

# Análisis de expedientes socio-médicos de mujeres con embarazos antes de los 15 años en tres hospitales de México. Apuntes para el Trabajo Social

Fabiola Pérez-Baleón 

Doctora en Estudios de Población. Licenciada en Trabajo Social

Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México

ggfabiolaperezbaledon@comunidad.unam.mx

## Resumen

Este artículo se propone un doble objetivo, uno técnico y otro académico: 1) Establecer ciertos elementos para acceder y sistematizar estadísticamente la información de los expedientes socio-médicos recabada por el departamento de Trabajo Social hospitalario. 2) Explorar información obtenida de los expedientes socio-médicos de mujeres con embarazos antes de los 15 años, atendidas durante 2017 en tres nosocomios mexicanos, a fin de describir su perfil socioeconómico, educativo y de salud.

Las mujeres atendidas realizaron su transición a la vida adulta en el ámbito sexual y reproductivo antes de los 15 años. La mayoría tenía secundaria incompleta, vivía en unión libre o en soltería, se dedicaba al hogar y había tenido al menos cinco consultas prenatales. El 94% cursaba su primer embarazo; era alto el porcentaje que había resuelto sus gestas por medio de partos vaginales; pocas habían tenido cesáreas o abortos. Al finalizar su embarazo, un alto porcentaje usaba anticoncepción posparto. Es importante que la o el trabajador social sea metódico al momento del llenado del expediente socio-médico y sistematice la información para proponer acciones para prevenir futuras gestas a estas edades. Los hospitales deben reportar casos de abuso sexual en adolescentes embarazadas.

**Palabras clave:** Adolescencia; Bienestar social; Estadísticas demográficas; Informe social; Salud materno-infantil; Abuso sexual.

**Recibido:** 07/03/2024 | **Aprobado:** 25/04/2024 | **Publicado:** 08/07/2024



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

**Financiación o proveniencia del artículo:** los datos que se presentan en este artículo fueron generados dentro del proyecto de investigación: "Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente (ENFaDEA).

Hacia la comprensión de los elementos sociales, familiares y personales asociados al embarazo adolescente y la elaboración de propuestas de intervención", el cual fue desarrollado entre 2017 y 2018 dentro de la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); el proyecto fue financiado por la Fundación Gonzalo Río Arronte (FGRA).

---

## ¿Cómo citar este artículo? / How to quote this article?

Pérez-Baleón, F. (2024). Análisis de expedientes socio-médicos de mujeres con embarazos antes de los 15 años en tres hospitales de México. Apuntes para el Trabajo Social. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social*, (38), e21013616. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i38.13616>

# Analysis of socio-medical files of women with pregnancies before they were 15 years old in three Mexican hospitals. Notes to Social Work

## Abstract

This article proposes a double objective, one technical and one academic: 1) To establish some elements to access and systematize statistically the information of socio-medical records collected by the Department of Hospital Social Work. 2) To explore information obtained from the socio-medical records of women with pregnancies before the age of 15, attended during 2017 in three hospitals in Mexico to describe their socioeconomic, educational, and health profile.

The women in question made their transition to adult sexual and reproductive life before the age of 15. Most of them had incomplete secondary education, lived in a free union or were single, worked at home, and had had at least five prenatal consultations. 94% of these women were in their first pregnancy; the percentage that had resolved their pregnancies through vaginal deliveries was high; only a few of them had had cesarean or abortions.

Once their babies were born, a high percentage used postpartum contraception. Social Workers must be organized at the time of filling the socio-medical record and systematize the information to propose actions to prevent pregnancies in adolescence. Hospitals should report cases of sexual abuse in pregnant adolescents.

**Keywords:** Adolescence; Social welfare; Demographic statistics; Social reports; Maternal and child health; Sexual abuse.

**Sumario:** 1. Introducción, 2. Metodología, 2.1 Limitantes del estudio, 2.2 Qué datos sistematizar y cómo hacerlo, 3. Hallazgos, 4. Conclusiones, 5. Referencias bibliográficas.

## 1. Introducción

Se estima que en 2016 en México nacieron 11808 bebés de mujeres entre 12 a 14 años. La tasa específica de fecundidad (TEF) de este grupo de edad se posicionó en 3.55 nacimientos por cada mil mujeres de esta edad para ese año (Meneses y Ramírez, 2018). Ya para 2021 se registraron 3019 nacimientos de bebés de mujeres de estas edades, lo que situó la tasa de fecundidad en 0.2 por cada mil menores de 15 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2023). Desde 2015, a partir de la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), se han implementado una serie de acciones intersectoriales para tratar de cumplir con la meta establecida de erradicar embarazos en niñas de 14 años o menos para el año 2030, sin embargo, aún falta un largo camino por recorrer (Consejo Nacional de Población de México [CONAPO], 2023).

Las mujeres con embarazos antes de los 15 años suelen proceder de hogares de bajos recursos y de comunidades marcadas por la vulnerabilidad, la pobreza, la desigualdad social y la precariedad (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2018; Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2013; 2017; Herrera, 2016; Meneses *et al.*, 2020; Pacheco-Sánchez, 2015; Pantelides y Binstock, 2007; Pérez-Baleón y Lugo, 2020a; Sánchez-Bringas y Pérez-Baleón, 2016; Stern y Menkes, 2008; UNICEF, 2017).

Otros factores asociados a este fenómeno son la persistencia del matrimonio infantil, la exclusión o el abandono de la escuela, la violencia sexual, la falta de acceso a educación sexual integral a edades tempranas, la ausencia de servicios de salud accesibles y amigables, las relaciones desiguales de poder entre los géneros y la imposibilidad de acceder a la interrupción legal del embarazo (ILE) cuando así lo requieren (CONAPO, 2023; UNFPA, 2013; UNICEF, 2017).

A su vez, la maternidad y la crianza profundizan situaciones de vulnerabilidad previas al embarazo. Las adolescentes madres interrumpen sus estudios y/o encuentran mayor dificultad para completarlos; tienen menores oportunidades de acceso al mercado laboral; asumen tempranamente responsabilidades y roles adultos en aislamiento y exclusión y pueden llegar a sufrir daños emocionales y psicológicos agravados cuando el embarazo no es intencional o fue producto de relaciones forzadas (UNICEF, 2017).

Por su misma edad, las mujeres que se embarazan antes de los 15 años aún no han concluido la secundaria, algunas incluso no tienen la primaria completa, por lo que no cuentan con educación sexual proporcionada por la escuela, o ésta es muy escueta, por lo que pocas veces saben las cuestiones básicas de sexualidad, anticoncepción y embarazo. De hecho, a estas edades ellas pueden llegar a explicar que ignoraban que se podían embarazar si tenían relaciones sexuales sin protección, aunque también un motivo que explica su embarazo es el deseo de tener un bebé (Meneses y Ramírez, 2018; Menkes y Suárez, 2003; Pacheco-Sánchez, 2015; Pérez-Baleón y Lugo, 2020b).



En menores de 15 años con embarazos, si bien es posible que una parte importante ya esté fuera de la escuela antes del embarazo, otra parte puede llegar a abandonarla a causa del embarazo. Quienes viven en pareja tienen menos probabilidad de proseguir en la escuela, mientras que quienes residen con su familia de origen y no están viviendo en uniones conyugales tienen más posibilidades de recibir apoyo por parte de su familia para continuar estudiando (Binstock y Gogna, 2017; Pérez-Baleón y Sánchez-Bringas, 2020; UNICEF, 2017).

Un aspecto importante en la ocurrencia de su embarazo es el emparejamiento con fines de noviazgo o de matrimonio con hombres que les llevan varios años de edad, que generalmente están en sus veintes y tienen una escolaridad máxima de secundaria (Pérez-Baleón y Lugo, 2020; Sánchez-Bringas y Pérez-Baleón, 2016). Entre las menores de 15 años con embarazos tan sólo el 1% de ellas afirmó que el padre de su hijo se encontraba en su mismo rango de edad; en tanto que 40.1% reportó que él tenía de 15 a 19 años, 22.7% de 20 y 24 años y 8.4% 25 años o más. De ellas, el 28% no declaró la edad de él, tal vez por desconocimiento o por las características de la situación que dio origen al embarazo (CONAPO, 2018; Meneses y Ramírez, 2018).

Si son mayores, ellos tienden a tener un trabajo remunerado, lo que les hace sentir que ya están en posibilidad de mantener una familia (Céspedes y Robles, 2016; Meneses y Ramírez, 2018). Estos varones suelen ser quienes les proponen tener relaciones sexuales, generalmente sin protección y, en ocasiones, comenzar a vivir juntos y tener descendencia; todo esto cuando ellas no tienen aun 15 años. Al no tener experiencia ni habilidades para negociar, pueden fácilmente convencerlas, sea por medio del enamoramiento, la seducción, o incluso por la fuerza (Pacheco-Sánchez, 2015; Pérez-Baleón y Sánchez-Bringas, 2020).

Por lo que sus primeros encuentros sexuales pueden estar marcados por la violencia sexual, llegando a embarazarse, incluso, en su debut sexual (Pérez-Baleón, 2023; Pérez-Baleón y Lugo, 2020b). Entre más joven es la mujer al momento de su embarazo, menos probable es que se encuentre dentro de relaciones más igualitarias, con parejas de su propia edad (Mier *et al.*, 2020).

Las relaciones desiguales de poder y los estereotipos de género impiden a las mujeres exigir al varón el uso del condón y asocian la creencia de que el control de la fecundidad es responsabilidad femenina (Pacheco-Sánchez, 2015). Aunado a lo anterior, las normativas de género se exteriorizan por medio del deseo de las mismas adolescentes de tener hijos y formar una familia (Pacheco-Sánchez, 2015; Pérez-Baleón y Lugo, 2020b).

La presencia de uniones conyugales durante la adolescencia incrementa la posibilidad de embarazarse en esta etapa de la vida (CONAPO, 2018; González-Garza *et al.*, 2005; Meneses *et al.*, 2020; Meneses y Ramírez, 2018; Menkes y Suárez, 2003; Pantelides y Binstock, 2007; Stern y Menkes, 2008). En México, cuatro de cada 100 adolescentes de 12 a 17 años están o han estado en una unión conyugal (INEGI, 2022).

Los hombres con los que se emparejan conyugalmente suelen tener la expectativa de un pronto embarazo, por lo que la idea de emplear anticonceptivos se contempla sólo hasta que ella concluye su primer embarazo; y se colocan en su cuerpo, pero a insistencia del sistema de salud. Si no han comenzado a vivir en pareja, el embarazo es el elemento que motiva la unión conyugal; aunque en este grupo etario hay un gran riesgo de que el progenitor de su hijo/a no se una conyugalmente con ella (Pérez-Baleón y Lugo, 2020a).

Se ha precisado que niñas y mujeres adolescentes tienen alto riesgo de ser víctimas de violencia sexual (Gómez *et al.*, 2011). Si bien no es posible saber si todos los embarazos son producto de relaciones forzadas, es más probable que éstos se den en el marco de relaciones con algún tipo de desigualdad de poder (Escobar *et al.*, 2019). Se ha cuantificado que una de cada cuatro mujeres con embarazos antes de los 15 años recibió violencia psicológica o física de forma muy frecuente, por parte del varón que la embarazó. Además de que ocho de cada cien sufrieron abuso sexual o fueron chantajeadas para acceder a tener relaciones sexuales (Pérez-Baleón, 2021; Pérez -Baleón y Lugo, 2021). No siempre el hombre con quien tienen relaciones sexuales es su pareja afectiva (novio o pareja conyugal) y son esos varones sin vínculos afectivos quienes mayormente las exponen a diversos tipos de violencia e incluso las abandonan cuando se enteran de sus embarazos (Pérez-Baleón y Lugo, 2020a).

En esta población sus transiciones a la vida adulta: debut sexual, inicio de vida conyugal, primer embarazo, nacimiento de primer hijo y salida de la escuela, se realizan en un periodo de tiempo corto y entre los 14 y los 15 años (Pérez-Baleón y Lugo, 2020b).

Si bien se considera que el embarazo a estas edades, en gran parte de los casos se puede deber a abuso sexual, perpetrado incluso por familiares cercanos a las niñas y adolescentes, se han hecho pocas acciones para registrar y judicializar estos casos. Los registros se hacen desde los ministerios de justicia, a partir de las denuncias realizadas. Otros datos se basan en encuestas, que si bien acercan a la prevalencia del dato, tienen las limitaciones propias del muestreo y del dato cuantitativo. Mientras que los centros de salud y hospitales que reciben a víctimas de abuso sexual no llevan un registro sistematizado, y las estadísticas de salud no compilan su incidencia a nivel país, por lo que es necesario redoblar esfuerzos al respecto (Escobar *et al.*, 2019).

Por lo anterior, este documento propone un doble objetivo, uno técnico y otro académico, por una parte busca: 1) Establecer ciertos elementos para acceder y sistematizar estadísticamente la información de los expedientes socio-médicos recabada por el departamento de Trabajo Social hospitalario. Además de 2) Explorar información obtenida de los expedientes socio-médicos de mujeres con embarazos antes de los 15 años, atendidas durante 2017 en tres nosocomios mexicanos, a fin de describir su perfil socioeconómico, educativo y de salud. El primer objetivo se aborda dentro de la metodología, en los sub apartados 2.1 y 2.2, mientras que el segundo se desarrolla en el apartado 3. Hallazgos.

Este artículo contiene una introducción, un apartado metodológico, con dos sub apartados que dan cuenta de los elementos que limitaron el estudio; también se explica qué datos se pueden sistematizar en el expediente socio médico y cómo hacerlo. Se presentan los hallazgos obtenidos de expedientes revisados de mujeres con embarazos entre los 13 y 14 años en tres estados de la República Mexicana. Se concluye sobre el tema y se presentan algunas variables que pueden incluirse en los expedientes socio-médicos.

## 2. Metodología

En la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se efectuó la investigación denominada “Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente (ENFaDEA)”. Hacia la comprensión de los elementos sociales, familiares y personales asociados al embarazo adolescente y la elaboración de propuestas de intervención”, misma que se desarrolló entre 2017 y 2018.

Esta investigación tuvo un apartado cuantitativo que culminó en una encuesta de carácter público, cuyo acrónimo es ENFaDEA, y un apartado cualitativo que incluyó entrevistas en profundidad a mujeres y hombres con antecedentes de embarazo en la adolescencia, que en ese momento acudían a tres hospitales previamente seleccionados, para atender sus embarazos o los de sus respectivas parejas. En el caso de las mujeres, éstas podían tener entre 13 a 24 años al momento de la entrevista.

Los hospitales en los que se efectuó la investigación fueron el Hospital de la Mujer Zacatecana (HMZ), ubicado en el municipio de Guadalupe, en Zacatecas, el Hospital General Dra. María del Socorro Quiroga Aguilar (HGDMSQA), de Ciudad del Carmen, Campeche, y el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) de la Ciudad de México (CDMX); los dos primeros son de segundo nivel y el último de tercer nivel; los tres atienden a población sin seguridad social.

Los criterios de selección de los estados fueron que tuvieran una alta tasa de fecundidad adolescente (TFA). Según el INEGI (2009; 2014), tanto en 2009 como en 2014 la TFA situó a estos estados en el tercero, noveno y lugar 32. Para 2014 la TFA fue de 105.49, 83.20 y 51.89 nacidos vivos de madres de 15 a 19 años de edad por cada 1000 mujeres de dicho rango de edad, respectivamente. En el caso de la Ciudad de México su importancia geopolítica y la oportunidad que se tuvo de acceder al INPer, que es un hospital de tercer nivel que cuenta con una clínica de la adolescente, nos llevó a incluirlo, aunque la ciudad se ubicaba en el último lugar. Otro criterio de selección fue que un estado se encontrara al norte, otro al sureste y el último en el centro del país (Pérez-Baleón *et al.*, 2020).

Aunado a las entrevistas efectuadas a mujeres y hombres, se revisaron expedientes clínicos de mujeres menores de 15 años que habían sido atendidas por un evento obstétrico en el semestre previo al trabajo de campo, en los servicios de gineco-obstetricia de los tres nosocomios a los que

se asistió; dichos expedientes son el foco de este artículo. En Zacatecas se revisaron los expedientes de seis meses atrás: febrero a julio de 2017; en el hospital de Campeche la revisión de expedientes abarcó los meses de marzo a agosto de ese mismo año, mientras que en el INPer los expedientes correspondían de julio a diciembre de 2017. La información de cada expediente fue recabada originalmente por el departamento de Trabajo Social de cada hospital (Pérez-Baleón *et al.*, 2020).

La razón por la cual se programó revisar los expedientes de esta población se debió a que al momento del diseño de la investigación el equipo se planteó cuestiones éticas en torno a sí se debía entrevistar a mujeres menores de 15 años o sólo se debía aproximarnos al fenómeno del embarazo en estas edades mediante los expedientes. Finalmente se efectuaron ambas técnicas, cuidando siempre su integridad emocional y su anonimato, ya que las condiciones permitieron acercarnos a ellas. En total se entrevistó a siete mujeres menores de 15 años<sup>1</sup> y se examinaron 79 expedientes clínicos; 35 en el HMZ, en Guadalupe, Zacatecas, 16 en el HGDMSQA, en Ciudad del Carmen, Campeche y 28 en el INPer, en la Ciudad de México (Pérez-Baleón *et al.*, 2020).

Para acceder a los hospitales se presentó el protocolo de investigación de la ENFaDEA, así como las cartas de consentimiento y asentimiento informado correspondientes, ante los Comités Estatales de Investigación y de Ética en Investigación, ya que éstos son los encargados de aprobar o rechazar la realización de estudios en instituciones específicas de salud (Pérez-Baleón *et al.*, 2020).

Gracias a esta aprobación se tuvo acceso a los expedientes físicos o electrónicos de la población, de los cuales se recuperaron datos sociodemográficos, económicos, sexuales, reproductivos, anticonceptivos, cuidado prenatal, resolución del embarazo, complicaciones durante el parto y datos del coautor del embarazo;<sup>2</sup> con dichos datos se elaboró una base de datos en SPSS (Pérez-Baleón *et al.*, 2020).

## 2.1 Limitantes del estudio

Varios aspectos limitaron la información obtenida en los expedientes. El primero es que no existe un formato único, al menos para el área de Trabajo Social en México, para recabar la información del expediente. Más bien cada institución cuenta con un formato, el cual no permite

<sup>1</sup> Los resultados de las entrevistas de las mujeres de la Ciudad de México con embarazos antes de los 15 años se tienen publicados en Pérez-Baleón y Sánchez-Bringas (2020) y en Pérez-Baleón y Macías-Velázquez (2021); mientras que la información de los expedientes no se había analizado previamente.

<sup>2</sup> Se evita emplear la palabra pareja y se prefiere utilizar la frase “el coautor del embarazo”, para referirnos al hombre que embarazó a la adolescente, ya que no siempre ellas se llegan a embarazar dentro de una relación de pareja estable.

Se sospecha que el embarazo a estas edades, muchas veces pudiera ser producto de relaciones abusivas o incluso de violaciones (Escobar *et al.*, 2019; Unicef, 2017).

la uniformidad entre instituciones; además de que no siempre está actualizado, pues no necesariamente contiene todas las preguntas que permitirían caracterizar tanto a la mujer atendida, como al coautor de su embarazo, ni detectar si el embarazo es producto de una situación de violencia o abuso sexual. Aunado a ello, periódicamente se hacen cambios de formato, a criterio de quien lleva la jefatura del área, por lo que algunas preguntas pueden llegar a ser eliminadas.

Y aunque contenga ciertas preguntas, no siempre se le hacen a la paciente, lo cual se puede deber a que en el momento de la entrevista exista saturación de trabajo, haya poco personal, sea porque es día festivo, fin de semana o porque faltó algún profesional por cuestiones personales, o porque quien hizo la entrevista no consideró necesario hacer ciertas preguntas; lo cual fue especialmente marcado al referirse al hombre que embarazó a la adolescente. Por lo que al respecto sería especialmente importante que existiera consenso entre los departamentos de Trabajo Social hospitalario, a fin de establecer un formato universal para recabar la información de las mujeres embarazadas, sobre todo aquellas con embarazos en la adolescencia, haciendo especial énfasis en las menores de 15 años y en detectar posibles casos de violencia o abuso sexual, a los cuales se les debe dar seguimiento para evitar que la mujer y su descendencia tengan que regresar a potenciales entornos nocivos para su salud e integridad.

8

## 2.2 Qué datos sistematizar y cómo hacerlo

Para sistematizar la información recabada por el área de Trabajo Social se recomienda hacer una base de datos, sea en Excel o directamente en el programa SPSS. Si se hace en Excel, después será aconsejable transferirla a SPSS mediante un programa llamado Stat Transfer. El personal computacional del hospital puede apoyar este aspecto técnico y generar las tablas de estadística descriptiva<sup>3</sup> para cada variable a fin de que las y los trabajadores sociales lo analicen; aunque lo aconsejable es que el personal de Trabajo Social conozca de SPSS, así como de estadística descriptiva para poder caracterizar a la población de interés y poder replicar el ejercicio que en el siguiente apartado se muestra.

Se parte del supuesto de que la base de datos contendrá relativamente un número acotado de cuestionarios, abocados a la población que el hospital atiende en un año determinado, inferior al que se tendría si se hiciera una encuesta al exterior del mismo, o se reuniera la información de varios hospitales, de ahí que sólo se está considerando emplear estadística descriptiva para perfilar a la población objeto de nuestro interés.

<sup>3</sup> La estadística puede ser dividida en descriptiva e inferencial. La primera utiliza métodos numéricos o gráficos para determinar los patrones que sigue un conjunto de datos, resumir la información y presentarla, dando una visión general de éstos. Se pueden utilizar tanto para muestras como para poblaciones, mientras que la estadística inferencial permite realizar estimaciones, predicciones y generalizaciones de la población, a partir de una muestra (Marques-De Cantú, 2004).



Los cuestionarios que se emplearán deberán de recibir un número de folio único (ID), exclusivo para este ejercicio. Ese folio se deberá de capturar en la base de datos para identificar a la persona. De esta manera no será necesario anotar el nombre de la mujer, a fin de guardar su anonimato, y si hay algún error en la base de datos, fácilmente se podrá recurrir al expediente para verificar y corregir la información.

Cada pregunta deberá ser convertida a una variable. Las variables estadísticas son características o cualidades que se pueden medir. Por ejemplo, en el cuestionario puede existir la pregunta ¿Cuál es su escolaridad? En la base de datos esta pregunta corresponderá a la variable: Escolaridad. Se recomienda que el cuestionario contenga respuestas cerradas (categorías), aunque también puede haber una opción para poner una respuesta no contemplada en el mismo. Por ejemplo, las respuestas a la variable escolaridad pueden ser: 1) Sin escolaridad 2) Primaria incompleta, 3) Primaria completa, 4) Secundaria incompleta, 5) Secundaria completa, 6) Bachillerato incompleto, 7) Bachillerato completo, 8) Licenciatura (completa o incompleta), 9) Posgrado (completo o incompleto), 10) Carrera técnica y 11) Otra.

Es importante que todas las respuestas estén numeradas para que en la base de datos las respuestas puedan ser capturadas en códigos numéricos, lo que hará más práctico el llenado de la base. Por ejemplo, si la adolescente con el folio 1 tiene primaria completa, se podrá en la base de datos la respuesta 3 en la variable escolaridad. En SPSS se puede indicar qué significan los números en el menú de valores; para ello se coloca la etiqueta de valores para cada número; por lo que, si queremos, podremos ver que 3, en este caso, corresponde a primaria completa. También se recomienda elaborar un libro de códigos que indique las variables y sus categorías de respuestas, con sus respectivas numeraciones.

Las variables se clasifican en cualitativas o cuantitativas. Las variables cualitativas o categóricas se expresan en palabras o códigos. A su vez, se dividen en nominales y ordinales. La nominal (nombre) contiene categorías que no obedecen a un orden o a una clasificación intrínseca; por ejemplo, la variable sexo es nominal porque puede ponerse indistintamente las categorías de 1) Femenino, 2) Masculino y 3) Otro o 1) Masculino, 2) Femenino y 3) Otro. Lo mismo suceden con variables como lugar de nacimiento o de residencia, religión o tipo de parto, ya que no se tiene establecido un orden en que una de las respuestas sea más importante que otra.

Las variables cualitativas ordinales son aquellas cuyas categorías responden a alguna clasificación intrínseca (orden), como puede ser la escolaridad, ya que primero se debe cursar la primaria y luego la secundaria; sucede lo mismo con los siguientes niveles escolares. Otras variables ordinales son los días de la semana o los meses del año.

Las variables cuantitativas son aquellas que pueden medirse numéricamente; pueden ser clasificadas en discretas y continuas. Las discretas contienen valores enteros, como las edades, que solemos responder en años y, para el caso de los bebés, en meses. Mientras que las variables

continuas tienen valores que contienen decimales, como lo es la estatura o la temperatura corporal.

Dependiendo del tipo de variable que se tenga es el tratamiento estadístico y presentación que se puede dar. Para las variables cuantitativas se pueden emplear medidas de tendencia central tales como la media aritmética, más conocida como media o promedio,<sup>4</sup> la mediana<sup>5</sup> y la moda<sup>6</sup>; también se pueden utilizar medidas de dispersión que dan cuenta de la variabilidad de las observaciones, la más comúnmente empleada es la desviación estándar,<sup>7</sup> además están los porcentajes,<sup>8</sup> las proporciones,<sup>9</sup> y las frecuencias.

Mientras que para las variables cualitativas: nominales y ordinales, se pueden usar porcentajes (ver tablas 2 y 4), así como proporciones y frecuencias, pero no las medidas de tendencia central ni de dispersión, porque no se puede obtener promedios de variables como sexo/género, por ejemplo.

10

En algunos estudios se tiende a emplear la media, sin embargo, ésta se ve afectada si en el cálculo existen valores extremos, además de que no puede contemplar a la población que no ha vivido la transición o evento o a aquella que no cuenta con la información porque ésta no fue recabada (valores perdidos o *missing*); por lo que pueden obtenerse cálculos que no necesariamente reflejen el comportamiento de gran parte de la población. De esta forma, es común que los resultados de la media se tiendan a generalizar, al desconocerse sus desventajas. Un ejemplo de ello es el promedio de la edad a la primera relación sexual, misma que sólo incluye a quienes ya han tenido relaciones sexuales, pero que se puede llegar a tomar como reflejo del comportamiento sexual de toda una generación o grupo etario, y no solo del subgrupo que ya ha debutado sexualmente, lo cual sería un error de interpretación (Pérez-Baleón y Lugo, 2021).

La mediana, en cambio, contempla a toda la población, independientemente de si ya ha vivido dicha transición y, como da cuenta, en este caso, de la edad a la que el 50% la realizó, independientemente del momento en que ello ocurrió, no se ve afectada por los valores extremos (para este ejemplo, mujeres con debut sexual extremadamente temprano o tardío) o por los

<sup>4</sup> La media aritmética se define como la suma de las observaciones divididas entre el total de las mismas (Infante-Gil y Zárate-De Lara, 1997).

<sup>5</sup> La mediana es un valor que divide los datos en mitades. Una con todas las observaciones mayores o iguales a la mediana y otra con aquéllas menores o iguales a ella. Para conjuntos de datos asimétricos se prefiere esta medida sobre la media (Infante-Gil y Zárate-De Lara, 1997).

<sup>6</sup> La moda es el valor que ocurre con mayor frecuencia. Puede haber dos o más valores con la misma frecuencia máxima (Infante-Gil y Zárate-De Lara, 1997).

<sup>7</sup> La desviación estándar se define como la raíz cuadrada de la varianza (Infante-Gil y Zárate-De Lara, 1997).

<sup>8</sup> La distribución porcentual muestra la cantidad en porcentaje de cada una de las categorías que componen la variable; la suma de éstos es igual a 100% (Pérez-Baleón y Lugo, 2020a).

<sup>9</sup> La proporción representa el valor en porcentaje de uno de los elementos de la variable; es decir, es el peso relativo de una categoría respecto al total (Pérez-Baleón y Lugo, 2020a).

valores perdidos; por ello, para este estudio se prefirió emplear las edades medianas, excepto en los casos en que no se tenía el 50% de la información para una variable, en cuyo caso se recurrió al primer cuartil, que da cuenta del momento en que el 25% de la población efectuó la transición en cuestión.

Una vez se tenga la base de datos se puede solicitar a SPSS que nos genere tablas de cada variable: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, edad de la menarca (primera menstruación), de la primera relación sexual, al primer embarazo, a la entrevista, entre otras; ello permite comenzar a observar cómo se comporta cada variable. Posteriormente se pueden agrupar las variables en unas cuantas tablas, presentando la respuesta (categoría) con mayor porcentaje únicamente, y no todas las categorías, es decir, la proporción de la categoría con mayor respuesta.

Incluso, en ocasiones se pueden hacer nuevas agrupaciones. Por ejemplo, en el caso de escolaridad, presentamos aquí 11 categorías de respuesta, pero no es necesario incluirlas todas en un reporte de investigación, artículo académico o ponencia. Se pueden agrupar dependiendo de lo que la o el investigador desee enfatizar. Por ejemplo, se puede agrupar las respuestas en 1) Sin escolaridad, 2) Primaria (completa o incompleta) 3) Secundaria (completa o incompleta) 4) Bachillerato y más, entre otras formas. En la siguiente sección, tablas 2 y 4, se presentan las variables ordinales y nominales colocando sólo una o dos categorías, generalmente las de mayor porcentaje, es decir se presentan las proporciones.

Aunque se prefieren las medias, las medianas, los porcentajes y los promedios, para algunas variables se puede presentar las frecuencias, sobre todo como en este ejercicio, en que son pocos los casos, menos de cien, y no se pueden hacer generalizaciones estadísticas, es decir, estos datos no son representativos a nivel de estado de la república, pero si permiten ver el comportamiento de la población estudiada y suponer que otras mujeres con embarazos antes de los 15 años que fueron atendidas dentro del mismo hospital, sea en ese año o en los subsecuentes, tuvieron las mismas características y comportamientos socio demográficos (ver Cuadro 3).

Otra manera de presentar la información puede ser por medio de gráficas, las hay de pastel, barras, histograma, pictogramas, polígono de frecuencias y de puntos; es una forma visual de conocer la información. Se recomienda emplear o tablas o gráficas, pero no ambos para la misma variable, ya que no se trata de saturar de figuras el reporte de investigación, sino de comunicar de manera efectiva y eficaz los resultados obtenidos, enfatizando en los más importantes o representativos. Se pueden generar las figuras (tablas y gráficas) en Excel.

Las tablas deben apegarse al estilo APA 7<sup>a</sup> versión (2019). Han de contener cinco elementos: 1) el número de la tabla, en negritas. 2) El título, mismo que va debajo del número de la tabla, en interlineado doble y en cursivas. 3) La tabla lleva encabezados para dar cuenta de lo que contiene cada columna; se sugiere centrar el texto de los encabezados. 4) El cuerpo de la tabla incluye todas las filas y columnas de una tabla (incluida la fila de encabezados). 5) Finalmente la nota va

debajo de la tabla. Ahí se describen los contenidos de la tabla que no pueden entenderse sólo con el título o con los mismos datos, así como las abreviaturas empleadas. También se coloca la atribución de derechos de autor.

### 3. Hallazgos

En esta sección se presentan los resultados de los 79 expedientes, agrupados por hospital-estado, lo que a su vez permite hacer ciertas comparaciones entre hospitales. Las variables que se analizan son aquellas que contenían información en las categorías de respuesta. Para mostrarlas se agruparon por similitudes: edades a ciertas transiciones, datos sociodemográficos y de atención prenatal, datos reproductivos, uso de métodos anticonceptivos y número de parejas. Otros datos que contenía la base de datos que se logró crear en SPSS, donde fue alto el porcentaje de valores perdidos fueron: la edad y demás información sobre el coautor del embarazo; quién era el proveedor del hogar en el cual ella residía, número de integrantes, tipo de vivienda y número de dormitorios; esa fue la razón por la cual no se pudieron presentar tales variables.

En la tabla 1 se muestran las edades medianas al momento de abrir el expediente, que a su vez, se entiende, fue el momento en que comenzaron a recibir atención médica por su gesta; no se tiene como tal la pregunta de la edad a su primer embarazo y la edad al embarazo que presentaban, que no necesariamente era el primero. Para este caso, se puede suponer que es la misma edad, ya que en el 94% de los casos era su primer embarazo.

12

Aunque sí es importante hacer las preguntas de edad actual, edad al primer embarazo y al embarazo actual, para no dejar lugar a suposiciones, así como la edad al momento del nacimiento del primer hijo, ya que, aunque pudieran parecer preguntas repetitivas, es común que una mujer se embarace a una edad y en el transcurso cumpla años, por lo que su hijo nacerá cuando ella tenga un año más de vida del momento en que se embarazó.

También se muestra en la tabla 1 la edad mediana a la menarca, a la primera relación sexual y la edad del coautor de su embarazo. Es de mencionarse que, en el caso del hospital de Campeche, no se recabó esta última edad y varias preguntas más relativas a la adolescente y al coautor del embarazo, o en algunos casos si se preguntó y en otros se dejó en blanco, por lo que se perdió la oportunidad de caracterizarlos y de saber en qué contextos y con qué varones ocurren estos embarazos.

Debido a los casos perdidos es que se optó por generar la edad mediana (50%) o incluso la edad al primer cuartil (25%), en lugar de la edad promedio. Si se hubiera tenido la información completa para cada una de estas edades, hubiera convenido generar la edad promedio porque es una medida con la que está más familiarizado el público y, en este caso, los valores de las respuestas no variaban ampliamente, por lo que no se tendría el problema de los valores extremos.



La edad mediana a la menarca de las 79 mujeres atendidas, con embarazos antes de los 15 años, fue de 11 años en los tres hospitales, es decir, el 50% de estas mujeres ya había comenzado a reglar a los 11 años o incluso antes (es así como se debe entender las edades medianas). Esta variable es importante porque indica el momento en que las adolescentes comienzan a ser fértiles y pueden quedar embarazadas si tienen relaciones sexuales sin protección (tabla 1). El rango de edad de la menarca fue de los 8 a los 14 años. En Campeche solo se recabó la información para 11 de los 16 casos.

La edad mediana a la que el 50% de estas mujeres tuvo su debut sexual se situó en los 13 años en los tres hospitales. Nuevamente en el hospital de Campeche sólo se recabó la información para 11 de los 16 casos.

La edad mediana al momento de abrir el expediente, que se entiende también fue el momento en que estaban embarazadas, fue de 14 años para los hospitales de Zacatecas y Campeche; en el INPer la edad mediana fue de 13.5 años. Es decir, entre la edad mediana a la primera relación sexual (13 años) y al primer embarazo (entre 13.5 y 14 años) debieron pasar máximo un año, pero en algunos casos, el embarazo debió suceder en el mismo momento del debut sexual.

En el hospital de Zacatecas sólo se recopiló información sobre la edad del coautor del embarazo en 15 de los 35 años, por lo que no se pudo calcular su edad mediana, ya que se requiere al menos tener la información del 50% de la población (18 casos), por lo que se optó por calcular la edad del 25% de ellos, también conocido como primer cuartil, misma que se situó en 19 años, con una variabilidad de 15 a 23 años (dato no presentado en la tabla 1).

En el hospital de Campeche la información sobre la edad de él no se anotó. En el INPer se recabó para 19 de las 28 adolescentes atendidas; ahí la edad mediana de él se situó en 16.2 años de edad, con un rango de edad que iba de 14 a 21 años. Si hacemos la resta entre la edad mediana de ellas al embarazo y de ellos vemos que, en el caso del hospital de Zacatecas hay cinco años de diferencia entre ella y él; en el INPer la diferencia de género es de 2.7 años y en Campeche se ignora este dato.

**Tabla 1. Edades medianas, en años, a ciertas transiciones de mujeres con embarazos antes de los 15 años atendidas en tres hospitales.**

	HMZ Zacatecas	HGDMSQA Campeche	INPer CDMX
Edad de la menarca	11	11	11
Edad a la primera relación sexual	13	13	13
Edad al momento de abrir expediente/ embarazo actual	14	14	13.5
Edad del coautor del embarazo	19 (primer cuartil)	Se desconoce	16.2
Total de expedientes (N)	35	16	28

**Fuente:** elaboración propia con base en expedientes del Hospital de la Mujer Zacatecana, Hospital General Dra. María del Socorro Quiroga Aguilar y del Instituto Nacional de Perinatología.

En la tabla 2 se muestran algunas variables relativas al perfil sociodemográfico de ella, tal como escolaridad, estado civil, ocupación y religión de las mujeres con embarazos antes de los 15 años atendidas en estos tres hospitales, además de reportar si recibieron atención prenatal. Se presenta sólo la categoría con mayor porcentaje (proporciones). En los tres hospitales, y dada la edad en que las adolescentes se embarazaron, la escolaridad con mayor porcentaje fue la secundaria incompleta, sobre todo en el INPer. La primaria, completa o incompleta, también fue una respuesta bastante común para los hospitales de Zacatecas y Campeche (datos no mostrados en la tabla 2).

En los hospitales de Zacatecas y Campeche fue alto el porcentaje que dijo vivir en unión libre, lo cual es un dato que debe llamar la atención por la misma edad de ellas, ya que antes de los 15 años están en relaciones de matrimonio infantil y ya se encuentran embarazadas. Sin embargo, en estos dos estados también fue alto el porcentaje que dijo estar soltera, entre una de cada cuatro y una de cada cinco adolescentes. Para el INPer los porcentajes se invirtieron y fue mayor el porcentaje de solteras, aun así, una de cada tres de estas adolescentes se encontraba en uniones maritales, muy seguramente no legalizadas (véase tabla 2).

En los tres hospitales, ocho de cada diez adolescentes se dedicaban al hogar. La religión que declararon en Zacatecas y CDMX fue mayormente católica, mientras que en Campeche no siempre se les preguntó, por lo que fue alto el porcentaje en que se desconocía la respuesta (véase tabla 2).

Una vez embarazadas no todas recibieron atención prenatal a lo largo de su gestación, sobre todo en los hospitales de Zacatecas y Campeche, mientras que en el INPer, por ser un hospital de tercer nivel, ellas debieron asistir a todas sus consultas para poder recibir la atención médica hasta su parto. En este último hospital tuvieron un promedio de nueve citas, mientras que en los otros fue de cinco a seis consultas (véase tabla 2).

**Tabla 2. Datos sociodemográficos y de atención prenatal de mujeres con embarazos antes de los 15 años, atendidas en tres hospitales (proporciones %).**

	HMZ Zacatecas	HGDMSQA Campeche	INPer CDMX
<b>Escolaridad</b>			
Secundaria incompleta	54.3	43.8	78.6
<b>Estado civil</b>			
Soltera	20.0	25.0	67.9
Unión Libre	74.3	68.8	32.1
<b>Ocupación</b>			
Al hogar	80.0	87.5	89.3
<b>Religión</b>			
Católica	94.3	18.8	75.0
Se desconoce	2.9	31.3	0
<b>Control prenatal</b>			
Sí	65.7	56.3	100
<b>Número de consultas prenatales (promedio)</b>			
No. consultas	6	5	9

**Fuente:** elaboración propia con base en expedientes del Hospital de la Mujer Zacatecana, Hospital General Dra. María del Socorro Quiroga Aguilar y del Instituto Nacional de Perinatología.

En la tabla 3 se muestran los datos reproductivos de estas adolescentes. Debido al seguimiento que se daba, en muchos casos era posible saber si el embarazo estaba en progreso o si ya había concluido, y si había sido un parto vaginal o una cesárea o si habían tenido un aborto, muy seguramente espontáneo, porque en Zacatecas y Campeche no es legal la interrupción del embarazo. El 94% de ellas sólo habían tenido un embarazo, sin embargo, cinco de ellas (6%) habían tenido dos gestas, por eso el número de éstas y la N (número de entrevistadas en los expedientes) no coinciden en el HMZ e INPer.

En el hospital de Zacatecas de las 38 gestas, correspondientes a 36 mujeres, 13 concluyeron en partos vaginales, 13 en cesáreas y 12 en abortos. En el hospital de Campeche de las 16 gestas, 11 finalizaron en partos, tres en cesáreas y dos en abortos. En el INPer de las 30 gestas, correspondientes a 28 mujeres, 13 finalizaron en partos, siete en cesáreas, dos en abortos, cinco aún estaban embarazadas y de tres se desconoce el resultado.

En un alto porcentaje ellas presentaron complicaciones en el parto, especialmente en los hospitales HMZ e INPer (véase tabla 3). Las complicaciones reportadas fueron muy variadas: aborto, preclamsia/eclamsia, desproporción cefalopélvica, paciente con pródromos de trabajo de parto, más tabique vaginal, más retraso mental moderado y que sufrió abuso sexual, puerperio quirúrgico más otra co-morbilidad, desgarros y otros (datos no presentados en la tabla).

En cuanto a las complicaciones que pudieran haber tenido las y los bebés se reportaron tres casos en el hospital de Zacatecas, uno en el de Campeche y seis en el de la CDMX. Las complicaciones más reportadas se asociaron al bajo peso y al nacimiento pretérmino (datos no presentados en la tabla).

**Tabla 3. Datos reproductivos de mujeres con embarazos antes de los 15 años, atendidas en tres hospitales (frecuencias).**

	HMZ Zacatecas	HGDMSQA Campeche	INPer CDMX
N	35	16	28
Núm. de gestas	38	16	30
Núm. de partos vaginales	13	11	13
Núm. de cesáreas	13	3	7
Núm. de abortos	12	2	2
Aún embarazada	0	0	5
Se desconoce	0	0	3
<b>Complicaciones en el parto (porcentaje)</b>			
Sí	65.7	43.8	60.7
<b>Complicaciones del bebé (frecuencia)</b>			
Sí	3	1	6

**Fuente:** elaboración propia con base en expedientes del Hospital de la Mujer Zacatecana, Hospital General Dra. María del Socorro Quiroga Aguilar y del Instituto Nacional de Perinatología.

Debido a que es una política de Estado el promover el uso de un método anticonceptivo (MAC) después de un evento obstétrico, mismo que se coloca previo a dar de alta a la mujer, es que se reportó un alto porcentaje de uso del mismo, siendo el hospital de Zacatecas el que mayor porcentaje manifestó; en ese mismo hospital se tendió a colocar sobre todo el dispositivo intrauterino (DIU). En Campeche, si bien el DIU continuó presente, también ganó importancia el implante subdérmico. Misma tendencia reportó el INPer, pero en menor porcentaje en ambos anticonceptivos (véase tabla 4).

En cuanto al número de parejas sexoafectivas que ellas reportaron lo común fue una en Zacatecas. Mientras que en los otros dos hospitales no siempre se les hizo esta pregunta, por lo que es alto el porcentaje de "se desconoce". Aunque también llegaron a reportar hasta dos parejas



(véase tabla 4). Esta información es un dato importante, dado que a su escasa edad algunas de ellas ya habían tenido dos compañeros sexuales, aunque no se sabe en qué contexto se habían dado estas relaciones y qué tanto habían estado mediadas por la seducción con fines de conseguir una compañera sexual, o incluso por la violencia de género, el abuso sexual infantil o la violación.

Otras variables que se reportaron relativas al coautor del embarazo fueron su escolaridad y ocupación. Generalmente ellos se desempeñaban como campesinos, coheteros, empleados, militares, obreros, pintores, ayudantes o estudiantes; otros no tenían ocupación; sin embargo, no en todos los casos se recolectó la información; se ignora lo referente a su escolaridad (datos no presentados en la tabla).

**Tabla 4. Uso de MAC y número de parejas de mujeres con embarazos antes de los 15 años atendidas en tres hospitales (proporciones %).**

	HMZ Zacatecas	HGDMSQA Campeche	INPer CDMX
<b>Uso de MAC posterior al embarazo</b>			
Sí	80.0	75.0	64.3
<b>Tipo de MAC</b>			
DIU	89.3	58.3	35.7
Implante subdérmico	7.1	33.3	25.0
<b>Número de parejas</b>			
Una	85.7	31.3	35.7
Se desconoce	0	43.8	57.1

**Fuente:** elaboración propia con base en expedientes del Hospital de la Mujer Zacatecana, Hospital General Dra. María del Socorro Quiroga Aguilar y del Instituto Nacional de Perinatología.

#### 4. Conclusiones

En breve, el perfil socioeconómico, educativo y de salud de las mujeres con embarazos antes de los 15 años, atendidas en los tres hospitales seleccionados, fue el siguiente: ellas presentaron una edad mediana de 11 años a la menarca, de 13 años a la primera relación sexual y de 14 años al embarazo/ apertura de expediente; con excepción del INPer, en que esta última edad era de 13.5 años, por lo que las transiciones a la vida adulta en el ámbito sexual y reproductivo las habían hecho entre los 11 y los 14 años.

En el hospital de Zacatecas la mayoría de ellas tenía la secundaria incompleta, vivían en unión libre, se dedicaban al hogar, se declaraban católicas y habían tenido seis consultas prenatales en promedio, aunque no todas habían tenido dicho control. Las gestas se habían resuelto casi en la misma proporción entre partos vaginales, cesáreas y abortos; casi dos de cada tres mujeres habían presentado complicaciones, así como tres bebés se habían complicado. Cuatro

de cada cinco mujeres tenían un anticonceptivo post embarazo, mayoritariamente el DIU. En cuanto al coautor de su embarazo la edad al primer cuartil de ellos era de 19 años y un alto porcentaje de ellas había tenido una sola pareja sexual.

En el hospital de Campeche la escolaridad de las adolescentes atendidas era de secundaria incompleta, aunque varias tenían máximo la primaria. Estaban en unión libre, se dedicaban al hogar y se desconocía su religión. Tuvieron en promedio cinco consultas prenatales y sólo casi la mitad de ellas tuvo seguimiento prenatal. La mayoría había concluido en partos vaginales; cuatro de cada diez habían tenido complicaciones y se reportaba un bebé complicado. Tres de cada cuatro mujeres tenían MAC posterior al embarazo; los anticonceptivos eran predominantemente el DIU y el implante subdérmico. Sobre el coautor del embarazo se desconoce su edad y el número de parejas que ella había tenido.

En el INPer la mayoría de estas adolescentes tenía secundaria incompleta, era soltera y se dedicaba al hogar; todas habían tenido control prenatal, con un promedio de nueve consultas. Predominaron los partos vaginales; tres de cada cinco mujeres habían tenido complicaciones, así como seis bebés. Seis de cada diez tenían MAC post embarazo y empleaban básicamente el DIU o el implante subdérmico. La edad mediana del coautor del embarazo fue de 16.2 años y, al menos, una de cada tres adolescentes había tenido una sola pareja sexual. Un alto porcentaje se declaró católica.

18

Es común que en los hospitales mexicanos se indague sobre su religión, debido a que algunas de ellas no permiten a sus practicantes la transfusión de sangre. En México la religión que tiende a predominar es la católica y en estados del norte, como es Zacatecas, se llega a evidenciar el peso que ésta todavía tiene en la toma de decisiones en el ámbito sexual y reproductivo, mostrándose un comportamiento más tradicional. En lugares como la Ciudad de México o Campeche la religión católica está mezclada con creencias y sincretismos indígenas, laicos y/o de otras religiones, por lo que el peso de la religión no es del todo claro.

Sin embargo, se ha observado la influencia religiosa en el momento en que las adolescentes se embarazan, ya que es común que éstas tiendan a considerar que llevan en el vientre a un bebé y no a un producto de la gestación, por lo que algunas se niegan desde un principio a considerar el aborto y si bien otras pueden llegar a pensar en esta opción, es común que no lo hagan, argumentando que el bebé no tiene la culpa de sus errores; además de considerar que el aborto pone en riesgo su propia vida; estas ideas son comúnmente difundidas en las iglesias, pero también en programas televisivos y libros con ideales afines a la religión, dirigidos a esta población (Pérez-Baleón y Macías-Velázquez 2021).

Los aspectos que mayormente inciden en la ocurrencia de embarazos en mujeres menores de 15 años es la falta de conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción, el bajo o nulo uso de MAC, el emparejamiento con hombres tres o más años mayor que ellas y las uniones conyugales

infantiles. El varón no siempre es un hombre adulto, puede ser un joven en sus veintes, que prefiere emparejarse con ellas que con una mujer de su edad, con la cual podría establecer relaciones de género más igualitarias; aunque también es posible que sus parejas sean adolescentes de su misma edad (Meneses *et al.*, 2020; Mier *et al.*, 2020; Pacheco-Sánchez, 2015; Pérez-Baleón y Lugo, 2020a; Pérez-Baleón y Sánchez-Bringas, 2020).

En este caso ellos tendían a ser entre dos y hasta casi cinco años mayores que ellas; aunque hubo casos en que, por ejemplo, ella tenía 14 y él 23 años, por lo que la diferencia entre ambos era de nueve años. Un aspecto importante en los archivos consultados, y que coincide con lo reportado por otros autores, fue el hecho de que en los tres hospitales la edad y demás información sobre el coautor del embarazo pocas veces era reportada; quizá se pudiera deber a que la adolescente desconocía información básica del hombre de quien se embarazó o ello se debió a que no se le preguntó por dichos datos (CONAPO, 2018; Meneses y Ramírez, 2018).

La diferencia en la edad de la pareja es un indicador de desigualdades de género, sobre todo cuando una mujer, en este caso una tan joven, se empareja con un hombre más grande que ella, que ya pertenece a una generación previa y que le gana en experiencia y conocimiento, ya que ella casi nunca puede negociar el uso de anticonceptivos, negarse a iniciar su vida sexual, a tener un embarazo o incluso a comenzar a vivir la vida en pareja. Son ellos quienes proponen cuándo y cómo tener relaciones sexuales, en ocasiones les plantean casarse o vivir en pareja; es escaso o incluso nulo el uso de anticonceptivos, bajo los argumentos de que él sabe cómo “cuidarlas”, es decir, evitar un embarazo empleando el coito interrumpido, así como porque ellos buscan potencializar su disfrute sexual (Pacheco-Sánchez, 2015; Pérez-Baleón y Sánchez, 2020).

Si ya viven en pareja, lo esperado en sociedades como la mexicana, es que se produzca un embarazo. Pocas veces la sociedad se cuestiona sobre la ilegalidad de estas uniones, sean de noviazgo o conyugales. Desde la ENAPEA (CONAPO, 2023) se han dado pasos jurídicos para impedir la ocurrencia de los matrimonios infantiles, tanto así que en 2019 se estableció, en el Código Civil Federal que, para contraer matrimonio, es necesario haber cumplido 18 años (INEGI, 2023), aun en las comunidades indígenas, evitando que los jueces los casen; no obstante, es importante insistir en la desnaturalización de relaciones entre una adolescente menor de 15 años y un hombre joven o adulto, ya que son relaciones con componentes pedófilos. Padres, madres, profesionistas y sociedad en general debe informarse para conocer los mecanismos legales para evitar este tipo de emparejamientos, en donde la adolescente puede estar en riesgo de sufrir violencia de género.

Para acercarse a ellas suelen enamorarlas o seducirlas; también familiares o conocidos de la familia de ellas pueden llegar a violentarlas sexualmente, al considerar que las mujeres de su familia son objetos sexuales de su propiedad.

En este grupo, aquellas con desventajas agregadas al hecho de ser mujeres y menores de edad, son todavía más vulnerables a sufrir estas situaciones. Por ejemplo, entre los casos reportados aquí se menciona que al menos una menor de 14 años del estado de Zacatecas, con retraso mental moderado, había sufrido abuso sexual y, producto de ello, tuvo un embarazo con complicaciones en el parto. Se ignoran los datos de quien abusó de ella y qué hizo el hospital y si se activó el protocolo de violencia o si sólo se dedicó a dar las consultas prenatales y a atender el parto. Lo que si queda claro es que se optó por permitir que continuara el embarazo, en lugar de ofrecerle a ella y a su familia la interrupción legal del embarazo.

UNICEF (2017) ha señalado que no existen protocolos, dentro de las consultas hospitalarias, para indagar sobre las circunstancias en las que se originan los embarazos en niñas y adolescentes, ya que ello va a depender más bien del compromiso, formación e iniciativa de cada profesional. Algunos médicos expresan no indagar para respetar la privacidad de la niña o porque no se sienten capacitados; de hacerlo se podrían detectar situaciones de abuso sexual. Los equipos especializados en adolescencia y los de conformación interdisciplinaria, en los que se cuenta con personal de Trabajo Social, son los que, en mayor medida, indagan con el objetivo de identificar posibles situaciones de este tipo. Mientras que los servicios generales de salud tienden a tratar la gestación de estas mujeres como un embarazo más; con una mirada predominantemente biomédica, en la cual el resultado se considera exitoso si la madre y el producto se van sanos a su casa.

20

Ante la falta de protocolos específicos, la identificación y las intervenciones de los profesionales de salud son guiadas por criterios propios o acordados en equipo. No se indaga en las características del coautor del embarazo, si éste es producto de abuso sexual o violaciones, si el agresor es un familiar que está dentro de la casa o en el entorno cercano a la mujer. En general, los profesionales que intervienen en la atención de estos embarazos no ofrecen la ILE como opción, incluso tratándose de casos en que la ley lo permite. Más allá del desconocimiento del marco normativo por parte de algunos profesionales, subyacen actitudes personales opuestas a toda interrupción del embarazo (UNICEF, 2017).

Tampoco se da seguimiento posparto luego del alta hospitalaria. La contrarreferencia entre el tercer nivel, donde suelen atenderse estos embarazos y partos por su categorización como alto riesgo, y el primer nivel de atención, pocas veces se da, en parte por desarticulaciones en la red asistencial y en parte porque no es vista como prioritaria. El seguimiento posparto es importante para los controles médicos de la adolescente y su hijo/a, la adopción y adherencia a métodos anticonceptivos y la lactancia, así como para dar seguimiento a los posibles casos de abuso sexual (UNICEF, 2017).

En las situaciones en que en el hospital se sospeche o se tenga evidencia de un abuso sexual o de una violación la ENAPEA indica que se debe recurrir tanto a la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la



Prevención y Atención, en donde explica cómo dar aviso al Ministerio Público y cómo proceder con la persona víctima, activando el protocolo de violencia, como al Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México de la Secretaría de Salud (2022 en CONAPO, 2023). Por la edad también se recomienda consultar la NOM-047-SSA2-2015 Para la Atención a la Salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, así como proveer de consejería de planificación familiar para prevenir subsecuentes embarazos en los próximos meses (ver la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar).

Además, se debe ofertar la interrupción legal del embarazo o el aborto, que está indicado para casos de violación, aun en los estados que consideran ilegal este último; todo el servicio debe proporcionarse con perspectiva de género. Los prestadores de servicios de salud: médicos/as, enfermeros/as y trabajadores/as sociales, deben ofrecerlo, no importando sus convicciones morales o religiosas, o si su familia está en desacuerdo, o si la menor no lo solicitó, ya que casi siempre ella ignora que tiene ese derecho reproductivo. Aunque no se trata de obligar a una mujer a detener el embarazo si ella no lo desea, pero si es su derecho recibir una consejería veraz, oportuna y basada en la evidencia científica, médica y jurídica para tomar la mejor decisión, sea continuar con el embarazo o detenerlo.

Entre los 10 a 15 años es más peligroso llevar a término un embarazo, en un cuerpo que apenas está desarrollándose, y que muchas veces puede estar mal nutrido, que realizar un aborto terapéutico, aplicado con medicamentos o con aspiración y sedación local en etapas tempranas del embarazo.

En Trabajo Social es importante conocer la ley y hacerla valer, a favor del bienestar de estas mujeres que viven un embarazo siendo niñas-adolescentes, el cual puede ser resultado de una serie de violencias y vulnerabilidades a las que han estado expuestas toda su vida, incluso a manos de sus propios familiares, y de las cuales no podemos contribuir a perpetuarlas.

Retomando el primero de los dos objetivos de este artículo, en el apartado metodológico se explicó cómo acceder a los expedientes socio médicos y de qué manera se puede tratar estadísticamente la información que éstos contienen. Es importante que la o el trabajador social sea sistemático al momento del llenado del expediente socio-médico para evitar información faltante.

Para procesar la información es necesario que el comité de ética del hospital autorice un protocolo de investigación; una vez accediendo a los datos es importante tener conocimientos mínimos de estadística descriptiva y de Excel y SPSS para procesarlos. Caracterizar a la población que se atiende en la institución de pertenencia permitirá proponer acciones para disminuir, y en lo posible, erradicar situaciones como las aquí reportadas, en concordancia con lo establecido por la ENAPEA.

Los datos sobre el coautor del embarazo son de especial relevancia (edad, escolaridad, ocupación, tipo de relación que guarda con ella, si tienen algún parentesco, si viven juntos, si contribuye para su manutención o si la ha abandonado; además de una descripción cualitativa de cómo se conocieron, en donde, cómo es o fue la relación, los planes que tienen a futuro, si hubo enamoramiento, convencimiento, seducción, o uso de la fuerza física, económica o verbal para obligarla a tener relaciones sexuales y si la violencia continua).

En el caso de estas menores con embarazo, es indispensable evitar tratarlos como un embarazo más, pues se puede estar ante la posibilidad de que sea un embarazo producto de un delito cometido por un familiar o de una relación pedófila establecida por un hombre varios años mayor que ella; por lo que se deberá tener cuidado en indagar exactamente el tipo de relación que ella tiene y, de ser necesario, activar el protocolo de violencia contra la mujer.

Es importante ahondar en las negociaciones que se establecieron para usar métodos anticonceptivos, si los emplearon en la primera relación sexual, si continuaron utilizándolos, si los dejaron de usar o nunca los utilizaron, las creencias o mitos que en torno a los anticonceptivos tienen; así como establecer cuáles fueron los motivos de no uso y de que se presentara el embarazo (ignorar que se podía embarazar, creer que era infértil, deseo de tener un hijo, para abandonar la casa familiar, por desconocimiento o falta de acceso a anticonceptivos, otra razón). Así como la edad de ella al momento actual, al primer y a los subsecuentes embarazos y su edad al momento del nacimiento de su menor; si ha tenido consultas prenatales, el número de éstas, las morbilidades detectadas y la conclusión del embarazo; su escolaridad, sus planes para retomar o finalizar sus estudios, sus expectativas como futura madre y, posible esposa, entre otros temas.

Se recomienda que, además de recuperar datos puntuales, se haga una descripción lo más detallada posible de la historia del embarazo y de las condiciones familiares y económicas de la mujer. Es el área de Trabajo Social quien debe llevar la batuta en este ámbito, ya que las y los médicos, por su misma carga laboral y recelo a preguntar, pueden dejar pasar la oportunidad de detectar los casos de abuso sexual dentro de la consulta y, en general, aquellos en donde es necesario darles un seguimiento puntual en el tiempo.

El segundo de los dos objetivos se abordó en el apartado de los hallazgos, mismos que se han resumido en las conclusiones. La principal inquietud para futuros estudios es ahondar en el papel que juegan los varones en la ocurrencia de estos embarazos, así como continuar reflexionando en acciones efectivas para prevenirlos y para detectar posibles casos de abuso sexual; intervenciones que pueden estar basadas en la tecnología y en las redes sociales. Por ejemplo, se puede establecer un Whatsapp que esté disponible para que las y los adolescentes puedan consultar sus dudas sobre sexualidad y anticoncepción, sin comprometer su anonimato, lo que facilitará orientarlos en tiempo real.

## 5. Referencias bibliográficas

- Binstock, G., y Gogna M. (2017). *Estudio sobre maternidad adolescente con énfasis en menores de 15 años* [Informe de investigación Inédito]. UNICEF.
- Céspedes, C., y Robles C. (2016). *Niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe: deudas de igualdad*. CEPAL; UNICEF. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40180-ninas-adolescentes-america-latina-caribe-deudas-igualdad>
- Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2018). *Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres de sus hijos(as), a partir de las estadísticas del registro de nacimiento, 1990-2016*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/308970/Fecundidad\\_Menores\\_de\\_15\\_Final.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/308970/Fecundidad_Menores_de_15_Final.pdf)
- Consejo Nacional de Población de México [CONAPO]. (2023). *Programa de trabajo de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2022-2024*. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/programa-de-trabajo-de-la-estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-2022-2024>
- Escobar, J. C., Ariza-Navarrete, S., y Keller, V. (2019). *Embarazo y maternidad en niñas y adolescentes menores de 15 años. Aportes de evidencia socio-sanitaria y jurídica en la región*. Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro - CLACAI. <https://clacaidigital.info/handle/123456789/1273>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2013). *Estado de la población mundial 2013. Maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. [https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP-SWOP2013\\_1.pdf](https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP-SWOP2013_1.pdf)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2017). *Estado de la Población Mundial 2017. Mundos aparte: la salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad*. [https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP\\_WEB-READY\\_SWOP%202017%20report.pdf](https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP_WEB-READY_SWOP%202017%20report.pdf)
- Gómez, P. I., Molina R. y Zamberlin N. (2011). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*. Federación Latinoamericana De Sociedades De Obstetricia Y Ginecología - FLASOG; Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos - PROMSEX. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2011/03/Factoresrelacionadosmaternidadenmenoresde15anosenlac.pdf>
- González-Garza, C., Rojas-Martínez, R., Hernández-Serrato M. I. y Olaiz-Fernández. G. (2005). Perfil de comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública de México*, 47(3), 209-218. <https://www.redalyc.org/pdf/106/10647303.pdf>
- Herrera, C. (2016). Encrucijadas de la pobreza y el embarazo temprano en México. *Estudios de Género de El Colegio de México*, 3(6), 211-216. <https://estudiosdegenero.colmex.mx/index.php/eg/article/view/178/83>
- Infante-Gil, S., y Zárata-De Lara, G. P. (1997). *Métodos estadísticos. Un enfoque interdisciplinario*. Trillas.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2022, 10 de octubre). Estadísticas a propósito del día internacional de la niña. INEGI. chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP\_DiaNina22.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2023, 21 de septiembre). Día mundial para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes (Datos nacionales). INEGI. https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=8459
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2009). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009*. https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2009/
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014*. https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2014/
- Marques-De Cantú, M. J. (2004). *Probabilidad y Estadística para Ciencias Químico-Biológicas*. UNAM.
- Meneses, E., Muradás, M. C., y Ramírez, M. (2020). Factores relacionados con el embarazo en adolescentes: un análisis desde la perspectiva del enfoque ecológico. En F. Pérez-Baleón y M. Lugo (Coords.), *Los claroscurios del embarazo en la adolescencia. Un enfoque cuantitativo* (pp. 43-73). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Meneses, E., y Ramírez M. (2018). *La situación demográfica de México 2017. Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres de sus hijos(as), a partir de las estadísticas del registro de nacimiento, 1990-2016*. En Consejo Nacional de Población. https://www.gob.mx/conapo/documentos/la-situacion-demografica-de-mexico-2017?idiom=es
- Menkes, C., y Suárez L. (2003). Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*, 9(35), 233-262. https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/17267/12616
- Mier, M., Rocha, T., y Llanes-Díaz, N. (2020). El embarazo en adolescentes mexicanas: entre el deseo y la ambivalencia. En F. Pérez-Baleón y M. Lugo (Coords.), *Los claroscurios del embarazo en la adolescencia. Un enfoque cuantitativo* (pp. 125-156). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993. De los Servicios de Planificación Familiar. (1993). DOF: 30/05/1994. https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-005-SSA2-1993%20Planificaci%C3%B3n%20Familiar.pdf
- Norma Oficial Mexicana, NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. (2009). DOF: 27/02/2009. https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf
- Norma Oficial Mexicana, NOM-047-SSA2-2015. Para la Atención a la Salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. (2015). DOF: 12/08/2015. https://www.cedhnl.org.mx/bs/vih/secciones/normatividad/NOM-047-SSA2-2015.pdf
- Pacheco-Sánchez, C. I. (2015). Agencia social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14(29), 62-82. https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps14-29.asse



- Pantelides, E. A., y Binstock, G. (2007). La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI. *Revista Argentina de Sociología*, 5(9), 24-43. <https://www.redalyc.org/pdf/269/26950903.pdf>
- Pérez-Baleón, F. (2021). Perfilando el embarazo en la adolescencia en México. Principales resultados de la ENFaDEA. *Trabajo Social UNAM*, (27-28), 115-131. <https://doi.org/10.22201/ents.20075987p.2022.27-28.82213>
- Pérez-Baleón, F. (2023). *Para mí es todo lo que tengo: embarazo, maternidad y paternidad en la adolescencia*. UNAM. [https://www.researchgate.net/publication/375693337\\_Para\\_mi\\_es\\_todo\\_lo\\_que\\_tengo\\_embarazo\\_maternidad\\_y\\_paternidad\\_en\\_la\\_adolescencia](https://www.researchgate.net/publication/375693337_Para_mi_es_todo_lo_que_tengo_embarazo_maternidad_y_paternidad_en_la_adolescencia)
- Pérez-Baleón, F., Romero-Pérez, I., y Sánchez-Bringas, A. (2020). Introducción. Aproximaciones cualitativas al estudio y a la comprensión del embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia. En F. Pérez-Baleón y M. Lugo (Coords.), *Los claroscuros del embarazo en la adolescencia. Un enfoque cuantitativo* (pp. 15-43). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pérez-Baleón, F., y Lugo, M. (2020a). Contextos sociales, reproductivos y de pareja que delimitan los embarazos en mujeres menores de 15 años: un análisis comparativo entre etapas de la adolescencia. En F. Pérez-Baleón y M. Lugo (Coords.), *Los claroscuros del embarazo en la adolescencia. Un enfoque cuantitativo* (pp. 75-100). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pérez-Baleón, F., y Lugo, M. (2020b). *El momento sí importa: El embarazo en la adolescencia según etapa de ocurrencia* [Manuscrito inédito]. El Colegio Mexiquense/ Universidad Autónoma Metropolitana.
- Pérez-Baleón, F., y Lugo, M. (2021). *Diagnóstico nacional sobre el embarazo adolescente*. UNAM. [https://www.trabajosocial.unam.mx/publicaciones/descarga/DIAGNOSTICO%20NACIONAL\\_EMBARAZO\\_ADOLESCENTE\\_Ultima%20version\\_12\\_mayo2021.pdf](https://www.trabajosocial.unam.mx/publicaciones/descarga/DIAGNOSTICO%20NACIONAL_EMBARAZO_ADOLESCENTE_Ultima%20version_12_mayo2021.pdf)
- Pérez-Baleón, F., y Macías-Velázquez, Z. (2021). Entre los derechos reproductivos y la influencia familiar: significados asociados al aborto en adolescentes con embarazos antes de los 15 años. En K. A. Sánchez-Zepeda, E. I. Zazueta-Luzanilla, L. M. Galindo-Vilchis y T. L. Meléndez-Elizalde (Coords.), *Familias y diversidad*. UNAM.
- Pérez-Baleón, F., y Sánchez-Bringas, A. (2020). Desigualdad, género y sexualidad: La especificidad del embarazo en mujeres menores de 15 años. En F. Pérez-Baleón y M. Lugo (Coords.), *Los claroscuros del embarazo en la adolescencia. Un enfoque cuantitativo* (pp. 47-76). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez-Bringas, Á., y Pérez-Baleón F. (2016). De maternidades y paternidades en la adolescencia. Cambios y continuidades en el tiempo. En M. L. Coubès, P. Solís y M. E. Zavala (Coords.), *Generaciones, curso de vida y desigualdad social en México* (pp. 109-137). El Colegio de México; El colegio de la Frontera Norte.
- Secretaría de Salud. (2022). *Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México*. Secretaría de Salud.

Stern, C., y Menkes-Bancet C. (2008). Embarazo adolescente y estratificación social. En S. Lerner y I. Szasz (Coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México* (pp. 347-396). El Colegio de México.

UNICEF. (2017). *Embarazo y maternidad en adolescentes menores de 15 años. Hallazgos y desafíos para las políticas públicas*. UNICEF. <https://clacaidigital.info/handle/123456789/1227>