

Programas de prevención del embarazo adolescente en América Latina desde un enfoque interseccional. Revisión sistemática

Librado-González Natanael

<https://orcid.org/0000-0001-8505-4080>
Universidad Autónoma de Nuevo León,
Facultad de Enfermería, Monterrey,
Nuevo León, México.
Universidad de São Paulo, Escuela de
Enfermería, Ribeirão Preto, São Paulo,
Brasil.
nlibrado3@gmail.com

dos Santos-Monteiro Juliana Cristina

<https://orcid.org/0000-0001-6470-673X>
Universidad de São Paulo, Escuela de
Enfermería, Ribeirão Preto, São Paulo,
Brasil.
jumonte@eerp.usp.br

Ramírez-Calderón Alan Josué,

<https://orcid.org/0000-0002-1839-906X>
Universidad Autónoma de Nuevo León,
Facultad de Enfermería, Monterrey,
Nuevo León, México.
josue.ramirez@uanl.edu.mx

Nicolas-Santiago Maritza

<https://orcid.org/0000-0002-4482-7697>
Sistema de Universidades Estatales de
Oaxaca, Instituto de Investigación sobre
la Salud Pública, Universidad de la
Sierra Sur, Miahuatlán de Porfirio Díaz,
Oaxaca, México.
maritza.nstgo.unsis@gmail.com

Correspondencia:

Librado-González Natanael
nlibrado3@gmail.com

Recibido: 11 de mayo 2024

Aprobado para revisión: 19 de junio
2024

Aceptado para publicación: 13 de
septiembre 2024

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito) Volumen
49, Número 3, Año 2024
e-ISSN: 2737-6141
Periodicidad trianual

Resumen

Introducción: la interseccionalidad en salud ofrece un marco analítico fundamental para comprender las inequidades sociales. Este enfoque es esencial para su inclusión en los programas de prevención de embarazo adolescente en América Latina.

Objetivo: realizar una revisión sistemática de los programas de prevención del embarazo adolescente en América Latina desde un enfoque interseccional.

Material y métodos: se siguieron las directrices PRISMA y el Manual Cochrane para revisiones sistemáticas de intervenciones. La búsqueda abarcó ensayos controlados aleatorizados en inglés, español y portugués en bases de datos como PubMed, Cochrane, BIREME, BVS, LILACS, ERIC, PsycINFO, SCOPUS y Google Scholar. Se excluyeron estudios de casos y controles, cohortes y cuasiexperimentales. El riesgo de sesgo fue evaluado con la herramienta RoB2 de Cochrane. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y medidas de efecto. El protocolo fue registrado en PROSPERO (CRD42024540325).

Resultados: se revisaron siete estudios con 16 873 participantes. Uno de ellos destacó la importancia interseccional en la prevención del embarazo adolescente al abordar la diversidad sexual y de género. Los demás estudios mostraron que las intervenciones educativas y de autoeficacia pueden aumentar el uso del condón, mejorar el asertividad sexual, reducir las tasas de embarazo e iniciación sexual y mejorar el conocimiento anticonceptivo.

Discusión: existe una brecha en la consideración de la interseccionalidad. Se evidencia limitada efectividad de las intervenciones para prevenir el embarazo adolescente, careciendo de evidencia robusta en estrategias interseccionales.

Conclusiones: la revisión subraya la importancia de enfoques inclusivos e integra- dores para abordar eficazmente las desigualdades en la prevención del embarazo adolescente.

Palabras clave: América Latina; embarazo en adolescencia; marco interseccional; conducta sexual.

Adolescent pregnancy prevention programs in Latin America from an intersectional approach. Systematic review

Abstract

Introduction: intersectionality in health offers a fundamental analytical framework for understanding social inequities. This approach is essential for inclusion in adolescent pregnancy prevention programs in Latin America.

Objective: To conduct a systematic review of adolescent pregnancy prevention programs in Latin America from an intersectional approach.

Material and methods: PRISMA guidelines and the Cochrane Handbook for systematic reviews of interventions were followed. The search encompassed randomized controlled trials in English, Spanish, and Portuguese in databases such as PubMed, Cochrane, BIREME, BVS, LILACS, ERIC, PsycINFO, SCOPUS and Google Scholar. Case-control, cohort, and quasi-experimental studies were excluded. Risk of bias was assessed using the Cochrane RoB2 tool. Data were analyzed using descriptive statistics and measures of effect. The protocol was registered in PROSPERO (CRD42024540325).

Results: Seven studies with 16 873 participants were reviewed. One of them highlighted the intersectional importance in the prevention of adolescent pregnancy by addressing sexual and gender diversity. The other studies showed that educational and self-efficacy interventions can increase condom use, improve sexual assertiveness, reduce pregnancy and sexual initiation rates, and improve contraceptive knowledge.

Discussion: There is a gap in the consideration of intersectionality. There is limited evidence of effectiveness of interventions to prevent adolescent pregnancy, lacking robust evidence in intersectional strategies. **Conclusions:** The review underscores the importance of inclusive and integrative approaches to effectively address inequalities in adolescent pregnancy prevention.

Keywords: Latin America; teenage pregnancy; intersectional framework; sexual behaviour.

Cómo citar este artículo: Librado-González N, dos Santos-Monteiro JC, Ramírez-Calderón AJ, Nicolas-Santiago M. Programas de prevención del embarazo adolescente en América Latina desde un enfoque interseccional. Revisión sistemática. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2024 Sept[cited]; 49(3): 64-76. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v49i3.6730>



Introducción

La interseccionalidad en salud es un marco analítico que permite comprender cómo múltiples inequidades, como género, raza, clase social y otras dimensiones sociales, interactúan simultáneamente para influir en los resultados de salud, determinando las disparidades y promoviendo un análisis más profundo y completo de las desigualdades. Este enfoque es esencial en la prevención del embarazo adolescente en América Latina, en el cual factores como la pobreza, la desigualdad económica, el nivel educativo, las normas de género, el acceso a servicios de salud y la educación sexual integral, entre otros, requieren ser abordados de manera interconectada. Al considerar estos determinantes, se promueve la equidad y la eficacia en las intervenciones, permitiendo un abordaje más justo y contextualizado de la complejidad que enfrentan las adolescentes en la región^{1,2}.

En este contexto, el embarazo en la adolescencia ha sido una preocupación mundial debido a sus implicaciones en la salud y el desarrollo de los adolescentes, así como en las dinámicas sociales y económicas de las sociedades. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que alrededor de 12,8 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 15 y 19 años, dan a luz a un recién nacido vivo. Esta situación es más prevalente en países en vías de desarrollo y con ingresos medianos y bajos³.

En 2019, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) informaron que aproximadamente 21 millones de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años habían experimentado al menos un embarazo, registrando una tasa global de 41 nacimientos por cada 1 000 adolescentes. Esta situación resalta la alta prevalencia de la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) en América Latina y el Caribe, donde se observan cifras alarmantes: 94 nacimientos por cada 1 000 adolescentes en República Dominicana, 57 en Perú, 85 en Nicaragua, 49 en Ecuador, 48,1 en Panamá, 54,6 en El Salvador, 95,1 en Honduras, 53,2 en Colombia y 60,3 en México, de acuerdo con la División de Población de Naciones Unidas (DPNU). Esta región se caracteriza por una de las tasas de fecundidad adolescente más

elevadas a nivel mundial, superada únicamente por los países del África subsahariana. En particular, la maternidad adolescente presenta una prevalencia superior al 12%, especialmente entre adolescentes de bajos ingresos y con menor nivel educativo⁴⁻⁷.

Por lo tanto, el embarazo adolescente en México es un problema apremiante de salud pública, con una tasa de fecundidad de 77 nacidos vivos por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años, lo anterior es significativamente mayor al promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) de 13,7 nacimientos por cada 1 000⁸⁻¹⁰. Como consecuencia, existen serias implicaciones para la salud reproductiva de las adolescentes, incluyendo la transmisión intergeneracional de la pobreza, altas tasas de mortalidad y morbilidad materna, así como complicaciones como abortos de alto riesgo, infecciones sistémicas, partos prematuros y hemorragias por lo que es imperativo abordar esta problemática de manera integral y efectiva^{11,12}.

Ante esta realidad, la interseccionalidad emerge como una herramienta esencial para comprender y abordar los factores complejos que influyen en la alta tasa de embarazo adolescente. Este enfoque permite un análisis profundo de cómo interactúan el género, la raza, la orientación sexual y otros determinantes sociales, ofreciendo un marco integral para prevenir el embarazo adolescente al considerar las múltiples dimensiones que afectan a las jóvenes. Al reconocer estos factores interconectados, la interseccionalidad facilita una comprensión más completa de las dinámicas que contribuyen a esta problemática, superando las explicaciones centradas únicamente en la clase social¹³.

Al considerar las influencias interseccionales de factores sociales, culturales e individuales, la interseccionalidad puede informar el desarrollo de programas efectivos de prevención del embarazo que se adapten a las diversas necesidades de los adolescentes¹². Destaca la importancia de abordar no solo los antecedentes sexuales sino también los antecedentes no sexuales y los enfoques integrales de prevención¹⁴.

A través de una mirada interseccional, los investigadores y los profesionales de salud pueden descubrir los supuestos heteronormativos y las ubicaciones sociales que contribuyen a las

percepciones sobre el embarazo adolescente, proporcionando una comprensión más matizada del tema¹⁵⁻¹⁷.

Al incorporar las ideas centrales de interseccionalidad, como la desigualdad social, la complejidad y la justicia social, en estudios o programas de investigación en salud poblacional, las intervenciones pueden adaptarse para atender las necesidades específicas de los subgrupos interseccionales y reducir las tasas de embarazo adolescente¹⁸.

Aunado a lo anterior, existe evidencia global que las intervenciones psicológicas pueden ser eficaces para reducir las conductas sexuales de riesgo y prevenir embarazos no deseados mediante anticoncepción. Sin embargo, todavía no se ha encontrado revisiones sistemáticas centradas específicamente en intervenciones que disminuyan los riesgos sexuales en escuelas para prevenir el embarazo adolescente y que incluyan en sus programas un enfoque interseccional como la perspectiva de género, educación, etnicidad, clase social y orientación sexual^{19,20}.

De aquí que esta revisión sistemática analizó las brechas existentes en las intervenciones grupales o individuales para prevenir el embarazo adolescente de 10 a 19 años en América Latina y el Caribe. Se abordó este tema desde un análisis interseccional ya que este desempeña un papel fundamental en la prevención del embarazo adolescente. La importancia de este enfoque radica en su capacidad para considerar cómo diversas identidades, el género, raza, clase social y orientación sexual, se entrecruzan para moldear las experiencias individuales^{21,22}. Además, permite una visión más completa de las desigualdades y los factores de riesgo, lo que a su vez facilita el diseño de estrategias inclusivas y culturalmente sensibles que pueden marcar una diferencia significativa en la reducción del embarazo adolescente y la promoción de la salud sexual y reproductiva²³⁻²⁵.

Ante este escenario, el objetivo fue realizar una revisión sistemática de los programas de prevención del embarazo adolescente en América Latina desde un enfoque interseccional.

Al presentar la evidencia existente en la región, se hace énfasis en identificar áreas que requieren mayor exploración desde la visión de la interseccionalidad¹.

Material y Métodos

Revisión sistemática con base en el Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones²⁶, además de la guía de Elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA) 2020 para identificar, seleccionar, evaluar y sintetizar estudios²⁷. La revisión sigue una pregunta PICO (población, intervención, comparador y resultados), para guiar la selección de estudios, búsqueda, recopilación de datos y presentación de resultados.

Estrategia de búsqueda y criterios de elegibilidad

Se hizo una búsqueda exhaustiva de literatura nacional e internacional para identificar Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA) independientemente del año de publicación, la búsqueda se realizó en idioma inglés, español y portugués, en bases de datos como PubMed, Cochrane, BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud), BVS (Biblioteca Virtual en Salud), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), el Centro de Información de Recursos Educativos (ERIC), PsycINFO y SCOPUS. Además, se realizó una búsqueda de literatura gris en Google Scholar, de la misma manera, se complementó la búsqueda consultando a expertos en el campo para identificar estudios que no estén disponibles en revistas indexadas o estudios académicos y científicos publicados en instituciones gubernamentales y repositorios de universidades que no han sido sometidos a revisión por pares. Se analizó la pertinencia de los estudios en función de la intervención, el diseño, los grupos de participantes y los resultados medidos, para luego determinar cuáles de ellos cumplen con los criterios de inclusión.

Esta revisión incluyó estudios que cumplían con los siguientes criterios: P) adolescentes entre 10 y 19 años según definición de la OMS, I) intervenciones o programas educativos centradas en prevención de embarazo adolescente, reducción de riesgo sexual en entornos escolares y no escolares a nivel individual y colectiva que incluyera una característica interseccional como género, etnia, clase social, raza u orientación sexual, C) estudio sin grupo de comparación o un comparador de cualquier tipo, incluido los participantes sin

exposición a la intervención educativa, O) ECA con grupo control y experimental. Se excluyeron estudios de casos y controles, cohorte, cuasiexperimentales y transversales, incluidos aquellos que no abordaban específicamente los resultados de prevención de embarazo adolescente en la región de América latina.

Selección de estudios y extracción de datos

La búsqueda en la base de datos se realizó utilizando los tesauros DeCS y MeSH en inglés y español, combinándolos con operadores booleanos. Los términos utilizados fueron "Adolescent", "Adolescents", "adolescence", "Teenagers", "Teens", "Program", "educat", "prevent*", "Contraceptiv*", "condom*", "Sexual Risk Reduction", "pregnan*", "Gestation", "control group", "controlled group", "randomized controlled trial", "Controlled Clinical Trial", "Latin America", "The Caribbean", "Central America", "South America". También se incorporaron términos relacionados con la interseccionalidad: "gender", "social class", "ethnicity", "race" y "intersectional".

Los estudios recuperados se asignaron a la herramienta Rayyan²⁸. Se siguieron los criterios de elegibilidad, el autor principal del estudio realizó la selección de títulos, resúmenes y lectura de los textos completos, posteriormente los desacuerdos fueron resueltos por consenso con los otros dos autores.

Después se elaboró un formulario de extracción de datos utilizando el Software Microsoft Excel 2023, recolectando los siguientes datos: metadatos (autor, año de publicación, país, diseño de estudio, tamaño de muestra) aspectos demográficos (sexo, edad), datos de interseccionalidad (raza, género, clase social y orientación sexual) y los resultados de interés.

También se extrajeron los componentes de la intervención y control (nombre, detalles de la intervención, contenido del programa, así como la estrategia de ejecución de la intervención (método y tipo de sesión, entorno, número de sesión, proveedor y objetivo de la intervención, así como la población de estudio).

Riesgo de sesgo y evaluación de calidad

Se evaluó el riesgo de sesgo en los ensayos

clínicos aleatorizados seleccionados utilizando la guía y las herramientas RoB 2 de Cochrane. La evaluación fue llevada a cabo por pares de investigadores revisores, quienes registraron los resultados y resolvieron los conflictos surgidos durante el proceso de revisión de sesgos mediante consenso²⁹.

Síntesis de evidencia

Para el análisis de los datos extraídos se utilizó estadística descriptiva de acuerdo a los siguientes rubros de análisis. Los resultados individuales de los estudios y medidas de efecto se registraron según lo informado por los autores de los ECA. Todos los resultados medidos se presentaron en frecuencias, medias y desviación estándar (DE), diferencias de medias y probabilidad ajustadas ratio (HR), riesgo relativo ajustado (ARR), riesgo relativo (RR) y odds ratio (OR). De igual manera se recogió el intervalo de confianza (IC) así como el nivel de análisis estadístico utilizado en los ECA.

Resultados

Se encontraron 1 325 resultados a través de los buscadores electrónicos y se eliminaron 334 duplicados. De los 991 artículos, 38 cumplían con los criterios de inclusión y fueron incluidos en la revisión sistemática para su análisis. En el diagrama de flujo PRISMA³⁰ se detalla en la figura 1.

Estudios incluidos y participantes

De los 7 estudios incluidos, solo 6 (85,71%) fueron ECA y 1 (14,28%) fue un estudio de intervención educativa sin grupo control y aleatorización. Todos los estudios se llevaron a cabo en países de América Latina, con un total de 16 873 participantes. La edad promedio de los participantes fue de 14,5 años. Además, el 41,43% de los participantes fueron mujeres. Solo una publicación (14,28%) centró su intervención en la relevancia de abordar la diversidad sexual y de género en la prevención del embarazo adolescente. Aunque no se centró exclusivamente en un enfoque interseccional, se incorporaron conceptos teóricos relevantes.

En un estudio realizado en Colombia, la implementación del programa COMPAS en

escuelas para adolescentes de 12 a 19 años resultó en cambios significativos en comportamientos relacionados con la sexualidad. El aumento en el uso del condón durante las relaciones sexuales, así como el incremento en la autoeficacia y la asertividad sexual, indican una mayor conciencia y habilidades para la prevención de embarazos no deseados³¹.

De manera similar, otro estudio realizado en el mismo país evidenció diferencias significativas en experiencias sexuales específicas y métodos de protección entre los adolescentes que participaron en el programa COMPAS en comparación con aquellos que no lo hicieron³².

Un estudio realizado en Cuba subraya la relevancia de la educación sexual en la prevención del embarazo adolescente. A pesar de la ausencia

de un grupo de control, la implementación de una intervención educativa en consultorios médicos dirigida a adolescentes demostró un aumento en los conocimientos adecuados sobre la responsabilidad de evitar embarazos y sobre métodos anticonceptivos³³.

Asimismo, dos estudios realizados en Chile demuestran los efectos positivos a largo plazo de los programas de intervención en la reducción de las tasas de embarazo adolescente. Tanto el programa TeenSTAR como COMPAS mostraron una disminución significativa en la iniciación sexual y una mayor interrupción de la actividad sexual en los grupos de estudio en comparación con los grupos de control³⁴.

En la Tabla 1 se muestran las principales características de los estudios incluidos.

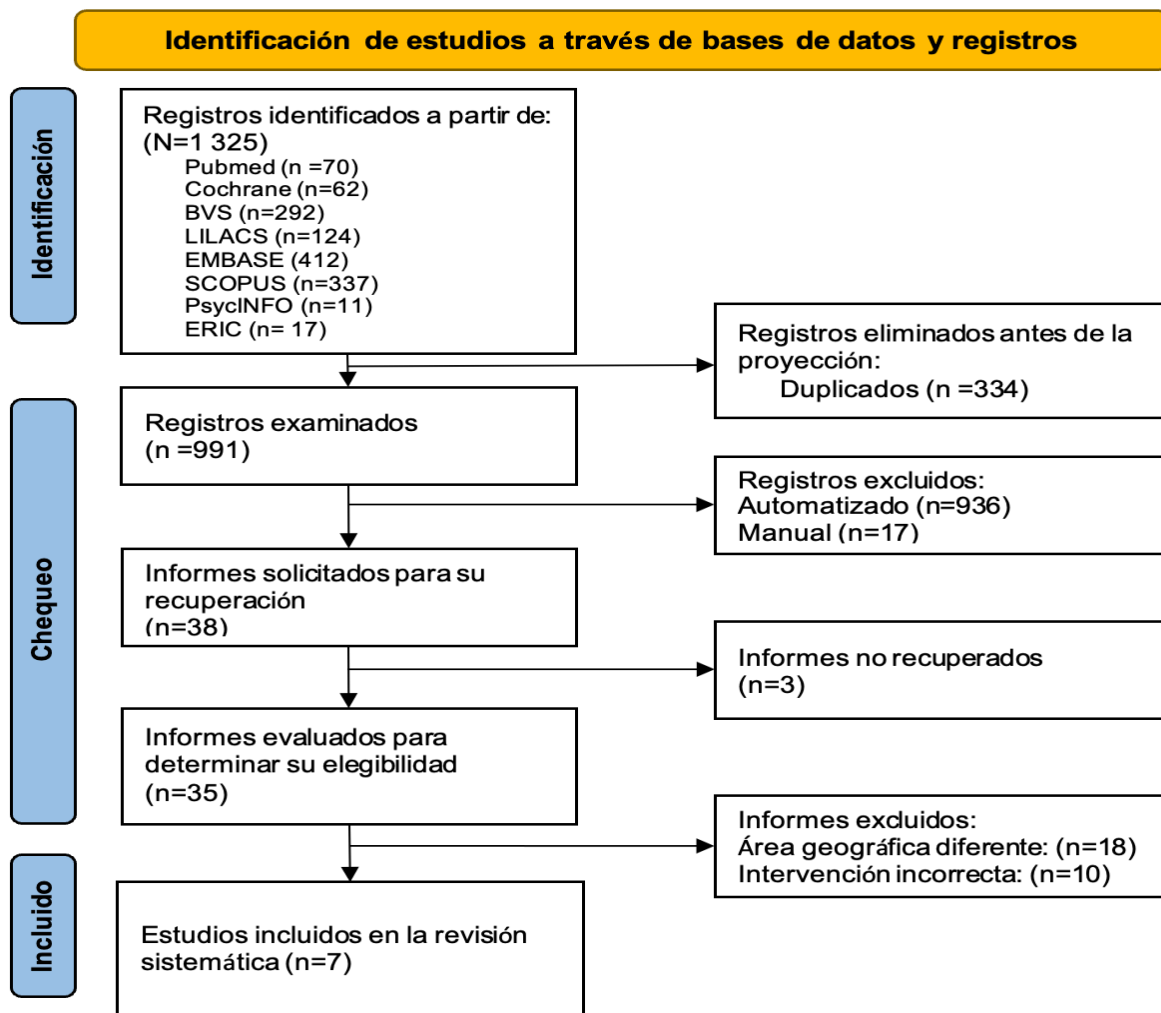


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020 para el proceso de selección de estudios

Tabla 1. Características de los estudios incluidos

Autor y año	País	Diseño	Programa	Sitio de la intervención	Proveedor de la intervención	Destinatario de la Intervención	% Femenino	Numero de sesiones	Método de comunicación	Seguimiento	Resultados
Gómez et al. ³² 2022	Colombia	ECA	Competencias para adolescentes con una sexualidad saludable (COMPAS)	Escuela	Investigadores	2 047 adolescentes de 12 y 19 años	52,1	Acción participativa, 1 sesión por semana (25 a 30 participantes) por 5 semanas (1 hora)	Individual y grupal	6 meses	Resultados conductuales: uso del condón durante las relaciones sexuales (<i>AOR</i> = 7,52; <i>IC</i> 95% 0,41-16,62; <i>p</i> < 0,05), lo que podría indicar un aumento de la autoeficacia (<i>AOR</i> = 1,44; 95% <i>CI</i> 1,30–1,61; <i>p</i> < 0,001), el número de parejas sexuales (<i>AOR</i> = 7,52; <i>IC</i> 95%: 0,41-16,62; <i>p</i> < 0,05). En cuanto a la asertividad sexual, se observó diferencias significativas en las tres medidas: iniciación (<i>AOR</i> = 3,70; <i>IC</i> 95 %: 2,39–5,73; <i>p</i> < 0,001), rechazo (<i>AOR</i> = 2,60; <i>IC</i> 95%: 1,42–4,72; <i>p</i> < 0,002) y negociación del uso del preservativo (<i>AOR</i> = 12,06; <i>IC</i> 95%: 0,53–11,01; <i>p</i> < 0,001). No hubo pruebas de que el uso difiriera entre los grupos (33,0% control versus 37,0% intervención; odds ratio ajustado (<i>OR</i>) = 1,19; <i>IC</i> del 95%: 0,80 a 1,77; <i>p</i> = 0,40). Hubo un efecto significativo limitrofe con respecto a la aceptabilidad (63% de control versus 72% de intervención; <i>OR</i> ajustado (<i>OR</i>) = 1,49; <i>IC</i> del 95%: 0,98 a 2,28; <i>p</i> = 0,06). Experiencia sexual, caricias: ($\chi^2 = 13,38$, <i>p</i> < 0,001), la masturbación mutua ($\chi^2 = 0,35$, <i>p</i> > 0,05), el sexo oral ($\chi^2 = 0,14$, <i>p</i> > 0,05), el sexo vaginal ($\chi^2 = 2,38$, <i>p</i> < 0,05) y el sexo anal ($\chi^2 = 17,29$, <i>p</i> < 0,001). Métodos de protección: ($\chi^2 = 4,41$, <i>p</i> < 0,05). Conocimientos adecuados antes y después de la intervención: Responsabilidad de evitar embarazos en la pareja: (<i>p</i> = 0,01). Formas de evitar un embarazo: (<i>p</i> = 0,03). Métodos anticonceptivos: (<i>p</i> = 0,03). Existe una diferencia significativa entre géneros en la percepción de que la Anticoncepción de Emergencia (AE) es un método abortivo (hombres, 9,2% y mujeres, 3,3%, <i>p</i> = < 0,001).
McCarthy et al. ³⁵ 2020	Bolivia	ECA	Intervención conductual por teléfono móvil "Tú decides"	En línea a través de aplicación móvil	Investigadores	1 310 adolescentes de 16 a 24 años	100	Envío de 0 a 3 mensaje al día, en total, 183 mensajes en 120 días	Individual	4 meses	Resultados conductuales: uso del condón durante las relaciones sexuales (<i>AOR</i> = 7,52; <i>IC</i> 95% 0,41-16,62; <i>p</i> < 0,05), lo que podría indicar un aumento de la autoeficacia (<i>AOR</i> = 1,44; 95% <i>CI</i> 1,30–1,61; <i>p</i> < 0,001), el número de parejas sexuales (<i>AOR</i> = 7,52; <i>IC</i> 95%: 0,41-16,62; <i>p</i> < 0,05). En cuanto a la asertividad sexual, se observó diferencias significativas en las tres medidas: iniciación (<i>AOR</i> = 3,70; <i>IC</i> 95 %: 2,39–5,73; <i>p</i> < 0,001), rechazo (<i>AOR</i> = 2,60; <i>IC</i> 95%: 1,42–4,72; <i>p</i> < 0,002) y negociación del uso del preservativo (<i>AOR</i> = 12,06; <i>IC</i> 95%: 0,53–11,01; <i>p</i> < 0,001). No hubo pruebas de que el uso difiriera entre los grupos (33,0% control versus 37,0% intervención; odds ratio ajustado (<i>OR</i>) = 1,19; <i>IC</i> del 95%: 0,80 a 1,77; <i>p</i> = 0,40). Hubo un efecto significativo limitrofe con respecto a la aceptabilidad (63% de control versus 72% de intervención; <i>OR</i> ajustado (<i>OR</i>) = 1,49; <i>IC</i> del 95%: 0,98 a 2,28; <i>p</i> = 0,06). Experiencia sexual, caricias: ($\chi^2 = 13,38$, <i>p</i> < 0,001), la masturbación mutua ($\chi^2 = 0,35$, <i>p</i> > 0,05), el sexo oral ($\chi^2 = 0,14$, <i>p</i> > 0,05), el sexo vaginal ($\chi^2 = 2,38$, <i>p</i> < 0,05) y el sexo anal ($\chi^2 = 17,29$, <i>p</i> < 0,001). Métodos de protección: ($\chi^2 = 4,41$, <i>p</i> < 0,05). Conocimientos adecuados antes y después de la intervención: Responsabilidad de evitar embarazos en la pareja: (<i>p</i> = 0,01). Formas de evitar un embarazo: (<i>p</i> = 0,03). Métodos anticonceptivos: (<i>p</i> = 0,03). Existe una diferencia significativa entre géneros en la percepción de que la Anticoncepción de Emergencia (AE) es un método abortivo (hombres, 9,2% y mujeres, 3,3%, <i>p</i> = < 0,001).
Morales et al. ³¹ 2019	Colombia	ECA con Método mixto	Competencias para adolescentes con una sexualidad saludable (COMPAS)	Escuela	Experto en promoción de la salud sexual	100 adolescentes de 15 y 19 años	55	5 sesión de 50 min adaptada de 3 horas (20 min de descanso)	Individual y grupal	6 meses	Resultados conductuales: uso del condón durante las relaciones sexuales (<i>AOR</i> = 7,52; <i>IC</i> 95% 0,41-16,62; <i>p</i> < 0,05), lo que podría indicar un aumento de la autoeficacia (<i>AOR</i> = 1,44; 95% <i>CI</i> 1,30–1,61; <i>p</i> < 0,001), el número de parejas sexuales (<i>AOR</i> = 7,52; <i>IC</i> 95%: 0,41-16,62; <i>p</i> < 0,05). En cuanto a la asertividad sexual, se observó diferencias significativas en las tres medidas: iniciación (<i>AOR</i> = 3,70; <i>IC</i> 95 %: 2,39–5,73; <i>p</i> < 0,001), rechazo (<i>AOR</i> = 2,60; <i>IC</i> 95%: 1,42–4,72; <i>p</i> < 0,002) y negociación del uso del preservativo (<i>AOR</i> = 12,06; <i>IC</i> 95%: 0,53–11,01; <i>p</i> < 0,001). No hubo pruebas de que el uso difiriera entre los grupos (33,0% control versus 37,0% intervención; odds ratio ajustado (<i>OR</i>) = 1,19; <i>IC</i> del 95%: 0,80 a 1,77; <i>p</i> = 0,40). Hubo un efecto significativo limitrofe con respecto a la aceptabilidad (63% de control versus 72% de intervención; <i>OR</i> ajustado (<i>OR</i>) = 1,49; <i>IC</i> del 95%: 0,98 a 2,28; <i>p</i> = 0,06). Experiencia sexual, caricias: ($\chi^2 = 13,38$, <i>p</i> < 0,001), la masturbación mutua ($\chi^2 = 0,35$, <i>p</i> > 0,05), el sexo oral ($\chi^2 = 0,14$, <i>p</i> > 0,05), el sexo vaginal ($\chi^2 = 2,38$, <i>p</i> < 0,05) y el sexo anal ($\chi^2 = 17,29$, <i>p</i> < 0,001). Métodos de protección: ($\chi^2 = 4,41$, <i>p</i> < 0,05). Conocimientos adecuados antes y después de la intervención: Responsabilidad de evitar embarazos en la pareja: (<i>p</i> = 0,01). Formas de evitar un embarazo: (<i>p</i> = 0,03). Métodos anticonceptivos: (<i>p</i> = 0,03). Existe una diferencia significativa entre géneros en la percepción de que la Anticoncepción de Emergencia (AE) es un método abortivo (hombres, 9,2% y mujeres, 3,3%, <i>p</i> = < 0,001).
Álvarez et al. ³³ 2018	Cuba	Intervención	Intervención Educativa	Consultorio Médico	Investigadores	46 adolescentes de 14 y 19 años	100	6 temas fundamentales, sesiones de 1 hora, durante 6 semanas	Individual y grupal	4 meses	Resultados conductuales: uso del condón durante las relaciones sexuales (<i>AOR</i> = 7,52; <i>IC</i> 95% 0,41-16,62; <i>p</i> < 0,05), lo que podría indicar un aumento de la autoeficacia (<i>AOR</i> = 1,44; 95% <i>CI</i> 1,30–1,61; <i>p</i> < 0,001), el número de parejas sexuales (<i>AOR</i> = 7,52; <i>IC</i> 95%: 0,41-16,62; <i>p</i> < 0,05). En cuanto a la asertividad sexual, se observó diferencias significativas en las tres medidas: iniciación (<i>AOR</i> = 3,70; <i>IC</i> 95 %: 2,39–5,73; <i>p</i> < 0,001), rechazo (<i>AOR</i> = 2,60; <i>IC</i> 95%: 1,42–4,72; <i>p</i> < 0,002) y negociación del uso del preservativo (<i>AOR</i> = 12,06; <i>IC</i> 95%: 0,53–11,01; <i>p</i> < 0,001). No hubo pruebas de que el uso difiriera entre los grupos (33,0% control versus 37,0% intervención; odds ratio ajustado (<i>OR</i>) = 1,19; <i>IC</i> del 95%: 0,80 a 1,77; <i>p</i> = 0,40). Hubo un efecto significativo limitrofe con respecto a la aceptabilidad (63% de control versus 72% de intervención; <i>OR</i> ajustado (<i>OR</i>) = 1,49; <i>IC</i> del 95%: 0,98 a 2,28; <i>p</i> = 0,06). Experiencia sexual, caricias: ($\chi^2 = 13,38$, <i>p</i> < 0,001), la masturbación mutua ($\chi^2 = 0,35$, <i>p</i> > 0,05), el sexo oral ($\chi^2 = 0,14$, <i>p</i> > 0,05), el sexo vaginal ($\chi^2 = 2,38$, <i>p</i> < 0,05) y el sexo anal ($\chi^2 = 17,29$, <i>p</i> < 0,001). Métodos de protección: ($\chi^2 = 4,41$, <i>p</i> < 0,05). Conocimientos adecuados antes y después de la intervención: Responsabilidad de evitar embarazos en la pareja: (<i>p</i> = 0,01). Formas de evitar un embarazo: (<i>p</i> = 0,03). Métodos anticonceptivos: (<i>p</i> = 0,03). Existe una diferencia significativa entre géneros en la percepción de que la Anticoncepción de Emergencia (AE) es un método abortivo (hombres, 9,2% y mujeres, 3,3%, <i>p</i> = < 0,001).
Torres et al. ³⁶ 2006	México	ECA	Intervención educativa	Escuela	Docentes con capacitación previa	40 escuelas aleatorizadas (11 177 alumnos < de 16 años)	52	Sesiones semanales de 2 horas (16 semanas)	Individual	2 años	Resultados conductuales: uso del condón durante las relaciones sexuales (<i>AOR</i> = 7,52; <i>IC</i> 95% 0,41-16,62; <i>p</i> < 0,05), lo que podría indicar un aumento de la autoeficacia (<i>AOR</i> = 1,44; 95% <i>CI</i> 1,30–1,61; <i>p</i> < 0,001), el número de parejas sexuales (<i>AOR</i> = 7,52; <i>IC</i> 95%: 0,41-16,62; <i>p</i> < 0,05). En cuanto a la asertividad sexual, se observó diferencias significativas en las tres medidas: iniciación (<i>AOR</i> = 3,70; <i>IC</i> 95 %: 2,39–5,73; <i>p</i> < 0,001), rechazo (<i>AOR</i> = 2,60; <i>IC</i> 95%: 1,42–4,72; <i>p</i> < 0,002) y negociación del uso del preservativo (<i>AOR</i> = 12,06; <i>IC</i> 95%: 0,53–11,01; <i>p</i> < 0,001). No hubo pruebas de que el uso difiriera entre los grupos (33,0% control versus 37,0% intervención; odds ratio ajustado (<i>OR</i>) = 1,19; <i>IC</i> del 95%: 0,80 a 1,77; <i>p</i> = 0,40). Hubo un efecto significativo limitrofe con respecto a la aceptabilidad (63% de control versus 72% de intervención; <i>OR</i> ajustado (<i>OR</i>) = 1,49; <i>IC</i> del 95%: 0,98 a 2,28; <i>p</i> = 0,06). Experiencia sexual, caricias: ($\chi^2 = 13,38$, <i>p</i> < 0,001), la masturbación mutua ($\chi^2 = 0,35$, <i>p</i> > 0,05), el sexo oral ($\chi^2 = 0,14$, <i>p</i> > 0,05), el sexo vaginal ($\chi^2 = 2,38$, <i>p</i> < 0,05) y el sexo anal ($\chi^2 = 17,29$, <i>p</i> < 0,001). Métodos de protección: ($\chi^2 = 4,41$, <i>p</i> < 0,05). Conocimientos adecuados antes y después de la intervención: Responsabilidad de evitar embarazos en la pareja: (<i>p</i> = 0,01). Formas de evitar un embarazo: (<i>p</i> = 0,03). Métodos anticonceptivos: (<i>p</i> = 0,03). Existe una diferencia significativa entre géneros en la percepción de que la Anticoncepción de Emergencia (AE) es un método abortivo (hombres, 9,2% y mujeres, 3,3%, <i>p</i> = < 0,001).
Cabezón et al. ³⁷ 2005	Chile	ECA	Programa de educación sexual (TeenSTAR)	Escuela	Profesores educadores y monitores	1 259 adolescentes de 15 a 16 años	100	14 unidades desarrollada en > 2 clases de 45 minutos hasta alcanzar el objetivo	Individual y grupal	4 años	Resultados conductuales: uso del condón durante las relaciones sexuales (<i>AOR</i> = 7,52; <i>IC</i> 95% 0,41-16,62; <i>p</i> < 0,05), lo que podría indicar un aumento de la autoeficacia (<i>AOR</i> = 1,44; 95% <i>CI</i> 1,30–1,61; <i>p</i> < 0,001), el número de parejas sexuales (<i>AOR</i> = 7,52; <i>IC</i> 95%: 0,41-16,62; <i>p</i> < 0,05). En cuanto a la asertividad sexual, se observó diferencias significativas en las tres medidas: iniciación (<i>AOR</i> = 3,70; <i>IC</i> 95 %: 2,39–5,73; <i>p</i> < 0,001), rechazo (<i>AOR</i> = 2,60; <i>IC</i> 95%: 1,42–4,72; <i>p</i> < 0,002) y negociación del uso del preservativo (<i>AOR</i> = 12,06; <i>IC</i> 95%: 0,53–11,01; <i>p</i> < 0,001). No hubo pruebas de que el uso difiriera entre los grupos (33,0% control versus 37,0% intervención; odds ratio ajustado (<i>OR</i>) = 1,19; <i>IC</i> del 95%: 0,80 a 1,77; <i>p</i> = 0,40). Hubo un efecto significativo limitrofe con respecto a la aceptabilidad (63% de control versus 72% de intervención; <i>OR</i> ajustado (<i>OR</i>) = 1,49; <i>IC</i> del 95%: 0,98 a 2,28; <i>p</i> = 0,06). Experiencia sexual, caricias: ($\chi^2 = 13,38$, <i>p</i> < 0,001), la masturbación mutua ($\chi^2 = 0,35$, <i>p</i> > 0,05), el sexo oral ($\chi^2 = 0,14$, <i>p</i> > 0,05), el sexo vaginal ($\chi^2 = 2,38$, <i>p</i> < 0,05) y el sexo anal ($\chi^2 = 17,29$, <i>p</i> < 0,001). Métodos de protección: ($\chi^2 = 4,41$, <i>p</i> < 0,05). Conocimientos adecuados antes y después de la intervención: Responsabilidad de evitar embarazos en la pareja: (<i>p</i> = 0,01). Formas de evitar un embarazo: (<i>p</i> = 0,03). Métodos anticonceptivos: (<i>p</i> = 0,03). Existe una diferencia significativa entre géneros en la percepción de que la Anticoncepción de Emergencia (AE) es un método abortivo (hombres, 9,2% y mujeres, 3,3%, <i>p</i> = < 0,001).
Vigil et al. ³⁴ 2005	Chile	ECA	Programa holístico de sexualidad (TeenSTAR)	Escuela	Profesores capacitación	934 adolescentes de 10 escuelas, entre 12 y 18 años	40	12 sesiones de una hora y media cada una, separadas por 15 días	Individual y grupal	1 año	Resultados conductuales: uso del condón durante las relaciones sexuales (<i>AOR</i> = 7,52; <i>IC</i> 95% 0,41-16,62; <i>p</i> < 0,05), lo que podría indicar un aumento de la autoeficacia (<i>AOR</i> = 1,44; 95% <i>CI</i> 1,30–1,61; <i>p</i> < 0,001), el número de parejas sexuales (<i>AOR</i> = 7,52; <i>IC</i> 95%: 0,41-16,62; <i>p</i> < 0,05). En cuanto a la asertividad sexual, se observó diferencias significativas en las tres medidas: iniciación (<i>AOR</i> = 3,70; <i>IC</i> 95 %: 2,39–5,73; <i>p</i> < 0,001), rechazo (<i>AOR</i> = 2,60; <i>IC</i> 95%: 1,42–4,72; <i>p</i> < 0,002) y negociación del uso del preservativo (<i>AOR</i> = 12,06; <i>IC</i> 95%: 0,53–11,01; <i>p</i> < 0,001). No hubo pruebas de que el uso difiriera entre los grupos (33,0% control versus 37,0% intervención; odds ratio ajustado (<i>OR</i>) = 1,19; <i>IC</i> del 95%: 0,80 a 1,77; <i>p</i> = 0,40). Hubo un efecto significativo limitrofe con respecto a la aceptabilidad (63% de control versus 72% de intervención; <i>OR</i> ajustado (<i>OR</i>) = 1,49; <i>IC</i> del 95%: 0,98 a 2,28; <i>p</i> = 0,06). Experiencia sexual, caricias: ($\chi^2 = 13,38$, <i>p</i> < 0,001), la masturbación mutua ($\chi^2 = 0,35$, <i>p</i> > 0,05), el sexo oral ($\chi^2 = 0,14$, <i>p</i> > 0,05), el sexo vaginal ($\chi^2 = 2,38$, <i>p</i> < 0,05) y el sexo anal ($\chi^2 = 17,29$, <i>p</i> < 0,001). Métodos de protección: ($\chi^2 = 4,41$, <i>p</i> < 0,05). Conocimientos adecuados antes y después de la intervención: Responsabilidad de evitar embarazos en la pareja: (<i>p</i> = 0,01). Formas de evitar un embarazo: (<i>p</i> = 0,03). Métodos anticonceptivos: (<i>p</i> = 0,03). Existe una diferencia significativa entre géneros en la percepción de que la Anticoncepción de Emergencia (AE) es un método abortivo (hombres, 9,2% y mujeres, 3,3%, <i>p</i> = < 0,001).

Aunque no todos los estudios incluidos en esta revisión abordaron directamente la interseccionalidad en la prevención del embarazo adolescente, la tabla 2 resalta la diversidad de enfoques y estrategias empleadas, así como el grado de consideración de la interseccionalidad en la planificación e implementación de estas intervenciones.

Un estudio fue diseñado con una intervención basada en la teoría del aprendizaje social y el modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales, enfocada en adolescentes heterosexuales mediante ejercicios de simulación adaptados a sus experiencias. Aunque no se abordaron específicamente aspectos relacionados con género, raza, clase social u orientación sexual, la intervención incorporó una variedad de estrategias cognitivo-conductuales para promover conductas sexuales saludables³¹.

En contraste, otra intervención aplicó el Modelo Integrado de Comportamiento (IBM) en su intervención, dirigida a mujeres jóvenes, heterosexuales. Aunque no se consideraron explícitamente aspectos de interseccionalidad, la intervención buscó proporcionar mensajes de texto informativos sobre anticoncepción adaptados a las necesidades individuales de las participantes, con el fin de promover una mayor autonomía en la toma de decisiones sobre su salud reproductiva³⁷.

Por otro lado, el programa COMPAS, basado en la Teoría Cognitiva Social y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales, dirigido a jóvenes LGBT, abordó específicamente temas relacionados con la sexualidad no heteronormativa. Esta intervención reconoció la importancia de considerar la diversidad sexual y de género en la prevención del embarazo adolescente, adaptando las actividades y la información para abordar las necesidades específicas de este grupo poblacional³⁰.

En otro enfoque, otra intervención implementó la Teoría de Acción Razonada y la Teoría Cognitiva Social, centrándose en la educación sobre VIH/SIDA/ITS y la promoción del condón, dirigidas a adolescentes heterosexuales. Aunque se abordaron roles de género en la educación sexual, no se consideraron explícitamente otros aspectos de interseccionalidad³⁵.

Finalmente hubo dos intervenciones que aplicaron el programa TeenSTAR, enfocado en la

educación sexual basada en la abstinencia, sin considerar específicamente aspectos de interseccionalidad en sus intervenciones, aunque incorporaron estrategias para fortalecer la autoestima y el respeto por la vida^{33,34}.

Si bien algunos autores consideraron aspectos específicos de género, orientación sexual y diversidad en sus intervenciones, otros estudios podrían beneficiarse de una mayor inclusión y consideración de la interseccionalidad para abordar de manera más efectiva las necesidades y experiencias de todos los adolescentes en la prevención del embarazo.

Riesgo de sesgo de los estudios incluidos

La mayoría de los estudios, representando un 85,7%, demostraron un riesgo bajo en cuanto al proceso de aleatorización, lo que sugiere una asignación adecuada y aleatoria de los participantes a las intervenciones. Asimismo, un 71,4% de los estudios mostraron un bajo riesgo de desviaciones de las intervenciones previstas, indicando una implementación fiel a lo planeado.

Los resultados presentados en los estudios fueron consistentes en su fiabilidad, ya que el 100,0% de ellos mostraron un riesgo bajo en cuanto a la presentación de datos erróneos. En cuanto a la medición del resultado, un 71,4% de los estudios fueron clasificados como riesgo bajo, lo que sugiere una precisión y confiabilidad en la recopilación de datos.

Es relevante destacar que un porcentaje considerable de estudios, específicamente el 85,7%, mostraron un riesgo bajo en la selección del resultado reportado, lo que indica una representación fiel de los hallazgos obtenidos. Finalmente, en términos de sesgo general, un 71,4% de los estudios fueron categorizados como riesgo bajo, lo que sugiere la aplicación de estrategias efectivas para minimizar cualquier posible sesgo en el diseño y ejecución de los estudios.

En conjunto, estos resultados resaltan la solidez metodológica y la confiabilidad de los estudios analizados, fortaleciendo la validez de los hallazgos presentados y su relevancia para la comunidad científica interesada en la prevención del embarazo adolescente.

El análisis de la figura 2 presenta el riesgo de sesgo según los juicios de los autores de la revisión, ex-

presado como porcentajes para cada elemento en todos los estudios incluidos. La figura 3 ofrece un resumen del riesgo de sesgo, mostrando los juicios de los revisores para cada estudio individual.

Discusión

De los 38 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión, solo uno abordó de manera explícita la diversidad sexual y de género en sus intervenciones. Este hallazgo subraya una importante brecha en la consideración de la interseccionalidad, un marco que reconoce cómo diversas categorías sociales (género, raza, clase social, orientación sexual, entre otras) interactúan y contribuyen a experiencias únicas de opresión o privilegio. Estos re-

sultados corroboran hallazgos previos que resaltan la importancia de abordar la educación sexual en entornos escolares para promover conductas saludables y prevenir embarazos no planificados^{13,18,38}.

Los estudios incluidos en esta revisión demuestran que programas como COMPAS en Colombia y TeenSTAR en Chile, aunque mostraron resultados positivos en términos de autoeficacia y uso del condón, no abordaron explícitamente la diversidad interseccional más allá de la inclusión de jóvenes LGBT. Este enfoque, aunque importante, limita el potencial impacto de la intervención al no considerar otras dimensiones interseccionales que podrían influir en los comportamientos sexuales de los adolescentes^{39,40}.

Tabla 2. Descripciones de intervención, fundamentos teóricos de las intervenciones, condiciones de control e interseccionalidad

Autor y año	Descripción de la intervención	Teoría/modelo	Control	Interseccionalidad			
				Genero	Raza	Clase social	Orientación Sexual
Gómez et al. ³² 2022	Simulaciones adaptadas a adolescentes usando metodología participativa con intervenciones cognitivo-conductuales como juegos de roles, gamificación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, y toma de decisiones.	Teoría del aprendizaje social Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales	Sin intervención	No	No	No	Heterosexual
McCarthy y et al. ³⁵ 2020	Intervención vía mensajes de texto sobre anticoncepción, ajustada iterativamente según la retroalimentación de jóvenes, con mensajes diarios durante 120 días.	Modelo Integrado de Comportamiento (IBM)	Acceso a una aplicación estándar	Si	No	No	Heterosexual
Morales et al. ³¹ 2019	COMPAS es una intervención escolar que aborda relaciones no heterosexuales y habilidades sociales en cinco sesiones de 50 minutos.	Teoría Cognitiva Social y Modelo Información-Motivación-Habilidades Conductuales	Sin intervención	Jóvenes Lesbianas, Gay Bisexual Transgénero (LGBT)	No	Nivel Socioeconómico (estratos)	Heterosexual, homosexual y bisexual
Álvarez et al. ³³ 2018	Intervención basada en un diagnóstico inicial que explora expectativas de participantes y fomenta el intercambio y participación.	Ninguno	Sin intervención	No	No	No	No
Torres et al. ³⁶ 2006	Intervención educativa sobre VIH/SIDA/ITS con un grupo recibiendo adicionalmente educación sobre anticoncepción de emergencia.	Teoría de Acción Razonada y Teoría Cognitiva Social	Sin intervención	Roles de género	No	No	Heterosexual
Cabezón et al. ³⁷ 2005	Programa TeenSTAR centrado en la abstinencia y conciencia de la fertilidad, con actividades interactivas y sin recomendaciones de anticonceptivos.	No lo define	Sin intervención	No	No	No	Heterosexual
Vigil et al. ³⁴ 2005	TeenSTAR enfoca la educación sexual en la dignidad y libertad personal, fortaleciendo la autoestima y respetando la vida, con un currículo adaptado por edad y sexo.	No lo define	Educación habitual	No	No	Nivel Socioeconómico	Heterosexual

Además, se observa que la implementación de intervenciones educativas contribuye a un aumento en el conocimiento adecuado sobre métodos anticonceptivos y la responsabilidad de evitar embarazos³². Aunque estos hallazgos son prometedores, es importante considerar la necesidad de un enfoque más inclusivo que aborde la diversidad sexual y de género, como sugiere el estudio mencionado que incorpora conceptos interseccionales relevantes^{41,42}.

La literatura existente respalda estos resultados al destacar la importancia de un marco interseccional crucial para prevenir el embarazo adolescente al abordar la compleja interacción de varias identidades marginadas que contribuyen al estigma y las disparidades⁴². Este marco reconoce que el embarazo adolescente a menudo se cruza con múltiples identidades oprimidas, como raza/etnia minoritaria, maternidad soltera y estatus socioeconómico bajo, lo que conduce a un estigma interseccional⁴². Al comprender y abordar estos factores interseccionales a nivel individual, interpersonal, institucional y político a través del modelo más integrales como el socioecológico, las intervenciones pueden reducir eficazmente las tasas de embarazo adolescente⁴³.

Además, promover programas integrales de educación sobre salud sexual en las escuelas puede dotar a los adolescentes de conocimientos y habilidades para tomar decisiones informadas y, en última instancia, mitigar los factores de riesgo para la salud sexual y reproductiva y mejorar el bienestar general⁴⁴.

El análisis reveló limitaciones significativas, prin-

cialmente asociadas a la disponibilidad de evidencia científica proveniente de América Latina, derivadas de la exhaustiva búsqueda realizada. Estas limitaciones se refieren a la variedad y calidad de las metodologías utilizadas, la diversidad de intervenciones implementadas, el tamaño de las muestras consideradas en los estudios y la cantidad de publicaciones disponibles. Estas restricciones obstaculizan la posibilidad de llevar a cabo un metaanálisis robusto y de generalizar los hallazgos obtenidos a partir de la evidencia disponible.

A pesar de estos hallazgos, es importante reconocer que la inclusión de aspectos interseccionales en la planificación de intervenciones no es una tarea sencilla. Requiere una comprensión profunda de las múltiples capas de identidad y de cómo estas interactúan para crear experiencias diferenciadas. Los estudios revisados que abordaron aspectos específicos de género y orientación sexual demostraron que, aunque se pueden realizar avances, se necesita una mayor inclusión y una planificación más integral que considere todos los aspectos interseccionales^{18, 21- 23, 45}.

Una limitación adicional identificada en esta revisión sistemática fue la escasez de publicaciones que abordaran las interseccionalidades en la prevención de embarazo adolescente. Aunque todos los estudios consideraron la edad y el sexo como variables demográficas, aún no se ha integrado de manera adecuada el enfoque de interseccionalidad dentro de los programas de salud sexual, especialmente en lo concerniente a la prevención del embarazo adolescente.



Figura 2. Gráfico de riesgo de sesgo

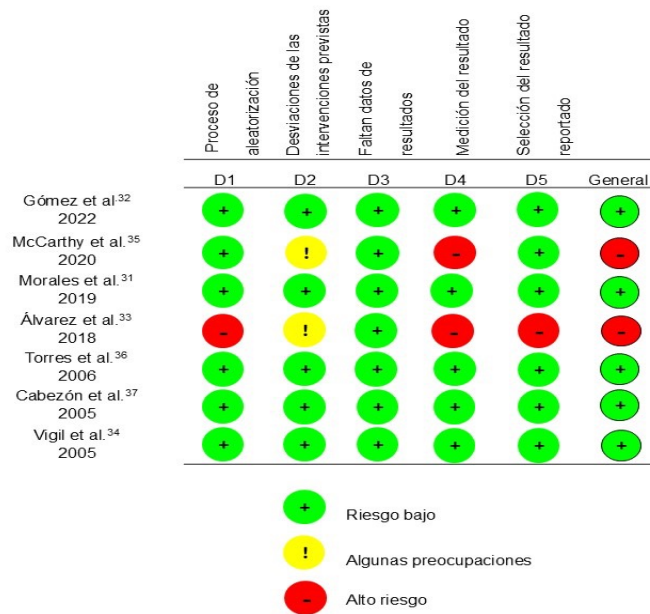


Figura 3. Resumen del riesgo de sesgo

En consecuencia, existe poca evidencia sobre los efectos de los programas de intervención que incorporan la interseccionalidad entre los adolescentes, especialmente los más jóvenes y aquellos que residen en zonas rurales o pertenecen a poblaciones indígenas. Esto puede ser de particular importancia en áreas donde las desigualdades y la pobreza están estrechamente relacionadas con la ubicación geográfica de residencia y la etnia/raza, como es el caso de la incidencia del embarazo adolescente.

Conclusiones

El análisis de los resultados de esta revisión sistemática revela que, si bien se han implementado diversas intervenciones para la prevención del embarazo adolescente en América Latina, pocas de ellas han integrado un enfoque interseccional en su diseño y ejecución.

Los hallazgos de esta revisión sistemática subrayan la importancia de integrar un enfoque interseccional en los programas de prevención del embarazo adolescente en América Latina. Incorporar esta perspectiva en el diseño y ejecución de las intervenciones no solo permite abordar de manera más completa las diversas necesidades de los adolescentes, sino que también tiene el potencial de reducir las inequidades en salud sexual y reproductiva en la región. Es fundamental que los

futuros programas adopten estrategias que contemplen las diferentes dimensiones de identidad como género, orientación sexual, raza y clase social para asegurar que todos los adolescentes se beneficien de manera equitativa.

Esta revisión destaca la interseccionalidad como un elemento central que debe ser integrado en las intervenciones preventivas, tanto en el ámbito educativo como en el de la salud. Un enfoque multidisciplinario y sensible a la diversidad de contextos puede facilitar una atención más holística, respondiendo a las realidades complejas que enfrentan los jóvenes en América Latina. Este enfoque no solo es esencial para mejorar los resultados en la prevención del embarazo adolescente, sino que también fortalece la equidad en salud, promoviendo un acceso más justo y efectivo a los recursos de salud sexual y reproductiva para todos los adolescentes de la región.

Contribuciones de autoría

Conceptualización: Natanael Librado González, Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Alan Josué Ramírez Calderón/ Maritza Nicolas Santiago.

Curación de datos: Natanael Librado González, Juliana Cristina dos Santos Monteiro.

Metodología: Natanael Librado González, Juliana Cristina dos Santos Monteiro.

Redacción-revisión y edición: Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Alan Josué Ramírez Calderón, Maritza Nicolas Santiago.

Validación: Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Alan Josué Ramírez Calderón, Maritza Nicolas Santiago.

Conflicto de intereses

Los autores declaran ningún conflicto de interés en esta revisión.

Financiamiento

La revisión se realizó sin ninguna financiación externa.

Referencias

1. Granados-Martínez A. Interseccionalidad en salud, pobreza y vulnerabilidad. Papeles Poblac [Internet]. 2022 Sept [cited 2024 Ag 16];28(111):137-61. Available from: <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/15796>
2. Rodríguez C. Adolescent pregnancy, public policies, and targeted programs in Latin America and the Caribbean: a systematic review. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2021 Dec [cited 2023 Oct 15];45:1-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2021.144>
3. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia [Internet]. 2024 Abr [cited 2023 Oct 15]. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=En%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el,cada%201000%20adolescentes%20\(4\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=En%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el,cada%201000%20adolescentes%20(4))
4. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). El embarazo en la adolescencia y el acceso a educación y servicios de salud sexual y reproductiva: un estudio exploratorio [Internet]. 2022 Nov [cited 2023 Oct 15]. Available from: https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Exploratorio_Fecundidad_Adolescente.pdf
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo [Internet]. 2019 Feb [cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44457-primer-informe-regional-la-implementacion-consenso-montevideo-poblacion>
6. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Autonomía física: maternidad en adolescentes [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/maternidad-adolescentes>
7. Estrada F, Atienzo EE, Cruz-Jiménez L, Campero L. A rapid review of interventions to prevent first pregnancy among adolescents and its applicability to Latin America. J Pediatr Adolesc Gynecol [Internet]. 2021 Aug [cited 2023 Oct 15];34(4):491-503. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2021.01.022>
8. Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Reseña técnica: El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe [Internet]. 2020 Ag [cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53134>
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas. 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 [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 12]. Available from: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_consecuencias_en_6_paises_espanol_1.pdf
10. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD Family Database) [Internet]. Organisation for Economic Co-operation and Development. 2024 Jun [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://web-archieve.oecd.org/temp/2024-06-21/69263-database.htm>
11. Instituto Nacional de las Mujeres. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente: informe 2020 [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 12]. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/661025/Informe_Ejecutivo_GIPEA_2020_.pdf
12. World population prospects 2019 Database [Internet]. United Nations: Department of Economic and Social Affairs. 2024 [cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://population.un.org/wpp/>
13. Rodríguez J. Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos [Internet]. Naciones Unidas, Santiago; 2017 [cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/5168c288-64d7-4262-8b6b-1d5d0fefbf4e/content>
14. Holman D, Salway S, Bell A, Beach B, Adebajo A, Ali N, et al. Can intersectionality help with

- understanding and tackling health inequalities? Perspectives of professional stakeholders. *Health Res Policy Sys* [Internet]. 2021 Jun [cited 2023 Nov 12]; 19(1):1-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12961-021-00742-w>
15. Hess LE. Intersectionality: A Systematic Review and Application to Explore the Complexity of Teen Pregnancy Involvement [master's thesis]. Columbia University; 2012. 126 p. [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://doi.org/10.7916/D8CV4FTQ>
 16. Cho HL. Can intersectionality help lead to more accurate diagnosis. *Am J Bioeth* [Internet]. 2019 Feb [cited 2023 Nov 12]; 19(2):37-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/15265161.2018.1557279>
 17. Azevedo JP, Favara M, Haddock SE, Lopez-Calva LF, Müller M, Perova E. Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean On Early Child Bearing, Poverty and Economic Achievement [Internet]. Washington; 2012 [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://documents.worldbank.org/curated/en/742021468225584924/pdf/831670v10REVIS00Box385190B00PUBLIC0.pdf>
 18. Román AA, Fujimori E, Duarte LS, Vilela AL. Prevalence and correlates of early sexual initiation among Brazilian adolescents. *PLoS One* [Internet]. 2021 Dec [cited 2023 Nov 12]; 16(12):e0260815. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260815>
 19. Agénor M. Future Directions for Incorporating Intersectionality Into Quantitative Population Health Research. *Am J Public Health* [Internet]. 2020 May [cited 2023 Nov 12]; 110(6):803-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2020.305610>
 20. Swain LT, Malouff JM, Meynadier J, Schutte NS. Psychological interventions Decrease unintended pregnancies: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Br J Health Psychol* [Internet]. 2023 May [cited 2023 Nov 12]; 28(2):567-85. Available from: <https://doi.org/10.1111/bjhp.12641>
 21. Marseille E, Mirzazadeh A, Biggs MA, Miller AP, Horváth H, Lightfoot M, et al. Effectiveness of School-Based Teen Pregnancy Prevention Programs in the USA: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Prev Sci* [Internet]. 2018 Jan [cited 2023 Nov 23]; 19:468-89. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0861-6>
 22. Alegría M, Cheng M. Intersectional approaches are essential to identify the multiple sources of oppression. *J Psychopathol Clin Sci* [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 23]; 132(5):590-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000842>
 23. Gross C, Goldan L. Modelling intersectionality within quantitative research. *Sozialpolitik.ch* [Internet]. 2023 Aug [cited 2023 Dec 16]; 1:1-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.18753/2297-8224-4025>
 24. Girls Not Brides: The Global Partnership to End Child Marriage. Un enfoque interseccional en materia de matrimonios y uniones Infantiles, Tempranas y forzadas (MUITF) [Internet]. 2022 Feb [cited 2023 Dic 16]. Disponible en: https://www.girlsnotbrides.es/documents/1696/Un_enfoque_interseccional_en_materia_de_MUITF.pdf
 25. Rodríguez CR. Adolescent pregnancy, public policies, and targeted programs in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 16]; 45:e144. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.144>
 26. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.4 (updated 2023 Dec 20). Cochrane, 2023. Available from: www.training.cochrane.org/handbook.
 27. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2021 Sept [cited 2023 Dic 20]; 74(9):790-9.updated: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
 28. Shanaa A. Rayyan – intelligent systematic review [Internet]. Rayyan. Rayyan Systems; 2021 [cited 2024 Jan 5]. Available from: <https://www.rayyan.ai/>
 29. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* [Internet]. 2019 Aug [cited 2024 Jan 5]; 366:l4898. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l4898>
 30. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021 March [cited 2024 Jan 5]; 372(71). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
 31. Morales A, Garcia-Montaña E, Barrios-Ortega C, Niebles-Charris J, Garcia-Roncillo P, Abello-

- Luque D, et al. Adaptation of an effective school-based sexual health promotion program for youth in Colombia. *Soc Sci Med* [Internet]. 2019 Feb [cited 2024 Jan 5]; 222:207-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.011>
32. Gómez-Lugo M, Morales A, Saavedra-Roa A, Nieves-Charris J, Abello-Luque D, Marchal-Bertrand L, et al. Effects of a sexual risk-reduction intervention for teenagers: A cluster-randomized control trial. *AIDS Behav* [Internet]. 2022 Jan [cited 2024 Apr 5]; 26(7):2446-58. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-022-03574-z>
 33. Álvarez JT, Blanco A, Torres M, Guilarte OT, Asprón A. Programa educativo sobre el embarazo no deseado dirigido a las adolescentes. *ccm* [Internet]. 2018 Dic [cited 2024 Abr 5]; 22(4):559-70. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000400003&lng=es
 34. Vigil P, Riquelme R, Rivadeneira R, Aranda W. TeenSTAR: una opción de madurez y libertad: Programa de educación integral de la sexualidad, orientado a adolescentes. *Rev Med Chil* [Internet]. 2005 Oct [cited 2024 Abr 13]; 133(10):1173-82. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005001000006&lng=es.
 35. McCarthy OL, Aliaga C, Torrico ME, López J, Huaynoca S, Leurent B, et al. An intervention delivered by mobile phone instant messaging to increase acceptability and use of effective contraception among young women in Bolivia: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res* [Internet]. 2021 March [cited 2024 Apr 15]; 22(6): e14073. Available from: <http://dx.doi.org/10.2196/14073>
 36. Torres P, Walker DM, Gutiérrez JP, Bertozzi SM. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2006 Ag [cited 2024 Abr 25]; 48(4):308-16. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000400005&lng=es.
 37. Cabezón C, Vigil P, Rojas I, Leiva ME, Riquelme R, Aranda W, et al. Adolescent pregnancy prevention: An abstinence-centered randomized controlled intervention in a Chilean public high school. *J Adolesc Health* [Internet]. 2005 Jan [cited 2024 Apr 15]; 36(1):64-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.10.011>
 38. McFarlane MD, Alaybek B, Schatz A, Painter JE, Olsen GP, Hogan KM, et al. Interactive, artistic, fun, and weird: Exploring facilitators and challenges to youth engagement across in-person, virtual, and hybrid pregnancy prevention programs. *Am J Sex Educ* [Internet]. 2022 Nov [cited 2024 Apr 25]; 18(4):594-617. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/15546128.2022.2139034>
 39. dos Santos AB, Martin C, Pereira F, de Moraes AC, Souza L, Dias M, et al. Sex education to prevent teenage pregnancy in the context of school health: an integrative analysis. *Res Soc Dev* [Internet]. 2021 Mar [cited 2024 Apr 25]; 10(3):e28210312967. Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.12967>
 40. Kan ML, Ramirez DD. Preventing subsequent teenage pregnancy: A multisite analysis of goal orientation and social supports. *Child Sch* [Internet]. 2020 Oct [cited 2024 May 2]; 42(4):225-35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/cs/cdaa023>
 41. Rodríguez C. Adolescent pregnancy, public policies, and targeted programs in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2021 [cited 2024 May 2]; 45: e144. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.144>
 42. Baird S, Camfield L, Ghimire A, Hamad BA, Jones N, Pincock K, et al. Intersectionality as a framework for understanding adolescent vulnerabilities in low and middle income countries: Expanding our commitment to leave no one behind. *Eur J Dev Res* [Internet]. 2021 Sep [cited 2024 May 2]; 33: 1143-62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1057/s41287-021-00440-x>
 43. Golman M, Ricks N, Gallegos ID, Weaver J. Utilizing the Socio-Ecologic Model as a Framework for the Prevention of Teen Pregnancy. *Socio-Cultural Influences on Teenage Pregnancy and Contemporary Prevention Measures* [Internet]. 2019 [cited 2024 May 2]:208-33. Available from: <https://doi.org/10.4018/978-1-5225-6108-8.ch012>
 44. Tebb KP, Brindis CD. Understanding the psychological impacts of teenage pregnancy through a Socio-ecological framework and life course approach. *Semin Reprod Med* [Internet]. 2022 Jan [cited 2024 May 2]; 40(01/02):107-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-1741518>
 45. Chambers BD, Erausquin JT. The promise of intersectional stigma to understand the complexities of adolescent pregnancy and motherhood. *J Child Adolesc Behav* [Internet]. 2015 Oct [cited 2024 May 2]; 03(05):249. Available from: <https://doi.org/10.4172/2375-4494.1000249>.