

# ARTÍCULO ORIGINAL

## EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE JALISCO, MÉXICO: UNA MIRADA DESDE LA MARGINACIÓN SOCIAL.

Jorge Laureano<sup>1,a,b</sup>, Elisa Gil<sup>1,a,b</sup>, Martha Leticia Mejía<sup>1,a,b</sup>, Aldo César de la Torre<sup>1,c</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Investigación, Secretaría de Salud Jalisco.

<sup>a</sup> Maestro en Ciencias de la Salud Pública

<sup>b</sup> Secretaría de Salud Jalisco

<sup>c</sup> Médico especialista en Epidemiología

El material contenido en el manuscrito no ha sido publicado previamente o remitido a otra revista biomédica.

Se obtuvo el consentimiento institucional para su realización, otorgando un registro estatal de investigación por parte del Comité de Investigación y Ética de la Institución.

Declaramos no tener ningún conflicto de interés con alguna instancia en relación al trabajo de investigación.

Artículo recibido el 1 de junio de 2016 y aceptado para publicación el 17 de junio de 2016

Correspondencia:

Jorge Laureano Eugenio  
Avenida Historiadores No. 3980-46,  
Colonia Jardines del Nilo, Guadalajara,  
Jalisco, México. C.P. 44860  
Teléfonos 52(33) 3030-5000 ext.35404  
y (045) 3338410801

✉ georgelaure\_1@hotmail.com

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las condiciones socioculturales, atención prenatal y obstétrica, y del recién nacido, en mujeres adolescentes embarazadas residentes de municipios con muy alta y muy baja marginación, en Jalisco, México durante 2014. **Diseño:** Estudio cuantitativo, descriptivo transversal. **Institución:** Secretaría de Salud Jalisco. **Participantes:** Adolescentes residentes de municipios de muy alta y de muy baja marginación. **Metodología:** Se revisaron certificados de nacimientos de adolescentes residentes de Jalisco atendidas de parto durante 2014, 140 fueron adolescentes residentes de municipios de muy alta marginación y 21 004 de municipios de muy baja marginación. **Principales medidas de resultados:** Análisis univariado de condiciones socioculturales, atención prenatal y obstétrica, además de datos del recién nacido. **Resultados:** Se registraron 28 178 nacimientos; de muy alta marginación (Grupo 1) fueron n=140 (0,5%) y de muy baja marginación (Grupo 2) fueron n=21 004 (74,5%). Del Grupo 1, la media de edad fue 17,1 años, 18,5% tenía 15 años o menos, 41,4% primaria o menos, media del número de embarazos fue 1,35; 20% no recibió atención prenatal, la media del número de consultas era 3,1, el 91% tuvo resolución obstétrica por parto normal, la media del peso de recién nacido fue 3 032,10 gramos. Del Grupo 2 la media de la edad fue 17,5 años, 22,7% era soltera, media del número de embarazos 1,34, media del número de consultas 6,7; el 45,2% tuvo resolución obstétrica por cesárea y la media del peso de recién nacidos fue 3 101,67 gramos. **Conclusiones:** Existieron diferencias porcentuales y de medias entre los grupos, en características socioculturales (escolaridad, estado civil y seguridad social) y las relacionadas con atención prenatal y obstétrica (control prenatal y resolución del embarazo). **Palabras clave:** Adolescente; Embarazo de Riesgo Alto; Características Culturales; Condiciones Sociales; Pobreza.

### ADOLESCENT PREGNANCY IN JALISCO MEXICO: A VIEW FROM SOCIAL MARGINALIZATION.

#### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the sociocultural conditions, prenatal and obstetrical care, and data of the newborn, in pregnant young women residing in municipalities with very high and very low marginalization in Jalisco, Mexico, in 2014. **Design:** Quantitative, descriptive cross-sectional study. **Institution:** Jalisco Health Secretariat. **Participants:** Adolescents residents of both highly and very low marginalization municipalities. **Methodology:** Birth certificates of 140 adolescents residing in highly marginalized municipalities (Group 1) and 21 004 residing in municipalities with very low marginalization (Group 2) in Jalisco, Mexico, and who delivered a child during 2014, were reviewed. **Main outcome measures:** Univariate analysis of social and cultural conditions, prenatal and obstetrical care, data of the newborn. **Results:** From 28 178 births, 140 (0.5%) adolescents belonged to highly marginalized births (Group 1) and 21 004 (74.5%) occurred in adolescents of very low marginalization adolescents (Group 2). The average age in Group 1 was 17.1 years, 18.5% were 15 years or less; 41.4% had elementary school or care, the mean number of pregnancies was 1.35; 20% did not receive prenatal care, the mean number of consultations was 3.1, 91% had normal delivery, the average newborn birth weight was 3 032.10 grams. The second group's mean age was 17.5 years, 22.7% were single, the average number of pregnancies 1.34, the mean number of consultations 6.6, 45.2% had caesarean section, and the average weight of newborns was 3 101.67 grams. **Conclusions:** There were differences between groups in sociocultural characteristics (education, marital status and social security) and those related to prenatal and obstetrical care (prenatal and pregnancy resolution). **Keywords:** Adolescent; High Risk Pregnancy; Cultural Background; Social Conditions; Poverty.



## INTRODUCCIÓN

En América Latina, durante los últimos 15 años, los embarazos en la adolescencia han aumentado la preocupación de diversos sectores sociales, considerándose un problema de Salud Pública, que ha llevado a la realización de diversas investigaciones que analizan su contribución a la morbilidad materna y neonatal, al igual estudios que buscan describir las implicaciones de orden social, psicológico y económico para la adolescente, el recién nacido, la familia y la sociedad en general<sup>(1,2)</sup>.

Al destacar los aspectos de orden social, la pobreza se ha vinculado con la presencia del embarazo en adolescentes, pues de 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y 1 millón de niñas menores de 15 años que dan a luz cada año en el mundo, la mayoría ocurre en países de ingresos bajos y medianos, siendo las condiciones socioculturales y económicas determinantes del contexto de marginación social en que las adolescentes desarrollan sus vidas<sup>(1,3)</sup>.

La marginación es un fenómeno multidimensional y estructural, originado principalmente por el modelo de producción económica de cada país y expresado en la desigual distribución del progreso entre una población y otra, excluyendo diversos grupos sociales del proceso y beneficios del desarrollo, una desigual distribución de oportunidades, pues para algunos se genera carencia de oportunidades y ausencia de capacidades para adquirir bienes y servicios fundamentales para el bienestar, siendo todo esto los elementos que configuran el escenario social donde la adolescente vive su embarazo, parto y puerperio<sup>(4)</sup>.

Con el interés de identificar las posibles desigualdades y poder generar acciones contextualizadas y puntuales frente al embarazo en adolescentes, el presente documento presenta los principales resultados de una investigación que se planteó el objetivo de analizar las condiciones socioculturales, atención prenatal y obstétrica, además de datos del recién nacido, en mujeres adolescentes embarazadas, residentes de municipios con muy alta y muy baja marginación en Jalisco, México, durante el año 2014<sup>(5)</sup>.

## MÉTODOS

Estudio transversal analítico, realizado a partir de la totalidad de certificados de nacimiento de recién nacidos de madres adolescentes (10 a 19 años) pertenecientes a los 125 municipios de Jalisco, durante el año 2014. De acuerdo a las estimaciones del Consejo Nacional de Población, con bases en el INEGI y Censo de Población y Vivienda en su versión 2010, se clasificó a los municipios por grado de marginación y se seleccionó para el estudio aquellos con muy alta marginación y los de muy baja marginación.

Se consideró la educación (porcentaje de población de 15 años o más analfabeta y porcentaje de población de 15 años o más sin primaria completa), vivienda (porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas sin agua entubada y porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas con algún nivel de hacinamiento, entendiendo esto como la relación de personas habitando una vivienda sobre el número de dormitorios, definiéndose tres niveles: hasta 2,4 es sin hacinamiento, de 2,5 a 4,9 es con hacinamiento medio y más de 5,0 es hacinamiento crítico), distribución de la población (porcentaje de población en localidades con menos de cinco mil habitantes) e ingresos (porcentaje de población ocupada con ingreso de hasta dos salarios mínimos)<sup>(4)</sup>.

Las variables de estudio seleccionadas fueron: características socioculturales (edad, estado civil, seguridad social, escolaridad y ocupación habitual), relacionadas a la atención prenatal y obstétrica (número de embarazos, atención prenatal, trimestre gestacional en que inicio su control prenatal, número de consultas, estado vital posterior al parto y procedimiento obstétrico), y relacionadas con el recién nacido (edad gestacional, sexo, talla, peso, puntaje de Ápgar y Silverman, además de malformaciones congénitas).

Los datos fueron registrados en una base de datos en Excel, y con el apoyo del programa estadístico Epi-info 7 se realizó un análisis univariado, calculando frecuencias simples, medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo a la distribución de los datos. La presente investigación fue dictaminada y aprobada por el Comité de Ética e Investigación de la Secretaría de Salud Jalisco, otorgándole el número de registro 42/OFC-JAL/2013.



## RESULTADOS

En los 125 municipios, se registraron 28 178 nacimientos de madres adolescentes residentes de Jalisco, identificando en la tabla 1 el número de embarazos distribuidos en los 5 grados de marginación.

A partir de estos datos, y en cumplimiento al objetivo planteado, se analizó los datos de los 140 nacimientos de los cuatro municipios de muy alta marginación (Grupo 1) y los datos de los 21 004 nacimientos de los 21 municipios de muy baja marginación. Es importante mencionar que en uno de los 4 municipios de muy alta marginación, durante el año de estudio no se identificó registro de nacimientos de madres adolescentes residentes de este municipio.

Respecto a la edad, la media en el Grupo 1 fue 17,1 ( $\pm 1,63$ ) años y en el Grupo 2, 17,6 ( $\pm 1,41$ ) años. La distribución de porcentajes y frecuencias de edad en ambos grupos se describen en la tabla 2, destacando que en el Grupo 1 el 18,5% (26) tenía 15 años o menos, mientras que en el Grupo 2 solo fue el 10% (2 117).

Los datos sociodemográficos se presentan en la tabla 3, destacando que, en cuanto a la seguridad social, en el Grupo 1 el 32,1% (45) no tenía seguridad social, mientras que en el grupo 2, solo 7,8% (1 644) no tenía seguridad social.

En lo que respecta a los datos de antecedentes obstétricos y control prenatal (tabla 4), se destaca que la media del número de embarazos en el Grupo 1 (127) fue 1,35 ( $\pm 0,58$ ) y en el Grupo 2 (17 205) 1,34 ( $\pm 0,62$ ). En el Grupo 1, el 20% (28), no recibió atención prenatal y 16,4% inicio su control prenatal hasta el tercer trimestre, mien-

tras que en el Grupo 2, solo 3,4% (722) no recibió control prenatal y 4,7% (981) iniciaron su control prenatal hasta el tercer trimestre. La media del número de consultas del grupo 1 fue 3,1 ( $\pm 2,6$ ) y en el grupo 2 de 6,7 ( $\pm 2,9$ ).

En las pacientes del Grupo 1 en que se identificó una edad gestacional de 41 a 45 semanas, en 20% (1) el procedimiento obstétrico fue cesárea y en 80% (4) fue parto normal, mientras que en el Grupo 2, 47,7% (880) tuvo cesárea, 50,1% (925) parto normal y solo el 2,1% (39) fórceps. La distribución del tipo de procedimiento obstétrico en el total de los dos grupos, se encuentra en la tabla 5.

En cuanto a los datos del recién nacido, se destaca que en el Grupo 1 la media del peso fue de 3 032,1 gramos ( $\pm 499,9$ ) y la media de la talla ( $n=127$ ) 48,9 centímetros ( $\pm 2,9$ ), mientras que en el Grupo 2 la media del peso ( $n=17 205$ ) fue de 3 101,67 gramos ( $\pm 478,9$ ) y la media de la talla ( $n=17 205$ ) fue 49,8 centímetros ( $\pm 2,9$ ); estos y otros datos de los recién nacidos se encuentran en la tabla 6. Es importante mencionar que, en el Grupo 1, los recién nacidos de menos de 2 500 gramos fueron el 12,8% (18) y en el grupo 2 fue 9,2% (1 925).

En cuanto a las alteraciones diagnósticas del nacimiento, en los recién nacidos del Grupo 1 solo 2,14% (3) reportó alguna malformación, mientras que en el Grupo 2 lo hizo 4,63% (974); los

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN POR GRADOS DE MARGINACIÓN.

Grado de marginación	Número de municipios	No. de embarazos	%
Muy alta marginación	4	140	0,5
Alta marginación	1	18	0,1
Mediana marginación	48	1 744	6,19
Baja marginación	51	5 272	18,7
Muy baja marginación	21	21 004	74,6
Total	125	28 178	100

Fuente: Base de datos estatal de la captura de certificados de nacimientos del 2014.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN POR GRADOS DE MARGINACIÓN.

Edad	Grupo 1		Grupo 2	
	f	%	f	%
9	0	0	1	0,004
10	0	0	1	0,004
11	0	0	1	0,004
12	1	0,7	11	0,1
13	1	0,7	114	0,5
14	8	5,7	555	2,7
15	16	11,4	1 434	6,8
16	23	16,4	2 915	13,9
17	25	17,9	4 222	20,1
18	35	25	5 348	25,5
19	31	22,1	6 402	30,5
Total	140	100	21 004	100

Fuente: Base de datos estatal de la captura de certificados de nacimientos del 2014.



Tabla 3. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

Variable	Grupo 1		Grupo 2	
	f	%	f	%
<b>Estado Civil</b>				
Unión libre	108	77,1	12 615	60,1
Soltera	16	11,4	4 772	22,7
Casada	15	10,7	3 332	15,9
Separada	0	0	36	0,2
Viuda	0	0	17	0,1
Se ignora	1	0,7	232	1,1
Total	140	100	21 004	100
<b>Escolaridad</b>				
Ninguna	16	11,4	288	1,4
Primaria incompleta y completa	42	30	3 917	18,6
Secundaria incompleta y completa	39	27,8	10 969	52,2
Bachillerato o preparatoria incompleta y completa	35	25	5 418	25,8
Profesional incompleta	2	1,4	222	1,1
Se ignora	6	4,3	190	0,9
Total	140	100	21 004	100
<b>Ocupación habitual</b>				
No remunerado - ama de casa	103	73,5	17 393	82,8
No remunerado - estudiante	6	4,3	1 619	7,7
Empleadas (trabajadores de la educación, artesanos, ayudantes y peones en procesos artesanales e industriales, secretarías)	5	3,6	1 191	5,7
Auto-empleadas (comerciantes ambulantes, agentes de ventas)	1	0,7	347	1,7
No ocupado	0	0	3	0
Se ignora	25	17,9	451	2,1
Total	140	100	21 004	100
<b>Derechohabencia</b>				
Seguro popular	82	58,6	12 160	57,9
Instituto Mexicano de Seguridad Social	1	0,7	4 000	19,0
Issste	1	0,7	56	0,3
Pemex, Sedena, Semar	0	0	57	0,3
Ninguna	45	32,1	1 644	7,8
Se ignora	11	7,9	3 087	14,7
Total	140	100	21 004	100

Fuente: Base de datos estatal de la captura de certificados de nacimientos del 2014.  
Issste = Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Tabla 4. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Y CONTROL PRENATAL.

Variable	(Grupo 1)		(Grupo 2)	
	f	%	f	%
<b>Número de embarazos</b>				
1 a 2	132	94,3	19 816	94,4
3 a 4	7	6	1 145	5,6
5 y más	0	0	40	0,2
Sin datos	1	0,7	3	0,0
Total	140	100	21 004	100
<b>Atención prenatal</b>				
Sí	105	75,0	20 083	95,7
No	28	20,0	722	3,4
Sin datos	7	5,0	199	0,9
Total	140	100	21 004	100
<b>Trimestre de atención</b>				
Primero	34	24,3	14 474	68,9
Segundo	47	33,6	4 399	20,9
Tercero	23	16,4	981	4,7
No recibió	28	20,0	605	2,9
Sin datos	8	5,7	545	2,6
Total	140	100	21 004	100
<b>Número de consultas recibidas</b>				
0	28	20,0	605	2,9
1 a 5	79	56,4	5 938	28,3
6 a 10	23	16,4	12 887	61,4
11 a 15	1	0,7	826	3,9
16 y más	0	0	113	0,5
Se ignora	9	6,4	635	3,0
Total	140	100	21 004	100
<b>Edad gestacional (semanas)</b>				
11 a 15	0	0	6	0,02
16 a 20	0	0	3	0,01
21 a 25	0	0	21	0,1
26 a 30	0	0	105	0,5
31 a 35	3	2,1	716	3,4
36 a 40	132	94,3	18 281	87,0
41 a 45	5	3,6	1 844	8,8
Se ignora	0	0	28	0,1
Total	140	100	21 004	100

Fuente: Base de datos estatal de la captura de certificados de nacimientos del 2014.

datos del tipo de malformación de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) se encuentran en la tabla 7.



TABLA 5. TIPO DE PROCEDIMIENTO OBSTÉTRICO.

Tipo de procedimiento obstétrico	Grupo 1		Grupo 2	
	f	%	f	%
Parto normal	128	91,4	11 192	53,3
Cesárea	8	5,7	9 488	45,2
Fórceps	0	0	252	1,2
Otros	4	2,9	23	0,1
No especificado	0	0	49	0,2
Total	140	100	21 004	100

Fuente: Base de datos estatal de la captura de certificados de nacimientos del 2014.

## DISCUSIÓN

El mayor porcentaje de embarazos en adolescentes se registró en municipios de muy baja marginación (74,5%), a diferencia de los municipios de muy alta marginación (0,5%), siendo importante considerar que, a pesar de las grandes diferencias porcentuales, la inequidad en el acceso geográfico, cultural y económico a servicios de salud y educación en México es mayor en municipios de muy alta marginación, afectando en mayor proporción a los menores de 19 años, vulnerables a diferentes tipos de abuso y violencia, más que en cualquier otro grupo de la población, lo cual se asume como un factor de orden social importante a considerar durante su control prenatal, resolución del evento obstétrico y puerperio<sup>(6,7)</sup>.

Respecto a las medias de la edad en los dos grupos de adolescentes (Grupo 1 17,1 y Grupo 2 17,5), son datos similares a lo reportado a nivel nacional -media de 17,4 años en una ciudad fronteriza de México, media de 17,5 años en un hospital público de Jalisco y mediana de 18 años en adolescentes de Guadalajara, Jalisco, así como a nivel internacional, media de 17,9 años en Colombia y media de 17,5 años en Perú. Se destaca que esta edad se ubica dentro de la adolescencia tardía, etapa donde la adolescente ingresa al mundo del trabajo o la educación superior, aspecto que se ve limitado por la presencia del embarazo<sup>(8-12)</sup>.

Al encontrar que los municipios de muy alta marginación tenían mayor porcentaje de embarazo en adolescentes de 15 años o menos (18,5%), debe tomarse en cuenta que en los sectores pobres de la población, las adolescentes se embarazan a temprana edad por falta a una

TABLA 6. INFORMACIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

Variable	Grupo 1		Grupo 2	
Ápgar	f	%	F	%
0 a 2	1	0,7	79	0,38
3 a 5	3	2,1	68	0,32
6 a 8	23	16,4	1 346	6,4
9 a 10	112	80	19 216	91,5
Se ignora	1	0,7	295	1,4
Total	140	100	21 004	100
Silverman	f	%	F	%
0 a 2	129	92,1	17 244	82,1
3 a 5	4	2,9	491	2,34
6 a 8	4	2,9	18	0,09
9 a 10	1	0,7	81	0,39
Se ignora	2	1,4	3 170	15,1
Total	140	100	21 004	100
Peso (kilogramos)	f	%	F	%
Menos de 1000	0	0	81	0,4
1 001 a 2 000	3	2,1	510	2,4
2 001 a 3 000	73	52,1	8 258	39,3
3 001 a 4 000	63	45	11 754	55,9
4 001 a 5 000	1	0,7	381	1,8
5 001 y más	0	0	10	0,1
Se ignora	0	0	10	0,04
Total	140	100	21 004	100
Talla (centímetros)	f	%	F	%
11 a 20	0	0	7	0,03
21 a 30	0	0	24	0,1
31 a 40	1	0,7	248	1,2
41 a 50	101	72,1	12 021	57,2
51 a 60	35	25	8 687	41,4
Se ignora	3	2,1	17	0,1
Total	140	100	21 004	100

Fuente: Base de datos estatal de la captura de certificados de nacimientos del 2014.

opción verdadera, libre y responsable de su sexualidad -producto de una violación o incesto, idea de sobrevivir con lo que su padre aporta en casa, tomar la maternidad como máxima realización femenina o adoptar un patrón cultural-, por lo que expertos asumen que el embarazo no es una opción, sino una falta de opciones en estos contextos<sup>(7,13,14)</sup>.



Tabla 7. MALFORMACIONES DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES PRESENTES EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES.

Clasificación internacional de las enfermedades (CIE 10)	f
<b>Grupo 1</b>	
Ninguna aparente	134
No especificado	3
Feto y recién nacido afectados por parto y extracción de nalgas	1
Feto y recién nacido afectados por otra presentación anómala, posición anómala y desproporción durante el trabajo de parto y el parto	1
Infección propia del período perinatal, no especificada	1
Total	140
<b>Grupo 2</b>	
Ninguna aparente	15 769
No especificado	4 254
Restricción del crecimiento fetal, no especificado	255
Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	191
<i>Cáput succedáneum</i> debido a traumatismo del nacimiento	147
Otros recién nacidos con sobrepeso para la edad gestacional	74
Otras malformaciones congénitas especificadas de cara y cuello	46
Otras malformaciones congénitas de los órganos genitales masculinos, no especificadas	32
Infección propia del período perinatal, no especificada	31
Hidrocele congénito	23
Otras deformidades <i>varus</i> y <i>valgus</i> congénitas de los pies	23
Otras malformaciones congénitas de la pared abdominal	21
Luxación congénita de la cadera, no especificada	19
Malformaciones congénitas del (de los) miembro(s) superior(es), e inferior(es) no especificados	19
Feto y recién nacido afectados por rotura prematura de las membranas	18
Otras alteraciones cerebrales no especificadas del recién nacido	16
Afección no especificada de la piel, propia del feto y del recién nacido	13
Síndrome de Down, no especificado	7
Malformación congénita, no especificada	7
Macrocefalia	6
Anemia de la prematuridad	5
Otra malformación congénita de la columna vertebral, no especificadas	5
Feto y recién nacido afectados por el parto o cesárea	4
Espina bífida, no especificada	4
Gemelos siameses	4
Feto y recién nacido afectados por drogadicción materna	3
Hidronefrosis congénita	2
Síndrome del recién nacido de madre diabética	2
Anomalia cromosómica, no especificada	2
Microcefalia	1
Anomalia de Ebstein	1
Total	21 004

Fuente: Base de datos estatal de la captura de certificados de nacimientos del 2014.



Por lo anterior, queda pendiente llevar a cabo estudios que permitan identificar cuántos de estos embarazos en menores de 15 años están relacionados con abuso sexual, pues estudios con población urbana de Colombia señalan que de los casos de violencia sexual valorados por una clínica forense, el grupo de mayor prevalencia son de 10 y 14 años, siendo la mayoría mujeres y el agresor, una persona conocida por la víctima. También debe enfatizarse la necesidad de reforzar acciones que brinden información para evitar el abuso sexual en este grupo poblacional, pues un estudio llevado a cabo con 180 estudiantes de Costa Rica de nivel primaria, identificó que solo el 31,1% sabe qué es violencia sexual y 21,1% contestó haber recibido información<sup>(15,16)</sup>.

Así mismo, en cuanto al estado civil, en las adolescentes de muy alta marginación el porcentaje de solteras fue menor en relación a las de muy baja marginación (11,4%), señalando algunos investigadores que, en contextos de pobreza, la unión de la adolescente a un cónyuge representa una mejor condición de vida individual y para los padres un compromiso menos, mientras que en contextos de muy baja marginación, la vivencia de su sexualidad ocurre en relaciones amorosas que no se clasifican como uniones (novios, amigos, pretendientes o enamorados), porque no se proyectan como una pareja para la crianza; por ello se convierten en madres solteras<sup>(14)</sup>.

El bajo porcentaje de adolescentes con estudios de primaria o menos en municipios de muy alta marginación (41,4%), es similar a lo reportado en Perú (57,3% tenía estudios de secundaria incompleta o menos). Se ha identificado además en población adolescente de Perú y Colombia, una asociación significativa del embarazo y no estudiar o tener una baja escolaridad, generando un efecto negativo en la superación de la pobreza en esos contextos, presentando además dificultades para reinsertarse al sistema escolar, lo cual propicia el no tener los elementos necesarios para la toma de decisiones de manera libre e informada, lo que aumenta la probabilidad de un nuevo embarazo no deseado<sup>(6,14,17,19,20)</sup>.

Para comprender que el 20% de las adolescentes de muy alta marginación no recibieran control prenatal, 16,4% iniciara su control prenatal a partir del tercer trimestre y que la media del número de consultas haya sido de 3,1, se debe considerar que el uso de los servicios de salud

materna es mayor cuando se tiene un buen nivel educativo, buena condición económica, existen medios de difusión de información como radio y televisión en el hogar, la vivienda está en área urbana, existe mayor disponibilidad de instituciones de salud, la madre tiene empleo, toma decisiones libremente sobre su cuidado médico y está afiliada a un régimen de seguridad social en salud, resaltando que en estas adolescentes el 32,1% no tuviera seguridad social<sup>(21)</sup>.

Desde una perspectiva sociocultural, el acceso de las adolescentes a servicios de salud materna, en los contextos de muy alta marginación, la negación y ocultamiento del embarazo es la principal barrera para acudir a un control prenatal de manera oportuna y constante, aunado a la vulnerabilidad familiar y social en que viven, no identificando además una figura de apoyo que se convierta en un facilitador para acudir a control prenatal, por lo que el sistema de salud en estos contextos, debe constituirse como un facilitador que acompañe desde muy temprano a las adolescentes embarazadas, favoreciendo un vínculo de confianza y respeto<sup>(22)</sup>.

Además de lo anterior, el no haber identificado algún registro de nacimiento de madres adolescentes en uno de los cuatro municipios de muy alta marginación, plantea la necesidad de considerar otros aspectos de orden social en la atención materna y perinatal. Tal es el caso del crimen organizado, ya que el municipio no cuenta con personal de salud fijo por la dinámica social de esta práctica, que hoy ocupa un lugar central en la agenda de seguridad de gran parte de los países de América Latina y el Caribe, haciendo falta llevar a cabo estudios de investigación precisa sobre sus distintas dimensiones en lo relacionado al otorgamiento de servicios de salud<sup>(23)</sup>.

El alto porcentaje de cesáreas en adolescentes de muy baja marginación (45,2%), está por arriba de los establecido por la Normatividad en México (máximo de 15% en hospitales de 2° nivel de atención y 20% en 3er nivel), reportando ya otros estudios una mayor realización de cesáreas en menores de 20 años, lo cual sobrepasa los beneficios y transgrede los derechos reproductivos de las mujeres. Otros estudios en México reportan la existencia de gran diversidad de criterios del personal médico para programar la cesárea, evidenciando la falta de protocolos de tratamiento, sobre todo en hospitales escuela,





pues es muy atractivo elegir la operación cesárea y olvidar o ignorar conceptos básicos de responsabilidad profesional y éticos<sup>(24-27)</sup>.

A partir de los resultados descritos, no se observan grandes diferencias porcentuales o de medias en los datos de los recién nacidos entre un grupo y otro, teniendo que llevar a cabo posteriormente investigaciones con otro tipo de diseños metodológicos o análisis estadísticos para poder identificar posibles diferencias significativas, pues se ha considerado que la maternidad en adolescentes conlleva mayores riesgos de salud para ellas y sus hijos, aumentando la morbilidad y mortalidad. Pero, además al analizarlo desde una perspectiva de exclusión social, cuando se vive en pobreza, con poca educación y no tener pareja, aumenta la morbilidad y mortalidad materna y neonatal<sup>(28)</sup>.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se puede señalar que la fuente de información de los datos, al ser secundaria, no proporciona información que pueda resolver las inquietudes que se generan al momento del análisis, por ejemplo, la institución donde se atendió; además, las variables están registradas al momento del nacimiento, lo cual limita identificar algunas variables que pueden presentarse tiempo después, por ejemplo, las malformaciones congénitas. En cuanto al análisis, este solo es descriptivo, siendo necesario llevar posteriormente un análisis con estadística inferencial que permita identificar las asociaciones variables.

A manera de conclusión, se destaca la existencia de diferencias entre las adolescentes de muy alta marginación y muy baja marginación, principalmente en las características socioculturales de escolaridad, estado civil y seguridad social, además de aquellas relacionadas con la atención prenatal y obstétrica, condiciones que deben ser modificadas por distintos sectores gubernamentales (salud, educación y desarrollo social), a través de la generación de acciones intersectoriales y contextualizadas que hagan posible disminuir las brechas de inequidad entre un grupo de adolescentes y otro, pero sobre todo, acciones que permitan disminuir la presencia del embarazo en esta etapa de la vida.

A manera de sugerencias, a partir de los resultados del presente estudio, debe considerarse que el cuerpo de las mujeres y las niñas en un

contexto de muy alta marginación está sometido a situaciones que vulneran la integridad de su salud, así como su persona, y esto se debe a la lógica del conflicto en la región donde se hace presente, por lo que es necesario la formación profesional para la atención integral en materia de derechos sexuales y reproductivos, desde el enfoque diferencial y la intersectorialidad de los derechos humanos, pues solo así se pueden abordar las inequidades y las exclusiones en salud materna y perinatal que las mujeres latinoamericanas enfrentan<sup>(29)</sup>.

De igual manera, los sistemas de salud, para hacer frente al embarazo en adolescentes, deben vincular sus acciones con el nivel socioeconómico de los habitantes del país, donde la población marginada y excluida sea tomada en cuenta en el análisis de los modelos de atención, para que la implementación de las acciones respondan a las necesidades del contexto, evitando modelos importados ajenos a la realidad. Los aspectos de orden sociocultural son un marco de análisis para la toma de decisiones en Salud Pública. El análisis desde la desigualdad social es un instrumento indispensable en la justificación de los programas de atención en salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales VT, Quintana NL, Valenzuela CF. Embarazo en Adolescentes: Problema de Salud Pública o de Intervención Social. CULCyT. 2015;49(1):51-9. Disponible en: <http://revistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/140/138>.
2. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Recopilación de artículos Junio 2009;87:405-84. [visitado 2016 ene 18]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>.
3. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N° 364. El embarazo en la adolescencia. Actualización de septiembre de 2014:OMS;2014.[visitado 2016 Ene 16]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
4. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Índice de marginación por entidad federativa y municipio. Jalisco, grado de marginación 2010:139-56. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices\\_margina/mf2010/CapitulosPDF/Anexo%20B2.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/mf2010/CapitulosPDF/Anexo%20B2.pdf).
5. Benach J, Muntaner C, Tarafa G, Vergara M. Impacto del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la





- Salud cuatro años después. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2012;38:794-802. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38s5/sup12512.pdf>.
6. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev Peru Med Experim Salud Publica*. 2013;30(3):471-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a17v30n3.pdf>.
  7. Sólomon GA, Villa JP, Núñez IP. Infancia: vulnerabilidad frente a la pobreza. *Acta Ped México*. 2011;32(1):52-62. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2011/apm111i.pdf>.
  8. Mejía ML, Laureno J, Gil E, Ortiz RC, Blackaller J, Benítez R. Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo. *Rev Colombiana Obstet Ginecol*. 2015;66(4):242-52. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Desktop/291-694-2-PB.pdf>.
  9. Arriaga C, Valles AM, Zonana A, Menchaca R. Embarazo en adolescentes migrantes: características sociodemográficas, ginecoobstétricas y neonatales. *Gac Med Mex*. 2010;146(3):169-74. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm103b.pdf>.
  10. Ortiz RC, Bañuelos A, Serrano RF, Mejía ML, Laureano J. Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, México. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2015;41(4): Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/2/2>.
  11. Pinilla E, Domínguez CC, García A. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. *Enfermería Global*. 2014;13(33):59-70. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/clinica4.pdf>.
  12. Sandoval J, Mondragón F, Ortíz M. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2015;53(1):28-34. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428183005>.
  13. Posada C. Embarazo en la adolescencia: no una opción, sino una falta de opciones. *Rev Sexología y Sociedad*. 2014;10(25):4-10. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Desktop/268-853-1-PB.pdf>.
  14. Huanco D, Ticona M, Ticona M, Huanco F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. *Rev Chilena Obstet Ginecol*. 2012;77(2):122-8. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n2/art08.pdf>.
  15. Hernández S, Mora R, Ramos R, Sequeira A, Vázquez M, Zumbado D. Evaluando el conocimiento de menores de edad sobre drogas y alcohol, abuso sexual infantil, violencia intrafamiliar e infecciones de transmisión sexual: el caso de la Escuela Estados Unidos de América. *Med Legal Costa Rica*. 2010;27(2):27-33. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v27n2/a03v27n2.pdf>.
  16. Aguilar A, Salcedo M. Caracterización de la violencia sexual en adolescentes de 10 a 19 años, 2001-2003, Cali. Colombia Méd. 2008;39(4):356-63. Disponible en: [http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/xmlui/bitstream/handle/10893/3334/caracterizacion.pdf?sequence=1&origin=publication\\_detail](http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/xmlui/bitstream/handle/10893/3334/caracterizacion.pdf?sequence=1&origin=publication_detail).
  17. Sánchez Y, Mendoza L, Grisales M, Ceballos L, Bustamente J, Muriel E. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. *Rev Chilena Obstet Ginecol*. 2013;78(4):269-81. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v78n4/art05.pdf>.
  18. Ariza NE, Valderrama ML, Ospina JM. Caracterización del embarazo adolescente en dos ciudades de Boyacá, Colombia. *Rev Virtual Univ Católica del Norte*. 2014;42:154-63. Disponible en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/501/1037>.
  19. Villalobos A, Campero L, Suárez L, Atienzo EE, Estrada F, Vara D. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México*. 2015;57(2):135-43. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n2/v57n2a8.pdf>.
  20. Tapia G, Palacios J, Fierro C. ¿La Escuela hace la diferencia? El abandono de la escuela secundaria en Guanajuato, México. *RMIE* 2010;15(44):197-225. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v15n44/v15n44a12.pdf>.
  21. Aguado LF, Girón LE, Osorio AM, Tovar LM, Ahumada JR. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico colombiano. *Rev Latinoam Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2011;5(1):1-36. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Desktop/294-707-1-PB.PDF>.
  22. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González M, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. *Salud Publica Mex*. 2013;55:572-9. Disponible en: [http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/2013/vol%2055%20No%206%20Nov%20Dic/3Chile.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20No%206%20Nov%20Dic/3Chile.pdf).
  23. Kessler, G. Crimen organizado en América Latina y el Caribe. Ejes de debate sobre narcotráfico, tráfico de armas y de personas. Cuadernos de Seguridad, (2011). 14. Disponible en: [http://m.minseg.gov.ar/sites/default/files/cuadernos/14\\_Kessler.pdf](http://m.minseg.gov.ar/sites/default/files/cuadernos/14_Kessler.pdf).



24. SSA. Norma Oficial Mexicana, NOM 007-SSA2-1993 sobre la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México, DF: Diario Oficial de la Federación, 1995. Disponible en: <http://www.anestesiaenmexico.org/RAM9/RAM2007-19-1/013.pdf>.
25. Suárez L, Campero L, Vara EDL, Rivera L, Hernández MI, Walker D, Lazcano E. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Salud Pública de México*, 2013;55:S225-34. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s2/v55s2a20.pdf>.
26. Monterrosa A, Arias M. Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005, Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", Cartagena (Colombia). *Rev Colomb Obstet Ginecol*, 2007;58(2):107-14. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1952/195214327003.pdf>.
27. Muñoz JM, Rosales E, Domínguez G, Serrano CL. Operación cesárea: indicación justificante o preocupación justificada. *Ginecol Obstet Mex*, 2011;79(2):67-74. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsMex/gom-2011/gom112b.pdf>.
28. Mendoza LA, Arias M, Mendoza LI. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev Chilena Obstet Ginecol*. 2012;77(5):375-82. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n5/art08.pdf>.
29. Fernández SY. Postura de la Red Latinoamericana de Género y Salud Colectiva de ALAMES frente a la cobertura universal de salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 2015;41(2):335-6. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n2/spu12215.pdf>.