



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Jiménez-González, Alberto; Granados-Cosme, José Arturo; Rosales-Flores, Roselia
Arminda

Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio
mixto de caso

Salud Pública de México, vol. 59, núm. 1, enero-febrero, 2017, pp. 11-18

Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10650518008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso

Alberto Jiménez-González, M en Med Soc, MC,⁽¹⁾ José Arturo Granados-Cosme, M en Med Soc, D en Antrop,⁽²⁾
Roselia Arminda Rosales-Flores, M en Med Soc, D en C en Sal Colect.⁽³⁾

Jiménez-González A, Granados-Cosme JA, Rosales-Flores RA.
Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso.
Salud Publica Mex 2017;59:11-18.
<http://dx.doi.org/10.21149/8410>

Resumen

Objetivo. Identificar condiciones de vida y asociaciones subjetivas en el embarazo en adolescentes de una comunidad rural marginal en Puebla, México. **Material y métodos.** Con metodología cualicuantitativa, que incluyó una encuesta, guías de observación y una entrevista semiestructurada, caracterizando el contexto, identificando condiciones materiales de vida y obteniendo narrativas del plan de vida en adolescentes embarazadas entre 2013 y 2014. **Resultados.** Se observó migración y desintegración familiar, limitados servicios educativos, de salud y escasas opciones de trabajo. Destacan condiciones como ausencia parental, baja escolaridad e ingreso, malas condiciones de vivienda y saneamiento básico deficiente, que buscan superarse mediante estudio y empleo. Se narran estereotipos tradicionales de género y modelos familiares que se repiten generacionalmente. **Conclusión.** Tanto las condiciones objetivas como el aprendizaje subjetivo limitan las oportunidades para realizar el plan de vida y determinan la incidencia del embarazo entre adolescentes.

Palabras clave: embarazo; adolescencia; género; masculinidad; México

Jiménez-González A, Granados-Cosme JA, Rosales-Flores RA.
Adolescence pregnancy in a marginalized rural community in Mexico.
Salud Publica Mex 2017;59:11-18.
<http://dx.doi.org/10.21149/8410>

Abstract

Objective. To identify objective and subjective conditions in the lives of pregnant teens within a highly-marginalized community in the state of Puebla, Mexico. **Materials and methods.** Objective and subjective conditions of pregnant teens were evaluated through a mixed methodology (surveys, observation guides and a structured interview guide). **Results.** The main family characteristic is the absence of a father due to migration, no desire to study or work and the new meaning of pregnancy: the initial social stigma for engaging in a sexual activity and then, the stigma for being a young mother. **Conclusions.** Objective conditions show family disintegration, lack of access to education at the community, high school and college level as well as unemployment as processes linked to teen pregnancy; thus, making it practically impossible to develop life goals. Subjective conditions center around the reproduction of gender stereotypes related to maternity.

Keywords: gender; pregnancy; masculinity; adolescence; Mexico

(1) Secretaría de Salud del Estado de Puebla. Puebla, México.

(2) Universidad Autónoma Metropolitana. Ciudad de México, México.

(3) Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Ciudad de México, México.

Fecha de recibido: 17 de septiembre de 2015 • **Fecha de aceptado:** 21 de junio de 2016

Autor de correspondencia: Dr. José Arturo Granados Cosme. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Calzada de Hueso 1100, col. Villa Quietud. 04960I delegación Coyoacán, Ciudad de México.
Correo electrónico: jcosme@correo.xoc.uam.mx

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que, para 2013, cerca de 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años quedaron embarazadas y un millón de menores de 15 años tuvieron un parto, aproximadamente 11% de los nacimientos a nivel mundial.¹ La tasa media de natalidad entre adolescentes de entre 15 y 19 años en 2013 fue de 49 por cada 1 000 nacidos vivos.² Cada año, 3 millones de jóvenes de entre 15 y 19 años se someten a abortos peligrosos; las complicaciones durante el embarazo y parto son la segunda causa de muerte a nivel mundial. Las menores de 16 años tienen riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de entre 20 y 30 años.³ La problemática es mayor en países de bajo ingreso, donde las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte en las mujeres de entre 15 y 19 años de edad.⁴ Estos países presentan tasas de natalidad en adolescentes cinco veces más altas que los países de altos ingresos, adicionalmente, las adolescentes embarazadas reciben con mayor frecuencia una mala atención médica.⁵ América Latina y el Caribe (ALC) presentan tasa de natalidad en adolescentes del 18%;⁶ la tasa de fecundidad en adolescentes de la región es la segunda más elevada del mundo (80 nacimientos por cada mil mujeres de entre 15 y 19 años),^{2,3} y aunque este porcentaje ha disminuido a nivel mundial, en ALC el descenso es lento.⁶

En México, los alumbramientos de madres adolescentes han aumentado. En el año 2000 los nacimientos correspondientes a mujeres de entre 15 y 19 años representaron 15.7% del total y en 2013 esta proporción ascendió a 16.3%. Las entidades con mayores tasas son: Coahuila (86.3), Chihuahua (84.9) y Sonora (83), mientras que la Ciudad de México, Guanajuato y Querétaro presentan tasas menores: 49.2, 56.9 y 57.3 nacimientos por cada mil adolescentes, respectivamente.⁷ La tasa de fecundidad en 2011 de mujeres de entre 12 y 19 años de edad fue de 37 nacimientos por cada 1 000 mujeres.⁸ En 2013 ocurrían 77 nacimientos por cada 1 000 adolescentes de entre 15 y 19 años.⁹ Del total de las mujeres adolescentes (12 a 19 años de edad) que tuvieron relaciones sexuales, la mitad (51.9%) alguna vez había estado embarazada y 10.7% lo estaba.⁸ En 2006 se estima que a nivel nacional se realizaron 874 747 abortos inducidos que muestran una tasa anual de 33 abortos por cada 1 000 mujeres de entre 15 y 44 años y ocurren aproximadamente 44 abortos por cada 100 nacidos vivos.¹⁰

Lo anterior plantea al embarazo adolescente como un problema de salud pública con prevalencia mayor en países subdesarrollados y entre población vulnerable.¹¹ Un efecto importante es la mayor mortalidad maternoinfantil en ALC; el riesgo es cuatro veces mayor

entre adolescentes menores de 16 años que entre mujeres mayores de 20.¹ La razón de mortalidad materna es la más alta (136 en niñas de entre 10 y 13 años y 71.1 en mujeres de entre 15 y 19 años).³ A menor edad de las adolescentes se observan riesgos mayores: en Perú se registraron más casos de partos pretérmino^{5,12} y mortalidad perinatal en menores de 17 años.¹² En México, la mortalidad materna fue la cuarta causa de muerte entre 1980 y 2005 con 9% en promedio respecto al total de fallecimientos y en menores de 15 años se observó una mortalidad materna 2.5 veces mayor que en mujeres de entre 20 y 24 años.¹³ Otros efectos son abortos inseguros,^{4,5} partos prolongados, hemorragias, mayores casos de preeclampsia, anemia e infecciones de transmisión sexual.^{11,13,14} Los hijos de adolescentes tienen mayor probabilidad de sufrir de bajo peso al nacer y 50% más probabilidades de mortalidad prenatal o en las primeras semanas de vida.¹

El embarazo en niñas de entre 10 y 19 años interrumpe la adolescencia asignando nuevas responsabilidades. Algunas de las consecuencias psicológicas y sociales frecuentes son depresión posparto, riesgo de suicidio, trancas posibilidades de desarrollo personal, pérdida de proyectos de vida, deserción escolar, desocupación, dependencia económica y vínculos de apego inseguros con sus hijos, mismos que están más expuestos a abuso, negligencia parental, problemas conductuales y de rendimiento escolar.^{15,16} La condición de madre soltera obliga a las adolescentes a convertirse en proveedoras y cuidadoras con las dificultades que eso conlleva,^{14,17} y las hace enfrentar vulnerabilidad por desventaja económica y alta probabilidad de prolongar la pobreza.^{13,18}

Respecto a la causalidad, se menciona una mayor proporción de mujeres que inician su vida sexual activa a los 12 años,^{19,20} los adolescentes muestran mayor interés por la sexualidad, pero enfrentan presiones familiares y sociales para adoptar normas de acuerdo a roles estereotipados de género.²¹ Otros factores son menor nivel de ingreso y escolaridad, depresión¹⁴ y mayor incidencia en zonas rurales y entre indígenas, es decir, en contextos de pobreza.^{13,22-24} La mayoría de los embarazos adolescentes ocurren en estratos socioeconómicos bajos y de vulnerabilidad²⁵ en los que las madres adolescentes muestran mayor riesgo reproductivo al contar ya con más de un embarazo por no acceder a anticonceptivos.²¹

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo fue identificar condiciones objetivas y asociaciones subjetivas en el embarazo de adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad en Puebla, México.

Material y métodos

Se realizó un estudio de caso con metodología mixta que incluyó aplicación de una encuesta, una guía de observación y una guía de entrevista semiestructurada. La encuesta documentó condiciones materiales de vida e incluyó los rubros: composición familiar, escolaridad, actividad e ingreso económico, antecedentes ginecobiétricos, conocimiento y uso de anticonceptivos. La guía de observación caracterizó el entorno sociocultural y la entrevista exploró expectativas en el plan de vida, opciones para su realización y la relación con el embarazo como evento significativo. Con base en el Censo 2014 del Centro de Salud local, así como en los mecanismos de vigilancia epidemiológica y promoción de la salud en los que se identifica intencionadamente a las mujeres embarazadas para implementar oportunamente el control prenatal, se aplicó la encuesta al total de adolescentes embarazadas al momento del estudio (2013-2014). La guía de entrevista se aplicó a 14 de ellas y tanto ésta como la encuesta fueron aplicadas en el domicilio de las informantes, quienes fueron notificadas del propósito del estudio y cuyo consentimiento se solicitó por escrito, garantizándoles la confidencialidad de sus datos y su anonimato. Con los datos de la encuesta se realizó un análisis de frecuencias simples. Las entrevistas fueron audiograbadas y transcritas, y su procesamiento se basó

en la perspectiva de análisis de contenido, que incluyó la lectura repetida de las transcripciones identificando un patrón de significación a través de categorías discursivas emergentes articuladas alrededor de la línea argumental de su plan de vida. Con ellas se elaboró un mapa conceptual en el que se establecieron las principales asociaciones que posteriormente fueron interpretadas para establecer la influencia de hechos significativos en la aparición del embarazo en la adolescencia. El esquema de análisis cualitativo se sintetiza en la figura 1, para su exposición se seleccionaron sólo algunos de los fragmentos más representativos de las asociaciones discursivas más relevantes.

Resultados

El municipio de Acajete tenía, en 2010, una población total de 60 353 habitantes (29 225 hombres y 31 128 mujeres), 19.2% de habitantes en condiciones de pobreza extrema, 12 011 viviendas habitadas, un grado de marginación medio y es considerado zona urbana.²⁶⁻²⁸ En este municipio está la comunidad Santa María Nenetzingtla con 4 958 habitantes (2 447 hombres y 2 511 mujeres),²⁸ 849 viviendas propias habitadas y que es considerada una región de alta marginación.²⁸ El analfabetismo entre adultos es de 6.45%: 3.63% en hombres y 8.95% en mujeres. El grado de escolaridad es de 6.46 años estudiados

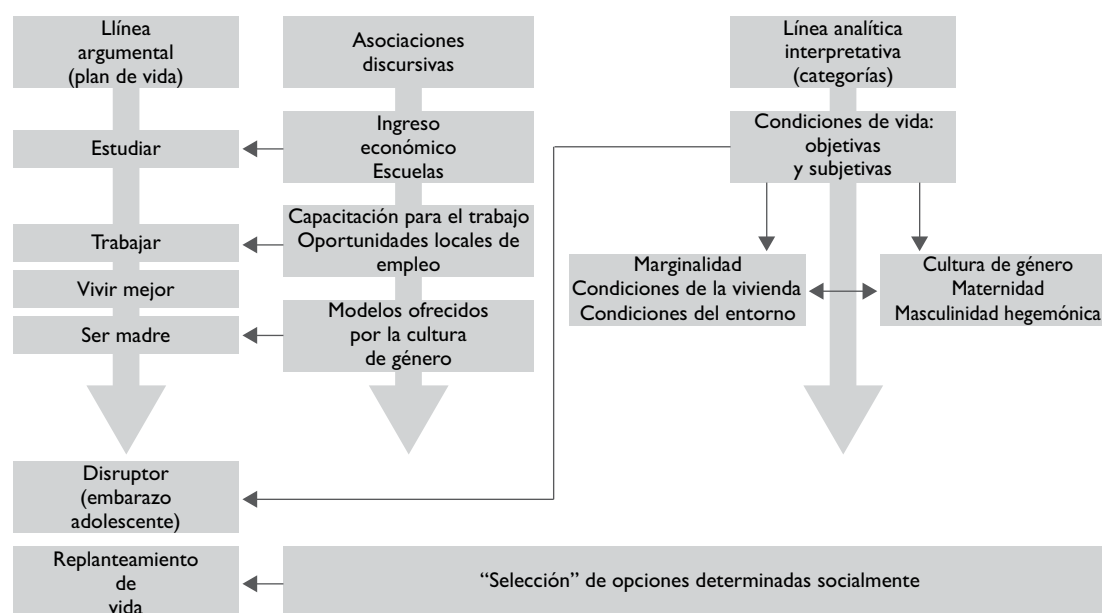


FIGURA 1. ANÁLISIS CUALITATIVO. EMBARAZO ADOLESCENTE. PUEBLA, MÉXICO, 2013-2014

(6.85 en hombres y 6.16 en mujeres). Hay 249 personas analfabetas mayores de 15 años y 88 de los jóvenes entre 6 y 14 años no asisten a la escuela.²⁹ Solamente 1 010 habitantes cuentan con algún tipo de atención médica y 1 900 no cuentan con derechohabiencia.³⁰

La unidad médica de segundo nivel más cercana está a 30 minutos en automóvil, pero no cuenta con especialidades de medicina interna, pediatría, cirugía ni ginecobstetricia en ningún turno, por lo que una cuarta parte de la población se ve obligada a recurrir a servicios privados. Durante la aplicación del estudio se identificaron 579 mujeres adolescentes en la comunidad y 112 mujeres embarazadas de cualquier edad, de las cuales 38 fueron en adolescentes. Se identificaron también 114 menores de un año de edad registrados, de los cuales 30.6% fueron producto de embarazos en mujeres adolescentes;³¹⁻³³ esto indica una tasa de embarazo de 65.6 por cada mil mujeres adolescentes.

El mayor porcentaje de adolescentes embarazadas tenía entre 15 y 19 años de edad (86.7%), pero 66.7% se concentró en mujeres en edad de asistir a la escuela secundaria. En la mayoría de los casos, la pareja sexual fue mayor de 20 años y se encontraban viviendo en unión libre (76.7%). La mayoría de las familias de origen fueron de tipo extensa incompleta (53.4%) y el común denominador fue la ausencia del padre debido a que había migrado de forma definitiva (30%), razón por la cual las encuestadas vivían con sus madres, hermanos, hijos y pareja (76.7%). El embarazo fue un evento que significó la formación de una nueva unidad familiar pero en condiciones de vulnerabilidad, ya que dependían de la familia de origen ya fuese la de ellas o de sus parejas y no existía una unión legal que diera certeza jurídica y estabilidad al hijo.

El 50% de las viviendas de las embarazadas carecen de ventilación e iluminación adecuada y de agua intradomiciliaria, están hacinadas y en ningún caso son propiedad de ellas. El 86.7% de los casos no tiene acceso al agua potable, por lo que cada 15 días deben comprar la que es abastecida mediante pipa (el costo es de 250 pesos si es provista por la comunidad y 320 si lo es por particulares). Considerando que 26.7% de la población carece de drenaje, además de la merma económica, estas familias tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades gastrointestinales, situación que se agrava con el hecho de que 30% de las familias disponen la basura al aire libre o la queman. Otras condiciones materiales de vida se resumen en el cuadro I. Llama la atención que la mayoría de los jefes de familia eran contratados por semana, y percibían un salario promedio de entre 700 y 800 pesos semanales, no tenían ninguna estabilidad ni prestaciones, y sufrían largos periodos de desempleo. Los resultados anteriores permiten caracterizar como

Cuadro I
CONDICIONES DE VIDA EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS ADOLESCENTES DE SANTA MARÍA
NENETZINTLA, PUEBLA. MÉXICO, 2013-2014

	Porcentaje
<i>Composición familiar</i>	
Unión libre	76.7
Solteras	24.3
Familiar ampliada incompleta	53.4
Ausencia definitiva de padre	30
<i>Condiciones de la vivienda</i>	
Sin agua potable	86.7
Sin drenaje	26.7
Disposición de basura al aire libre o quema	30
<i>Escolaridad</i>	
Secundaria completa	70
Madre con primaria completa	67.7
Padre con primaria completa	46
Madre con primaria incompleta	33.3
Padre con primaria incompleta	54
<i>Actividad económica e ingreso</i>	
Principal ocupación: ayudante de albañil	66.7
Salario promedio	700-800 pesos semanales

graves las condiciones de vida en las que las adolescentes experimentan su embarazo; situación que se agrava por vivir en una población considerada de alta marginalidad.

Los antecedentes ginecobstétricos de las encuestadas se resumen en el cuadro II. Resalta el alto porcentaje que no usaba ningún método anticonceptivo (86%), motivo por el que se encontraba en mayor vulnerabilidad para volver a embarazarse siendo todavía menores de 19 años; 40% de las encuestadas ya se encontraban en su segundo o tercer embarazo. La menarquia no fue un evento que tuviera influencia en la incidencia del embarazo, ya que sólo 10% de las encuestadas inició su menstruación antes de los 10 años. Las complicaciones fueron frecuentes y se identificaron en 33.3% de los casos; éstas fueron: microcefalia (1), aborto (1), amenaza de aborto (2), amenaza de parto pretérmino (2), oligohidramnios (2), ruptura prematura de membranas (1), macrosomía (1).

En relación con las condiciones subjetivas, se desarrollaron entrevistas planteando como línea argumental el plan de vida que las adolescentes habían elaborado para sí mismas y el embarazo como hecho disruptor o de realización de éste. El plan de vida estuvo constituido fundamentalmente por la meta de trabajar para mejorar

Cuadro II
ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS DE SANTA MARÍA NENETZINTLA,
PUEBLA. MÉXICO, 2013-2014

<i>Conocimiento de al menos un método anticonceptivo</i>	<i>Porcentaje</i>
No utiliza métodos anticonceptivos	86
Primera gestación	60
Segunda y tercera gestación	40
Menarca antes de los 10 años	10
Complicaciones durante el embarazo	33

sus condiciones de subsistencia; identificando al estudio como el mejor recurso para realizarlo.

Antes del embarazo quería trabajar [...] ayudar un poco porque a veces estaba muy complicada la situación económica [...] quería ser enfermera, me gustaba mucho (E12).

La ocupación o profesión es uno de los referentes identitarios de mayor peso en las sociedades modernas: define nuestra pertenencia y posición en la sociedad, tanto en términos económicos como en términos de realización personal. La adolescencia, por su parte, es una etapa de transición entre la infancia y la vida adulta en la que el trabajo es una característica esencial. Se es adulto, entre otras cosas, porque se es independiente y dicha independencia se consigue por la autonomía económica que provee el empleo. Este planteamiento aplica con mayor claridad para los varones, pero la progresiva incorporación de las mujeres al trabajo asalariado y su búsqueda por una menor dependencia de los varones hace que también aplique para las mujeres. La adolescencia también es una etapa de definiciones vocacionales que dan sentido al plan de vida; los hechos disruptores de éste tienen un peso significativo en la autorealización del sujeto. En este caso, el embarazo funcionó como hecho incidental pero con un fuerte impacto en la vida de las entrevistadas.

Quería trabajar, quería estudiar [...] pero el embarazo cambió mi vida [...] no me había propuesto ser mamá a esta edad [E08].

Quería seguir estudiando, de hecho quería trabajar [...] veterinaria [...] pero por lo mismo que me junté, me fue imposible [E09].

Sin embargo, el embarazo, aunque resultó ser un hecho definitorio, no fue la única condición relacionada

con la dificultad para la realización del plan de vida: el ingreso familiar insuficiente, la baja disponibilidad de opciones para la educación superior en las zonas rurales, así como de opciones locales de trabajo bien remuneradas, fueron otras condiciones significativas para que las entrevistadas modificaran su plan de vida.

Estudié nada más la primaria, es que como mi abuelita no tenía dinero [...] ya no me inscribió a la secundaria [E05].

Quería trabajar [...] pero aquí no hay trabajo [...] todos se van fuera a trabajar [E08].

Si yo quisiera trabajar tendría que irme a Puebla [...] estudiar igual, aquí no hay dónde [E02].

A las condicionantes anteriores hay que agregar la subordinación de las mujeres en la toma de decisiones sobre su futuro. Llama la atención la naturalidad de esta forma de dependencia con los varones y la actitud de resignación y normalización.

Quería trabajar pero mi mamá me dijo 'si tu papá te da permiso adelante' [...] le dije a mi papá pero no quiso [...] nunca trabajé, nunca me dejaron mis papás [E01].

La cultura de género dominante se basa en una interpretación de la diferencia biológica entre varones y mujeres que supone una correspondencia natural entre la capacidad de las mujeres para el embarazo, el trabajo doméstico y la crianza de los hijos. Con esta división sexual del trabajo se realiza también una separación de los espacios simbólicos y materiales en los cuales hombres y mujeres elaboran su identidad y donde son depositarios de los estereotipos y roles de género. En esta distribución de funciones, la identidad femenina adquiere como referente esencial a la maternidad, constituyéndose en un elemento central de la subjetividad y valoración social de las mujeres. Esta cultura de género dispone entonces a los sujetos de las representaciones posibles para dar sentido a sus proyectos de vida, de modo que el aprendizaje de las expectativas y tareas que constituyen la feminidad y la masculinidad es la forma concreta en que la sociedad limita las opciones imaginables y reales sobre las que los individuos modelan su plan de vida. Las entrevistadas contemplaban entre sus metas la maternidad pero no en el corto plazo.

Quería ser mamá, sí, pero yo digo que más grande [E04].

Estaba concentrada en mis estudios [...] mi idea era todo menos casarme [E11].

Los componentes prioritarios de su plan de vida (estudiar y trabajar) fueron desplazados debido principalmente al bajo ingreso en sus núcleos familiares, de tal forma que las metas planteadas e imaginadas fueron reduciéndose a las aprendidas, conocidas y posibles, es decir, reproducir los roles tradicionales de género.

Yo cuidé a mis hermanos, como mi hermana ya se había casado, yo era la que seguía para cuidarlos [E01].

La reproducción de la cultura dominante de género incluye la repetición generacional del embarazo adolescente y fenómenos que frecuentemente coexisten, como la ausencia del padre. Mientras que la maternidad es un elemento central que se juega en la sexualidad de las mujeres, en los varones lo que se juega es su hombría; medida con mayor experiencia y mayor número de conquistas. Este desencuentro produce embarazos no planeados y familias encabezadas por mujeres solteras, con baja escolaridad y con menores y peores opciones de trabajo, con lo que la pobreza se recicla. Estos hogares son también los únicos modelos familiares conocidos y, por tanto, son las opciones aprendidas. Es de esperarse que, en función de éstos, las adolescentes vayan delimitando las opciones reales para su realización personal.

Mi mamá falleció, mi papá se tuvo que ir y nos cuidó su hermana, ella también fue madre soltera [E11].

Mis otras dos hermanas se casaron, una a los 17 y la otra apenas [E16].

En el caso de mi mamá, ella se juntó a los 14 años y mi hermana a los 18 [...] mi hermana también fue robada [E01].

Vivo con mi mamá [...] mi papá ya tiene tiempo que nos dejó [E12].

Como parte de la asignación social de los atributos de la feminidad y masculinidad, las mujeres viven la sexualidad como una dimensión en la que comprometen sus afectos, mientras que los varones la viven como un ámbito en el cual dar cumplimiento a las exigencias sociales de experiencia, conquista y éxito. De tal manera que los varones se ocupan menos de la anticoncepción, y ante el embarazo no planeado tampoco se asumen responsables.

Cuando supo que estaba embarazada me dijo: 'haz lo que quieras, yo no quiero saber nada' [E10].

No usaba nada [anticonceptivos] porque él me decía que ya quería tener un hijo [¿y usted?] También [¿por qué?]

No sé [ahora tampoco usa ningún método] Es que él no quiere, los quiere tener así chiquitos [...] para que se vayan siguiendo [E05].

El mayor compromiso que desarrollan las mujeres en sus vínculos eróticoafectivos también las hace más vulnerables a la dependencia emocional y a verse más presionadas para satisfacer las demandas de los varones.

Yo no lo quería [...] me caía súper mal [...] pero él ya estaba aferrado a que yo fuera su esposa [E11].

Yo lo quise pensar, pero me ganó el amor [E01].

Así, las limitaciones económicas, la falta de opciones para la educación y el trabajo, la cultura de género que enfatiza la maternidad como núcleo de la valoración social de las mujeres y que construye relaciones inequitativas con los varones, reorganizan los componentes del plan de vida de las mujeres, priorizando los posibles y conocidos por encima de los imaginados en detrimento de la autorrealización como eje que debiera ordenar el plan de vida; asociaciones que no tienen un correlato para el caso de los varones.

Me quedé en primer semestre [...] la dejé por el embarazo [...] por cuestiones de dinero ya no fui [E03].

Remontar el abandono de su plan de vida implicó para las entrevistadas una resignificación de su embarazo. En este proceso deben enfrentar la dualidad moral implícita en la cultura de género dominante en la que las mujeres son sancionadas por ejercer su sexualidad sin la autorización social que provee el matrimonio y la mayoría de edad, mientras que los varones son sobrealorados socialmente por el mismo hecho. Al embarazarse, las adolescentes son consideradas "malas mujeres", pero, dada la alta valoración social de la maternidad, si no la rechazan y la asumen resignadamente, convirtiéndola en el motivo central de sus vidas y abandonando cualquier otra aspiración, tienen la oportunidad de ser valoradas positivamente por su entorno social.

Yo pienso que me juzgan [...] mis papás me regañaron [...] en los pueblos se escucha mucho que '¡ya se la robó!' [E01].

Aquí piensan de las chicas que se embarazan que son 'muchachas locas' o que 'seguro se embarazó para que lo amarrara' o cosas así [...] para mi familia fui una desilusión [E11].

Estudiar no, como tengo mis niños ya no [E12].

Discusión

Los resultados del análisis cuantitativo muestran las deterioradas condiciones de vida en que transcurrió el embarazo de las adolescentes en esta comunidad; se trata de unidades familiares caracterizadas por bajos ingresos, inserción laboral en procesos productivos precarizados, ocupaciones poco calificadas, sin seguridad social y temporales. Esta situación estuvo asociada con malas condiciones de la vivienda y del entorno ambiental inmediato, lo cual es más grave tratándose de una población de alta marginalidad porque dentro de ésta las adolescentes embarazadas muestran peores condiciones. Lo anterior permite plantear que la marginalidad y las malas condiciones de vida que se le asocian no son un contexto favorable para enfrentar esta problemática e incluso incrementa la vulnerabilidad en que las adolescentes viven la experiencia del embarazo.

Por otra parte, la misma situación de marginalidad impulsó a las informantes a plantearse un plan de vida en el que sus condiciones fueran superadas mediante el estudio y el trabajo como símbolos de superación familiar y personal. Si bien la maternidad formó parte de dicho proyecto, ésta no resultaba ni prioritaria ni pensada en el corto y mediano plazo. Las limitaciones más significativas por las cuales las entrevistadas narraron no alcanzar las metas que guiaban sus planes de vida, fueron las del bajo ingreso familiar, la ausencia de centros educativos y la falta de trabajo en la localidad. Esto permite plantear la idea de que las condiciones materiales de vida y las opciones objetivas que la sociedad puede ofrecer a sus integrantes, determinan las posibilidades reales para su plan de vida y modifican, tanto en número como en orden de prioridad, las metas que lo constituyen. La falta de acceso a la educación superior y al trabajo eliminaron como opciones viables las metas de “seguir estudiando” y “trabajar” para “superarse”, reduciendo así el plan de vida a las opciones conocidas que, por ser aprendidas y asignadas socialmente, aparecen a primera vista como decisiones libremente escogidas.

La reproducción de la cultura dominante de género, además de disponer como deseables las opciones aceptables e impuestas de vivir la identidad de género, delimita las aspiraciones que los individuos se pueden formular: no se puede plantear alcanzar un proyecto de vida que no forme parte del mundo real que el sujeto aprende. Con la socialización, los roles tradicionales de género hacen aparecer a la maternidad como la opción viable, deseable y valorada socialmente para la realización personal a la que pueden acceder las mujeres. Con la adolescencia se acaba, o está cerca, la imposibilidad de continuar estudiando y es poco probable que con bajos niveles de escolaridad y sin capacitación para el

trabajo, las mujeres de esta comunidad puedan visualizar otro proyecto de vida que el de ser madres. A lo anterior hay que agregar la *complementariedad* que, en esta delimitación de oportunidades, juega el modelo de masculinidad hegemónica y cuyos componentes fundamentales contribuyen a que el embarazo adolescente sea una experiencia vivida en soledad por las mujeres y con la inicial sanción social que se les destina. La reproducción de los roles tradicionales de género es parte fundamental en la reproducción generacional del embarazo en la adolescencia, la maternidad en soltería y la pobreza que caracteriza a estas familias.

Además de la vulnerabilidad del proceso reproductivo en la adolescencia, sus complicaciones frecuentes y el pobre soporte social con el que las adolescentes deben enfrentarlo, hay que destacar el impacto negativo que tiene en las mujeres el verse obligadas a modificar un plan de vida que consideraban valioso, con los sentimientos de frustración, fracaso, arrepentimiento y autovaloración negativa que acompañan esta situación.

El análisis cuantitativo también permitió verificar las principales complicaciones del embarazo en adolescentes documentadas por otros estudios. Éstas imponen exigencias económicas y cuidados especializados que se agregan al bajo soporte social que caracteriza a estas familias.

Explorar la subjetividad permitió identificar un proceso de selección gradual de opciones y toma de decisiones que hacen las mujeres en función del entorno social. Éstas pueden ser, a simple vista, calificadas como auténticas elecciones, pero un análisis mayor permite replantearlas como opciones cuyo número y naturaleza están determinados socialmente, lo cual reduce la libertad de agencia de las mujeres que viven en regiones de alta marginalidad con un impacto negativo en su salud sexual y reproductiva. Se trata de una relación compleja entre las condiciones objetivas determinadas por el contexto y el desarrollo de una subjetividad específica cuyas implicaciones tienen una incidencia particular en el embarazo durante la adolescencia.

Es necesario elevar el acceso a la educación superior y las opciones de trabajo bien remunerado; modificar una cultura de género que centraliza la valoración social de las mujeres por la maternidad; promover un involucramiento equitativo de los varones en la sexualidad, reproducción, anticoncepción, crianza de los hijos y trabajo doméstico; así como reforzar acciones de educación en salud en los servicios médicos para evitar segundos y hasta terceros embarazos en la adolescencia, garantizando el acceso a métodos anticonceptivos.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [documento en internet] 2013 [consultado el 15 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Quiroz J, Atienzo E, Campero L, Suárez L. Entre contradicciones y riesgos: opiniones de varones adolescentes mexicanos sobre el embarazo temprano y su asociación con el comportamiento sexual. *Salud Publica Mex* 2014;56(2):180-188. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v56i2.7333>
3. Chaves D. Mortalidad Materna en América Latina. Informe de la CEPAL [documento en internet] 2011 [consultado el 15 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/material-educativo/mortalidad-1/mortalidad-materno-infantil/encuentro-nacional-de-mortalidad-materno-infantil/dia-1-08-12-2011/1258-mortalidad-materna-evolucion-y-situacion-actual/file>
4. Organización Mundial de la Salud. Early marriages, adolescent and young pregnancies [documento en internet] 2012 [consultado el 12 de abril de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_13-en.pdf
5. Magadi M. Poor Pregnancy Outcomes among Adolescents in South Nyanza Region of Kenya. *Afr J Reprod Health* 2006;10(1):26-38.
6. Azevedo JP. Embarazo Adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe sobre maternidad temprana y pobreza y logros económicos. Washington: DC: Banco Mundial, 2012 [consultado el 15 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.redetis.iipe.unesco.org/wp-content/uploads/2014/01/embarazo-adoles-y-oport-en-ALyC-BID.pdf>
7. Secretaría de Gobernación. Día Mundial para la prevención del embarazo adolescente 2013 [Documento en internet]. México: Segob, 2013. [consultado el 15 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/26_de_Septiembre_2013_Dia_Mundial_para_la_Prevenccion_del_Embarazo_No_Planificado_en_Adolescentes
8. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Ensanut 2012). Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Principales resultados de encuesta 2014. México: Inegi, 2014. [consultado el 15 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/doc/resultados_enadid14.pdf
10. Guttmacher Institute. Unintended pregnancy and induced abortion in Mexico [consultado el 15 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/fact-sheet/unintended-pregnancy-and-induced-abortion-mexico>
11. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Publica Mex* 1997;39(2):137-143. <http://doi.org/bj4z3d>
12. Urbina C, Pacheco J. Embarazo en Adolescentes. *Rev Per Ginecol Obstet* 2006;52(1):118-123.
13. Reyes D, González E. Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. *Sex Salud Soc (Rio J)* (17):98-123. <http://doi.org/bj55>
14. Barreto E, Sáenz M, Velandia F, Gómez J. El embarazo en adolescentes bogotanas: Significado relacional en el sistema familiar. *Rev Salud Publica* 2013;15(6):837-849.
15. Herrera-Suarez VG. Food habits and culture factors in pregnant adolescents. *Arch Latinoam Nutr* 2008;58:19-26.
16. Chigona A, Chetty R. Teen mothers and schooling: lacunae and challenges. *South African Journal of Education* 2008;28:261-281.
17. Wolff C, Valenzuela P, Esteffan K, Zapata D. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009;74(3):151-158. <http://doi.org/c74nnm>
18. Acosta Varela CA. Social and cultural barriers in pregnancy adolescents. *Rev Salud Publica* 2012;15(6):371-374.
19. Núñez R, Hernández B, García C, González D, Walker D. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos. *Salud Publica Mex* 2003;45(1):S92-S102.
20. Álvarez C, Pastor G, Linares M, Serrano J, Rodríguez L. Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gac Sanit* 2012;26(6):497-503. <http://doi.org/f2ffgw>
21. Barbón O. Algunas consideraciones sobre comunicación, género. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2011;50(2):245-249.
22. Cueva-Arana OG. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2005;43(3):267-271.
23. León-Carmona HA. Effect of sociocultural factor on maternal and perinatal morbidity with or without mortality among adolescents seen in 3 states of the Mexican Republic. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:320-327.
24. Sánchez O. Pregnancy in adolescence. A review of 840 clinical cases. *Ginecol Obstet Mex* 1991;59:289-292.
25. Villalobos A, Campero L, Suárez L, Atienzo E, Estrada F, De la Vara E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Publica Mex* 2015;57(2):135-143. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v57i2.7409>
26. Gamboa-Motejano C. El embarazo en adolescentes 2013. México: LXII Legislatura, Cámara de Diputados, 2015 [consultado el 15 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>
27. Villagómez-Ornelas P. Perfiles de Salud Reproductiva Puebla 2009. México: Consejo Nacional de Población, 2011 [consultado el 15 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/perfiles_salud_reproductiva_estados/Perfiles_SR_21_PU.pdf
28. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Resultados a nivel municipal 2010. México: Coneval, 2010 [consultado el 15 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.coneval.org.mx/Medicacion/MP/Paginas/Medicion-de-la-pobreza-municipal-2010.aspx>
29. Nuestro México. Santa María Nenetztintla 2008. [consultado el 15 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.nuestro-mexico.com/Puebla/Acajete/Santa-Maria-Nenetztintla/>
30. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Secretaría de Desarrollo Social. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social [documento en internet] México: Coneval, Sedesol, 2013 [consultado el 15 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Informes_pobreza/2014/Municipios/Puebla/Puebla_001.pdf
31. Servicios de Salud del Estado de Puebla. Regionalización operativa de epidemiología (en base a proyección de CONAPO). México: Servicios de Salud del Estado de Puebla, 2014.
32. Centro de Salud Santa María Nenetztintla. Censo del menor de cinco años. México: Servicios de Salud del Estado de Puebla, 2014.
33. Centro de Salud Santa María Nenetztintla. Cédulas de microdiagnóstico. México: Servicios de Salud del Estado de Puebla, 2014.