adolescents: a scoping review

Artículo de Revisión DOI: 10.19136/hs.a25sI.6423

Luis Miguel Álvarez Luna [1]

Jehiel Abiezer Jimenez Coba [2]

Correspondencia: Luis Miguel Álvarez Luna. Dirección postal: División de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Avenida Erick Paolo Martínez. S/N. esquina con Avenida 4 de Marzo, Colonia Magisterial. C.P. 77039. Chetumal, Quintana Roo, México.
Correo electrónico: luis.alvarez@uqroo.edu.mx

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Médico especialista en Pediatría y Bioética. Profesor de Tiempo Completo. División de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Chetumal, Quintana Roo, México.*

[2] *Estudiante de la Licenciatura en Medicina. División de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Chetumal, Quintana Roo. México.*



Resumen

Objetivo: Identificar componentes clínicos, relacionales, protectores y organizacionales de la atención humanizada y no revictimizante durante el embarazo, parto y posparto de niñas y adolescentes, y traducirlos en responsabilidades de gobernanza clínica.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión de alcance conforme a JBI y PRISMA-ScR. Se buscaron estudios primarios sobre atención perinatal de personas de 10–19 años en PubMed, SciELO y Academic Search Ultimate, con verificación regional en BVS/LILACS y SciELO. Las decisiones de elegibilidad se documentaron por ruta.

Resultados: Se cribaron 3,567 registros. De 130 informes buscados en las bases principales, 16 no se recuperaron; de 114 evaluados, 22 se excluyeron y 92 correspondieron a 90 estudios únicos. La verificación regional añadió cinco estudios no duplicados tras excluir tres de ocho informes. El corpus final reunió 97 informes de 95 estudios únicos. La evidencia se agrupó en cuatro dominios: seguridad clínica; relación, información y autonomía; privacidad y protección; continuidad, coordinación y redes.

Conclusiones: La atención humanizada depende del encuentro clínico y de la capacidad del servicio para sostener privacidad, participación, protección y continuidad. HUM-ENA organiza estas responsabilidades en un marco conceptual-operativo derivado de la revisión, pendiente de adaptación y validación antes de usarse como guía o instrumento de evaluación.

Palabras Claves: Embarazo en Adolescencia; Servicios de Salud del Adolescente; Atención Prenatal; Atención Dirigida al Paciente; Humanización de la Atención.

Abstract

Objective: To identify the clinical, relational, protective, and organizational components of humanized, non-revictimizing care during pregnancy, childbirth, and postpartum among girls and adolescents, and translate them into clinical-governance responsibilities.

Materials and Methods: A scoping review followed JBI and PRISMA-ScR. Primary studies on perinatal care for people aged 10–19 years were searched in PubMed, SciELO, and Academic Search Ultimate, with regional verification in BVS/LILACS and SciELO. Eligibility decisions were documented by pathway.

Results: A total of 3,567 records were screened. Of 130 reports sought in the main databases, 16 were not retrieved; of 114 assessed, 22 were excluded and 92 corresponded to 90 unique studies. Regional verification added five non-duplicate studies after excluding three of eight reports. The final corpus comprised 97 reports from 95 unique studies. Evidence was grouped into four domains: clinical safety; relationships, information, and autonomy; privacy and protection; continuity, coordination, and networks.

Conclusions: Humanized care depends on the clinical encounter and the service capacity to sustain privacy, participation, protection, and continuity. HUM-ENA organizes these responsibilities into a review-derived conceptual-operational framework requiring adaptation and validation before use as a guideline or assessment instrument.

Keywords: Pregnancy in Adolescence; Adolescent Health Services; Prenatal Care; Patient-Centered Care; Humanization of Assistance.

• Fecha de recibido: 28 de septiembre de 2026 • Fecha de aceptado: 28 de octubre de 2026
• Fecha de publicación: 06 de noviembre de 2026

Licencia CC-By-NC-ND

Introducción

La atención de una niña o adolescente embarazada comienza cuando solicita ayuda y continúa después del parto. En ese recorrido, una consulta puede ofrecer seguridad, información y apoyo para decidir, pero también puede añadir barreras cuando el trato es moralizante, la confidencialidad es insuficiente o el seguimiento se fragmenta. El embarazo en la adolescencia mantiene relevancia sanitaria y social, también en México[1–3]. La calidad de la atención exige, por tanto, condiciones clínicas y organizacionales que acompañen toda la trayectoria perinatal[4–6].

En esta revisión, la gobernanza clínica se entiende como las responsabilidades, reglas de coordinación, capacidades, información y mecanismos de seguimiento con los que una organización sostiene la seguridad, los derechos y la continuidad asistencial. Esta definición operativa orientó el análisis conjunto del encuentro clínico y de los procesos institucionales relacionados con demoras, referencias inconclusas o repeticiones innecesarias del relato.

Las revisiones sobre atención respetuosa, intervenciones dirigidas a adolescentes y medición de la experiencia han descrito problemas y respuestas relevantes, aunque en general los analizan por separado[7–16]. En las fuentes consultadas no se identificó una síntesis que integrara estos componentes a lo largo del embarazo, parto y posparto y que, además, los tradujera en responsabilidades observables de los servicios. La amplitud de la pregunta y la heterogeneidad de los diseños hicieron pertinente una revisión de alcance.

La evidencia directa del corpus se concentró en experiencias, barreras, prácticas asistenciales, resultados clínicos y formas de organización descritas o evaluadas por los estudios. La denominación HUM-ENA, el cruce sistemático entre dominios y momentos y la asignación de responsabilidades e indicadores no fueron evaluados como un modelo integral en los estudios primarios; constituyen una síntesis interpretativa de los autores. Esta distinción permite reconocer el respaldo empírico de cada componente sin atribuir al marco una eficacia todavía no estudiada.

La inclusión conjunta de niñas y adolescentes responde a una trayectoria asistencial compartida, pero no supone necesidades homogéneas. La edad, el desarrollo, la autonomía progresiva y el marco jurídico modifican las obligaciones de participación y protección del servicio.

El objetivo fue mapear los componentes clínicos, relacionales, protectores y organizacionales de una atención humanizada y no revictimizante durante el embarazo, el parto y el posparto de niñas y adolescentes, e identificar cómo pueden traducirse en responsabilidades de gobernanza clínica para los servicios de salud.

Materiales y Métodos

Se realizó una revisión de alcance conforme a la metodología del Joanna Briggs Institute (JBI), reportada mediante PRISMA-ScR y PRISMA-S[17–19]. El protocolo se cerró el 15 de agosto de 2026 y sus modificaciones quedaron registradas. La pregunta siguió la estrategia población, concepto y

Licencia CC-By-NC-ND

contexto (PCC): personas de 10 a 19 años; atención humanizada y no revictimizante; y servicios vinculados con embarazo, parto o posparto. Se incluyeron estudios primarios revisados por pares que examinaran componentes clínicos, relacionales, protectores u organizacionales. Los intervalos etarios más amplios se aceptaron cuando los datos elegibles eran separables. Se excluyeron estudios sin interfaz asistencial, investigaciones exclusivamente biomédicas, revisiones, editoriales, protocolos y resúmenes sin información suficiente.

El intervalo de 10 a 19 años siguió la definición epidemiológica de adolescencia[1]. Para la interpretación jurídica mexicana se distinguieron niñas de 10 a 14 años, adolescentes de 15 a 17 y personas de 18 y 19 años, jurídicamente adultas, aunque permanezcan en el intervalo epidemiológico[20,21]. Se conservaron las denominaciones utilizadas por los estudios originales cuando describían poblaciones de composición diferente.

Las fuentes principales fueron PubMed/MEDLINE, SciELO y Academic Search Ultimate (EBSCO), elegidas por su cobertura biomédica, iberoamericana y multidisciplinaria. PubMed se consultó el 15 de agosto de 2026 mediante cuatro estrategias (A: 948; B: 1,597; C: 1,355; D: 238); SciELO se consultó el 29 de agosto mediante cuatro estrategias (A: 51; B: 54; C: 41; D: 26); y EBSCO se consultó el 6 de septiembre (537). Las estrategias combinaron descriptores y términos libres en español, inglés y portugués, sin restricción de fecha. BVS/LILACS y búsquedas dirigidas en SciELO se emplearon el 18 de agosto como verificación regional. Las ecuaciones literales, campos, límites, fechas y recuentos se presentan en el Anexo 1.

Se identificaron 4,847 apariciones: 4,138 en PubMed, 172 en SciELO y 537 en EBSCO. Antes del cribado se retiraron 1,280. La deduplicación utilizó coincidencias exactas de PMID o DOI y, en ausencia de estos identificadores, títulos normalizados; los casos dudosos se cotejaron por autores, año y revista. EBSCO y la verificación regional se compararon contra el corpus previamente reunido. El primer autor cribó los 3,567 registros restantes y realizó la extracción inicial. El segundo colaboró en la recuperación y auditó independientemente 100 exclusiones por título y resumen (40 de PubMed, 30 de SciELO y 30 de EBSCO) y las 22 exclusiones de texto completo de las bases principales (13 de PubMed y nueve de SciELO). Ambos autores ratificaron además las tres exclusiones regionales, los dos pares de informes vinculados y los cinco estudios regionales no duplicados. La auditoría fue muestral y no equivalió a un doble cribado completo.

La matriz registró país, diseño, población, edades, etapa perinatal, contexto asistencial, perspectiva, barreras, facilitadores, prácticas, intervenciones y resultados. El autor 2 verificó los informes que aportó y ambos autores revisaron la correspondencia entre evidencia y síntesis. Los datos ausentes se consignaron como no informados. No se realizó una evaluación crítica porque el propósito fue cartografiar conceptos, modelos y vacíos, no estimar efectos ni certeza. Por esta razón, se distinguieron las prácticas descritas de las intervenciones evaluadas y no se interpretó la presencia de un componente como prueba de eficacia.

Licencia CC-By-NC-ND
Horizonte sanitario
Suplemento I. Humanización de los Cuidados: Avances desde la Investigación Científica. Vol. 25 (2026)
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/

La selección finalizó el 6 de septiembre de 2026 y la extracción y conciliación del corpus, el 7 de septiembre. La síntesis inicial se cerró el 9 de septiembre, y la actualización final para responder al dictamen concluyó el 30 de octubre, sin repetir búsquedas ni modificar los criterios de elegibilidad. Cada hallazgo se vinculó con su estudio y con el informe del que procedía. Primero se codificaron barreras, facilitadores, prácticas, resultados y capacidades del servicio. Después se compararon los códigos según el aspecto de la atención comprometido y el punto de la trayectoria en que aparecían. Los códigos afines se agruparon en cuatro dimensiones (clínica, relacional, protectora y organizacional) y se ubicaron en seis momentos: acceso, encuentro seguro, decisión informada, respuesta protectora, coordinación y seguimiento. Ambos autores contrastaron la interpretación y resolvieron las diferencias por consenso documentado.

El cruce entre dominios y momentos proporcionó la estructura de HUM-ENA (Humanización y gobernanza del Embarazo en Niñas y Adolescentes). Cada estudio pudo contribuir a más de un dominio o momento. El Anexo 1 presenta, para los 95 estudios únicos, los informes asociados, el hallazgo extraído, el código o criterio analítico, el dominio, el momento y el nivel de inferencia. Los hallazgos y códigos proceden directamente del corpus; su organización integrada como HUM-ENA, así como las responsabilidades e indicadores propuestos, constituyen una elaboración de los autores pendiente de validación externa y no demuestran efectividad.

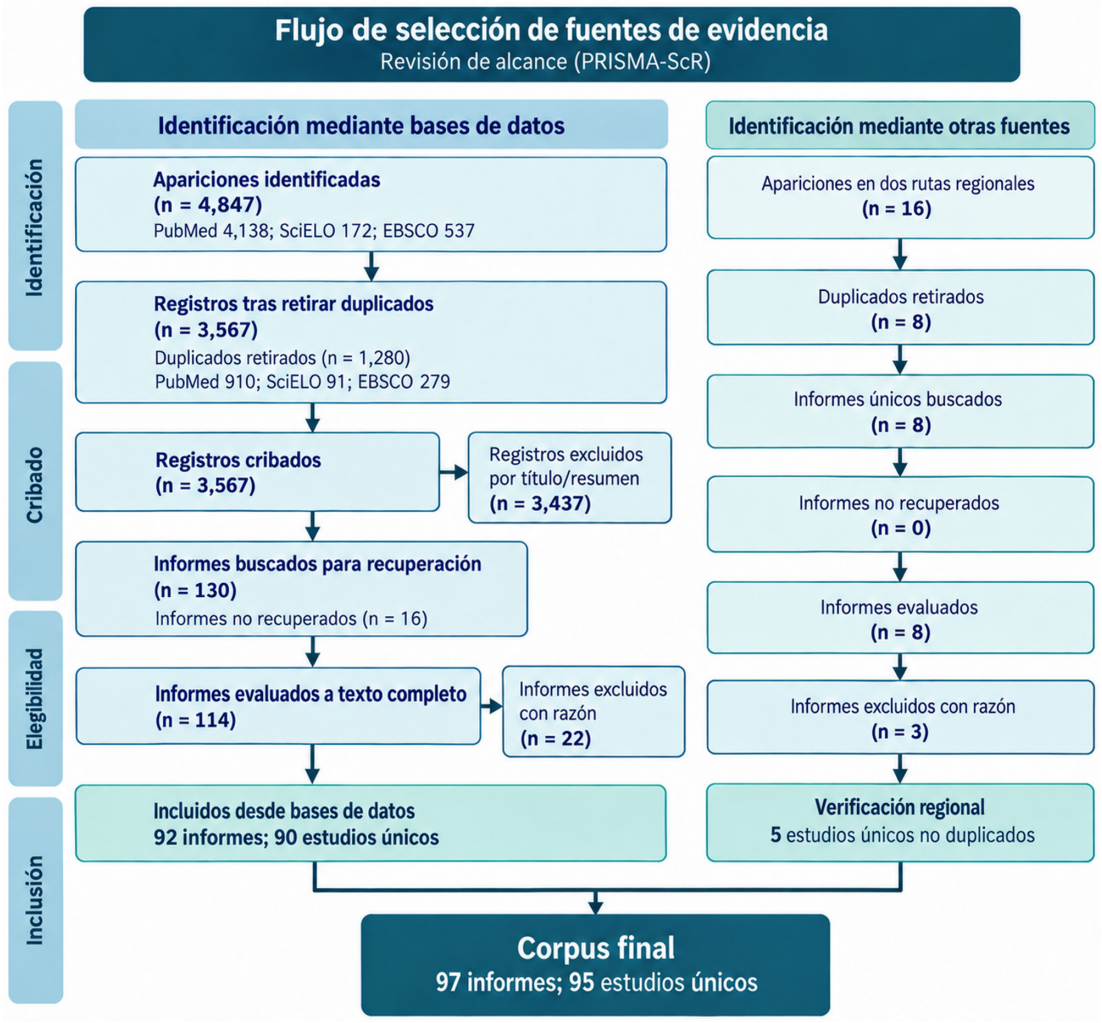
Resultados

Se cribaron 3,567 registros y se excluyeron 3,437 por título y resumen. En las bases principales se buscaron 130 informes; 16 no pudieron recuperarse y 114 se evaluaron a texto completo. Se excluyeron 22 con causa documentada: 13 de PubMed y nueve de SciELO. Las bases principales aportaron 92 informes correspondientes a 90 estudios únicos. Dos pares de publicaciones PubMed informaban resultados de un mismo estudio y se vincularon antes del conteo. En la verificación regional se evaluaron ocho informes únicos; tres se excluyeron y cinco estudios no duplicados se incorporaron. El corpus final reunió 97 informes correspondientes a 95 estudios únicos (Figura 1).

Los 16 informes no recuperados (11 de PubMed y cinco de EBSCO) conservaron sus metadatos y rutas de búsqueda, pero no aportaron datos. Los 95 estudios incluidos se publicaron entre 1973 y 2026, procedieron de África, América, Asia y Europa y emplearon diseños cualitativos, observacionales, comparativos, económicos y experimentales. La tabla 1 resume el corpus y el Anexo 1 presenta la relación nominal entre estudios, informes, hallazgos, criterios analíticos, dominios y momentos. La conciliación restituyó al conteo tres estudios PubMed que ya formaban parte del expediente de elegibilidad y no modificó las búsquedas ni los criterios[22–24]. Solo dos estudios ofrecieron resultados diferenciados para participantes menores de 15 años[25,26].

Licencia CC-By-NC-ND

Figura 1. Diagrama PRISMA-ScR del proceso de selección de informes y estudios



Fuente: Elaboración propia a partir del expediente de búsqueda y selección.

Tabla 1. Características generales del corpus integrado

Característica	Síntesis del corpus
Unidad de inclusión	97 informes correspondientes a 95 estudios únicos: 92 informes de bases principales, que representaron 90 estudios, y cinco estudios regionales no duplicados.
Procedencia	53 estudios únicos identificados en PubMed, 20 en SciELO, 17 en EBSCO y cinco mediante verificación regional.
Ámbito geográfico	África, América, Asia y Europa, con aportes específicos de América Latina y el Caribe.
Diseños	Cualitativos, observacionales, comparativos, económicos y experimentales.
Población y edades	Personas de 10 a 19 años; algunos estudios incluyeron profesionales o redes vinculadas con la atención. Dos estudios desagregaron resultados para menores de 15 años.
Etapa asistencial	Embarazo y atención prenatal, parto, posparto y continuidad entre etapas.

Fuente: Elaboración propia a partir de los 95 estudios únicos incluidos. La matriz nominal de características y trazabilidad se presenta en el Anexo 1.

Licencia CC-By-NC-ND
Horizonte sanitario
Suplemento I. Humanización de los Cuidados: Avances desde la Investigación Científica. Vol. 25 (2026)
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/

La información comprensible, la escucha, la privacidad, el trato digno, el alivio oportuno y la participación en las decisiones aparecieron de manera reiterada en las experiencias favorables. El lenguaje técnico, el paternalismo, el temor al juicio, la confidencialidad insuficiente, los costos y los horarios restrictivos dificultaron el acceso o la relación clínica. La recurrencia de estos hallazgos varió entre contextos y no se interpretó como estimación de prevalencia.

La no revictimización rara vez se nombró como desenlace. Sin embargo, los estudios sobre violencia, estigma, trauma, migración y búsqueda de ayuda describieron la entrevista privada, las preguntas no culpabilizantes, la explicación de los límites de la confidencialidad y la reducción de relatos repetidos. Fueron menos frecuentes las evaluaciones de estas prácticas como intervenciones con resultados propios.

Los modelos adaptados, la gestión de casos, las visitas domiciliarias, la articulación escolar y las referencias acompañadas se asociaron con mejoras en acceso o continuidad en algunos estudios, pero no en todos. Reunir varias profesiones tampoco aseguró coordinación. Los programas con mejores descripciones operativas especificaron responsabilidades, intercambio de información y seguimiento.

La tabla 2 muestra la correspondencia entre resultados y dominios. Un mismo estudio pudo contribuir a más de un dominio. Las experiencias y preferencias se mantuvieron separadas de las intervenciones evaluadas, de modo que una práctica informada por participantes no se presentó como prueba de efectividad.

La síntesis identificó seis momentos recurrentes: acceso, encuentro seguro, decisión informada, respuesta protectora, coordinación y seguimiento. No son etapas rígidas. Señalan puntos de la trayectoria donde los cuatro dominios pueden observarse y donde una interrupción requiere una respuesta del servicio. Esta organización sustentó la formulación de HUM-ENA (Figura 2).

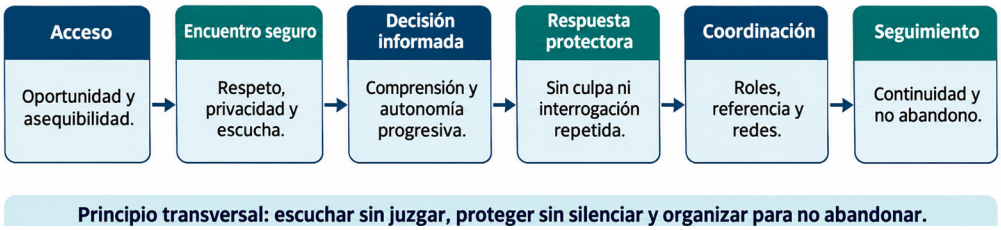
Tabla 2. Correspondencia entre dominios y resultados de la síntesis

Dominio	Resultados recurrentes	Barreras o variaciones observadas	Estudios que contribuyeron
Seguridad clínica	Atención prenatal oportuna, alivio del dolor, salud mental, educación clínica y seguimiento de resultados maternos o neonatales.	El contacto asistencial no garantizó calidad ni resultados uniformes; varias intervenciones mostraron efectos parciales.	Referencias [25–61]
Relación, información y autonomía	Información comprensible, escucha, respeto, acompañamiento elegido y participación en decisiones.	Lenguaje técnico, paternalismo, juicio moral y escasa participación limitaron la confianza y el uso de servicios.	Referencias [42–45, 53, 62–105]
Privacidad y protección	Entrevista privada, confidencialidad explicada, detección cuidadosa de violencia y respuesta informada por trauma.	Pocas investigaciones midieron revictimización; la violencia, el estigma y la repetición del relato se documentaron sobre todo como experiencias.	Referencias [31, 33, 57, 64–66, 69, 71, 77, 78, 83–85, 89, 94, 96, 97, 103, 106]
Continuidad, coordinación y redes	Servicios adaptados, gestión de casos, visitas domiciliarias, articulación escolar, referencia y seguimiento.	Los resultados variaron; la multidisciplina sin funciones definidas no aseguró coordinación ni cierre de referencias.	Referencias [25, 26, 28–30, 32, 34–56, 58–61, 67, 72–81, 85–88, 90–95, 98–102, 105, 107–116]

Fuente: Elaboración propia a partir de los estudios incluidos en la revisión.

Licencia CC-By-NC-ND

Figura 2. Marco HUM-ENA y momentos de la trayectoria asistencial



Nota: Marco pendiente de validación.
Fuente: Elaboración propia a partir de la síntesis de los estudios incluidos.

Los estudios latinoamericanos mostraron barreras relacionadas con información incompleta, trato moralizante, restricciones al acompañamiento y redes asistenciales débiles. También describieron consejería, apoyo, alivio del dolor y participación. Las diferencias entre países y servicios impiden asumir un patrón regional único[25,38–45,75_89,97,101,104,112].

Discusión

Los hallazgos responden a la pregunta de investigación al mostrar que la atención humanizada y no revictimizante durante el embarazo, parto y posparto de niñas y adolescentes reúne seguridad clínica, relación respetuosa, participación, privacidad, protección y continuidad. El corpus también mostró que el encuentro con cada niña o adolescente es decisivo, pero sus efectos pueden debilitarse cuando el servicio carece de responsables identificables, información disponible o mecanismos de seguimiento. Esta relación entre experiencia de atención y capacidad organizacional constituye el núcleo interpretativo de la síntesis.

Las revisiones sobre atención respetuosa se han concentrado en el trato, el maltrato y las intervenciones dirigidas a profesionales, mientras que las evaluaciones de servicios amigables han destacado acceso, disponibilidad y calidad[7–16]. El corpus coincidió con esos ejes, pero sugirió además que una consulta respetuosa puede perder parte de su efecto cuando la referencia no se concreta o el seguimiento queda inconcluso. En ese sentido, HUM-ENA aporta una lectura longitudinal de la trayectoria asistencial, al vincular cada momento con una responsabilidad organizacional. Esta formulación amplía la interpretación disponible, pero no demuestra por sí misma efectividad y aún requiere validación.

Las decisiones relacionadas con niñas y adolescentes embarazadas deben considerar autonomía progresiva, protección, confidencialidad, participación familiar, continuidad obstétrica y apoyo psicosocial. Estas condiciones cambian entre personas y contextos; por ello, cada situación requiere valoración individual, explicación comprensible, documentación prudente y, cuando existan dudas relevantes, consulta ética o jurídica[20,21].

Como elaboración conceptual derivada de la revisión, HUM-ENA relaciona cada momento asistencial con capacidades del servicio y con responsabilidades de coordinación, información y seguimiento. En esta etapa, el marco puede entenderse como una hipótesis organizacional útil para examinar dónde

Licencia CC-By-NC-ND
Horizonte sanitario
Suplemento I. Humanización de los Cuidados: Avances desde la Investigación Científica. Vol. 25 (2026)
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/

se interrumpe una trayectoria, qué responsabilidades institucionales están implicadas y qué recursos o procesos podrían requerir revisión. La figura 3 presenta una propuesta conceptual derivada de la síntesis; no corresponde a una guía ni a un instrumento validado.

Figura 3. Propuesta conceptual para examinar responsabilidades de gobernanza mediante HUM-ENA

Momento	Práctica mínima	Responsable operativo	Evidencia verificable	Indicador trazador
Acceso	Informar requisitos, costos, horarios; confidencialidad y vías de atención; priorizar necesidades urgentes.	Admisión y coordinación de primer nivel.	Registro del primer contacto, barrera detectada y cita efectiva.	Tiempo hasta valoración efectiva y contactos fallidos.
Encuentro seguro	Ofrecer privacidad, acompañante elegido, comunicación respetuosa y permiso antes de preguntas o exploraciones sensibles.	Profesional que realiza el primer encuentro.	Preferencias, entrevista privada y necesidades documentadas prudentemente.	Proporción con privacidad ofrecida y experiencia de respeto.
Decisión informada	Explicar opciones en lenguaje claro, comprobar comprensión y documentar preferencias y consentimiento.	Profesional responsable de la decisión clínica.	Opciones explicadas, comprensión comprobada y decisión acordada.	Comprensión y participación reportadas.
Respuesta protectora	Valorar seguridad sin interrogatorio repetido; explicar límites de confidencialidad y activar la ruta correspondiente.	Referente clínico y enlace de protección o trabajo social.	Valoración, plan de seguridad, comunicaciones y derivación trazables.	Tiempo hasta respuesta segura y número de relatos repetidos.
Coordinación	Asignar responsable nominal, integrar el plan y cerrar el circuito de cada referencia.	Gestión de caso o coordinación clínica.	Plan compartido, recepción confirmada y devolución de información.	Referencias completadas y plan disponible en transiciones.
Seguimiento	Acordar el contacto posterior antes del egreso e integrar salud física, mental, continuidad educativa y apoyo social.	Equipo de continuidad perinatal.	Plan, canal de contacto, cita y resultado del seguimiento.	Contacto efectivo y continuidad posparto.

Nota: Propuesta derivada de la síntesis temática de la presente revisión. No constituye una guía, instrumento o procedimiento validado.
Fuente: Elaboración propia a partir de los estudios incluidos en la revisión.

Los estudios de programas mostraron resultados variables. Esta heterogeneidad impide suponer que estrategias como la gestión de casos, las visitas domiciliarias, la articulación escolar o las referencias acompañadas produzcan efectos uniformes en todos los contextos. Del mismo modo, el cumplimiento administrativo no acredita por sí mismo una experiencia humanizada: registrar privacidad no demuestra confianza; emitir una referencia no confirma que la atención se completó, y una firma no asegura comprensión. Por ello, la evaluación futura de procesos debería considerar de manera conjunta indicadores verificables, experiencia comunicada por las personas atendidas y continuidad efectiva de la trayectoria[6,14–16].

La correspondencia entre los 95 estudios únicos, sus 97 informes, los hallazgos extraídos, los criterios analíticos, los cuatro dominios y los seis momentos se presenta en el Anexo 1. Esta matriz permite revisar el origen de cada agrupación. Los hallazgos codificados corresponden a evidencia primaria; la articulación conjunta de dominios y momentos, y su traducción en responsabilidades e indicadores, corresponde a una propuesta interpretativa.

Licencia CC-By-NC-ND

La participación de familiares o parejas debe acordarse según las preferencias y la seguridad de cada niña o adolescente. Estas personas pueden facilitar acompañamiento y continuidad, pero también limitar la autonomía. La edad orienta el apoyo y las obligaciones del servicio, aunque no determina por sí sola la capacidad de participar ni permite presumir violencia; la valoración debe considerar desarrollo, comprensión, voluntad, seguridad, relaciones de dependencia y marco jurídico[20,21]. En niñas y adolescentes de 10 a 14 años, la evidencia disponible respalda la prioridad de una atención clínica inmediata, entrevista privada, comunicación adaptada y valoración cuidadosa de violencia, coerción o desigualdad de poder. Entre los 15 y 17 años cobra particular importancia reforzar la participación conforme a la autonomía progresiva, explicar la confidencialidad y sus límites y ofrecer alternativas reales. Las personas de 18 y 19 años son jurídicamente adultas en México, aunque permanecen en el intervalo epidemiológico de adolescencia y también pueden beneficiarse de servicios sensibles a su etapa vital[20,21].

Los estudios latinoamericanos respaldan la pertinencia potencial del marco, pero no autorizan generalizaciones nacionales. El sureste mexicano se plantea como un contexto para estudiar la transferibilidad de HUM-ENA, no como un territorio donde el marco haya demostrado ya su validez. La adaptación deberá considerar condiciones normativas, culturales, rurales, indígenas y fronterizas[2,3,20,86].

Los 17 estudios incorporados mediante EBSCO ampliaron la evidencia sobre experiencia, derechos, salud mental, acceso, decisiones y continuidad[57–61,96–105,115,116]. No modificaron los cuatro dominios ni los seis momentos, pero aportaron ejemplos adicionales para contrastarlos. Entre las fortalezas de la revisión se encuentran la búsqueda multilingüe, la distinción entre informes y estudios y el registro de las decisiones. Sus limitaciones incluyen auditoría muestral en lugar de doble cribado, 16 informes no recuperados, búsqueda regional complementaria, heterogeneidad de diseños y evidencia desagregada para 10 a 14 años ya que pocas investigaciones midieron revictimización como desenlace. Estas limitaciones reducen la transferibilidad, impiden inferir eficacia, pero orientan la validación futura del marco.

En consecuencia, HUM-ENA debe evaluarse como una hipótesis organizacional derivada de esta síntesis. La siguiente etapa requiere validación de contenido con niñas, adolescentes y profesionales; adaptación jurídica y cultural; que incluyan indicadores de proceso, experiencia y continuidad antes de recomendar su empleo como guía o instrumento de evaluación.

Conclusiones

A partir de la síntesis de 95 estudios únicos, se formuló HUM-ENA como una propuesta conceptual que articula cuatro dominios (seguridad clínica; relación, información y autonomía; privacidad y protección; y continuidad, coordinación y redes) en seis momentos de la trayectoria asistencial.

Su principal aporte es ofrecer una lectura longitudinal de la atención durante el embarazo, el parto y el posparto, al vincular experiencias y necesidades de las niñas y adolescentes con responsabilidades organizacionales observables de los servicios. De este modo, HUM-ENA permite visibilizar que la

Licencia CC-By-NC-ND
Horizonte sanitario
Suplemento I. Humanización de los Cuidados: Avances desde la Investigación Científica. Vol. 25 (2026)
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/

calidad de la atención no depende solo del encuentro clínico, sino también de la capacidad institucional para sostener información comprensible, privacidad, participación, protección, referencias efectivas y seguimiento.

La propuesta se deriva de una síntesis temática con trazabilidad explícita entre los estudios incluidos, los dominios y los momentos asistenciales; sin embargo, debe interpretarse a la luz de la heterogeneidad de los diseños, la auditoría muestral del cribado, los informes no recuperados y la limitada evidencia específica para niñas de 10 a 14 años y para la revictimización como desenlace. Estas condiciones delimitan la transferibilidad de los hallazgos y no permiten atribuir eficacia al marco ni a cada una de las estrategias descritas.

HUM-ENA no constituye aún una guía clínica ni un instrumento de evaluación validado. Su valor actual reside en proporcionar una estructura analítica para identificar discontinuidades de la atención y responsabilidades institucionales potencialmente implicadas, sin trasladar a las usuarias la carga de coordinar su propio cuidado. Su adaptación contextual y su validación participativa con niñas, adolescentes, familias cuando corresponda, profesionales y servicios de salud permitirán examinar su factibilidad, aceptabilidad y utilidad para orientar mejoras en la continuidad, la experiencia de atención y la prevención de la revictimización.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Consideraciones éticas

La revisión utilizó información procedente de publicaciones y fuentes documentales; no incluyó intervención ni acceso directo a datos personales, por lo que no requirió consentimiento informado ni evaluación de un comité de ética. Los autores mantuvieron la trazabilidad de las fuentes y una interpretación respetuosa de los derechos de niñas y adolescentes.

Uso de inteligencia artificial

Se utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa como apoyo para la organización documental, la revisión de consistencia y la edición lingüística. No se utilizaron como fuentes de evidencia ni sustituyeron el juicio científico. Los autores verificaron las fuentes, revisaron críticamente el contenido y aprobaron íntegramente la versión final.

Licencia CC-By-NC-ND

Contribución de los autores

Conceptualización: L.M.Á.L.; Metodología: L.M.Á.L.; Investigación: L.M.Á.L. y J.A.J.C.; Curación de datos: L.M.Á.L. y J.A.J.C.; Análisis formal: L.M.Á.L. y J.A.J.C.; Adquisición de fondos: J.A.J.C.; Recursos: L.M.Á.L. y J.A.J.C.; Software: L.M.Á.L. y J.A.J.C.; Validación: L.M.Á.L. y J.A.J.C.; Administración del proyecto: L.M.Á.L.; Supervisión: L.M.Á.L.; Visualización: L.M.Á.L.; Redacción del borrador original: L.M.Á.L.; Redacción, revisión y edición: L.M.Á.-L. y J.A.J.C.

Financiamiento

La investigación no recibió financiamiento externo.

Agradecimientos

Los autores agradecen al personal del Sistema Bibliotecario de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo por las gestiones realizadas para localizar informes de difícil acceso.

Referencias

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes. Aguascalientes: INEGI; 2025. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2025/EAP_EmbAdolesnt25.pdf

3. Consejo Nacional de Población. Informe Ejecutivo del Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2024. Ciudad de México: CONAPO; 2024. Disponible en: https://www.gob.mx/conapo/documentos/informe-ejecutivo-del-grupo-interinstitucional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-gipea-2024

4. World Health Organization, UNAIDS. Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Volume 1: Standards and criteria. Geneva: World Health Organization; 2015. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/183935/9789241549332_vol1_eng.pdf?sequence=1

Licencia CC-By-NC-ND

5. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-eng.pdf?sequence=1

6. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989

7. Jolivet RR, Gausman J, Kapoor N, Langer A, Sharma J, Semrau KEA. Operationalizing respectful maternity care at the healthcare provider level: a systematic scoping review. Reprod Health. 2021;18(1):194. Doi: https://doi.org/10.1186/s12978-021-01241-5

8. Dhakal P, Creedy DK, Gamble J, Newnham E, McInnes R. Educational interventions to promote respectful maternity care: A mixed-methods systematic review. Nurse Educ Pract. 2022; 60:103317. Doi: https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103317

9. Habib HH, Mwaisaka J, Torpey K, Maya ET, Ankomah A. Are respectful maternity care (RMC) interventions effective in reducing intrapartum mistreatment against adolescents? A systematic review. Front Glob Womens Health. 2023;4:1048441. doi: https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1048441

10. Kasaye H, Sheehy A, Scarf V, Baird K. The roles of multi-component interventions in reducing mistreatment of women and enhancing respectful maternity care: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2023;23(1):305. Doi: https://doi.org/10.1186/s12884-023-05640-3

11. Sabet F, Prost A, Rahmanian S, Al Qudah H, Cardoso MN, Carlin JB, et al. The forgotten girls: the state of evidence for health interventions for pregnant adolescents and their newborns in low-income and middle-income countries. Lancet. 2023;402(10412):1580-1596. Doi: https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)01682-3

12. Cantor AG, Jungbauer RM, Skelly AC, Hart EL, Jorda K, Davis-O'Reilly C, et al. Respectful Maternity Care : A Systematic Review. Ann Intern Med. 2024;177(1):50-64. Doi: https://doi.org/10.7326/m23-2676

13. Lunda P, Minnie CS, Lubbe W. Factors influencing respectful perinatal care among healthcare professionals in low-and middle-resource countries: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(1):442. Doi: https://doi.org/10.1186/s12884-024-06625-6

14. Ellis C, Larson CP, Bicaba F, Bicaba A, Nguyen A, Ramdé J, et al. Measurement of self-reported, facility-based labour and birth experiences: The Perinatal Experience Assessment Tool (PEAT). J Glob Health. 2022; 12:04103. Doi: https://doi.org/10.7189/jogh.12.04103

Licencia CC-By-NC-ND

15. Bahl D, Bassi S, Manna S, Arora M. Adolescent Friendly Health Clinics (AFHCS) in India and their compliance with government benchmarks: A scoping review. F1000Res. 2023;12:517. Doi: https://doi.org/10.12688/f1000research.131112.2

16. Gebrie M, Asrade G, Tsehay CT, Yazachew L, Dellie E. Quality of adolescent and youth-friendly health services in Dehana district public health facilities, northeast Ethiopia: Using the Donabedian quality framework. PLoS One. 2021;16(10): e0258718. Doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258718

17. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Scoping reviews. In: Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide: JBI; 2024. Doi: https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09

18. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-473. Doi: https://doi.org/10.7326/m18-0850

19. Rethlefsen ML, Kirtley S, Waffenschmidt S, Ayala AP, Moher D, Page MJ, et al. PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. Syst Rev. 2021;10(1):39. Doi: https://doi.org/10.1186/s13643-020-01542-z

20. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2026. Ciudad de México: Cámara de Diputados; 2026. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA.pdf

21. Comité de los Derechos del Niño. Observación general núm. 12: El derecho del niño a ser escuchado. Ginebra: Naciones Unidas; 2009 . Documento CRC/C/GC/12. Disponible en: https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=YDah9tP9EQ4yJGUbd1XDmaOoMVuVv2KW4ANWL9tpK079%2BonDsRJ0Ml%2FiNhKKcf4S8cVgG4Sb3HsKSs9SKqy5zA%3D%3D

22. Fairchild E, Kyle S, Marion S, Cheatham A, Lecky T, Harris S, et al. Prenatal considerations and outcomes for girls aged 14 and under: development of a multidisciplinary team in a large tertiary care facility. J Midwifery Womens Health. 2022;67(4):504-509. Doi: https://doi.org/10.1111/jmwh.13378

23. Okaga SK, Momah-Haruna AP, Iwayemi VV, Balogun TK, Odeseye A, Ayanbadejo JO, et al. Expanding access to maternal health services for pregnant adolescent girls. Afr J Reprod Health. 2021;25(6). Doi: https://doi.org/10.29063/ajrh2021/v25i6.2

24. Pizzol D, Di Gennaro F, Boscardin C, Putoto G, Cuppini E, Pita G, et al. Teenage pregnancies in Mozambique: the experience of "Servicios Amigos dos Adolescentes" clinics in Beira. Afr J AIDS Res. 2018;17(1):32-36. Doi: https://doi.org/10.2989/16085906.2017.1405825

Licencia CC-By-NC-ND

25. Goldenberg P, Figueiredo MDCT, Silva RDSE. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2005; 21(4). Disponible en: https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/2500

26. Piechnik SL, Corbett MA. Reducing low birth weight among socioeconomically high-risk adolescent pregnancies. Successful intervention with certified nurse-midwife-managed care and a multidisciplinary team. J Nurse Midwifery. 1985;30(2):88-98. Doi: https://doi.org/10.1016/0091-2182(85)90115-6

27. Chemutai V, Nteziyaremye J, Wandabwa GJ. Live Experiences of Adolescent Mothers Attending Mbale Regional Referral Hospital: A Phenomenological Study. Obstet Gynecol Int. 2020; 2020:8897709. Doi: https://doi.org/10.1155/2020/8897709

28. Del Risco-Sánchez O, Zambrano-Tanaka E, Guerrero-Borrego N, Surita F. Good prenatal care practices in teenage pregnancy from the perspective of healthcare professionals. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2021;72(3):244-257. Doi: https://doi.org/10.18597/rcog.3695

29. Khojasteh F, Afrashte M, Khayat S, Navidian A. Effect of cognitive-behavioral training on fear of childbirth and sleep quality of pregnant adolescent slum dwellers. J Educ Health Promot. 2022; 11:311. Doi: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_133_22

30. Dutta K, Naskar S, Das DK, Banerjee N. Exploring challenges of teenage pregnancy and motherhood from beneficiaries and providers' perspectives: A qualitative study in a rural area of Purba Bardhaman District, West Bengal. J Family Med Prim Care. 2022;11(11):7272-7279. Doi: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_689_22

31. Cevik A, Aksut Akcay E, Gozuyesil E, Avcibay Vurgec B, Gokyildiz Surucu S. Impact of trauma, support, and control perceptions during childbirth on post-traumatic stress disorder among Syrian immigrant adolescent pregnant women. Midwifery. 2023; 127:103870. Doi: https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103870

32. Kartal SA, Uçar T. The effects of breastfeeding education given to pregnant adolescents on postnatal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success. Afr J Reprod Health. 2025;29(10):167-175. Doi: https://doi.org/10.29063/ajrh2025/v29i10.17

33. Yousefi S, Montazeri S, Javadifar N, Ghanbari S, Ahmadi A. Midwife-led psychoeducational life skills training reduces anxiety, stress, and depression in pregnant adolescents: a randomized trial. Sci Rep. 2025;15(1):45081. Doi: https://doi.org/10.1038/s41598-025-32021-x

34. Barbastefano PS, Girianelli VR, Vargens OM. [Accessibility to childbirth attendance for pregnant adolescents in health system's maternities]. Rev Gaucha Enferm. 2010;31(4):708-14. Doi: https://doi.org/10.1590/s1983-14472010000400014

Licencia CC-By-NC-ND

35. Madkour AS, Xie Y, Harville EW. Availability of Reproductive Health Care Services at Schools and Subsequent Birth Outcomes Among Adolescent Mothers. J Sch Health. 2016;86(7):488-94. Doi: https://doi.org/10.1111/josh.12399

36. Rahman A, Begum T, Austin A, Hasan M, Alam N, Anwar I, et al. Can programmatic inputs improve adolescent mothers' access to maternal care in rural Bangladesh? Nine years of evidence from a cohort study. J Health Popul Nutr. 2022;41(1):12. Doi: https://doi.org/10.1186/s41043-022-00289-8

37. Kayemba V, Kabagenyi A, Ndugga P, Wasswa R, Waiswa P. Timing and Quality of Antenatal Care Among Adolescent Mothers in a Rural Community, Uganda. Adolesc Health Med Ther. 2023; 14:45-61. Doi: https://doi.org/10.2147/ahmt.s374296

38. Bettiol H, Barbieri MA, Gomes UA, Wen LY, Reis PM. dos; Chiaratti, Telma M.; Vasconcellos, Valéria; Yamawaki, Rosalina M.. Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescentes. Cadernos de Saúde Pública. 1992; 8(4). Doi: https://doi.org/10.1590/S0102-311X1992000400006

39. Fernandes RFM, Meincke SMKN, Thumé E, Soares MC, Collet N, Carraro TE. Characteristics of antenatal care for adolescents from state capitals in Southern and Northeastern Brazil. Texto & Contexto - Enfermagem. 2015; 24(1). Doi: https://doi.org/10.1590/0104-07072015001230012

40. Pugin P E, Kopplin I E, Larraín C C, Gallego J V, Aramayo R M, Ortiz C J. Una experiencia de acompañamiento con doula a adolescentes en trabajo de parto. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2008; 73(4). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000400006&lang=es

41. von Hoveling Schindler A, Larrea Schindler E, Norambuena Narváez C, Carrasco Leal L. Prevención del Embarazo Reiterado en Adolescentes: una Experiencia Clínica Exitosa. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2020; 85(6). Doi: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000600631

42. Rocha DCDS, Bezerra MGA, Campos ADCS. Cuidados com os bebês: o conhecimento das primíparas adolescentes. Escola Anna Nery. 2005; 9(3). Doi: https://doi.org/10.1590/S1414-81452005000300005

43. Marques TM, Marski BDSL, Souza BFD, Bonelli MA, Fabbro MRC, Wernet M. Pregnant adolescents who experienced premature birth: perceptions about prenatal care. Escola Anna Nery. 2022. 26, e20210253. Doi: https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0253

44. Núñez Barnales M, Quintana Romero V, Micol M, Torrado Roca MJ, Bouchaucourt Manta JP, Álvarez Solari CE. Analgesia del parto en adolescentes: resultados de nuestra experiencia desarrollada en el Hospital de la Mujer - Centro Hospitalario Pereira Rossell. Revista Médica del Uruguay. 2014; 30(3):164-7. Disponible en: https://revista.rmu.org.uy/index.php/rmu/article/view/240

Licencia CC-By-NC-ND

45. Caminha NDO, Freitas LV, Lima TM, Gomes LFDS, Herculano MMS, Damasceno AKDC. Gestação na adolescência: descrição e análise da assistência recebida. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2012 ;33(3):81-8. Disponible en: https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/20105

46. Dickens HO, Mudd EH, Garcia CR, Tomar K, Wright D. One hundred pregnant adolescents, treatment approaches in a university hospital. Am J Public Health. 1973;63(9):794-800. Doi: https://doi.org/10.2105/ajph.63.9.794

47. Smith PB, Weinman M, Johnson TC, Wait RB, Mumford DM. A curriculum for adolescent mothers: an evaluation. J Adolesc Health Care. 1985;6(3):216-9. Doi: https://doi.org/10.1016/s0197-0070(85)80021-8

48. Isberner F, Wright WR. Comprehensive prenatal care for pregnant teens. J Sch Health. 1987;57(7):288-92. Doi: https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1987.tb03205.x

49. Jones ME, Mondy LW. Prenatal education outcomes for pregnant adolescents and their infants using trained volunteers. J Adolesc Health Care. 1990;11(5):437-44. Doi: https://doi.org/10.1016/0197-0070(90)90092-g

50. Seitz V, Apfel NH. Adolescent mothers and repeated childbearing: effects of a school-based intervention program. Am J Orthopsychiatry. 1993;63(4):572-81. Doi: https://doi.org/10.1037/h0079483

51. Jones ME, Mondy LW. Lessons for prevention and intervention in adolescent pregnancy: a five-year comparison of outcomes of two programs for school-aged pregnant adolescents. J Pediatr Health Care. 1994;8(4):152-9. Doi: https://doi.org/10.1016/0891-5245(94)90027-2

52. Brabin L, Verhoeff FH, Kazembe P, Brabin BJ, Chimsuku L, Broadhead R. Improving antenatal care for pregnant adolescents in southern Malawi. Acta Obstet Gynecol Scand. 1998;77(4):402-409. Disponible en: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1034/j.1600-0412.1998.770408.x

53. Bensussen-Walls W, Saewyc EM. Teen-focused care versus adult-focused care for the high-risk pregnant adolescent: an outcomes evaluation. Public Health Nurs. 2001;18(6):424-35. Doi: https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2001.00424.x

54. Sangalang BB, Barth RP, Painter JS. First-birth outcomes and timing of second births: a statewide case management program for adolescent mothers. Health Soc Work. 2006;31(1):54-63. Doi: https://doi.org/10.1093/hsw/31.1.54

55. Flynn L, Budd M, Modelski J. Enhancing resource utilization among pregnant adolescents. Public Health Nurs. 2008;25(2):140-148. Doi: https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00690.x

Licencia CC-By-NC-ND

56. Samankasikorn W, Pierce B, St Ivany A, Gwon SH, Schminkey D, Bullock L. Effect of home visiting with pregnant teens on maternal health. MCN Am J Matern Child Nurs. 2016;41(3):162-7. Doi: https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000235

57. Vahidi F, Mirghafourvand M, Naseri E, Ghanbari-Homaie S. Birth-related posttraumatic stress disorder and negative childbirth experience related to maternal functioning among adolescent mothers: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2023;23(1):371. Doi: https://doi.org/10.1186/s12884-023-05717-z

58. Govender T, Reddy P, Ghuman S. Obstetric outcomes and antenatal access among adolescent pregnancies in KwaZulu-Natal, South Africa. South African Family Practice. 2018;60(1):1-7. Doi: https://doi.org/10.4102/safp.v60i1.4614

59. Felder JN, Epel E, Lewis JB, et al. Depressive symptoms and gestational length among pregnant adolescents: cluster randomized control trial of CenteringPregnancy Plus group prenatal care. J Consult Clin Psychol. 2017;85(6):574-584. Doi: https://doi.org/10.1037/ccp0000191

60. Kleebpan S, Apartsakun P, Chaiyanusak P, Kitson-Reynolds E. The effect of parental enhancing program with mobile application on parental stress and competence among Thai adolescent postpartum women: A quasi-experimental matched control design. PLoS One. 2025;20(10): e0324318. Doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0324318

61. Sianturi H, Yusrizal F, Basir F, Andrina H. The Relationship between the Implementation of Integrated Antenatal Care and the Quality of Services for Adolescent Pregnancy. Journal of South Asian Federation of Obstetrics & Gynecology. 2025;17(1):69-76. Doi: https://doi.org/10.5005/jp-journals-10006-2567

62. Bwalya BC, Sitali D, Baboo KS, Zulu JM. Experiences of antenatal care among pregnant adolescents at Kanyama and Matero clinics in Lusaka district, Zambia. Reprod Health. 2018;15(1):124. Doi: https://doi.org/10.1186/s12978-018-0565-9

63. Quosdorf A, Peterson WE, Rashotte J, Davies B. Connecting With Adolescent Mothers: Perspectives of Hospital-Based Perinatal Nurses. Glob Qual Nurs Res. 2020; 7:2333393619900891. Doi: https://doi.org/10.1177/2333393619900891

64. Erasmus MO, Knight L, Dutton J. Barriers to accessing maternal health care amongst pregnant adolescents in South Africa: a qualitative study. Int J Public Health. 2020;65(4):469-476. Doi: https://doi.org/10.1007/s00038-020-01374-7

65. Mweteni W, Kabirigi J, Matovelo D, Laisser R, Yohani V, Shabani G, et al. Implications of power imbalance in antenatal care seeking among pregnant adolescents in rural Tanzania: A qualitative study. PLoS One. 2021;16(6): e0250646. Doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250646

Licencia CC-By-NC-ND

66. Sewpaul R, Crutzen R, Dukhi N, Sekgala D, Reddy P. A mixed reception: perceptions of pregnant adolescents' experiences with health care workers in Cape Town, South Africa. Reprod Health. 2021;18(1):167. Doi: https://doi.org/10.1186/s12978-021-01211-x

67. Nambile Cumber S, Atuhaire C, Namuli V, Bogren M, Elden H. Barriers and strategies needed to improve maternal health services among pregnant adolescents in Uganda: a qualitative study. Glob Health Action. 2022;15(1):2067397. Doi: https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2067397

68. Alex-Ojei CA, Odimegwu CO, Ntoimo LFC. A qualitative investigation into pregnancy experiences and maternal healthcare utilisation among adolescent mothers in Nigeria. Reprod Health. 2023;20(1):77. Doi: https://doi.org/10.1186/s12978-023-01613-z

69. Nkurunziza A, Smye VL, Jackson KT, Wathen CN, Cechetto DF, Tryphonopoulos P, et al. "… I carry their stories home …": experiences of nurses and midwives caring for perinatal adolescent mothers in primary health care settings in Rwanda. BMC Nurs. 2024;23(1):609. Doi: https://doi.org/10.1186/s12912-024-02247-7

70. Muchemwa G, Khozah MY. Exploring the experiences and perceptions of adolescent mothers regarding maternal health services in Chiredzi district, Zimbabwe: a qualitative inquiry. Ther Adv Reprod Health. 2025; 19:26334941251387213. Doi: https://doi.org/10.1177/26334941251387213

71. Nkurunziza A, Smye VL, Wathen CN, Tryphonopoulos P, Cechetto DF, Jackson KT, et al. A qualitative study exploring the experiences of adolescent mothers accessing perinatal services in Rwanda to inform the delivery of trauma- and violence-informed care: a double-edged sword. BMC Pregnancy Childbirth. 2025;25(1):1131. Doi: https://doi.org/10.1186/s12884-025-08230-7

72. Shatilwe JT, Hlongwana K, Mashamba-Thompson TP. Pregnant adolescents and nurses perspectives on accessibility and utilization of maternal and child health information in Ohangwena Region, Namibia. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):284. Doi: https://doi.org/10.1186/s12884-022-04619-w

73. Stevens J, Rausch J, Osuagwu N, Lutz R. Efficacy of Behavioral Economic Nudges to Assist Teen Mothers: the Healthy Adolescent Transitions Randomized Controlled Trial. Prev Sci. 2024;25(3):509-520. Doi: https://doi.org/10.1007/s11121-024-01660-3

74. Tremblay D, Lechasseur H, Desmeules M, Guilbert E, Lepage MC. [Hard-to-reach young mothers: study of the implementation of a pre and postnatal intervention for a clientele at risk]. Can J Public Health. 1998;89(6):376-9. Doi: https://doi.org/10.1007/bf03404077

75. Sena Filha VLM, Castanha AR. Profissionais de unidades de saúde e a gravidez na adolescência. Psicol Soc. 2014;26(spe):79-88. Doi: https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000500009

Licencia CC-By-NC-ND

76. Schwartz T, Vieira R, Geib LT. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. Cien Saude Colet. 2011;16(5):2575-85. Doi: https://doi.org/10.1590/s1413-81232011000500028

77. Mendes D, Finkler I, Guedes T, Gonçalves MDS. Profissionais e usuárias(os) adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal: onde está o pai? Estud Psicol (Natal). 2002;7(1). Doi: https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000100008

78. Carvalho VF, Kerber NPC, Azambuja EP, Bueno FF, Silveira RS, Barros AM. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. Saude Soc. 2014;23(2):572-581. Doi: https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200017

79. Del Toro Rubio M, Barrios Puerta Z, Vega Junco Y, Gonzales Ruiz G, Medina González I. Experiencias de madres adolescentes en un programa de maternidad segura de Cartagena, Colombia. Rev Cubana Enferm. 2022;38(1): e4253. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=116960

80. Costa MCOO, Formigli VLA. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. Revista de Saúde Pública. 2001. Disponible en: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000300031

81. Barbaro MC, Lettiere A, Nakano AM. Prenatal care for adolescents and attributes of primary health care. Rev Lat Am Enfermagem. 2014;22(1):108-14. Doi: https://doi.org/10.1590/0104-1169.3035.2390

82. Cruz Naranjo MC, Lastra Lamby NI, Expósito Concepción MY. Estados afectivos de adolescentes gestantes al asistir al control prenatal en una institución de primer nivel de atención. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2022; 38(2). Doi: https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1579

83. Santos MMADS, Saunders C, Baião MR. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(3). Doi: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300025

84. Gomes VLDO, Fonseca ADD, Roballo EDC. Representações sociais de adolescentes mães acerca do momento do parto. Escola Anna Nery. 2011; 15(2). Doi: en: https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200012

85. Melo JSD, Kerber NPDC, Oliveira AMND, Busanello J, Silveira TSD, Pohlmann FCO. Inserção do acompanhante no cuidado da adolescente em um centro obstétrico do sul do país. Ciência, Cuidado & Saúde. 2011; 10(4):781-8Disponible en: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18323

Licencia CC-By-NC-ND

86. Hartmann AE, Nazar-Beutelspacher DA, Salvatierra-Izabá EB. Desventaja social y utilización de servicios de salud para recibir atención prenatal en niñas y adolescentes de barrios pobres de Chiapas. Entreciencias: diálogos en la sociedad del conocimiento. 2020; 8(22). Doi: https://doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2020.22.75589

87. Akar A, Farias C. Derechos y Experiencias de Adolescentes Gestantes en la Atención Prenatal en Uruguay. Anales de la Facultad de Medicina. 2026;13(2):e205. Doi: https://doi.org/10.25184/anfamed2026v13n2a9

88. Morales Álvarez CT, Sáenz Soto NE, Álvarez Aguirre A, Barrera de León JC. Representación social de la consejería anticonceptiva prenatal para la prevención del embarazo subsecuente en adolescentes. Sanus. 2024; 9(20): e448. Doi: https://doi.org/10.36789/rev.sanus.vi1.448

89. Mori-Quispe E, Contreras-Pulache H, Hinostroza Camposano WD, Lam-Figueroa N, Huapaya-Huertas O, Chacon Torrico H, et al. Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú. An Fac Med. 2015;76(2):141-146. Doi: https://doi.org/10.15381/anales.v76i2.11140

90. Lee SH, Grubbs LM. Pregnant teenagers' reasons for seeking or delaying prenatal care. Clin Nurs Res. 1995;4(1):38-49. Doi: https://doi.org/10.1177/105477389500400105

91. Mollart L. Pregnant teenagers: antenatal education research. Aust Coll Midwives Inc J. 1995;8(4):26-8. Doi: https://doi.org/10.1016/s1031-170x(05)80054-6

92. Smith PB, Gingiss PL. Characteristics of pregnant adolescents receiving prenatal care at school-based or hospital-based clinics. J Health Educ. 1996;27(1):30-7. Doi: https://doi.org/10.1080/10556699.1996.10603161

93. Galbraith AA, Stevens J, Klein JD. Health care access and utilization among pregnant adolescents. J Adolesc Health. 1997;21(4):253-8. Doi: https://doi.org/10.1016/s1054-139x(97)00124-9

94. Covington DL, Dalton VK, Diehl SJ, Wright BD, Piner MH. Improving detection of violence among pregnant adolescents. J Adolesc Health. 1997;21(1):18-24. Doi: https://doi.org/10.1016/s1054-139x(97)00007-4

95. Humphries ML, Korfmacher J. The good, the bad, and the ambivalent: Quality of alliance in a support program for young mothers. Infant Ment Health J. 2012;33(1):22-33. Doi: https://doi.org/10.1002/imhj.20334

96. Aguilar Martínez MR, Mena Peralta MR, Eras Díaz JA, Rojas Molina JO. Indeterminate Likert scales for the perception of rights violation in pregnant adolescents in Tulcán. Investigación Operacional. 2025;46(2):231-239. Disponible en: https://rev-inv-ope.pantheonsorbonne.fr/sites/default/files/inline-files/46225-13.pdf

97. Vargas Escamilla BF, Muñoz García GB, Campos-Navarro R. Atención del proceso reproductivo durante la adolescencia en un hospital materno-infantil de la Ciudad de México: una aproximación desde la etnografía hospitalaria. Scripta Ethnologica. 2023; 45:91-112. Disponible en: https://caea.ar/scriptaethnologica/index.php/scripta/article/view/29

98. Smith A, Leach G, Rossouw L. The timing of antenatal care access for adolescent pregnancies in Cape Town, South Africa. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2024;16(1): e1-e10. Doi: https://doi.org/10.4102/phcfm.v16i1.4192

99. Nuampa S, Sirithepmontree S, Sudphet M, Patil CL. 'The way to obtain freedom and equality': Experiences and needs of Thai adolescent mothers in terms of the use smartphone applications for breastfeeding support. PLoS One. 2024;19(4): e0300041. Doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300041

100. Mushy SE, Shishido E, Leshabari S, Horiuchi S. Postpartum Green Star family planning decision aid for pregnant adolescents in Tanzania: a qualitative feasibility study. Reprod Health. 2021;18(1):170. Doi: https://doi.org/10.1186/s12978-021-01216-6

101. Reyes Bravo DM, Muñoz de Rodríguez L. Valoración del cuidado de enfermería por parte de adolescentes gestantes antes de una intervención en atención prenatal y después de esta. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2019;21(1):1-22. Doi: https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.vsea

102. Levandowski DC, Da Silva ML, Wendland J. Experiências de gestantes adolescentes gaúchas com o acompanhamento pré-natal. Psicologia: Teoria e Prática. 2010;12(3):3-21. Disponible en: https://editorarevistas.mackenzie.br/ptp/article/view/2082

103. Kirkpatrick L, Bell L, Tyler CP, et al. Health care and adoption service experiences of people who placed children for adoption during adolescence: a qualitative study. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2023;36(1):41-47. Doi: https://doi.org/10.1016/j.jpag.2022.08.006

104. Montes M, Argote LÁ, Álvarez GC, Osorio A, Osorio O. Aplicación de un modelo fundamentado en el amor con adolescentes grávidas en el Centro de Salud Cristóbal Colón, Cali, Colombia. Colombia Medica. 2005; 36:83-92. Doi: https://doi.org/10.25100/cm.v36i3.Supl.2.380

105. Smith DM, Roberts R. Young parents' perceptions of barriers to antenatal and postnatal care. British Journal of Midwifery. 2009;17(10):620-627. Doi: https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.10.4446

Licencia CC-By-NC-ND

106. Kaye DK, Ekström AM, Johansson A, Bantebya G, Mirembe FM. Escaping the triple trap: coping strategies of pregnant adolescent survivors of domestic violence in Mulago hospital, Uganda. Scand J Public Health. 2007;35(2):180-6. Doi: https://doi.org/10.1080/14034940600858490

107. Jonas K, Reddy P, van den Borne B, Sewpaul R, Nyembezi A, Naidoo P, et al. Predictors of nurses' and midwives' intentions to provide maternal and child healthcare services to adolescents in South Africa. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):658. Doi: https://doi.org/10.1186/s12913-016-1901-9

108. Govender D, Naidoo S, Taylor M. Nurses' perception of the multidisciplinary team approach of care for adolescent mothers and their children in Ugu, KwaZulu-Natal. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2019;11(1):e1-e11. Doi: https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1936

109. Toda M, Patil C, Mbakaya BC, Mwakawanga DL, Zhou J, Shimpuku Y. Midwives' perspectives and care practices for pregnant adolescents: a qualitative study in Northern Malawi. Reprod Health. 2026;23(1). Doi: https://doi.org/10.1186/s12978-026-02377-y

110. Susanti D, Dasman H, Yusrawati Y, Mudjiran M, Yuda RA. A Qualitative Exploratory Study of the Continuity of Midwifery Care for the Adolescent Pregnancy in Indonesia. Iran J Nurs Midwifery Res. 2026;31(3):401-407. Doi: https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_135_23

111. Badger E, Burns D, Rhoads B. Education for adolescent mothers in a hospital setting. Am J Public Health. 1976;66(5):469-72. Doi: https://doi.org/10.2105/ajph.66.5.469

112. Peretto M, Lopes MJM, Soares JDSF, Swarowsky GE. Gravidez na adolescência em oito municípios do RS: perfil de ocorrência e rede de serviços. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2011. DOI: https://doi.org/10.5216/ree.v13i4.11259

113. Cartoof VG. Postpartum services for adolescent mothers. Child Welfare. 1978;57(10):660-666. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/738141/

114. Elster AB, Roberts D. The financial impact of a comprehensive adolescent pregnancy program on a university hospital. J Adolesc Health Care. 1985;6(1):17-20. Doi: https://doi.org/10.1016/s0197-0070(85)80098-x

115. Smith P, Buzi R, Kozinetz C, Peskin M, Wiemann C. Impact of a Group Prenatal Program for Pregnant Adolescents on Perceived Partner Support. Child & Adolescent Social Work Journal. 2016;33(5):417-428. Doi: https://doi.org/10.1007/s10560-016-0441-9

116. Kumar NR, Raker CA, Ware CF, Phipps MG. Characterizing Social Determinants of Health for Adolescent Mothers during the Prenatal and Postpartum Periods. Womens Health Issues. 2017;27(5):565-572. Doi: https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.03.009

Licencia CC-By-NC-ND

Anexo 1. Estrategias de búsqueda, parámetros y recuentos por fuente

Fuente y estrategia	Fecha de búsqueda	Campos y límites	Ecuación de búsqueda literal	Apariciones
PubMed A. Humanización	15 de agosto de 2026	MeSH y título/resumen; sin límites de fecha, idioma ni tipo de publicación	(“Pregnancy in Adolescence”[Mesh] OR “pregnant adolescent*”[tiab] OR “pregnant teen*”[tiab] OR “teenage pregnan*”[tiab] OR “adolescent pregnan*”[tiab] OR “very young adolescent*”[tiab] OR “child pregnancy”[tiab] OR “pregnant child*”[tiab] OR ((“adolescent mother*”[tiab] OR “teen mother*”[tiab] OR “young mother*”[tiab]) AND (pregnan*[tiab] OR antenatal[tiab] OR prenatal[tiab] OR maternity[tiab] OR childbirth[tiab] OR intrapartum[tiab] OR postpartum[tiab] OR postnatal[tiab] OR perinatal[tiab]))) AND (“respectful maternity care”[tiab] OR “respectful care”[tiab] OR “person-centered care”[tiab] OR “person-centred care”[tiab] OR “patient-centered care”[tiab] OR “patient-centred care”[tiab] OR “youth-centred care”[tiab] OR “adolescent-friendly”[tiab] OR “youth-friendly”[tiab] OR humaniz*[tiab] OR humanis*[tiab] OR dignity[tiab] OR compassion*[tiab] OR respectful[tiab] OR “shared decision*”[tiab] OR participation[tiab] OR consent[tiab])	948
PubMed B. Protección	15 de agosto de 2026	MeSH y título/resumen; sin límites de fecha, idioma ni tipo de publicación	(“Pregnancy in Adolescence”[Mesh] OR “pregnant adolescent*”[tiab] OR “pregnant teen*”[tiab] OR “teenage pregnan*”[tiab] OR “adolescent pregnan*”[tiab] OR “very young adolescent*”[tiab] OR “child pregnancy”[tiab] OR “pregnant child*”[tiab]) AND (mistreat*[tiab] OR disrespect*[tiab] OR abuse[tiab] OR violence[tiab] OR coerc*[tiab] OR stigma*[tiab] OR discriminat*[tiab] OR privacy[tiab] OR confidential*[tiab] OR autonomy[tiab] OR consent[tiab] OR trauma*[tiab] OR safeguard*[tiab] OR protect*[tiab] OR revictimiz*[tiab] OR revictimis*[tiab] OR retraumati*[tiab]) AND (“health service*”[tiab] OR “health care”[tiab] OR healthcare[tiab] OR hospital*[tiab] OR clinic*[tiab] OR provider*[tiab] OR midwi*[tiab] OR nurs*[tiab] OR antenatal[tiab] OR prenatal[tiab] OR maternity[tiab] OR childbirth[tiab] OR intrapartum[tiab] OR postpartum[tiab] OR postnatal[tiab] OR perinatal[tiab])	1,597
PubMed C. Organización	15 de agosto de 2026	MeSH y título/resumen; sin límites de fecha, idioma ni tipo de publicación	(“Pregnancy in Adolescence”[Mesh] OR “pregnant adolescent*”[tiab] OR “pregnant teen*”[tiab] OR “teenage pregnan*”[tiab] OR “adolescent pregnan*”[tiab]) AND (“Adolescent Health Services”[Mesh] OR “health service*”[tiab] OR “health system*”[tiab] OR organiz*[tiab] OR organis*[tiab] OR multidisciplinary[tiab] OR interdisciplinary[tiab] OR interprofessional[tiab] OR intersectoral[tiab] OR “integrated care”[tiab] OR “continuity of care”[tiab] OR referral[tiab] OR “care pathway*”[tiab] OR coordination[tiab] OR “case management”[tiab] OR protocol*[tiab] OR training[tiab] OR workforce[tiab]) AND (“Maternal Health Services”[Mesh] OR “Prenatal Care”[Mesh] OR “Postnatal Care”[Mesh] OR “Delivery, Obstetric”[Mesh] OR antenatal[tiab] OR prenatal[tiab] OR childbirth[tiab] OR intrapartum[tiab] OR postpartum[tiab] OR postnatal[tiab] OR perinatal[tiab])	1,355
PubMed D. Personas de 10–14 años	15 de agosto de 2026	Título/resumen; sin límites de fecha, idioma ni tipo de publicación	(“very young adolescent*”[tiab] OR “young adolescent*”[tiab] OR “child pregnancy”[tiab] OR “pregnant child*”[tiab] OR “10-14 year*”[tiab] OR “10 to 14 year*”[tiab] OR (pregnan*[tiab] AND (“under 15”[tiab] OR “younger than 15”[tiab]))) AND (pregnan*[tiab] OR maternity[tiab] OR childbirth[tiab] OR antenatal[tiab] OR prenatal[tiab] OR postpartum[tiab] OR postnatal[tiab]) AND (“health service*”[tiab] OR provider*[tiab] OR midwi*[tiab] OR nurs*[tiab] OR clinic*[tiab] OR organiz*[tiab] OR referral[tiab] OR continuity[tiab] OR respectful[tiab] OR privacy[tiab] OR confidential*[tiab] OR consent[tiab] OR stigma*[tiab] OR violence[tiab] OR protect*[tiab])	238
SciELO A. Humanización, dignidad y experiencia	29 de agosto de 2026	Todos los índices; sin límites de fecha, idioma, país o colección	(“embarazo adolescente” OR “embarazo infantil” OR “gestante adolescente” OR “gravidez na adolescência” OR “gravidez infantil” OR “adolescent pregnancy” OR “teenage pregnancy” OR “pregnant adolescent”) AND (prenatal OR “pré-natal” OR parto OR childbirth OR posparto OR postpartum OR “pós-parto” OR “servicios de salud” OR “serviços de saúde” OR healthcare) AND (humanización OR humanização OR dignidad OR dignidade OR respeto OR respeito OR experiencia OR experiência OR “respectful care” OR “respectful maternity care”)	51
SciELO B. Violencia, estigma, derechos y protección	29 de agosto de 2026	Todos los índices; sin límites de fecha, idioma, país o colección	(“embarazo adolescente” OR “embarazo infantil” OR “gestante adolescente” OR “gravidez na adolescência” OR “gravidez infantil” OR “adolescent pregnancy” OR “teenage pregnancy” OR “pregnant adolescent”) AND (prenatal OR “pré-natal” OR parto OR childbirth OR posparto OR postpartum OR “pós-parto” OR “servicios de salud” OR “serviços de saúde” OR healthcare) AND (violencia OR violência OR violence OR estigma OR stigma OR discriminación OR discriminação OR discrimination OR revictimización OR revitimização OR revictimization OR confidencialidad OR confidencialidade OR confidentiality OR protección OR proteção OR protection OR derechos OR direitos OR rights)	54
SciELO C. Gobernanza, organización y continuidad	29 de agosto de 2026	Todos los índices; sin límites de fecha, idioma, país o colección	(“embarazo adolescente” OR “embarazo infantil” OR “gestante adolescente” OR “gravidez na adolescência” OR “gravidez infantil” OR “adolescent pregnancy” OR “teenage pregnancy” OR “pregnant adolescent”) AND (prenatal OR “pré-natal” OR parto OR childbirth OR posparto OR postpartum OR “pós-parto” OR “servicios de salud” OR “serviços de saúde” OR healthcare) AND (gobernanza OR governança OR governance OR organización OR organização OR organization OR continuidad OR continuidade OR continuity OR coordinación OR coordenação OR coordination OR referencia OR referência OR referral OR contrarreferencia OR contrarreferência OR intersectorial OR intersetorial OR intersectoral OR multidisciplinario OR multidisciplinar OR multidisciplinary OR “gestión de casos” OR “gestão de casos” OR “case management” OR “servicios amigables” OR “serviços amigáveis” OR “adolescent-friendly services” OR “youth-friendly services”)	41

Continuará...

Licencia CC-By-NC-ND
Horizonte sanitario
Suplemento I. Humanización de los Cuidados: Avances desde la Investigación Científica. Vol. 25 (2026)
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/

SciELO D. Personas menores de 15 años	29 de agosto de 2026	Todos los índices; sin límites de fecha, idioma, país o colección	(“embarazo infantil” OR “gravidez infantil” OR “child pregnancy” OR “very young adolescent pregnancy” OR “early adolescent pregnancy” OR “embarazo en menores de 15 años” OR “gravidez em menores de 15 anos” OR “pregnancy under 15” OR “pregnancy in girls” OR ((“embarazo adolescente” OR “gravidez na adolescência” OR “adolescent pregnancy”) AND (“10-14” OR “10 a 14” OR “10–14” OR “menor de 15” OR “menores de 15” OR “under 15” OR “younger than 15”))) AND (prenatal OR “pré-natal” OR parto OR childbirth OR posparto OR postpartum OR “pós-parto” OR “servicios de salud” OR “serviços de saúde” OR healthcare)	26
Academic Search Ultimate (EBSCO)	6 de septiembre de 2026	Campo XB; publicaciones académicas arbitradas; todas las fechas	XB ((“adolescent pregnan*” OR “teenage pregnan*” OR “pregnant teen*” OR “pregnant adolescen*” OR “embarazo adolescente” OR “embarazo infantil” OR “gestante adolescente” OR “gestantes adolescentes” OR “gravidez na adolescência” OR “gravidez infantil”)) AND XB ((prenatal OR antenatal OR childbirth OR delivery OR postpartum OR maternity OR healthcare OR “health care” OR “health service*” OR “servicios de salud” OR “atención prenatal” OR “serviços de saúde” OR “assistência pré-natal”)) AND XB ((humaniz* OR dignit* OR respectful OR “respectful maternity care” OR “person-centered care” OR “patient-centered care” OR experience* OR stigma* OR violence OR abuse OR coercion OR revictimiz* OR confidential* OR protection OR rights OR governance OR coordination OR referral OR “case management” OR “adolescent-friendly service*” OR “youth-friendly service*”))	537
Verificación regional: BVS/LILACS y búsqueda dirigida en SciELO	18 de agosto de 2026	Título, resumen y texto completo; búsqueda complementaria regional	(embarazo adolescente OR gestação na adolescência) AND (atención prenatal OR cuidado pré-natal) AND (experiencia OR serviços); y (adolescente embarazada OR gestante adolescente) AND (trato OR derechos OR experiencia OR humanização OR serviços de saúde)	16 apariciones; 8 informes únicos

Notas: 1. Las cuatro estrategias de PubMed produjeron 4,138 apariciones: 948 + 1,597 + 1,355 + 238. 2. Las cuatro estrategias de SciELO produjeron 172 apariciones: 51 + 54 + 41 + 26. Debido a la superposición entre rutas, estas apariciones correspondieron a 98 registros únicos después de retirar 74 duplicados internos. Diecisiete coincidían con PubMed, por lo que 81 registros nuevos pasaron al cribado. 3. EBSCO produjo 537 apariciones. En consecuencia, las tres bases principales produjeron 4,847 apariciones: PubMed 4,138; SciELO 172; EBSCO 537. 4. Antes del cribado se retiraron 1,280 registros: 910 de PubMed, 91 de SciELO y 279 de EBSCO. Se cribaron 3,567 registros únicos. 5. La verificación regional fue complementaria y no se sumó a las 4,847 apariciones de las bases principales. Produjo 16 apariciones, equivalentes a ocho informes únicos; tres se excluyeron con causa documentada y cinco estudios no duplicados se incorporaron al corpus. 6. Los recuentos por estrategia representan apariciones y pueden superponerse. No deben interpretarse como registros únicos hasta completar la deduplicación.
Fuente: Elaboración propia.

Licencia CC-By-NC-ND