



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**Determinantes sociales de la salud en el embarazo  
adolescente**

**TESINA**

**Que para obtener el título de Licenciada en Enfermería y  
Obstetricia**

**PRESENTA**

**Isela Ocampo Martínez**

**DIRECTOR DE LA TESINA**

**Dra. Liliana González Juárez**



**CIUDAD DE MÉXICO, 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

A la UNAM por darnos todo lo necesario como estudiantes para poner su nombre y el de México en alto.

A la ENEO por haber hecho de mí una mejor persona y una excelente profesional, por permitirme disfrutar de la etapa más importante de mi vida.

A mis padres, que nunca dejaron de apoyarme y de confiar en mí, a ellos les debo la maravillosa experiencia de encontrarme y de encontrar mi vocación.

A mis hermanos los que siempre lograron molestarme y motivarme para concluir esta etapa.

Al amor de mi vida, quien siempre tuvo palabras de aliento en mis momentos más tensos y no dejó de impulsarme.

A mi asesora, una mujer que inspira en mí ganas de ser como ella, por su paciencia, su competencia, su honestidad y sus sabios consejos; pero sobre todo por su solidaridad en este proyecto.

A mis sinodales, quienes me llevaron a ser mejor, y me enseñaron una lección para toda la vida, “nunca se deja de aprender”.

A mis amigos, que realmente no creerían que lo lograría, y aun así no dejaron de demostrar su apoyo.

A todos los maestros, jefes y seres queridos, quienes presenciaron mi crecimiento escolar y mi desarrollo profesional, además de estar en el momento justo para corregirme, escucharme, enseñarme, apoyarme, darme una oportunidad para seguir creciendo, y recibirme siempre con una sonrisa; por reconocermelo como una colega, amiga y profesional de la salud.

A todos y cada uno de ustedes gracias, tengo claro que el límite es el que uno elige, y que cuando lo alcance estarán ahí para disfrutarlo conmigo.

ÍNDICE	No. De Página
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. Planteamiento del problema	5
1.2. Objetivos	12
1.2.1. General	12
1.2.2. Justificación del problema de estudio	12
2. MARCO TEÓRICO	14
2.1. Determinantes Sociales de la Salud	14
2.2. Adolescencia	19
2.3. Embarazo en adolescentes	21
2.4. Consecuencias del embarazo adolescente	22
2.5. Determinantes sociales de la salud en el embarazo adolescente	25
2.5.1. Determinantes estructurales de las desigualdades de la Salud	26
2.5.2. Determinantes Intermedios de la Salud	36
2.6. Revisión de la literatura	39
3. MARCO REFERENCIAL	43
4. METODOLOGÍA	51
4.1. Tipo de Investigación	51
4.2. Diseño	51
4.3. Métodos	52
4.4. Ética del estudio	52
4.4.1. Contribuciones y recomendaciones a la práctica de la Enfermería	52
5. CONCLUSIONES	56
REFERENCIAS	58

## 1. INTRODUCCIÓN

El profesional de Enfermería es integrante del equipo de Atención Primaria y líder de innumerables actividades de prevención y promoción de la salud; para ello, requiere conocer los enfoques teóricos que expliquen de forma integral los elementos que influyen en la generación de problemas de salud en los colectivos humanos, y que permitan el desarrollo de estrategias de promoción a la salud acordes a las necesidades reales.

Ampliar el análisis de los Determinantes Sociales de la Salud que inciden en la salud reproductiva, y principalmente del grupo de adolescentes, requiere mayor atención, ya que existe una respuesta social organizada limitada de programas de salud o intervenciones enfocadas en la solución de los problemas propios de esta población, tales como el embarazo adolescente. Lo cual ha situado a este último como un problema de Salud Pública de difícil control.

Por lo tanto el propósito de esta investigación es conocer y analizar la información y datos sobre el tema del embarazo adolescente bajo el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, con la intención de que sirva como instrumento de reflexión ante la revisión de planes de salud y políticas sanitarias enfocadas en los adolescentes, y ayude a los profesionales de la Salud, particularmente al personal de enfermería en la toma de decisiones para el cuidado a la salud al desarrollar actividades de promoción y prevención para la salud.

La estructura de este texto consta en seis apartados: el primero describe el planteamiento del problema, objetivos y justificación. En el segundo apartado se describe el marco teórico donde se incluye los conceptos de determinantes sociales de la salud y embarazo adolescente. Así mismo, las consecuencias y complicaciones del embarazo; además se hace referencia a algunos datos estadísticos relevantes. En el tercer apartado se puntualiza el marco referencial en cuanto a Derechos y pone énfasis en las leyes bajo las que deben actuar los profesionales de la enfermería, con el afán de proteger a los adolescentes y prevenir el embarazo en el marco ético y legal. En el cuarto apartado se describe

la metodología de esta investigación, y la ética del mismo. En el quinto apartado se describen las contribuciones y recomendaciones a la disciplina y práctica de enfermería. En el último apartado se desarrollaron las conclusiones de la investigación.

### **1.1. Planteamiento del problema**

Los profesionales de enfermería coinciden con lo señalado por Cordera y Murayama (2012), quienes refieren que es necesario reflexionar sobre la vinculación de la salud pública en México con las condiciones sociales, económicas y culturales, reconocidas en forma general como Determinantes Sociales de la Salud. (Cordera & Murayama, 2012). Ya que de no establecer con claridad la vinculación de los problemas de salud prevalentes y particularmente de la Salud Reproductiva con los Determinantes Sociales de la Salud, México se ubicaría como un país en desventaja en materia de salud, ampliándose diversos riesgos, como puede ser el embarazo en la población adolescente.

*Los Determinantes Sociales de la Salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los Determinantes Sociales de la Salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (OMS C. s., 2009). De ahí su relevancia en la planeación de intervenciones de cuidado, donde es fundamental el análisis de los elementos contextuales que determinan la salud de los colectivos y particularmente de la población adolescente.*

Los Determinantes Sociales de la Salud son el conjunto de condiciones que directamente afectan o favorecen la salud de los individuos y comunidades. Actúan de manera directa o indirecta en la salud de las personas, actúan por sí solos o interrelacionados entre sí; un sólo determinante puede tener múltiples efectos en la salud (SSA, 2013), como en el caso del embarazo adolescente,

donde aún queda mucho camino por recorrer, pues de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud anualmente alrededor de 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años –han presentado un embarazo– cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2014).

En México las tasas específicas de fecundidad mostraron un descenso de acuerdo con la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) en 1992 fue de 82.1 nacimientos por cada mil mujeres, después en 1997 fue de 74.3 nacimientos por cada mil mujeres y en el año 2009 se ubicó con 70.9 nacimientos por cada mil mujeres. Sin embargo y de acuerdo con reportes de la ENADID del año 2014 la fecundidad en adolescentes tuvo un repunte de 77 nacimientos por cada mil mujeres, por lo tanto, consideramos que es primordial analizar esta problemática desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, a fin de plantear nuevas estrategias para su control.

Esto concuerda con lo reportado en diversos estudios señalando que además del crecimiento demográfico de la población joven existen cambios en la conducta sexual, como el inicio de vida sexual a edades cada vez más tempranas en las adolescentes (Santelli, y otros, 2004). Es así como el entorno social en el que actualmente se desenvuelven los jóvenes favorece diversas situaciones, como el embarazo no planeado, ya sea por cuestiones culturales, por presión social (de la familia, de su grupo de amigos y del contexto de referencia) o por desconocimiento sobre su prevención.

Lo anterior se ve reflejado en la ENADID de 2009, donde se menciona que la edad promedio del inicio de la vida sexual en las mujeres de 15 a 19 años fue de 15.9 años. Y por otro lado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2012, a nivel nacional, refieren que la proporción de población de 12 a 19 años que ha iniciado su vida sexual pasó de 15% en 2006 a 23% en 2012. Por lo tanto, se observa un incremento de la población joven que decide iniciar su vida sexual a edades más tempranas, que requiere ser analizado en cuanto a las repercusiones para la salud reproductiva, así como de mayores acciones de promoción a la salud tendientes a evitar los embarazos no planeados.

De acuerdo con el Banco Mundial en 2012 y el Fondo para la Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en 2013, América Latina y el Caribe presenta las mayores tasas de embarazo en adolescentes (72 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 a 19 años), después de África subsahariana y el sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente). Si bien las tasas están disminuyendo en todo el mundo, en América Latina este proceso ha sido extremadamente lento, al parecer por las condiciones de desigualdad que presenta la región. Un dato preocupante es que América Latina y el Caribe es la única región donde los nacimientos madres menores de 15 años aumentaron. (Banco Mundial, 2012) Lo anterior hace pensar que el problema del embarazo adolescente se asocia profundamente con las condiciones socioculturales y económicas de esta región.

En este sentido el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2013) agrega a lo antes mencionado que el 22% de las niñas adolescentes en América Latina y el Caribe inician su vida sexual antes de los 15 años, el porcentaje más elevado entre las diferentes regiones, comparado con 11% de las mujeres y 6% de los hombres, a nivel mundial, situación que muestra que además de un problema de inequidad sanitaria también nos plantea un problema de inequidad de género.

Lo anterior es consistente con el informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2012) y el UNFPA (2012) donde muestra que México tiene una tasa de 80 por cada mil en la tasa de fecundidad del mismo grupo etario (CEPAL, 2012), es así que se observa un creciente colectivo de adolescentes que inicia su vida sexual en torno a los 15 años con un consecuente aumento de embarazos no deseados que los sitúa en un grupo de elevada vulnerabilidad.

Adicional a lo antes expuesto y de acuerdo con la ENADID (2012) realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO), 44.9% de las adolescentes de 15 a 19 años, sexualmente activas, declaró no haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual. Además, entre las adolescentes del mismo rango de edad, el número de nacimientos por cada mil mujeres es de 77. Lo cual denota la falta de



programas de educación para la salud que enfatizan la importancia del uso de métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo no planeado entre la población que decide iniciar su vida sexual.

En la Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ), realizada por el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) en el 2010, se preguntó a los adolescentes las razones por las que no habían utilizado métodos anticonceptivos en su primera relación sexual. La primera razón fue que no esperaban tener relaciones (49%); que su pareja no quiso (11.2% en total, 14% entre mujeres); que el entrevistado no había querido (9.3%); que no conocía los métodos (9.3%); el deseo de un embarazo (7%); la vergüenza de conseguir los métodos (5.9%); y que no se sentía igual (3.7%). Estos datos muestran que la falta de planeación, sumado a algunas actitudes de los propios implicados al uso de métodos anticonceptivos, corresponden a algunas de las principales razones que redundan en el embarazo en adolescentes.

Según lo señalado por la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (2010), lo anterior se ve reflejado en una tercera parte de las mujeres de 15 a 19 años que reportó su último embarazo como no planeado, incluyendo 13% que lo consideraba no deseado, lo cual señala que existe un porcentaje más alto que el de las mujeres entre los 20 y 29 años y casi igual al de las mujeres de entre 30 y 34 años de edad (ENAPEA, 2010), lo que expresa la vinculación del problema del embarazo no planeado con factores derivados de las condiciones de sociales, o bien con una limitada educación para la salud de los adolescentes.

Por otro lado, casi tres cuartas partes de las niñas de 10 a 14 años que tienen un hijo o hija están casadas o vive en pareja, lo cual entraña riesgos psicológicos y sociales, Asimismo, el porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años casadas o unidas (16%) es casi tres veces mayor que la proporción de hombres de esta edad (6.2%) que reportan vivir en matrimonio o unión libre (ENAPEA, 2010), lo que refuerza la vinculación del problema antes descrito, con elementos culturales y sociales que es importante revisar a fin de preservar la salud de este grupo poblacional.

Sin embargo, al decidir iniciar la vida sexual, los adolescentes viven la falta de acceso a los métodos también lo cual puede limitar el uso de éstos. En la práctica clínica es común observar a los adolescentes mencionar no usar métodos anticonceptivos porque les daba vergüenza solicitarlos, es decir, que perciben desaprobación social en general del personal de las farmacias o de los servicios de salud donde podrían obtenerlos. Lo que demuestra que aún persisten factores culturales que podrían limitar el acceso efectivo a la protección contra el embarazo y las Enfermedades de Transmisión Sexual. Es así, como el escaso conocimiento de los servicios gratuitos y la accesibilidad del personal, además de los horarios de atención en los centros del primer nivel, pueden ser una limitante importante.

A pesar de los innumerables avances en materia de educación sexual, todavía persisten algunas condiciones de rezago, Save the Children (2016) menciona en que en lo referente a la Educación Integral en Sexualidad (EIS) más del 53% de adolescentes identifica su escuela como el lugar en donde recauda más información sobre sexualidad, sin embargo, todavía no se implementa un programa integral en todo el país que pueda ser evaluado y permita conocer el impacto de un programa de educación sexual escolar.

Si bien el 15 por ciento de los adolescentes de 15 a 19 años en México no estudia ni trabaja, no obstante, este porcentaje es de 9 por ciento entre los hombres adolescentes mientras que para las mujeres es de 22%; un factor más de desventaja (ENADID, 2104). Señalando que además de una inequidad de género determinada tanto por el contexto social, existe un escaso desarrollo de políticas de salud que atiendan la problemática de salud reproductiva en los adolescentes considerando las diferencias por género.

Es así que el análisis de los factores socioculturales e históricos, religiosos, políticos y económicos del país, permitirían mostrarnos la realidad de las familias y comunidades y la importancia de la escuela en la prevención del embarazo adolescente y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

La falta de comunicación entre padres con sus hijos, de los docentes con los adolescentes, la accesibilidad por parte de los profesionales de la salud y de la

sociedad en general con ellos, producen una barrera más en la educación sexual, donde tradicionalmente se aborda sólo lo biológico, y no se aborda lo emocional, las cuestiones psicológicas y sociales, los derechos humanos y las responsabilidades individuales y compartidas del ejercicio de la sexualidad.

Al hacer una revisión de los Determinantes Sociales de la Salud, otro factor asociado al embarazo en la adolescencia es la pobreza. Desde esta situación factores como la unión temprana, actividad sexual precoz, desprotegida y forzada, el abandono escolar y la falta de oportunidades laborales hacen del embarazo en adolescentes un síntoma o producto de la precariedad e inequidad socioeconómica del país que conviene analizar.

En este sentido, según datos extraídos de la ENAPEA (2010), la mayor escolaridad está asociada con el retraso de la edad a la primera relación sexual, al matrimonio y al primer embarazo, con mayor uso de anticonceptivos y con ideales de tener una familia más pequeña y planificada. Las adolescentes de 15 a 19 años que tienen como tope la primaria completa o una menor escolaridad tienen una tasa de fecundidad casi tres veces más alta que las que han asistido a la preparatoria. Lo anterior indica que una escolaridad avanzada se asocia con menor incidencia del embarazo adolescente y mayor uso de métodos anticonceptivos.

Los roles y estereotipos tradicionales de género profundizan estas inequidades. Las diferencias están sustentadas en las normas sociales y costumbres que son más tolerantes a la maternidad, que, a la paternidad adolescente, ya que para los hombres desentenderse, desconocer o no responsabilizarse del producto de las relaciones es más fácil que para una mujer (ENAPEA, 2010).

En el problema de embarazo adolescente están implicados varios sectores: la sociedad como colectivo y entorno, principalmente la familia, el Estado como gestor y supervisor de los servicios y programas de Salud y por último comparten responsabilidad los profesores y los profesionales de la salud, como personal competente para difundir y orientar la información sobre educación sexual y sexualidad responsable, además de supervisar la aplicación de las intervenciones adecuadas para cada adolescente. Ya que es deber de los tres

anteriores cuidarlos, protegerlos, respetar sus derechos y favorecer su desarrollo, dentro de las condiciones específicas de cada región.

Sin duda el embarazo en adolescentes afecta la salud, educación, proyecto de vida, relaciones sociales y culturales, y la economía entre otros aspectos de este colectivo. Ser madre o padre adolescente suele iniciar y/o reforzar, sin distinciones sociales, una serie de condiciones de vulnerabilidad asociadas a la falta de preparación para esta nueva responsabilidad, características propias del desarrollo en esa etapa y a la adopción de roles de género tradicionales, así como a la pérdida de vivencias y adquisición de conocimientos propios de la adolescencia. La maternidad y paternidad temprana, suele tener efectos negativos graves en los hijos e hijas de las y los adolescentes, exponiéndolos a condiciones adversas que obstaculizan su desarrollo (ENAPEA, 2010).

Ante este panorama, es imposible negar que el embarazo no planificado sea un problema grave de Salud Pública, lo anterior no significa que no se haga nada, sino que las intervenciones para resolverlo no están siendo totalmente efectivas, lo que conlleva a analizar de nuevo las estrategias para reducir esta problemática. Es así como, con este trabajo se pretende ampliar el panorama, abordarlo desde el ámbito social. Al analizar los Determinantes Sociales de la Salud, podremos seleccionar las mejores áreas de oportunidad para reducir el problema, predecir la incidencia y mejorar las condiciones de salud de los adolescentes.

Por todo lo antes mencionado queda manifestado el interés por destacar la importancia de los Determinantes Sociales de Salud en el embarazo no planeado, ya que tienen una repercusión directa en la salud de los adolescentes, y nos permiten vislumbrar las inequidades en materia de salud entre los diferentes grupos poblacionales y por lo tanto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud que contribuyen en el embarazo no planeado en adolescentes?

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. General**

Examinar los determinantes sociales de la salud que contribuyen en el embarazo adolescente.

### **1.2.2. Específicos**

Conocer los derechos y políticas de salud fundamentales para el análisis del embarazo en adolescente.

Revisar la literatura científica relacionada con el embarazo adolescente y su vinculación con los determinantes sociales de la salud.

## **1.3. Justificación del problema de estudio**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera población adolescente a la que se encuentra entre 10 y 19 años y destaca que ellos representan un porcentaje importante de la población en todas las regiones del mundo. A quienes deben dirigirse programas de salud tendientes a disminuir problemas como el embarazo adolescente. En México en el 2015, residían 30.6 millones de jóvenes de 15 a 29 años y de ellos el 35.1 % corresponden a adolescentes de 15 a 19 años, lo que implica que los adolescentes son un grupo poblacional numeroso que requiere atención (INEGI, 2016).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reportó en 2010 que 18% de la población mundial se encontraba en esta edad 88% vivían en países en desarrollo y 19% de las adolescentes en países en desarrollo han tenido un embarazo antes de los 18 años. De los siete millones de nacimientos de madres adolescentes menores de 18 años, dos millones son de menores de 15 años. Situación que motiva a profundizar en el conocimiento de la literatura relacionada con los Determinantes Sociales de la Salud y su repercusión en las desigualdades sociales que se suscitan ante el embarazo adolescente.

A pesar de que, en los últimos 40 años, las adolescentes han disminuido su fecundidad, aunque en menor grado que otros grupos de edad (ENAPEA, 2010)

se considera que la problemática del embarazo se vincula con la escasa consideración que se ha dado a los problemas de los adolescentes como el inicio de vida sexual a edades más tempranas, consumo de alcohol y drogas, nivel educativo deficiente, costumbres, entre otros que tienen los adolescentes y la falta de consideración de estas situaciones en los programas de promoción o prevención actuales.

El embarazo en adolescentes se encuentra dentro del ámbito de actuación de Enfermería, por tener la competencia relacionada con la asistencia al individuo, familia y comunidad. La enfermería como práctica social, política e históricamente construida, tiene como finalidad cuidar al ser humano en todas las etapas de la vida. Contribuye también, a promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de las personas y promover su bienestar.

En esta profesión, el cuidado es el objeto de estudio, ya que se refiere a las acciones y actividades orientadas a dar asistencia, apoyo o capacitación a individuos o grupos con necesidades evidentes o previstas, buscando mejorar la condición o modo de vida humana. Según Chaves y colaboradores (2010), en el campo de la enfermería los objetos de trabajo son el cuidado de enfermería y su gestión. Este cuidado se concibe como un conjunto de acciones de seguimiento continuo del usuario/población, durante las enfermedades o a lo largo de procesos socio-vitales (salud del niño, adolescente, adulto, mujer, anciano y trabajador), buscando la promoción, prevención y recuperación de la salud.

La asistencia trata de la capacidad de poner en práctica las acciones y conocimientos y su objetivo es el cuidado demandado por individuos, familias, grupos sociales, comunidades y colectividades. Por tratarse de asistir al ser humano estos cuidados son de naturaleza física, psíquica, social y espiritual en todas las etapas de la vida. (Chaves, Menezes Brito, Cozer Montenegro, & Alves, 2010). Por lo antes mencionado se consideran que abordar este tema puede servir como un elemento de reflexión, en el diseño de programas de educación para la salud enfocados en la atención de la población adolescente y la prevención del embarazo adolescente.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Determinantes sociales de la salud**

Los determinantes sociales de la salud se clasifican en determinantes estructurales tales como; el contexto socioeconómico y político, el gobierno, las políticas macroeconómicas, políticas sociales, mercado de trabajo, vivienda, políticas públicas, educación, salud y protección social, cultura y valores sociales, clase social, género, etnia entre otros. Y los llamados determinantes intermedios de la salud tales como; circunstancias materiales de vida y trabajo, factores conductuales y biológicos, factores psicosociales y el sistema de salud etc (Borrell & Artazcoz, 2008).

Silberman y col. (2013) señalan que desde 1974, Marc Lalonde había propuesto un modelo para comprender interacciones entre factores determinantes de la salud, en él se reconocen el estilo de vida, y el ambiente, junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En su informe destaca la gran importancia de los 2 primeros en la determinación de la enfermedad, y a la vez, la poca importancia relativa de éstos observada en los presupuestos sanitarios.

De esta concepción surge el Modelo del Campo de la Salud que según lo dicho por Ivo de Carvalho y Marchiori Buss (2008) inspirándose en el proceso de reforma del sistema de salud canadiense en la década de 1970, y alimentándose de él, se cristalizó un modelo explicativo más amplio, el modelo del campo de la salud. Según el modelo, se puede decir esquemáticamente que las condiciones de salud dependen de cuatro conjuntos de factores: el patrimonio biológico, las condiciones sociales, económicas y ambientales en las cuales el hombre es criado y vive, el estilo de vida adoptado y los resultados de las intervenciones médico-sanitarias, que tienen una importancia relativa variable de acuerdo con el problema de salud en cuestión.

Según Lalonde (1974) el campo biológico incluye aspectos físicos y mentales de base biológica, como el patrimonio genético, los procesos físicos y mentales del desarrollo y madurez, y toda la fisiopatología del organismo humano.

El segundo grupo consiste en las condiciones sociales, económicas y ambientales en las cuales fuimos criados y vivimos, las cuales reúnen un conjunto de factores de expresión más colectiva como el acceso a la educación, a los servicios urbanos, y toda una gama de agentes externos, cuyo control individual es más limitado. Por ejemplo, la calidad del abastecimiento del agua y de los productos alimenticios, la contaminación atmosférica, entre muchos otros.

La categoría 'estilo de vida' comprende factores con un mayor control de los individuos, como hábitos personales y culturales (fumar, dieta, ejercicios físicos, etc.), cuya incorporación a la vida de la persona depende, en gran medida, de la decisión de cada uno.

En el cuarto conjunto de situaciones, se encuentra el sistema que la sociedad organiza para cuidar de la salud de sus ciudadanos y responder a sus necesidades. Comprende los servicios de salud, hospitales y centros de salud, los profesionales, el conjunto de equipos y tecnologías. Tradicionalmente es aquí donde los gobiernos invierten más recursos financieros, sin que se pueda identificar, la mayor parte de las veces, un retorno en términos de cambios en los niveles de salud de la población como un todo (Ivo de Carvalho & Marchiori Buss, 2008).

Dahlgren y Whitehead (1992) presentan a los principales Determinantes de la salud como un abanico de capas jerárquicas concéntricas donde cada capa externa determina las capas sucesivas en dirección al centro. Allí propone que los individuos y sus conductas (ubicados en el centro del diagrama) son influenciados por su comunidad y las redes sociales (ubicados adyacentes al centro), las que pueden sostener o no a la salud de los sujetos. Así, la estratificación socioeconómica (los ubicados en la capa más externa, llamados determinantes estructurales) configura mejores o peores oportunidades para la salud. De esto se desprende que la estratificación no actúa en forma directa, sino que lo hace mediada por diversos factores, por ejemplo: materiales de la



vivienda, circunstancias psicosociales (estrés, depresión) y los comportamientos (hábito de fumar o mala alimentación) (Silberman, Moreno Altamirano, Kawas Bustamante, & González Almada, 2013).

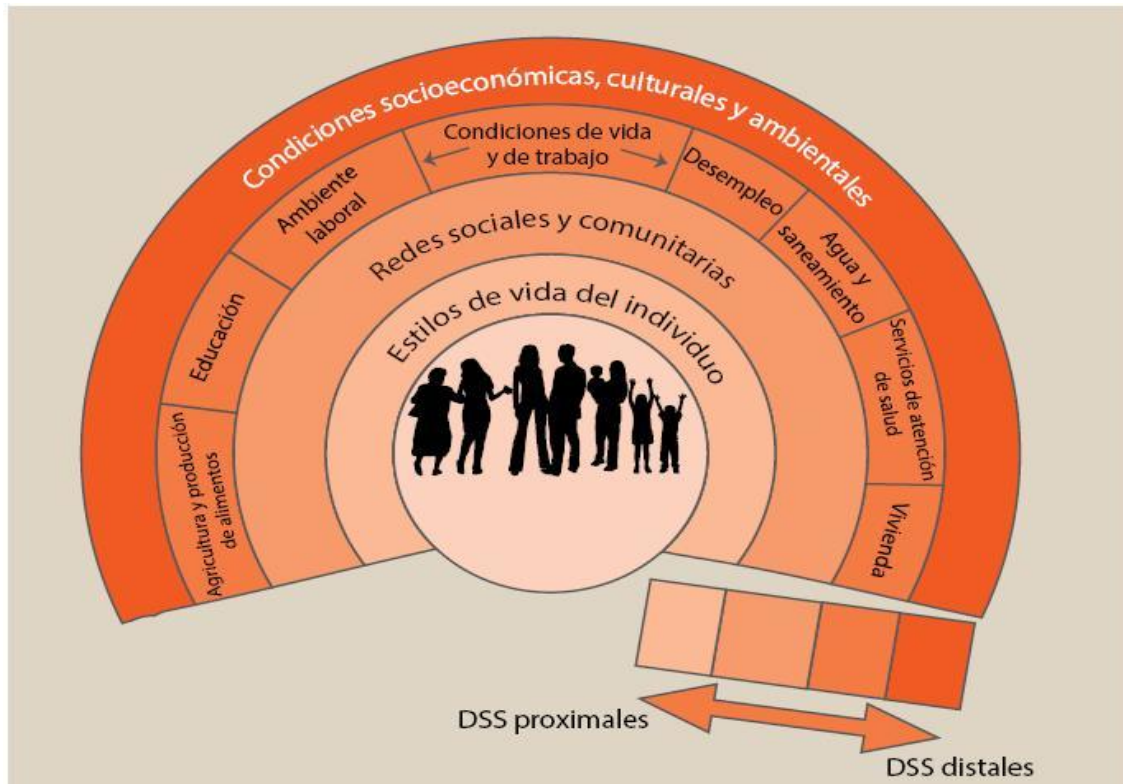


Figura 1. Adaptada del modelo de determinantes sociales de la salud de Whitehead y Dahlgren, 1992. En: <http://www.scielo.org.mx/img/revistas/facmed/v56n4/a4f1.jpg>

Mismo esquema se sigue presentado actualmente por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS actualmente.

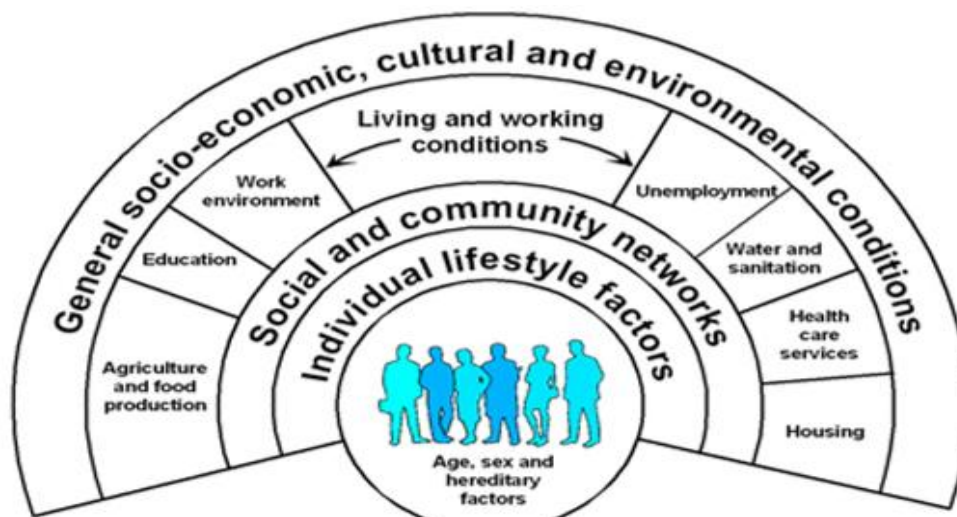


Figura 2. Extraída del Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud del 28 de agosto de 2008. Pag.13.

En ambos casos se entiende que, en materia de salud, no se puede hablar de un solo factor, en el modelo actual podemos observar que se siguen manejando los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) proximales y DSS distales.

En el Marco conceptual de los determinantes sociales de la Salud utilizado por la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales (2008) se encuentran dos grandes categorías: los Determinantes estructurales de las desigualdades de la Salud y los Determinantes Intermedios de la Salud, los cuales se describen a continuación:

A los primeros les corresponde el contexto socioeconómico y político que incluye gobierno, políticas macroeconómicas, políticas sociales (mercado de trabajo y vivienda), políticas públicas (educación, salud, protección social) y por último cultura y valores sociales. Además, se consideran dentro de éstos, también se debe considerar la posición socioeconómica con sus distintos ejes de

desigualdad que son la clase social, género, etnia, educación, ocupación e ingresos.

En el segundo se pueden observar las circunstancias materiales (tales como la vivienda y la ubicación de ésta), los factores conductuales y biológicos (como lo son los estilos de vida y los antecedentes heredofamiliares), los factores psicosociales (la falta de apoyo o de oportunidades, situaciones de gran estrés) y el sistema de salud (su acceso, su calidad y su costo).

La interacción entre todos estos elementos tiene como resultado que se pueda generar o no un impacto en las desigualdades en salud y en bienestar, de ahí que sean los determinantes sociales estructurales o distales los de mayor probabilidad de generar un cambio en las condiciones de salud de una población o región. Una aportación similar y que respalda esta postura, se puede encontrar en la ENAPEA (2010), cuando se observa la pirámide de intervenciones que han resultado ser efectivas y la base son aquéllas que lograron disminuir disparidades sociales.

En México, la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Promoción a Salud (2013) especificó su propio esquema de Determinantes de la Salud, los describen como el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que favorecen o afectan la salud de los individuos y las comunidades. Señalan que los principales determinantes positivos son el ambiente favorable, los estilos de vida saludable, los factores psicosociales favorables y los servicios de salud adecuados; mientras los negativos o de peligro son aquellos que ponen en peligro la salud disminuyendo la calidad de vida de las personas, propiciando la enfermedad y la discapacidad y que afectan de manera directa la movilidad y mortalidad de la población; entre éstos se encuentran los riesgos psicosociales (carencia de redes de apoyo y/o entorno social), los riesgos de comportamiento individual (dieta inadecuada, sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo, uso de drogas y comportamientos sexuales de riesgo) y las características biológicas y genéticas de un individuo, los cuales no son modificables (Dirección General de Promoción a la Salud, 2013).

Pese a que no se hace gran diferencia en los modelos analizados anteriormente, cabe señalar que se hace una separación entre Determinantes Sociales y Determinantes de la Salud.

## **2.2. Adolescencia**

La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, preadolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años (OMS C. s., 2009).

### **Clasificación**

De acuerdo con León, Minassian, Borgoño y Bustamante (2008) refieren que la adolescencia temprana, podría considerarse como el período que se extiende entre los 10 y los 14 años. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad, así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico.

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

La adolescencia tardía abarca entre los 15 y los 19 años. Para entonces, ya han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y

reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente.

Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su importancia disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. Experimentar con el comportamiento adulto declina durante esta etapa, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes.

El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol. En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las adolescentes tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. No obstante, estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas.

Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea (León, Minassian, Borgoño, & Bustamante, 2008).

El CEPAL (2014), declara que esta densa interacción biológico-social se complejiza aún más por la intervención de procesos psicológicos muy poderosos que se desatan en la adolescencia, vinculados con el desafío de formar una identidad propia. En este contexto, los adolescentes tienden a tomar distancia de referentes de autoridad como los padres y las instituciones de adultos y, en contrapartida propenden a incrementar la valoración de otros referentes, como los grupos de pares o las subculturas. Y entre estos dos referentes suelen haber diferencias marcadas, en particular en los mensajes relativos a la sexualidad y

la reproducción. Por cierto, esta rebelión contra la autoridad adulta tiene especificidades individuales y culturales, por lo que el grado de distanciamiento de los adolescentes respecto de los cánones impuestos por la sociedad adulta y por sus familiares es variable.

### **2.3. Embarazo en adolescentes**

El embarazo adolescente es una situación que deriva del incumplimiento de los derechos humanos de las y los adolescentes; parte de una problemática integral relacionada con la falta de oportunidades de desarrollo, de educación, salud y protección. A su vez, un embarazo a temprana edad puede representar el incumplimiento de los derechos humanos de las y los adolescentes, pero en particular de las mujeres: es probable que no terminen sus estudios, que no tengan las oportunidades adecuadas para su bienestar financiero, que limiten su desarrollo personal y que repliquen el ciclo de pobreza (Save the Children, 2016).

Según datos obtenidos de Save the Children México, (2016), 1 de cada 5 nacimientos es una adolescente menor de 20 años. De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) México es el país con el mayor número de embarazos entre adolescentes y un tercio de las adolescentes entre 15 y 19 años reportó su último embarazo como no planeado.

Por otro lado, se identifica la adolescencia se puede dividir en tres etapas con características diferentes y a su vez con formas distintas de enfrentar un embarazo:

1. Adolescencia temprana (10 a 13 años): Ligada a su madre, negación del embarazo, la maternidad provoca depresión y aislamiento, no hay lugar para el padre. El varón está ausente en sus planes.
2. Adolescencia media (14 a 16 años): Dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación con el feto, que a su vez es experimentado como un instrumento de la afirmación de independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y

orgullo. El padre tiene un lugar: El varón es considerado importante como una esperanza en el futuro.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años): Adaptación al impacto de la realidad, sentimientos maternos. Búsqueda de afecto y compromiso de parte del varón y establecimiento como un futuro compañero (Ulanowicz, Parra, Wendler, & Tisiana Monzón, 2006).

Es por ello por lo que una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida en que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente, en la literatura se describen: abortos, anemia, infecciones urinarias, bacteriuria asintomática, hipertensión gestacional, preeclampsia/eclampsia, escasa ganancia de peso, malnutrición materna, hemorragias asociadas con afecciones placentarias, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, desproporción cefalopélvica, y cesárea (Ulanowicz, Parra, Wendler, & Tisiana Monzón, 2006).

#### **2.4. Consecuencias del embarazo adolescente**

El embarazo no planeado en una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años. Además de repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, generalmente mal remunerado. La censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que generalmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas personales y sobre la salud de los hijos (Ulanowicz, Parra, Wendler, & Tisiana Monzón, 2006).

## **Complicaciones fisiológicas del embarazo adolescente**

De acuerdo con León y col (2008), uno de los principales problemas para las adolescentes embarazadas es la mortalidad materna en los países en desarrollo, ya que se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20-34 años.

Con respecto a la morbilidad maternofetal (adolescente), la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia.

La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro.

Para el recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables (León, Minassian, Borgoño , & Bustamante , 2008).

Aunque existen pocos estudios sobre el tema en México, se ha observado que los hijos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser prematuros y tener bajo peso al nacer (ENAPEA, 2010).



## **Complicaciones Psicosociales**

En este sentido, es importante reconocer que cerca del 40% de los embarazos entre adolescentes que pertenecen a un estrato socioeconómico bajo son no deseados. Sin embargo, tanto los embarazos no deseados como deseados a esta edad tienen las mismas consecuencias en la salud, educación, proyecto de vida y situación laboral tanto de los hombres como de las mujeres adolescentes. Esta situación puede conducir a la propagación de la pobreza y a la falta de oportunidades dignas, así como a la obstaculización en el ejercicio de los derechos humanos, principalmente en relación con la autonomía de las mujeres (Save the Children, 2016).

El ser madre adolescente propicia la discriminación y exclusión en diversas esferas de la vida social ya que los estereotipos de género siguen fuertemente arraigados en la sociedad mexicana, y son estas mujeres las que abandonan los estudios a causa de malos tratos y burlas desde diversos ángulos de su vida cotidiana. Del mismo modo, el acceso a recursos económicos en la etapa de la adolescencia es casi inexistente, pues estas mujeres se encuentran en un estatus de dependencia casi total, son las madres o padres del principal respaldo económico al momento de saberse embarazadas, repercutiendo en el nivel de acceso a un empleo y aún más en el rendimiento escolar (Promajoven, 2012).

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar, la ENAPEA (2010) señala que el embarazo puede truncar la educación de las y los adolescentes, la de ellas con mayor frecuencia: De acuerdo con cifras del 2010, 17.7% de las mujeres menores de 18 años y 30.7% de las menores de 15 años que se embarazaron, dejaron de ir a la escuela después del embarazo. De la misma manera, dejar de ir a la escuela aumenta el riesgo de un embarazo: más del 90% de las mujeres de 12 a 19 años que han tenido un hijo o hija no asisten a la escuela, comparado con 24% en el grupo de edad que no los ha tenido. La madre adolescente además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo inmadura cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia.

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres, que para todo el resto. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad temprana entre generaciones de madres adolescentes (León, Minassian, Borgoño , & Bustamante , 2008).

## **2.5. Determinantes sociales de la salud en el embarazo adolescente**

El embarazo adolescente tiene una condición particular en cada país. Algunos países europeos, asiáticos o árabes tienen una incidencia muy baja. En sentido contrario, otros países de África, Asia y Latinoamérica tienen una incidencia alta. México en el contexto global, se puede considerar dentro del grupo con alto grado de incidencia en embarazo, pero mucho menor que otros países en los que por sus condiciones y costumbres, este suceso es un factor común. (Promajoven, 2012).

Haciendo una revisión a la ENAPEA (2010) las madres adolescentes llegan a tener mayor descendencia que las que aplazan su primer embarazo a una edad mayor. En México, las mujeres que tuvieron un embarazo en la adolescencia terminan su periodo reproductivo hasta con tres hijos o más que las mujeres que iniciaron su maternidad después de los 19 años.

Solo una de cada siete de estas adolescentes de 10 a 14 años que tuvo un parto, residía en un municipio con muy baja marginación, lo que muestra que este fenómeno no está condicionado únicamente por factores de pobreza, sino que influyen otros de contexto cultural, económico y social como son la violencia familiar, sexual y de género.

### **2.5.1. Determinantes estructurales de las desigualdades de la Salud.**

#### **Políticas públicas, sociales y económicas.**

Una de las principales políticas enfocadas en la atención del embarazo adolescente es la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA) 2010, la cual se describe brevemente a continuación:

El objetivo general de la ENAPEA es reducir el número de embarazos en adolescentes en México con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos. Los ejes rectores de la estrategia se integran de manera transversal en las acciones y actividades dirigidas a cumplir con los siguientes cinco objetivos específicos, que tienen aplicación intersectorial.

Sus objetivos específicos son:

- Objetivo 1. Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México.
- Objetivo 2. Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo
- Objetivo 3. Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad
- Objetivo 4. Incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes
- Objetivo 5. Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.

Dentro de los que se señalan las líneas de acción a seguir para el cumplimiento de los objetivos, las cuales son:

- 1) Asegurar que las y los adolescentes finalicen la educación obligatoria, de manera articulada entre los niveles federal, estatal y municipal

- 2) Generar oportunidades laborales para la población adolescente acordes a su edad y en el marco de leyes y convenios, de manera articulada entre los niveles federal, estatal y municipal
- 3) Implementar y sostener a lo largo del tiempo campañas de comunicación sobre los derechos sexuales y reproductivos, y los servicios amigables, con perspectiva de género, visión intercultural y adaptada a las etapas de la adolescencia. Dichas campañas deberán estar basadas en evidencia científica y en buenas prácticas, que integren intervenciones innovadoras a través de redes sociales, teléfonos celulares, mensajes de texto, así como el acompañamiento con materiales impresos y otras actividades culturales, ferias y unidades médicas móviles
- 4) Promover acciones legislativas estatales para homologar los códigos penales estatales con la normatividad nacional e internacional en sus artículos relativos a violencia y abuso sexuales de menores. Por ejemplo, modificar las leyes de estupro, rapto, violación equiparada, violación a menores y matrimonios forzados
- 5) Fortalecer las acciones de prevención y atención de la violencia y el abuso sexual en niñas, niños y adolescentes con especial atención en las zonas rurales, indígenas y urbanas marginadas y de contexto migrante.
- 6) Asegurar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes con la eliminación de barreras legales, institucionales y culturales.
- 7) Fortalecer las capacidades y espacios de incidencia de las y los adolescentes y jóvenes para la transformación de normas sociales y culturales sobre el ejercicio de la sexualidad y sus derechos sexuales y reproductivos
- 8) Financiar proyectos que apliquen intervenciones basadas en evidencia para reducir factores de riesgo del embarazo en adolescentes
- 9) Financiar proyectos de investigación para generar evidencia de modelos efectivos novedosos para el cambio de normas sociales, actitudes y prácticas favorables a la generación de entornos habilitantes en materia de prevención del embarazo en adolescentes.
- 10) Asegurar las condiciones institucionales para la provisión de toda la gama de métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP

- 11) Garantizar el abasto y disponibilidad de los métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP, en todas las unidades de salud que atienden a población adolescente
- 12) Explorar estrategias novedosas para ofrecer métodos anticonceptivos (incluyendo los ARAP) por medio de diferentes esquemas de provisión
- 13) Fortalecer la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad y la doble protección en el uso de métodos anticonceptivos
- 14) Mejorar, ampliar y adecuar servicios amigables para adolescentes asegurando una atención igualitaria, aceptable, accesible y efectiva según los criterios de la OMS.
- 15) Promover acciones de mercadeo social en la población adolescente de los servicios disponibles de SSR amigables (provistos por el sector público, social y privado) con énfasis en aquellos grupos en condiciones de desventaja social
- 16) Prevenir embarazos subsiguientes en madres adolescentes
- 17) Fortalecer las capacidades de niños, niñas y adolescentes para asumir una vida plena, tal como lo recomienda el Comité de los Derechos del Niño en lo que se refiere a la inclusión de contenidos de educación integral en sexualidad, de prevención de VIH/Sida y de salud reproductiva en los programas escolares
- 18) Garantizar procesos permanentes de capacitación y formación sistemática para otorgar al personal docente las condiciones adecuadas en la enseñanza de contenidos de educación integral en sexualidad
- 19) Vincular a la escuela con el entorno comunitario y familiar en la promoción de la educación integral en sexualidad y el fomento del liderazgo y ciudadanía adolescente y juvenil, considerando las intervenciones basadas en evidencia.

## **Educación**

Otro elemento fundamental en la atención social de los adolescentes es el Programa de Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes Embarazadas (2010).

A partir del 2014 la Beca de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (antes PROMAJOVEN), es un componente más del Programa Nacional de Becas, que tiene como objetivo contribuir a asegurar mayor cobertura, inclusión y equidad educativa entre todos los grupos de la población para la construcción de una sociedad más justa, mediante el otorgamiento de becas a niñas y jóvenes en situación de vulnerabilidad agravada por el embarazo y la maternidad.

La Beca de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas es una acción afirmativa mediante la cual la Secretaría de Educación Pública promueve la equidad de género y la no discriminación para las adolescentes y jóvenes que enfrentan la maternidad a edades tempranas, ampliando sus oportunidades de acceso y permanencia en la educación básica, lo que permite mejorar sus condiciones de vida, reducir las desigualdades regionales y de género en las oportunidades educativas, contribuyendo a garantizar el derecho a la educación (Promajoven, 2018).

El Programa de Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (Promajoven, 2012) señala que el embarazo adolescente es mayor en personas con menor nivel de escolaridad. Ello comprueba que el camino diseñado por los países europeos es efectivo. La educación sexual se imparte en niveles elementales y tiene efectos positivos. Estos datos llevan a afirmar que las acciones educativas pueden tener mayores efectos para prevenir el embarazo adolescente, que la información que se recibe en casa por parte de los padres. Además, la vulnerabilidad de los adolescentes que no tiene acceso a la educación por su condición de marginalidad, son propensos a ser padres a temprana edad.

### **Educación Sexual y nivel educativo**

Según Gómez y col. (2008) señalan que en México los indicadores demográficos del crecimiento poblacional impulsaron al gobierno a tomar dos medidas importantes: a) la promoción del uso de anticonceptivos y b) la formación de una nueva conciencia en materia de sexualidad instaurada a través de la escuela. A

partir de los años setenta se instituyó la educación sexual en el discurso educativo oficial, produciendo una intensa discusión entre distintos sectores como la Iglesia, la Unión Nacional de Padres de Familia, los partidos políticos, intelectuales y maestros.

En la actualidad la discusión sigue vigente en torno a los contenidos de educación sexual de los libros de texto de escuelas públicas. Se creó el Consejo Nacional de Población con la intención de promover y coordinar las acciones gubernamentales para el control de las variables demográficas y para elaborar un modelo de educación sexual. Las metas eran reducir el crecimiento poblacional de los años ochenta y modelar la conducta sexual de los mexicanos en cuanto a la educación sexual y el uso de anticonceptivos (Gómez-Maqueo, 2008).

En una encuesta realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (2015) se encontró que, durante la primaria, muy pocos estudiantes (3 a 7%) recibieron Educación Sexual Integral (ESI). En contraste, durante la secundaria, entre una quinta parte y la mitad reportaron haber recibido contenidos dentro de cada uno de los tres ámbitos, mientras que, durante la educación media superior, la recepción de ESI sobre estos temas descendió a 10-15%. Los contenidos de ESI más prevalentes en el reporte de los estudiantes son los relacionados con Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Menos de la mitad (40%) del alumnado reporta haber recibido contenidos completos de ESI (sobre los 24 temas evaluados) en cualquier momento del recorrido escolar. La gran mayoría de los estudiantes está satisfecha con la ESI recibida y la mitad o más consideran accesible y de confianza a la persona que la impartió. En relación con los métodos de enseñanza, se observa que prevalecen los que promuevan la transmisión de conocimientos (exposición por parte del maestro) y, en menor medida, los que promueven la práctica de habilidades y la autoeficacia (prácticas simuladas).

En cuanto a los contenidos específicos dentro de cada dimensión, los tres temas más impartidos fueron el uso de condón, prevención de embarazo y protección contra el VIH, mientras que los dos temas menos impartidos fueron las relaciones y el placer. Esto indica que se imparte información básica (principalmente cognitiva) pero se trabaja poco sobre la autoeficacia y habilidades, es decir, las

competencias que requieren los adolescentes para poner estos conocimientos en práctica. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por la UNESCO y reflejan que en México la perspectiva de derechos rara vez se incorpora a los programas de educación sexual, ya que la mayoría emplea un enfoque de reducción y prevención de riesgos (Rojas, Allen-Leigh, Uribe, de Castro , & Villalobos , 2017).

En contraste, el informe “Las y los adolescentes que México ha olvidado” de Save the Children (2016), 25.5% de los hombres y 20.5% de las mujeres de entre 12 y 19 años ya habían iniciado su primera relación sexual; 33.4% de las mujeres y 14.7% de los hombres adolescentes no usaron protección en su primera relación sexual. La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas es de apenas 59%, resaltando los niveles más bajos en Chiapas (35.5%) y Oaxaca (45.8) dos de los estados con mayores niveles de pobreza.

Además 52% de las mujeres de 12 a 19 años que han tenido relaciones sexuales, alguna vez ha estado embarazada; una tercera parte de las mujeres de 15 a 19 años reportó su último embarazo como no planeado, 1 de cada 5 nacimientos en México es de una mujer adolescente menor de 20 años. Entre 2006 y 2012 el número de nacimientos en mujeres adolescentes (menores de 20 años) incrementó en casi 15%. Entre 2006 y 2014 se han registrado casi 100 mil nacimientos de mujeres menores de 15 años que probablemente están relacionados con abuso o violencia sexual. (Save the children, 2016)

La ENADID 2014, muestran que las principales brechas en la fecundidad adolescente se dan según grado de escolaridad, condición de habla de lengua indígena y tamaño de la localidad de residencia.

Además, en la relación de la pobreza y el embarazo adolescente de esto dependerá, el acceso y calidad de los servicios de salud que pueda recibir, el trabajo que tenga y el ingreso que perciba.

Según datos de Save the Children (2016) en su informe “Las y los adolescentes que México ha olvidado”, solo 54% de las y los adolescentes de 15 a 19 años están inscritos en el sistema educativo. Es el promedio más bajo entre los países



de la OCDE, y de éstos solo el 86% de la población de 12 a 14 años tienen la primaria completa y 76% de los de 15 a 17 años cuentan con la secundaria terminada, Además, esos porcentajes se agravan ante determinadas condiciones sociales, como la pobreza. Entre los adolescentes de 15 a 17 años solo 65% de quienes viven en hogares indígenas completó su educación secundaria, frente a 78% de quienes viven en hogares no indígenas. Sólo 69% de los residentes en localidades de alta y muy alta marginación terminó la educación secundaria, frente a 80% de los que residen en localidades menos marginadas y, por último, 57% de quienes habitan en hogares en pobreza alimentaria terminó la educación secundaria, ante 82% de los pertenecientes a hogares no pobres.

### **Clase social**

Ingresos y ocupación. Según la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS, 2009) en su Informe “Subsanar las desigualdades en una generación”, señala que el empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes en la equidad sanitaria. Cuando son buenos aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los riesgos físicos y psicosociales. Las intervenciones encaminadas a mejorar el empleo y el trabajo han de aplicarse a nivel internacional, nacional y local.

El trabajo es el ámbito donde muchos de los aspectos importantes que afectan a la salud ejercen su influencia. Esto engloba las condiciones de trabajo y la propia naturaleza del mismo. Se considera que una mano de obra flexible beneficia la competitividad económica, pero ello repercute en la salud (CDSS, 2009).

De acuerdo con la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social 2012 (ELCOS), en las zonas urbanas del país, seis de cada diez mujeres en edad reproductiva, que trabajan realizan actividades de cuidado y ocho de cada diez mujeres que realizan actividades de cuidado en el hogar les gustaría trabajar remunerada mente.

## **Protección social**

La CDSS señala que la pobreza infantil y la transmisión de la pobreza de una generación a otra son importantes obstáculos para mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades sanitarias. Cuatro de cada cinco personas en el mundo carecen de la protección básica que proporciona la seguridad social. Los sistemas de protección social redistributivos influyen en los niveles de pobreza, en la medida en que el mercado laboral permite a la población ganarse la vida adecuadamente. Hay una correlación entre la existencia de un sistema de protección social universal y generoso, y una población más sana, que se refleja en niveles inferiores de exceso de mortalidad entre las personas mayores y tasas de mortalidad menores entre los grupos sociales desfavorecidos.

Extender la protección social a toda la población en los países y en el mundo constituye un paso decisivo para alcanzar la equidad sanitaria en una generación. Ello incluye ampliar la protección social a quienes tienen empleos precarios, en particular en el sector no estructurado, en el del trabajo doméstico o en el de la asistencia a otras personas. Eso es esencial para los países pobres donde la mayoría de la población trabaja en el sector no estructurado, así como para las mujeres, pues sus obligaciones familiares a menudo les impide beneficiarse de un conjunto adecuado de prestaciones en los sistemas contributivos de protección social. Si bien la escasa infraestructura institucional y la reducida capacidad financiera sigue siendo un obstáculo importante en muchos países (CDSS, 2009).

## **Normativa**

Al entrar en el tema de la legalidad debemos hacer hincapié en dos términos muy importantes la inclusión y la exclusión; el primero se refiere a como todo sector de la población debe ser considerado ya que todos somos iguales ante la ley, el segundo hace referencia a sectores o grupos de personas que no disfrutan sus derechos y libertades fundamentales tal es el caso de los más de 22 millones de adolescentes de entre 10 y 19 años de edad, quienes según Save the Children (2016), representan a casi el 20% de la población mexicana; y que sin embargo,

al ubicarse entre la población de niñas y niños por un lado; y de jóvenes, por otro, cuentan con limitadas políticas públicas que respondan a las características específicas de la etapa desarrollo por la que atraviesan. Las políticas existentes sobre adolescentes se enfocan en las problemáticas de seguridad y de salud en vez de centrarse en impulsar su desarrollo integral.

Esto es observable, ya que en la revisión de la literatura científica relacionada con la población adolescente se encontró que según Gamboa y Valdés (2013), en la mayoría de los casos se hace una diferenciación partiendo del rango de edad a quienes se les considerará como niños y adolescentes, estableciendo para ello a los mayores de 12 y menores de 18 años, sin embargo, encontramos casos como Baja California en la que no se hace distinción alguna y se emplea el término menor, al que se considera como toda persona menor de 18 años, al igual que en Baja California Sur y Tlaxcala, sólo que en estas últimas sí se emplea el término niño o niña, y el caso excepcional de Tamaulipas en donde además de no diferenciar entre niño y adolescente, se considera de manera general niño o niña a todo ser humano menor de 16 años de edad.

## **Cultura**

Género. El matrimonio u otro tipo de unión, así como el embarazo y el parto a edades muy tempranas, con grandes diferenciales de edades respecto de la pareja, aumentan la vulnerabilidad de estas adolescentes; al propiciar el desequilibrio de poder al interior de la pareja y las pone en un riesgo continuo de abuso y violencia sexual basado en la construcción social de un enfoque de género no equitativo ni de igualdad (ENAPEA, 2010).

El grupo de edad de 10 a 14 años también reviste especial interés por: a) la magnitud del fenómeno, b) la probabilidad de que la mayoría de la concepción en niñas de 10 a 14 esté vinculada con abuso o violencia sexual, c) que el riesgo de muerte materna es mayor en este grupo debido a los efectos fisiológicos, ya que no han culminado su etapa de mayor crecimiento y desarrollo cognitivo, socio-emocional, físico y psicológico (ENAPEA, 2010).

Respecto a este ámbito pocas veces estudiado, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, el 23% de los varones de 12-19 años ya habían iniciado su vida sexual y un 80.6% usó condón en su primera relación sexual. En contraste, 20.5% de las mujeres de estas mismas edades había iniciado vida sexual, de las cuales 61.5% reportó el uso del condón con su primera pareja sexual. En general, los varones tienen un buen conocimiento de métodos de prevención de embarazo e ETS. No obstante, en una encuesta con estudiantes de educación básica y media superior de 13 a 19 años, en cinco entidades federativas con rezago en materia de salud reproductiva (2003), muestra que entre ellos solo el 27% ha oído hablar de la anticoncepción de emergencia.

Si bien los indicadores cuantitativos sobre adolescentes varones no son exhaustivos, Campero y col. (2013) señalan que los estudios cualitativos permiten comprender cómo la construcción social y la expresión de la masculinidad tienen una influencia decisiva en los comportamientos y, por tanto, en su Salud Sexual y Reproductiva, que se reflejan en las estadísticas de morbilidad y mortalidad en varones adolescentes.

Etnia. Según datos de la ENAPEA (2010) las adolescentes indígenas tienen una tasa de fecundidad más alta que las no indígenas. La tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años hablantes de una lengua indígena es de 96.7 por 1,000 mujeres; la de las no indígenas, de 68 por 1,000. En el país existen alrededor de 1.4 millones de adolescentes que hablan alguna lengua indígena.

Las entidades con mayor porcentaje de adolescentes que son hablantes de lengua indígena son Chiapas (29%) y Guerrero (28%). Chihuahua, San Luis Potosí, Oaxaca, Michoacán, Veracruz, Puebla e Hidalgo tienen un porcentaje mayor a 19% es decir, más del triple del promedio nacional (6.3%). Entre los adolescentes hablantes de lengua indígena existe una menor permanencia en la escuela, ya que cerca del 35% de la población adolescente indígena de 10 a 19 años y casi la mitad que se encuentra entre los 15 y 17 años no asisten a la escuela. Los adolescentes indígenas, por lo tanto, son otro segmento diferenciado que deben alcanzar los programas de aumento de cobertura escolar y los de salud sexual y reproductiva (ENAPEA, 2010).

## **2.5.2. Determinantes Intermedios de la Salud**

### **Estilo de vida**

Unión temprana. En nuestro país, casi tres cuartas partes de las niñas de 10 a 14 años de edad que tienen un hijo o hija, están casadas o vive en parejas, lo cual entraña riesgos psicológicos y sociales, Asimismo, el porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad casadas o unidas (16%) es casi tres veces mayor que la proporción de hombres de esta edad (6.2%) que reportan vivir en matrimonio o unión (ENAPEA, 2010).

Save the Children (2016), señala que 59.9% de las adolescentes sexualmente activas de un estrato socioeconómico muy bajo se embarazaron, en contraste con 20% de las que pertenecía a un estrato socioeconómico alto. A su vez, una adolescente que vive en condiciones de pobreza y que tiene un hijo a temprana edad, tiene mayor posibilidad de reproducir el ciclo de la pobreza, pues esta situación la coloca ante vulnerabilidades en materia de acceso para ella y para su hijo(a) a servicios esenciales de salud, educación, alimentación y oportunidades de desarrollo.

Uso de anticonceptivos. En el caso de las adolescentes, se distingue que según lo reportado por la ENADID (2014), en general, es menor el porcentaje que conoce la existencia y el porcentaje con conocimiento funcional de cada método anticonceptivo respecto a lo que declaran todas las mujeres en edad fértil. A su vez, ellas identifican más la existencia del condón masculino, las pastillas, el parche anticonceptivo y la pastilla de emergencia y, en un porcentaje ligeramente menor a 80, las inyecciones y el condón femenino.

Sin embargo, al preguntarles sobre el conocimiento funcional baja drásticamente la proporción de adolescentes que realmente conocen y podrían hacer uso efectivo de dichos métodos, por ejemplo, a partir del conocimiento reportado se pensaría que en principio utilizarán el condón masculino, sin embargo, un 17.3 por ciento no sabrá cómo usarlo; en segundo lugar, si recurren al uso de pastillas, 85.3 por ciento ignora cuándo debe tomarlas o qué debería hacer cuando se le

olvide tomar alguna, pero si se decide por un parche anticonceptivo, 85.6 por ciento no sabrá en qué parte del cuerpo se coloca, cada cuándo deberá sustituirlo; lo mismo ocurre con la pastilla de emergencia, aunque el porcentaje que no sabe cómo tomarla es menor (26.0) (ENADID, 2014).

### **Falta de oportunidades**

Los nacimientos en mujeres adolescentes, con respecto al total, se dan primordialmente en municipios con grado de marginación muy alto (21.36%) o alto (19.47%). Los nacimientos en mujeres menores de 15 años se ubican en municipios más marginados que los de mujeres entre los 15 y los 19 años (ENAPEA, 2010).

Las condiciones laborales también afectan a la salud y a la equidad sanitaria. Éstas pueden hacer que el individuo se vea expuesto a toda una serie de riesgos físicos para la salud, que tienden a concentrarse en los trabajos de nivel inferior. Las condiciones de trabajo conseguidas en los países de ingresos altos distan mucho de ser la norma en muchos países de ingresos medianos y bajos. El estrés laboral está relacionado con el 50% de las cardiopatías coronarias; además, los datos de que se dispone muestran invariablemente que los trabajos con un nivel de exigencia elevado, la falta de control y el hecho de que el esfuerzo realizado no se vea suficientemente recompensado son factores de riesgo que pueden desembocar en problemas de salud física y mental (CDSS, 2009).

Se ha documentado que el 40% de las mujeres que se embarazan en la adolescencia no planean o no desean el embarazo en ese momento. En estratos sociales desfavorecidos el embarazo temprano es una práctica prevalente. Esto puede deberse a que el embarazo es considerado como la única opción viable entre las posibilidades al alcance de las adolescentes, o bien a que, en contextos de precariedad socioeconómica (comunidades indígenas, rurales o marginadas), las posibilidades de libertad y desarrollo para las mujeres son restringidas (Campero Cuenca, Atienzo, Suárez López, Hernández Prado, & Villalobos Hernández, 2013).

El trabajo de cuidado de niños, niñas y adultos/as mayores y otros tipos de trabajo no remunerado suele ser un factor que, asociado a la falta de recursos, contribuye a que las mujeres no se desarrollen profesionalmente; de hecho, casi nueve de cada diez madres de 15 a 19 años reportaron dedicarse a las actividades del hogar (ENAPEA, 2010).

## **Sistema de Salud**

Acceso, Calidad y costo. El acceso y uso efectivo a la salud se refiere a la posibilidad de obtener atención en salud cuando se requiere y que ésta sea independiente de características como el ingreso, el lugar de residencia, la condición laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría. De acuerdo con la OMS (2000), el acceso a los servicios de salud puede medirse a través de la utilización de los servicios de salud por parte de los individuos, lo cual, a su vez, es influido por la estructura del sistema de servicios (disponibilidad de servicios, organización y financiamiento) y por la naturaleza de los requerimientos (recursos para los consumidores potenciales) (CONEVAL, 2014).

La equidad sanitaria depende de la oferta suficiente de recursos materiales y servicios, de condiciones de vida y trabajo que sean seguras y promuevan la salud; y de oportunidades de aprender, trabajar y entretenerse, así como del acceso equitativo a todas ellas (CDSS, 2009).

Una análisis llevado a cabo por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) acerca de los “Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud afiliados al Seguro Popular” en 2014 mostró como resultados que, la infraestructura y los recursos humanos a los que tienen acceso los afiliados al Seguro Popular no se han incrementado a la par del aumento en la afiliación, lo que se traduce en una disponibilidad relativa cada vez menor frente a la demanda creciente.

En cuanto a la dimensión de accesibilidad, en comparación con otros tipos de afiliación, los mayores problemas surgen para los individuos afiliados al Seguro

Popular, quienes reportan un mayor tiempo de traslado; en particular, en las localidades más pequeñas se tiene menos accesibilidad a los servicios de salud.

Respecto a la calidad de los servicios, el aumento en la demanda de servicios de salud, junto con la disminución de la disponibilidad de éstos, ha derivado en la profundización de la falta de atención a los problemas de salud y la mala calidad percibida por los beneficiarios. Otro reto es la insuficiencia de medicamentos, lo cual pone en evidencia problemas con la disposición de los servicios que se ofrecen y la incapacidad para atender la demanda generada con la creciente afiliación (CONEVAL, 2014).

De acuerdo con datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en México existían 0.011 y 0.012 hospitales públicos por cada mil habitantes en 2008 y 2010; estas cifras son cercanas a los mínimos identificados en 2008, de acuerdo con los datos emitidos por Save the Children (2016) 83.9% del total de egresos hospitalarios en mujeres de 15 a 19 años, se relacionan con el embarazo, parto y/o puerperio.

La atención de las adolescentes de manera respetuosa no ha sido evaluada actualmente por ninguna instancia, lo que genera brechas en el cumplimiento real de los objetivos planteados por el Estado, en materia de Derechos Humanos.

## **2.6. Revisión de la literatura**

De acuerdo con Islam (2017), en un estudio llevado a cabo en Bangladesh, sobre la maternidad adolescente, refieren que la edad conyugal mayor y la educación superior se asociaron con una menor probabilidad de maternidad adolescente. Así mismo mencionan que las adolescentes en el quintil de riqueza más pobre [OR 1.712 [1.350-2.173] tenían más probabilidad de experimentar la maternidad adolescente que las situadas en el quintil de riqueza más rico. En este sentido las adolescentes que no tenían educación tenían 2.76 veces más posibilidades de maternidad adolescente que sus contrapartes que tenían educación superior a la secundaria. Este estudio concluye que a pesar de la disminución sustancial de la tasa de fecundidad el problema de maternidad adolescente sigue siendo



un problema muy fuerte y que la política social, incluidas las que abordan la pobreza, aseguran un mayor énfasis en la educación de las mujeres; y madres adolescentes en áreas rurales (Islam, Islam, Hasan, & Hossain, 2017).

Un estudio longitudinal llevado a cabo en el 2010 al 2014 por Zanchi y col. En Brasil concuerda con el estudio antes mencionado donde refieren que la recurrencia del embarazo en adolescentes en el sur de Brasil en el año 2010 se asoció significativamente con el nivel de educación ( $p=0.044$ ) y no estar en la escuela ( $p=0.036$ ). Y en el 2014, los factores asociados fueron el nivel de educación ( $p<0.001$ ), así como con los ingresos ( $p=0.030$ ) (Zanchi, y otros, 2017).

En Estados Unidos un estudio llevado a cabo por Amin y col. (2017), también reporta que a pesar de una disminución en las tasas de natalidad en adolescentes entre el 2006-2012, siguen existiendo grupos de altas tasas de natalidad. Estos grupos no son aleatorios y permanecen más altos de lo esperado cuando se ajustan para la pobreza y la educación (Amin, Decesare, Hans, & Roussos-Ross, 2017).

En una revisión de la literatura científica sobre adolescentes que se enfocó en el indagar los factores que influyen en el embarazo adolescente repetido, realizada por Maravilla y col. (2017), describen que el uso de anticonceptivos particularmente los anticonceptivos reversibles de acción prolongada redujeron considerablemente el riesgo de embarazos adolescentes repetidos. Y que factores relacionados con la educación como el contar con un mayor nivel de educación y la continuación escolar fueron encontrados como factores protectores. Por el contrario, la depresión, historial de aborto y factores de relación, como el apoyo de la pareja, aumentaron el riesgo repetido de embarazo adolescente (Maravilla, Betts, Couto e Cruz, & Alati, 2017).

Un estudio que evaluó las asociaciones del Producto Interno Bruto (PIB), índice de GINI, Índice de Desarrollo Humano (IDH) e Índice de Desarrollo Relacionado con Género (IDG), con la maternidad precoz en adolescentes de 27 países de bajos y medianos ingresos en tres periodos de tiempo. Refiere que las mujeres de 18 a 24 años, a medida que aumentó el Índice de Desarrollo Relacionado con el género a nivel nacional, el embarazo precoz de los adolescentes disminuyó.

Concluyeron que, si bien la creación de la igualdad de género es un objetivo importante en sí mismo, los hallazgos enfatizan el potencial para un mejor desarrollo equitativo de género, como un medio para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (Decker, Kalamar, Tunçalp, & Hindin, 2016).

En la ciudad de Bolgatanga, Ghana, se llevó a cabo un estudio por Krugu y col. (2017) que muestra el principal medio de protección sexual sigue siendo el uso de condón, ya que otras formas de anticoncepción estas mujeres consideran que otros métodos están asociados a la infertilidad. Se plantea la necesidad de una comunicación más abierta en materia de sexualidad con los jóvenes y la provisión de una educación sexual más integral en la escuela para abordar los embarazos en adolescentes en Ghana (Kругu, Mevissen, Münkel, & Ruiten, 2017).

En una investigación realizada en Bucaramanga, Colombia, Rojas y col. (2016) determinaron que el embarazo a temprana edad es asimilado por las adolescentes y sus familias como un acontecimiento que obliga a disponer estrategias de reacomodamiento, porque es socialmente un hecho no deseado pero que puede suceder como muchas otras situaciones repetidas en los relatos: deserción escolar, ausencia del padre, inserción precoz en el mercado laboral informal o conformación de nuevas familias no linealmente con el ciclo vital (Rojas Betancur, Álvarez Nieto, & Méndez Villamizar, 2016).

Por último, en el Distrito Federal se llevó a cabo un estudio realizado por Gómez (2008), quien señala que las principales situaciones de riesgo asociadas a la relación con los padres y detectadas tras el análisis de las entrevistas realizadas a los adolescentes son: a) falta de comunicación y alejamiento afectivo que limita la posibilidad de los adolescentes de participar en los ambientes familiares, lo cual implica que éste no se sienta parte de su familia; b) los dobles mensajes acerca de la sexualidad y el consumo, debido a que frecuentemente los padres ocultan información o ésta es transmitida con mitos y temores; los adolescentes reciben sólo datos, que no vinculan la sexualidad con el placer y la afectividad, lo que en lugar de protegerlos los expone; c) el temor de los adolescentes para comunicarse con sus padres, situación que en algunas ocasiones los orilla a mentir. Pero también se halló como factores protectores: a) las buenas relaciones con hermanos u otros familiares; b) el hecho de que los padres hablen

con sus hijos sobre las consecuencias negativas del consumo de drogas, además de mostrarse prohibitivos ante el consumo de las mismas; c) la información proporcionada por los padres acerca de los riesgos de una sexualidad irresponsable y los beneficios del uso del condón y otros anticonceptivos y finalmente d) que los adolescentes busquen a los padres para la solución de problemas por medio de comunicación abierta y vínculo afectivo estrecho. Existen otros determinantes que pueden alterar el pronóstico que nos proporciona el vínculo entre padres e hijos, por ejemplo, el que estos últimos establezcan una relación abierta con otro familiar, como los hermanos, tíos, abuelos, primos, etc. Estas relaciones sustitutas se convierten en factores protectores, que contribuyen a que el adolescente atraviese de una mejor manera el proceso de conformación de la identidad, y tenga así una mayor probabilidad de desarrollarse favorablemente (Gómez Cobos, 2008).

### **3. MARCO REFERENCIAL**

Para hablar acerca de la normativa, debemos tener en cuenta que en México, el Artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM, 2017), reconoce los Derechos Humanos de todas las personas establecidos en el texto constitucional y en las normas contenidas en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano que se presentan más adelante, cabe señalar que el apartado constitucional que antes manejaba las garantías individuales, actualmente maneja toda la parte de Derechos Humanos.

Este reconocimiento implica la obligación del Estado mexicano de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos.

#### **Derechos humanos**

Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna (CINU, 2018).

A continuación, se señalan los derechos humanos relevantes en relación a la problemática del embarazo adolescente.

#### **Derechos Sexuales y Reproductivos**

Toda persona tiene derecho a que sea respetada su identidad de género y a ejercer su sexualidad con plena libertad, seguridad y responsabilidad. Las personas tienen el derecho a decidir de manera libre e informada el número de hijos que desee tener y el espaciamiento de los mismos (CNDH, 2017).

#### **Derecho a la Salud**

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, si las personas hacen uso de los servicios de salud tienen el derecho de obtener prestaciones oportunas, profesionales, idóneas y responsables.

El Estado otorgará servicios de salud a través de la Federación, Estados y Municipios de acuerdo con lo establecido en la ley (CNDH, 2017).

## **Derecho de las niñas, niños y adolescentes**

Los Derechos Humanos de niñas, niños y adolescentes están previstos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los tratados internacionales y en las demás leyes aplicables, esencialmente en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (publicada el 4 de diciembre de 2014), la cual reconoce a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos y, en su artículo 13, de manera enunciativa y no limitativa señala los siguientes:

- Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo
- Derecho de prioridad
- Derecho a la identidad
- Derecho a vivir en familia
- Derecho a la igualdad sustantiva
- Derecho a no ser discriminado
- Derecho a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral
- Derecho a una vida libre de violencia y a la integridad personal
- Derecho a la protección de la salud y a la seguridad social
- Derecho a la inclusión de niñas, niños y adolescentes con discapacidad
- Derecho a la educación
- Derecho al descanso y al esparcimiento
- Derecho a la libertad de convicciones éticas, pensamiento, conciencia, religión y cultura
- Derecho a la libertad de expresión y de acceso a la información
- Derecho de participación
- Derecho de asociación y reunión
- Derecho a la intimidad
- Derecho a la seguridad jurídica y al debido proceso
- Derechos de niñas, niños y adolescentes migrantes
- Derecho de acceso a las tecnologías de la información y comunicación, así como a los servicios de radiodifusión y telecomunicaciones, incluido el de banda ancha e Internet (CNDH, 2017).

## **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**

El artículo 4° Constitucional establece el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos, es decir, es el fundamento jurídico de la planificación familiar, sin embargo, también regula los derechos de los niños y niñas (los adolescentes están incluidos en esta clasificación de niño por ser menores de edad), a la salud y a la educación (CPEUM, 2017).

### **Ley General de Población**

Su objeto es regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social.

Artículo 5o.- Se crea el Consejo Nacional de Población que tendrá a su cargo la planeación demográfica del país, con objeto de incluir a la población en los programas de desarrollo económico y social que se formulen dentro del sector gubernamental y vincular los objetivos de éstos con las necesidades que plantean los fenómenos demográficos.

Incluye llevar a cabo las políticas y programas de planificación familiar regulado por el Reglamento de la Ley General de Población, en cuya sección segunda se señala lo correspondiente a la planificación familiar, además de prever sobre el número y espaciamiento de los hijos se marca que deberá darse a conocer los beneficios que genera concebirlos en la edad adecuada y pondrá especial atención en proporcionar dicha información a los jóvenes y adolescentes (LGP, 2015).

### **Ley General de Salud**

Establece en su capítulo VI denominado “los servicios de planificación familiar”, con carácter prioritario: Otorgar orientación educativa en materia de sexualidad a adolescentes; y Disminuir el riesgo reproductivo a través de la información que se le proporcioné a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años.

Además, es esta misma ley la que garantiza el acceso a métodos anticonceptivos a los adolescentes y a cualquier persona, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud. Sin olvidar que, de esta ley, emanan Normas Oficiales especializadas para cada caso (LGS, 2017).

### **Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes**

Esta Ley señala, en su artículo 4º, párrafo segundo, que: "los derechos de los adultos no serán tomados como pretexto para obstruir el ejercicio pleno de los derechos de los y las niñas". A su vez, prevé un especial compromiso de las instancias de gobierno respecto de los y las niñas en posición vulnerable. El mismo ordenamiento considera que un niño o niña víctima de violencia ha sido colocado o colocada en una situación vulnerable.

Con relación al derecho a la salud, prevé la coordinación en los tres niveles de gobierno para que se establezcan medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos. Además, de establecerse la diferencia entre niños y adolescentes atendiendo a rangos de edad (LPDNNA, 2014).

### **Ley del Instituto Mexicano de la Juventud**

Por su parte, esta Ley establece que son jóvenes aquellos que están comprendidos entre un rango de edad entre los 12 y 29 años de edad, por lo que atendiendo a la edad que corresponde a los adolescentes, éstos quedan comprendidos dentro de esta Ley y por lo tanto se hacen acreedores a los derechos que se protegen y otorgan a éstos, a través del Instituto Mexicano de la Juventud quien tiene atribuciones para que en coordinación con las dependencias y entidades de la Administración Pública, elabore programas y cursos de orientación e información sobre educación sexual y sobre salud reproductiva., además de otros temas como son la equidad de género, la violencia, etc (LIMJ, 2015).

La ENAPEA (2010) reconoce que el matrimonio forzado, la violencia sexual, la falta de información en SSR y de acceso a métodos anticonceptivos son determinantes de riesgo de embarazos no deseados en niñas y adolescentes los cuales, a su vez, tienen implicaciones negativas en su salud y vida por las

complicaciones médicas propias de un embarazo a temprana edad. El enfrentar éste, como ya se ha señalado, limita el desarrollo integral de niñas y adolescentes al truncar muchas de las actividades propias de la niñez de acuerdo con sus contextos y también al modificar su trayecto de formación escolar, asunto que comúnmente agrava la situación de pobreza y marginación en la que viven un número importante de adolescentes madres y adolescentes embarazadas, y también sus parejas. El embarazo en la adolescencia es consecuencia de la violación a los derechos de ellas y ellos.

Así mismos señala las obligaciones de Estado en relación con el embarazo adolescente y el ejercicio de los Derechos Humanos de niñas, niños y adolescentes.

1. Garantizar a los adolescentes el acceso a servicios integrales de SSR, sin discriminación por su edad, a partir del reconocimiento de su capacidad para tomar decisiones respecto del ejercicio de su sexualidad.
2. Garantizar que en los servicios de SSR se proporcione a las personas adolescentes información objetiva y veraz acerca del ejercicio de la sexualidad, métodos anticonceptivos y de protección contra infecciones de transmisión sexual.
3. Garantizar el acceso a servicios de atención prenatal para adolescentes embarazadas que incluyan la detección de alto riesgo para la salud y la vida, especialmente en menores de 15 años y en su caso garantizar el acceso a servicios de interrupción del embarazo.
4. Proporcionar atención a adolescentes víctimas de violencia sexual, incluido el suministro de profilaxis para evitar infecciones de transmisión sexual, de la pastilla anticonceptiva.
5. Reformar la legislación civil de todo el país para establecer a los 18 años como edad mínima para contraer matrimonio.
6. Promover el trabajo con los medios de comunicación y la sociedad civil para mejorar la calidad de la información de los mensajes que sean consistentes con los contenidos de educación integral en sexualidad y de promoción de salud sexual.
7. Fomentar una amplia participación de la comunidad y de las familias, incluidos adolescentes, en la definición de los programas de promoción



de la salud, para reconocer sus necesidades y aspiraciones en materia de salud sexual y reproductiva y fomentar su involucramiento en el desarrollo e implementación de respuestas apropiadas.

8. Revisar, actualizar y reforzar la capacitación del personal docente desde la formación magisterial hasta su capacitación continua incorporado los contenidos del currículo de educación integral en sexualidad.
9. Implementar y/o fortalecer estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual que incluya la prevención del VIH e ITS y en las que se complementen los esfuerzos que en el ámbito de sus respectivas responsabilidades y atribuciones se lleven a cabo (ENAPEA, 2010).

Con la intención de dejar en claro como la normativa citada actualmente se correlaciona con la política pública y quienes son los encargados de supervisar las obligaciones señaladas anteriormente se diseña el siguiente cuadro.

Cuadro 1. Alineación de Tratados Internacionales con Política Pública Nacional.

<b>Marco internacional</b>	<b>Normativa Mexicana</b>	<b>Dependencia responsable</b>	<b>Políticas públicas</b>
Derechos Humanos	Art 1° Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM)	1° Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), además del Ejecutivo, Legislativo y Judicial en los 3 niveles de gobierno.	Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018), Programa Sectorial de Gobernación (2013-2018), Programa Nacional de Desarrollo Social (2014-2018) y Programa Nacional de Derechos Humanos (2014-2018).
Derechos Sexuales y Reproductivos	Art 4° CPEUM, Ley General de Población	Consejo Nacional de Población (CONAPO),	Programa de Acción Específico (PAE) Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de (SSR) para Salud Adolescentes (2013-2018), Programa Nacional de Población (2014-2018), PAE Salud Materna y Perinatal (2013-2018) y PAE Planificación Familiar y Anticoncepción (2013-2018).

---

Derecho a la Salud Art 4° CPEUM, Ley General de Salud Secretaría de Salud, CONAPO Programa Sectorial de Salud (2013-2018), Programa Nacional de Población (2014-2018), PAE Planificación Familiar y Anticoncepción (2013-2018) y PAE Salud Materna y Perinatal (2013-2018)

---

Derechos de las niñas, los niños y los adolescentes. Art 1° CPEUM, Ley de Protección de Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, Ley del Instituto Mexicano de la Juventud. Instituto Mexicano de la Juventud, CONAPO, Secretaria de Salud, CNDH, Secretaria de Educación Pública (SEP), Sistema Nacional para el Desarrollo Programa Nacional de Asistencia Social (2013-2018), Programa Nacional de Juventud (2014-2018), Programa Sectorial de Educación para Adolescentes (2013-2018), PAESSR (2013-2018), Programa Nacional de Población (2014-2018), PAE Planificación Familiar y

Integral de la Anticoncepción (2013-  
Familia (DIF). 2018).

---

Fuente: Instrumento de planeación en alineación con la ENAPEA (2010), sólo para Políticas Públicas, además de CNDH, 2017; CPEUM, 2017; LGP, 2015; LGS, 2017; LIMJ, 2015; LPDNNA, 2014.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Tipo de investigación**

Esta tesina se realizó mediante una investigación documental como parte esencial de un proceso de investigación científica, en forma sistemática, con la finalidad de servir como material de consulta y con objetivos base para la construcción de conocimientos que fundamenten la práctica de enfermería en la atención del embarazo adolescente. Se utilizaron estrategias como la búsqueda y el análisis crítico de la literatura.

Tiene por objetivo dar a conocer un panorama sobre el embarazo en adolescentes, y la importancia que tiene considerar los elementos vertidos en este documento para la práctica de la Enfermería en el trabajo con adolescentes y en la construcción de intervenciones óptimas que incidan en la solución de problemas de salud reproductiva de este colectivo. Además, puede servir como instrumento de consulta en el diseño de políticas públicas relacionados con la prevención y atención del embarazo adolescente.

### **4.2. Diseño**

El tipo de investigación documental que se realiza es descriptiva, ya que según Danhke (1989) citado por Hernández, Fernández y Baptista en 2006 " los estudios del tipo descriptivo, son los que buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos o comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis" y pretende, destacar que la atención de enfermería, tiene que considerar la normativa local e internacional de los derechos humanos, los datos estadísticos importantes en la epidemiología actual, analizar los métodos y estrategias ya existentes para el cumplimiento de los objetivos de reducción, no sólo nacionales sino internacionales.

Es transversal ya que según Hernández, Fernández y Baptista (2006) "son investigaciones que recopilan datos en un momento único". Esta investigación se hizo en un periodo corto de tiempo, es decir, en los meses de mayo, junio, julio, agosto y septiembre del 2017.

### **4.3. Métodos**

Se realizó una búsqueda documental en las bases de datos tales como; Pubmed y Scielo a fin de recopilar toda la información para elaborar el planteamiento del problema, marco teórico y marco referencial. Las palabras claves utilizadas fueron: embarazo, adolescente, epidemiología, marco jurídico, intervenciones de enfermería, cuidados de enfermería, salud materno-infantil, derechos sexuales y reproductivos, estrategia nacional, salud pública, embarazo no planeado, embarazo precoz, inicio de vida sexual. Esta búsqueda se realizó con los términos descritos tanto en español como en inglés.

Después se realizó la lectura crítica de los materiales seleccionados y se procedió a realizar un resumen de los documentos seleccionados entorno al embarazo adolescente.

### **4.4. Ética de la investigación**

Se basa en lo referido en el Código de Ética para los enfermeros y enfermeras en México, haciendo hincapié al máximo respeto por los derechos humanos, así como del respeto a las costumbres y valores de cada comunidad, agregando que el mismo código incluye la investigación para la disciplina y también señala la búsqueda del equilibrio entre el desarrollo humano, atendiendo los derechos de generaciones futuras (CONAMED, 2009).

En el reglamento de la Ley general de Salud en Materia de Investigación para la salud apegándose a que toda investigación en salud contribuirá en el desarrollo de conocimientos de procesos biosociológicos en seres humanos y a la prevención y control de los problemas de salud (DOF, 2012).

#### **4.4.1. Contribuciones y recomendaciones a la práctica de la enfermería**

De acuerdo con lo revisado en la literatura para la práctica de la Enfermería se debe abordar la atención de este grupo poblacional desde su Derecho a la Salud, debido a que todos tenemos derecho a la obtención de servicios profesionales y oportunos, mismos que el profesional de Enfermería es capaz de otorgar. Por los diferentes entornos en el que se desarrollan los adolescentes en nuestro país, es importante considerarlos como un grupo en condición de vulnerabilidad, ya

que su acceso a la salud se encuentra controlado y restringido por no ser considerado prioritario.

De los modelos de Determinantes Sociales revisados en este trabajo, el de mayor relevancia es el ocupado por la OMS, ya que por su versatilidad es en el que la Enfermería tiene más áreas para trabajar, permitiéndole trabajar con las Determinantes Intermedias en cada comunidad, sobre todo en las indígenas, donde por usos y costumbres, el género juega el papel más importante porque las mujeres no son consideradas como acreedoras de Derechos.

Los Determinantes Sociales de la Salud que sobresalen por su relevancia y la influencia que tienen sobre la salud adolescente son la pobreza, debido a que los mismos factores que condicionan a ésta, condicionan la incidencia del embarazo en adolescentes; la inequidad de género, que sigue haciendo estragos en la salud de las mujeres, sobre todo de aquéllas que se encuentran en exclusión para los programas de salud, ya sea por desconocimiento de las comunidades indígenas o por la falta de acceso a los lugares donde se les puede brindar la atención adecuada, además de considerar los usos y costumbres de cada región indígena que son los que cuenta con altos índices de pobreza.

Para las intervenciones que brinda Enfermería con este grupo poblacional se debe considerar el nivel de educación, pues de acuerdo a lo encontrado en la literatura el hecho de que un adolescente acabe la primaria ya no es un factor protector, pero el que tengan acceso a más niveles educativos y proyectos de vida, garantiza la postergación del inicio de la vida sexual y les permite acceder a mayor información sobre sexualidad, pese a que ésta no sea la adecuada o correcta, debido a que también se encontró que conocen los métodos anticonceptivos pero desconocen la manera adecuada de utilizarlos.

Cabe señalar que existe una gran diferencia entre los jóvenes que tiene un nivel escolar mayor a aquéllos que por diferentes circunstancias abandonan la escuela, pues, aunque en materia de educación sexual integral, hay un rezago considerablemente alto en las escuelas, sólo el hecho de ir a la escuela, mejora de manera significativa las condiciones de vida de estos jóvenes, además de beneficiar a la condición socioeconómica del país.

Pese que ha existido una disminución en la tasa de fecundidad, la incidencia en la tasa de embarazo adolescente no ha tenido una reducción importante, lo cual tiene explicación, según lo revisado en el trabajo, debido a que los adolescentes que ya tiene vida sexual activa, reportan solo haber utilizado condón, mientras que otros anticonceptivos se asocian a la infertilidad, pero otro porcentaje refiere conocerlos pero no saber cómo utilizarlos, además de reportar la falta de acceso a ellos, en las unidades de salud cercanas a su domicilio.

Recomendaciones para la práctica:

- Permitir a los jóvenes ser partícipes en la elaboración de políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva, favoreciendo una cultura de legalidad y empoderamiento sobre la toma de decisiones.
- Trabajar en proyectos de educación sexual y reproductiva para los adolescentes, considerando los aspectos psicosociales de su entorno, orientándolo en el pleno uso de su derecho a ejercer su sexualidad, pero de manera responsable
- Asesorar y capacitar a instituciones de salud y educativas para reforzar el conocimiento en la familia, escuela, comunidad e incluso medios de comunicación, con la finalidad de poder ofrecerles información actual sobre salud sexual y reproductiva.
- Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, evitando que éstos se conviertan en una limitante al momento de ejercer los derechos en salud sexual y reproductiva, sobre todo en el inicio de la vida sexual.
- Implementar la consejería en anticoncepción, en escuelas o centros comunitarios para sensibilizar, informar y motivar a las adolescentes sobre la importancia de los métodos de anticoncepción con el fin de evitar embarazos no deseados y un segundo embarazo en las adolescentes que ya son madres.
- Especializar a los profesionales de la salud en el tema para garantizar el cuidado que se brinda a la población adolescente, logrando impactar positivamente en la prevención del embarazo en este grupo poblacional.

- Capacitar permanentemente a todo el personal de salud que brinda orientación y cuidado a la población adolescente, obteniendo personal altamente calificado y capacitado para la atención integral a este grupo poblacional.
- Brindar educación oportuna, veraz y clara a la adolescente con el fin de ayudar a incrementar los conocimientos en salud sexual y reproductiva, generar actitudes para una sexualidad sana y responsable, favorecer la postergación del inicio de la actividad sexual, promover prácticas sexuales protegidas y contribuir a una cultura que favorezca la sexualidad libre y plena.
- Divulgar información confiable y oportuna sobre las características, ventajas y desventajas de los distintos métodos de anticoncepción, así como verificar el entendimiento de los mismos, partiendo de lo establecido en los derechos sexuales y reproductivos
- Ofrecer servicios amigables a la población adolescente, servicios donde los jóvenes se sientan escuchados y sientan que su intimidad está siendo protegida, e incluir a los padres en la educación sexual, informándolos acerca de los derechos sexuales y reproductivos de sus hijos.



## 5. CONCLUSIONES

Respecto a el cumplimiento de los objetivos en este trabajo se describieron los determinantes sociales de la salud con base al modelo que plantea la OMS, lo cual permitió analizarlos de manera detallada, donde podemos observar que el nivel educativo avanzado, disminuir la inequidad de género y mejorar promover el ejercicio de su sexualidad de manera informada, consciente y con responsabilidad podría disminuir de forma importante el número de adolescentes embarazadas.

Conocer el marco de los derechos humanos y políticas de salud permitió al profesional de enfermería reconocer las diferentes normativas de aplicabilidad a la población adolescente y la salud reproductiva, a fin de conocer las diferentes acciones enfocados en la promoción de uso de métodos anticonceptivos, prevención del embarazo adolescente o de un segundo embarazo y planificación familiar entre otras.

Hablando de México como parte de la región de América Latina y el Caribe se encontró en completa desventaja con el resto del mundo, esto se debe en gran medida a que es un país con altos índices de pobreza lo que pone en desventaja a su población.

A este panorama debemos sumarle el hecho ya establecido en el marco teórico sobre la falta de unificación en materia jurídica con respecto a la definición del término de adolescente, pese a que organizaciones de carácter mundial ya la hayan establecido. Esta situación va en detrimento de la aplicabilidad de los programas existentes, ya que van perdiendo consistencia o relevancia a nivel estatal.

Con lo expuesto anteriormente tenemos que las conductas adoptadas por el grupo de etario de 15 a 19 años son de riesgo y sin la intervención adecuada tendrá efectos severos en su desarrollo y consecuencias psicosociales que los afectan no solo a ellos, sino a la población en general, debido a que en su vida adulta no tendrán las condiciones para solventar una vida digna y saludable.

La población adolescente que inicia su vida sexual a temprana edad es creciente, y muchos de estos jóvenes no cuentan con las herramientas necesarias para poder hacerlo responsablemente, en el margen de sus Derechos Sexuales y Reproductivos. La población adolescente requiere de información y habilidades que les permitan auto responsabilizarse de su salud y demandar una vida sexual libre de prejuicios y con acceso a servicios de salud de calidad, en un ambiente de confidencialidad.

Debe reconocerse la diversidad de orientaciones e identidades sexuales bajo el respeto a las diferencias y rechazando todo tipo de discriminación o exclusión por parte del Estado, la sociedad y los profesionales de la Salud, en un marco de respeto a los derechos donde sus necesidades sean consideradas por encima de otras figuras de autoridad como maestros, proveedores de servicios de salud e incluso los propios padres; solo esto les permitirá ejercer su sexualidad de manera libre, informada, protegida y responsable. Adicionalmente, se debe incluir a los varones en las estrategias de Salud Sexual y Reproductiva involucrándolos en su corresponsabilidad y favoreciendo la prevención de ITS.

Si bien la problemática no solo depende de los profesionales de la salud, es importante hacer hincapié, sobre la relevancia de su participación pues actualmente el país no cuenta suficientes evaluaciones en la calidad de los servicios de salud brindados y se sabe que la gran mayoría de ellos son liderados por Enfermería.

A partir de la revisión de la literatura se puede concientizar a la población en general sobre la importancia que tiene la educación básica, la educación sexual integral en las escuelas y en casa, el contar con mayores oportunidades de empleo para los jóvenes, en mejorar y aumentar los servicios de salud, y en ejercer sus derechos de manera responsable.

De manera general también se debe rescatar la importancia que tiene capacitar y actualizar a Enfermería, a través de otras disciplinas, para ampliar el panorama, logrando que se tenga un enfoque holístico real, con el fin de que la profesión crezca y se involucre en la responsabilidad tan grande que tenemos como país, con el fin de eliminar las desigualdades sociales y de salud.

## REFERENCIAS

- Amin, R., Decesare, J. Z., Hans, J., & Roussos-Ross, K. (01 de Junio de 2017). Epidemiologic Surveillance of Teenage Birth Rates in the United States, 2006–2012. *Obstetrics & Gynecology*, 129(6), 1068-1077. doi:10.1097/AOG.0000000000001897
- Banco Mundial. (2012). *Embarazo Adolescente y Oportunidades en America Latina y el Caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros economicos*. Washington DC: Banco Mundial.
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (Septiembre/Octubre de 2008). Las políticas públicas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5). Recuperado el 25 de Enero de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112008000500012](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500012)
- Campero Cuenca, L., Atienzo, E. E., Suárez López, L., Hernández Prado, B., & Villalobos Hernández, A. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México. *Gaceta Médica de México*, 299-307. Recuperado el 07 de Septiembre de 2016
- CDSS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Buenos Aires: OMS. Recuperado el 28 de Febrero de 2018
- CEPAL. (2012). *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. Recuperado el 28 de enero de 2018, de Reseñas sobre población y desarrollo: [https://www.cepal.org/es/search?as\\_q=Rese%C3%B1as%20sobre%20%C2%B4%20oblacion%20y%20desarrollo](https://www.cepal.org/es/search?as_q=Rese%C3%B1as%20sobre%20%C2%B4%20oblacion%20y%20desarrollo)
- CEPAL. (2014). *La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010*. Santiago de Chile: Fondo de las Naciones Unidas. Recuperado el 27 de Febrero de 2018
- Chaves, Menezes Brito, Cozer Montenegro, & Alves. (Febrero de 2010). Competencias Profesionales de los Enfermeros: el método developing a curriculum como posibilidad para elaborar un proyecto pedagógico. *Enfermería Global, Revista electronica cuatrimestral de Enfermería*(18), 1-18. Recuperado el 12 de Septiembre de 2017, de [www.um.es/global/](http://www.um.es/global/)
- CINU. (2018). *Centro de Información de las Naciones Unidas*. Recuperado el 8 de Marzo de 2018, de <http://www.cinu.mx/onu/documentos/declaracion-universal-de-los-d/>

- CNDH. (2017). *Comisión Nacional de los Derechos Humanos*. Recuperado el 15 de Marzo de 2018, de CNDH México: [http://www.cndh.org.mx/Cuales\\_son\\_derechos\\_humanos](http://www.cndh.org.mx/Cuales_son_derechos_humanos)
- Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Informe final*.
- CONAMED. (2009). *Código de Ética para Enfermeras*. Ciudad de México. Recuperado el 02 de Abril de 2018, de [www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf)
- CONEVAL. (2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*. Ciudad de México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Consejo Nacional de Población. (2010). *La situación actual de los jóvenes en México, Serie de Documentos Técnicos*. Ciudad de México: CONAPO.
- Cordera, R., & Murayama, C. (2012). *Los determinantes sociales de la salud en México* (Primera ed.). Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- CPEUM. (15 de Septiembre de 2017). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ciudad de México, México: Diario Oficial de la Federación. Recuperado el 15 de Marzo de 2018, de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1\\_150917.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf)
- Decker, M. R., Kalamar, A., Tunçalp, Ö., & Hindin, M. J. (10 de Septiembre de 2016). Early adolescent childbearing in low- and middle-income countries: associations with income inequity, human development and gender equality. *Health Policy and Planning*, 32(1), 277-282. doi:<https://doi.org/10.1093/heapol/czw121>
- Dirección General de Promoción a la Salud. (2013). *Determinantes de la Salud y compromisos en el Pacto por México*. Secretaría de Salud, Estado de Mexico. Recuperado el 25 de Febrero de 2018, de <https://www.bing.com/search?q=Determinantes+sociales+DGPS&src=IE-TopResult&FORM=IE11TR&conversationid=180C6852D3AD4D10934313D9E26D4827>
- DOF. (2012). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Ciudad de México. Recuperado el 02 de Abril de 2018, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- ECOPRED. (2015). *Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia*. Ciudad de México: INEGI.
- ELCOS. (2012). *Encuesta Laboral y Corresponsabilidad Social*. Ciudad de México: INEGI-INMUJERES.

- ENADID. (2014). Ciudad de México: INEGI.
- ENAPEA. (2010). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Gobierno, México. Recuperado el 28 de Noviembre de 2016, de <https://www.gob.mx/conapo/articulos/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-enapea>
- Encuesta Nacional de Juventud. (2010). *Resultados Generales*. México: IMJUVE.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). *Resultados Nacionales* (Primera ed.). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia ( UNFPA). (2011). *La Adolescencia. Una época de oortunidades*. New York: UNICEF. Recuperado el 28 de Enero de 2018
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2013). *Maternidad en la niñez, enfrentar el reto del embarazo adolescente*. New York: UNFPA.
- Gamboa Montejano, C., & Valdés Robledo, S. (2013). *El emabarazo en adolescente. Marco Teorico Conceptual, Politicas Publicas, Derecho Comparativo, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y Opiniones especialixadas*. Cámara de Diputados, Subdirección de Análisis de Política Interior. México: Dirección de Servicios de Investigación y Análisis. Recuperado el 14 de Marzo de 2017
- Gómez Cobos, E. (julio-diciembre de 2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 105-122. Recuperado el 04 de Mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212387006>
- Gómez-Maqueo, S. M. (Enero-Marzo de 2008). Barreras y estrategias para la investigación en salud sexual: una experiencia con adolescentes en escuelas públicas. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13(36). Recuperado el 17 de Agosto de 2017, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-66662008000100009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662008000100009)
- Hernández Sampieri, R., Fenández Collado, C., & Baptista Lucío, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Ciudad de México, México: Mc Graw-Hill. Recuperado el 04 de Abril de 2018, de <https://es.scribd.com/doc/38757804/Metodologia-de-La-Investigacion-Hernandez-Fernandez-Batista-4ta-Edicion>

- INEGI. (2016). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud (15 a 29 años) 12 de Agosto*. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado el 3 de Marzo de 2018, de ([http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016_0.pdf))
- INEGI. (2016). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud (15 a 29 años) 12 de Agosto*. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía . Recuperado el 13 de Marzo de 2018, de ([http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016_0.pdf))
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Encuesta Intercensal*. Ciudad de México: INEGI.
- Islam, M. M., Islam, K., Hasan, M. S., & Hossain, M. B. (27 de Noviembre de 2017). Adolescent motherhood in Bangladesh: Trends and determinants. *PLOS ONE*, 12(11). doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188294>
- Ivo de Carvalho, A., & Marchiori Buss, P. (2008). 4. Determinantes Sociales de la Salud, la enfermedad e intervenciones. En E. S. Giovanella L, *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (págs. 141-166). Río de Janeiro: Fiocruz.
- Krugu, J., Mevissen, F., Munkel, M., & Ruiter, R. (2017). Beyond love: a qualitative analysis of factors associated with teenage pregnancy among young women with pregnancy experience in Bolgatanga, Ghana. *Culture, Health & Sexuality*, 19(3), 293-307. doi:<https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1216167>
- León, P., Minassian, M., Borgoño , R., & Bustamante , F. (2008). Embarazo Adoloscete. *Revista Pediatría Electrónica*, 5(1), 42-51. Recuperado el Septiembre de 2016
- LGP. (01 de Diciembre de 2015). Ley General de Población. Ciudad de México, México: Diario Oficial de la Federación. Recuperado el 15 de Marzo de 2018, de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140\\_011215.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/140_011215.pdf)
- LGS. (08 de Diciembre de 2017). Ley General de Salud. Ciudad de México, México: Diario Oficial de la Federeción. Recuperado el 15 de Marzo de 2018, de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>
- LIMJ. (02 de Abril de 2015). Ley del Instituto Mexicano de la Juvetud. Ciudad de México, México: DOF. Recuperado el 15 de Marzo de 2018, de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/87\\_020415.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/87_020415.pdf) .
- LPDNNA. (04 de Diciembre de 2014). Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Ciudad de México, México: Diario Oficial de

Federación. Recuperado el 15 de Marzo de 2018, de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/lpdnna.htm>

Maravilla, J. C., Betts, K. S., Couto e Cruz, C., & Alati, R. (3-7 de Abril de 2017). Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(5), 527-545. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.04.021>

OCDE. (2010). *Economic, Environmental and Social Statistics*. París: OECD. doi:<http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2010-en>

OCDE. (2017). *Construir un México inclusivo. Políticas y buena gobernanza para la igualdad de género*. París: Centro de la OCDE en México para América Latina. doi:<http://dx.doi.org/10.1787/9789264265493-en>.

OMS. (2003). *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. Londres: OMS.

OMS. (Septiembre de 2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

OMS, C. s. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la Equidad sanitaria actuando sobre las determinantes Sociales en Salud*. Informe Final.

Promajoven. (2012). *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven*. Ciudad de México: SEP.

Promajoven. (2 de Marzo de 2018). *gob.mx*. Obtenido de <http://www.promajoven.sep.gob.mx/es/bienvenida.html>

Rojas Betancur, M., Álvarez Nieto, C., & Méndez Villamizar, R. (2016). El papel de la familia en la normalización del embarazo a temprana edad. *Encuentros*, 14(01), 139-150. doi:<http://dx.doi.org/10.15665/re.v14i1.674>

Rojas, R., Allen-Leigh, B., Uribe, P., de Castro, F., & Villalobos, A. (17 de Marzo de 2017). *Salud Pública de México*. (C. O. Abúndez, Ed.) doi:<http://dx.doi.org/10.21149/8411>

Santelli, J., Abma, J., Ventura, S., Lindberg, L., Morrow, B., Anderson, J. E., . . . Hamilton, B. (2004). Can changes in sexual behaviors among high school students explain the decline in teen pregnancy rates in the 1990s? *Journal of adolescent health*, 80-90. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.05.001>

Save the Children. (2016). *Embarazo y Maternidad en la Adolescencia. Estado de las madres en México*. México. Recuperado el 26 de Febrero de 2018, de <https://www.savethechildren.mx/enterate/publicaciones?page=19>

Save the children. (2016). *Las y los Adolescentes que México ha olvidado*. Mexico. Recuperado el 26 de Febrero de 2018, de <https://www.savethechildren.mx/enterate/publicaciones?page=19>

Silberman, M., Moreno Altamirano, L., Kawas Bustamante, V., & González Almada, E. (Julio/Agosto de 2013). Determinantes sociales de la salud en usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Una experiencia desde los centros de salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina*, 56(4). Recuperado el 25 de Febrero de 2018, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422013000400004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400004)

SSA, S. d. (2013). *Determinantes Sociales de la Salud*. CDMX, México: SSA.

Ulanowicz, M. G., Parra, K. E., Wendler, G. E., & Tisiana Monzón, L. (Enero de 2006). Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*(153), 13-17.

UNICEF. (2010). *Informe anual*. New York: UNICEF.

Zanchi, M., Mendoza-Sassi, R. A., Silva, M. R., Gorges de Almeida, S., Ortiz Teixeira, L., & Gonçalves, C. (Julio de 2017). Pregnancy recurrence in adolescents in Southern Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(7), 628-635. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.07.628>