



FLACSO
MÉXICO

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ACADÉMICA DE MÉXICO
MAESTRÍA EN POBLACIÓN Y DESARROLLO
XIV PROMOCIÓN 2020 – 2022**

***Factores asociados a la fecundidad adolescente en ámbitos de residencia urbano y rural en
México.***

Tesis para obtener el grado de Maestra en Población y Desarrollo

YANIRA ÁLVAREZ GARCÍA

Directora:

Dra. Cecilia Inés Gayet Serrano Clavero

Codirectora:

Dra. Paloma Villagómez Ornelas

Lectoras:

Dra. Nathaly Llanes Díaz

Dra. Gabriela Mejía Paillés

Seminario de Tesis: Población y salud

Línea de investigación: Condiciones de vida y dinámica de la población

Ciudad de México, septiembre del 2022

Para cursar este posgrado se contó con una beca otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) y la beca Sur Place para estudiantes de Centroamérica y el Caribe, ofrecida por la Fundación Heinrich Böll.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo describir el nivel de fecundidad adolescente en México, analizando los factores sociodemográficos y de salud sexual y reproductiva asociados a la misma, en entornos urbanos y rurales. Para ello se identifica la prevalencia de la fecundidad adolescente en entornos urbanos y rurales, determinando el peso de los factores sociodemográficos y de salud sexual y reproductiva asociados a este evento en la vida de las mujeres mexicanas. El análisis se realiza a partir de los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), levantada entre el 13 de agosto y el 5 de octubre de 2018; la población de interés fue el grupo de mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 24 años. En términos metodológicos, se empleó un modelo de regresión logística para toda la muestra, y uno para cada ámbito de residencia que permita describir los factores asociados al evento de la maternidad en la adolescencia en diferentes entornos. Los resultados indican: a) mayor prevalencia de la fecundidad adolescente en entornos rurales, b) disminución de la posibilidad de un embarazo en la adolescencia conforme se incrementa el nivel escolar, tanto en el ámbito urbano como en el rural, c) la pobreza se identifica como un factor fuertemente asociado a la ocurrencia del evento en cualquier contexto, y d) la autoadscripción indígena no es una condición que favorezca la fecundidad adolescente, controlando por otros factores tales como el nivel escolar alcanzado, el ámbito de residencia y la condición socioeconómica.

Palabras clave

Fecundidad adolescente, factores sociodemográficos, salud sexual y reproductiva, ámbito de residencia, modelo de regresión logística.

ABSTRACT

The objective of this research is to describe the level of adolescent fertility in Mexico, analyzing the sociodemographic and sexual and reproductive health factors associated with it, in urban and rural environments. To do this, the prevalence of adolescent fertility in urban and rural environments is identified, determining the weight of sociodemographic and sexual and reproductive health factors associated with this event in the lives of Mexican women. The analysis is carried out based on the data obtained from the National Survey of Demographic Dynamics (ENADID), carried out between August 13 and October 5, 2018; the population of interest was the group of women aged between 20 and 24 years. In methodological terms, a logistic regression model was used for the entire sample, and one for each area of residence to describe the factors associated with the event of motherhood in adolescence in different environments. The results indicate: a) a higher prevalence of adolescent fertility in rural settings, b) a decrease in the possibility of pregnancy in adolescence as the school level increases, both in urban and rural areas, c) poverty is identified as a factor strongly associated with the occurrence of the event in any context, and d) indigenous self-identification is not a condition that favors adolescent fertility, controlling for other factors such as school level attained, area of residence and socioeconomic status.

Key words:

Adolescent fertility, sociodemographic factors, sexual and reproductive health, area of residence, logistic regression model.

**Dedicatorias**

A mi Raúl, mi hijo y mi sostén. Tu madre está orgullosa de la manera en que soportaste esta ausencia y te dedica cada logro, porque eres tú mi inspiración mayor. ¡Valió la pena, mi pequeño!

*A mi Cuba, que tanto ha sufrido en estos dos años que la he tenido lejos. Mi isla inmensa y mía...
como yo de ella.*

Agradecimientos

Al CONACyT por su apoyo imprescindible para cursar este posgrado.

A la Fundación Heinrich Böll por el respaldo brindado para cursar la Maestría y su apoyo en el proceso de llegada e instalación en la Ciudad de México, a través del Programa de Becas Sur Place para estudiantes de Centroamérica y el Caribe.

A mi madre y mi hermana, sin ellas como guardianas de mi pequeño hijo este camino no hubiese sido posible. Gracias a ellas soy una mejor persona cada día y mi hijo está seguro y rodeado de todo el amor de este Universo.

A la Doctora Cecilia Gayet Serrano Clavero, o sencillamente a la “profesora” Cecilia (así, para sentirla más cerca). A usted mi agradecimiento eterno, por cada señalamiento, por todo el aprendizaje, por esa capacidad de estar tan cerca incluso en ese frío espacio virtual... gracias infinitas.

A las Doctoras Paloma Villagomez Ornelas, Nathaly Llanes Díaz y Gabriela Mejía Paillés, mujeres talentosas, gentiles y con mucho que aportar a la Ciencia; gracias, gracias... por la paciencia ante mis errores, por las palabras de aliento cuando las necesitaba, por no abandonarme en este camino.

A la Maestra Martha Rocío Estrada por saber que mi ritmo con STATA y R studio era más lento, y apoyarme en esos momentos de frustración profunda.

A todo el Colectivo de FLACSO sede México por las atenciones y todos los conocimientos que me obsequiaron, por su profesionalismo y la meritoria labor realizada en tiempos de pandemia.

A Alberto, Esteban, Elvia, Mónica, Isaac y Paula, mis compañeros de aventuras, de lamentos, de chelas y reguetón; también mi apoyo con STATA y R studio, mis acompañantes de interminables lecturas. Sin dudas, fueron mi mejor descubrimiento por estas tierras.

A Betty y Ana, mi correctora de estilo y mi apoyo doméstico. Mejores *roomies*, imposible.

A Rosy y Ray, dos seres de luz en mi vida.

A Ismael, porque no te cansas de decirme “tú puedes”, y tienes una fuerza en la palabra que no me deja rendirme.

Índice General

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	14
1.1 Fecundidad en transición.....	14
1.2 Adolescencia: etapa evolutiva del desarrollo humano	17
1.3 Fecundidad en la adolescencia	20
1.4 Factores asociados a la fecundidad adolescente.....	23
1.4.1 Contexto social	25
1.4.2 Autoadscripción indígena	28
1.4.3 Contexto escolar.....	28
1.4.4 Primera unión	29
1.4.5 Inicio de las relaciones sexuales	30
1.4.6 Uso de métodos anticonceptivos.....	30
1.4.7 Ámbito de residencia.....	31
1.5 Entornos de residencia: urbano-rural	32
1.5.1 Descripción demográfica.....	32
1.5.2 Desigualdades urbano-rural respecto a la fecundidad adolescente	35
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA.....	40
2.1 Preguntas de investigación.....	40
2.2 Objetivos de la investigación.....	40
2.3 Hipótesis	40
2.4 Descripción de la muestra de estudio (unidad de análisis)	41
2.5 Operacionalización de las variables del estudio.....	42
2.6 Fuente de información	45

2.7 Modelo estadístico de regresión logística	45
2.8 Esquema del modelo de regresión multivariado.....	47
CAPÍTULO 3. RESULTADOS	49
3.1 Análisis descriptivo de las variables socio-demográficas y de salud sexual y reproductiva.....	51
3.2 Resultados de la aplicación de los modelos (conjunto y para cada ámbito de residencia).....	60
CONSIDERACIONES FINALES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	86

Índice de Cuadros y Gráficas

CUADROS

Cuadro 1. Cuadro descriptivo- comparativo de la experiencia de maternidad adolescente respecto a las variables de análisis, en el grupo de mujeres entre 20 y 24 años, México 2018.....	53
Cuadro 2. Cuadro descriptivo- comparativo de la experiencia de maternidad adolescente por ámbito de residencia, respecto a las variables explicativas. Grupo de mujeres entre 20 y 24 años, México 2018.....	57
Cuadro 3. Abandono escolar según la edad que la mujer tuvo al primer hijo en México 2018.....	58
Cuadro 4. Relación de la edad a la primera unión respecto a la edad de nacimiento del primer hijo según ámbito de residencia, mujeres de 20 a 24 años en México 2018.....	59
Cuadro 5. Modelo de regresión logística para la maternidad en la adolescencia	61
Cuadro 6. Modelos de regresión logística de la maternidad en la adolescencia para el ámbito de residencia urbano.....	63
Cuadro 7. Modelos de regresión logística de la maternidad en la adolescencia para el ámbito de residencia rural.....	63

GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución porcentual de las mujeres entre 15-54 por grupos quinquenales en México 2018.....	42
Gráfica 2. Distribución por edades a la maternidad de las mujeres entre 20 y 24 años que fueron madres antes de los 20 años, en México 2018.....	50
Gráfica 3. Distribución porcentual de la experiencia de la maternidad adolescente de mujeres de 20 a 24 años en cada ámbito de residencia, en México 2018	50
Gráfica 4. Distribución porcentual de mujeres de 20 a 24 años que fueron madres adolescentes según ámbito de residencia y grupo de edades, en México 2018.....	51
Gráfica 5. Deseo de embarazo para las mujeres entre 20 y 24 años, en México 2018, que tuvieron o no un único hijo durante la adolescencia.....	60

INTRODUCCIÓN

El estudio de la fecundidad adolescente implica considerar aquellos factores de carácter individual, relacional, comunitario y socioeconómico asociados al fenómeno. La interrelación de diversos determinantes influye en el embarazo adolescente e indica su correspondencia con los factores próximos a la fecundidad. Ejemplos de estos factores pueden ser los biológicos y de comportamiento de las adolescentes frente a la sexualidad, las características socioeconómicas del contexto familiar, el contexto comunitario como entorno donde la adolescente pasa un alto por ciento de tiempo, y las políticas públicas como acciones nacionales implementadas por los gobiernos federales y estatales. La pobreza, otro de los factores intervinientes, no se considera como causa única de la fecundidad durante la adolescencia en México (Morales, 2021).

El ámbito de residencia se perfila también como un determinante a analizar frente a los niveles de fecundidad adolescente que decrecen a un ritmo diferente en el campo y la ciudad. Se incorpora así el binomio rural-urbano al curso de la presente investigación. Para estos ámbitos, los procesos históricos de desarrollo, la generación de la riqueza y la ubicación geográfica influyen en la provisión y acceso de la infraestructura educativa, médica y de comunicaciones de manera diferente (Arvizu et al., 2019). Por tanto, el objetivo de la presente investigación es analizar los niveles y los factores sociodemográficos y de salud sexual y reproductiva asociados a la fecundidad adolescente en México, distinguiendo su influencia en entornos urbanos y rurales. En tal sentido, se aprecian diferencias en relación a las condiciones socioeconómicas desiguales, una realidad que Di Cesare y Rodríguez (2006) resumen de la siguiente manera:

Las muchachas con mayor nivel socioeconómico tienen menor probabilidad de tener un hijo antes de los 20 años de edad, lo que se explica porque se inician sexual y nupcialmente a edades más tardías, porque tienen más incentivos para evitar embarazarse, porque tienen mayor exposición a educación afectivo/ sexual/reproductiva (lo que se refleja en mayor conocimiento sobre estos temas), porque tienen mayor acceso a medios anticonceptivos (y probablemente acceden con mayor facilidad al aborto) y porque, según diversos estudios, parecen tener mayores niveles de comunicación y monitoreo familiar. Estos resultados evidencian, entonces, la mayor vulnerabilidad de los grupos socioeconómicamente más débiles. (p. 133)

La fecundidad adolescente se considera un problema que demanda diversas estrategias de prevención efectivas, así como el reconocimiento de los factores de riesgo asociados (Castañeda y

Santa-Cruz, 2021), porque se vincula con diversos elementos relacionados con resultados de salud adversos para la madre, el niño, y desventajas socio-económicas para individuos y familias (Neal et al., 2018). Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2020), las complicaciones tanto en el embarazo como en el parto son la principal causa de muerte en el grupo etario de mujeres entre 15 y 19 años. Además, refiere (Bastida et al., 2020), los adolescentes que experimentan el embarazo adolescente pueden sufrir rechazo, maltrato, reproduciendo patrones de pobreza y exclusión social.

Si bien la maternidad y la paternidad tempranas implican desventajas en las sociedades modernas, claramente son las mujeres quienes enfrentan los mayores desafíos en todos los sentidos. Rodríguez (2017). Al evaluar el especial estado de vulnerabilidad social en el que se ubican las madres adolescentes, García (2014) reconoce que el embarazo, el parto y el puerperio antes de los 20 años implican mayores riesgos de salud para las madres y los recién nacidos, especialmente para aquellas adolescentes que habitan en contextos de precariedad socioeconómica antes del embarazo; al tiempo que tienen más probabilidades de sufrir sesgos y discriminación de género, experimentar estigmas culturales, o permanecer atadas a roles femeninos tradicionales.

También se evidencia que las adolescentes embarazadas presentan una menor madurez biológica, intelectual y emocional, y disponen de menos recursos y capacidades para enfrentar los desafíos que implica la educación de los hijos, en los casos de llevar a término un embarazo. Asimismo, existen desventajas y sesgo de género que pueden provocar que la fecundidad durante la adolescencia se considere como uno de los componentes del ciclo de reproducción de la pobreza, lo que puede traer como consecuencia que las adolescentes con hijos sean más vulnerables a la violencia, la coerción o la influencia de otros (Jiménez, et al., 2017).

México cuenta con políticas de salud sexual y reproductiva muy efectivas para la población adulta y joven, sin embargo, los resultados en los adolescentes no han sido igual de satisfactorios. Los indicadores relativos a la fecundidad en los grupos de 12 a 14 años, y de 15 a 19 años, ubican a la nación en niveles cercanos a los países de menor desarrollo, en contraste a lo que puede observarse con otros indicadores, como los niveles de fecundidad total y de esperanza de vida (Rodríguez, 2017).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) el uso de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas se incrementó en México de 34.0 a 39.9% entre 2014 y 2018; el 59.9% de las adolescentes entre 15 a 19 años que ya tuvieron relaciones sexuales usaron algún método en su primera relación, cinco puntos porcentuales más que las jóvenes de este

mismo grupo de edades en 2014 (INEGI, 2019). Aunque la utilización de este tipo de métodos ha aumentado, estimaciones recientes indican que en México 38 de cada 1000 mujeres en edad reproductiva han tenido abortos clandestinos, por no contar con los métodos anticonceptivos necesarios (Juárez et al., 2018). Una estimación realizada sobre el uso consistente de métodos anticonceptivos modernos en el período 2018-2019, reflejó justamente que este comportamiento se incrementaba conforme aumentaba el nivel socioeconómico, y era menos consistente el uso de estos métodos en entornos rurales; otro hallazgo relevante fue el incremento del doble de posibilidad de uso consistente de anticonceptivos en aquellas adolescentes que ya habían experimentado un embarazo (Villalobos, et, al. 2020). Sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes, los resultados de un estudio realizado a partir de la Encuesta Nacional de Factores Determinantes del Embarazo Adolescente de 2018, indican que, “en cuanto al uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, son más proclives a usar protección quienes iniciaron más tarde su vida sexual (...); las de estrato social medio y alto son tres veces más propensas a usar protección anticonceptiva que las de estrato bajo” (Juárez y Gayet, 2020a).

Una vez más queda en evidencia la desigualdad socioeconómica como uno de esos factores que, a través de la anticoncepción, impacta en la conducta sexual y reproductiva de los adolescentes. De acuerdo con la ENADID 2014, de la población de mujeres adolescentes de 15 a 17 años que iniciaron su vida sexual, el 46.1%, no usó algún método anticonceptivo, destacando que, de ellas, 16.9% no los utilizó porque no conocía los métodos y no sabía cómo usarlos, además de no saber dónde obtenerlos. Comparativamente, para 2018 se incrementó el número de mujeres entre 15 y 19 años que usaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual (INEGI, 2019a). El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva desde edades tempranas constituye garantía de los derechos de niñas y adolescentes a una sexualidad plena y sana; cuando emergen barreras que obstaculizan el acceso a estos servicios de manera oportuna, se genera un estado de vulnerabilidad que viene a engrosar la lista de limitaciones y obstáculos al desarrollo y crecimiento de la mujer.

En México, con el objetivo de intentar cambiar la situación que presenta la fecundidad en la adolescencia en cuanto a salud pública y lograr una ampliación de las oportunidades, se trazó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Esta estrategia determinó, como meta para el año 2030, la erradicación de nacimientos en niñas pertenecientes a los grupos de edades de entre 10 y 14 años y disminuir la tasa de fecundidad de las adolescentes de entre 15 y 19 años en un 50%. Para ello, ENAPEA utiliza diferentes criterios como: intersectorialidad,

derechos, perspectiva de género y corresponsabilidad. Es importante señalar que esta estrategia no indica análisis relacionados con las diferencias existentes entre las adolescentes que experimentan el embarazo según su ámbito de residencia (Consejo Nacional de Población, 2016).

Por ello es necesario el conocimiento de diversos escenarios que forman parte de la vida de las adolescentes que se convierten en madres, para llevar a cabo la descripción de los niveles de fecundidad adolescente, en entornos tanto urbanos como rurales de la nación mexicana, y evaluar los diferentes factores asociados a estos niveles de fecundidad. Los datos a utilizar serán de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) del año 2018, la cual es representativa a nivel nacional y permite desagregar la información según ámbito de residencia. Se trabaja como población objeto de estudio las mujeres de la nación mexicana, residentes en zonas rurales y urbanas, que declararon tener entre 20 y 24 años de edad al momento de la encuesta.

El presente estudio centrará su atención en la fecundidad adolescente, reconociendo que su comportamiento no solo difiere por escala de análisis y grupos etarios, sino también que sus niveles y estructura asumen diferentes particularidades en ámbitos de residencia urbano y rural. La literatura sobre el tema se encuentra concentrada en la década del noventa, pero, posterior a esa fecha, el interés se enfocó en los diferenciales socioeconómicos, debido al estrecho vínculo del embarazo adolescente con la desigualdad y la pobreza. Esa situación provocó que los análisis sobre el ámbito de residencia en los estudios sobre la fecundidad, hayan sido poco abordados en la actualidad; de ahí la importancia del problema de investigación propuesto en la presente tesis.

La fecundidad en la adolescencia es una experiencia que adquiere significados individuales en cada historia de vida. Y como fenómeno y problemática social, debe ser estudiado desde la complejidad que implica la interacción de un grupo de factores psicológicos, socioeconómicos, demográficos y culturales que impactan en la conducta sexual y reproductiva de los adolescentes. Así, se podrá realizar una descripción del nivel de fecundidad adolescente en México, a partir del análisis de los factores sociodemográficos y de salud sexual y reproductiva asociados a la misma, en entornos urbano y rural.

El proceso de investigación y sus resultados quedarán documentados en el presente trabajo académico con la siguiente estructura: un primer capítulo dedicado al abordaje de los principales conceptos y hallazgos resultantes de la revisión de literatura referente al tema; el capítulo dos orientado al planteamiento metodológico, con la correspondiente declaración de la fuente de información y la descripción de la muestra. Finalmente, en el capítulo tres quedarán expuestos los



resultados de los modelos de regresión logística para cada ámbito de residencia y el modelo integrado; dando lugar a las consideraciones finales como cierre de la investigación presente y punto de partida para futuros estudios.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

La estructura del presente capítulo incluye cinco tópicos principales en los que se resaltan los principales planteamientos teóricos y conceptuales de la investigación. Un primer acápite se refiere a la fecundidad en transición, que permite comprender el cambio que ocurre en las diferentes poblaciones. En un segundo apartado se analiza la adolescencia como etapa evolutiva del desarrollo humano, y un tercero explica la fecundidad en la adolescencia. Luego se exponen diferentes factores asociados a la fecundidad durante la adolescencia. Finalmente, se revisan distintas investigaciones que caracterizan los ámbitos de residencia urbano y rural, así como las desigualdades existentes en cada entorno.

1.1 Fecundidad en transición

La transición demográfica indica el paso de una mortalidad y fecundidad elevadas, hacia una mortalidad y fecundidad reducidas como un proceso universal (Chesnais, 1986). Se tienen referencias de este proceso en la región europea que reportan, para finales del siglo XVIII, altas tasas de natalidad y mortalidad que comenzaron a descender a inicios del siglo XIX (Pizarro, 2010). Si bien lo sucedido en este continente constituyó la base de los primeros planteamientos del modelo de transición demográfica, lo cierto es que ha sido un proceso heterogéneo a nivel global. Cada región, y en especial cada país, ha transitado a su propio ritmo.

La transición demográfica no puede ser entendida como un modelo único, ya que las condiciones en las que se origina muestran variaciones, tanto en diferentes épocas y lugares, como en el contexto de las normas y creencias de cada sociedad. Durante el proceso se desarrolla una interacción de diversas variables, logrando complejos sistemas de reproducción demográfica que combinan mortalidad, nupcialidad, migración y fecundidad (Zavala de Cosío, 1992).

Livi-Bacci (1994) refiere al respecto que, en América Latina, la transición tuvo lugar dos o tres generaciones después que en Europa. Estudios que han pretendido mostrar las diferencias en los procesos de transición de Latinoamérica respecto a Europa y Estado Unidos, le otorgan especial significación al proceso de colonización y su impacto en la despoblación que sufrió el continente durante la conquista y en años posteriores. Por otra parte, al interior de América Latina la segmentación de clases o grupos sociales es mayor que en Europa y esta realidad determina, a lo interno de la región, patrones diferenciados de comportamientos ajustados a cada lugar.

En los países de América la mayoría de las transiciones demográficas han sido muy rápidas, tardías, y se apoyan en la medicina moderna y en los nuevos métodos de anticoncepción (como la píldora, el DIU, o la esterilización); un ejemplo evidente de ello ha sido la fecundidad en México, que descendió de siete a dos hijos por mujer en apenas cuatro décadas (1970-2010) (Zavala, 2014).

Schkolnik (2004) describe la transición de la fecundidad en América Latina a través de tres periodos. Cada uno de estos tiene la presencia de diferentes tendencias que se describen a continuación:

- (1) entre 1950-55 y 1965-70: Caracterizado por un descenso leve y relativa estabilidad, e incluso, aumento de la tasa global de fecundidad en algunos países hacia niveles aún más elevados que los identificados a comienzos del período. Se evidenció alto crecimiento de la población, como consecuencia de la reducción de la mortalidad y el incipiente descenso de la fecundidad.
- (2) entre 1965-70 y 1980-85: Periodo de cambios demográficos importantes debido a la reducción de la fecundidad, por lo que se produjo un descenso en la tasa de crecimiento de la población de la región.
- (3) entre 1980-85 y 1995-2000: Durante este periodo los países continuaron con una tendencia descendente en sus tasas globales de fecundidad. En este caso, países como Ecuador, México y Perú mantienen un ritmo más acelerado.

Davis y Blake (1967) plantean el contraste existente entre las sociedades preindustriales y las industrializadas con respecto al comportamiento de las variables intermedias que condicionan los valores de fecundidad, lo cual, a su vez, impacta en la estructura social. La exposición temprana a la unión sexual, según el período de la adolescencia en la que se encontraban las mujeres, en un grado mucho mayor que las sociedades industriales y una mayor proporción de nupcialidad son características de contextos preindustriales. En contraste, y continuando con el análisis desde la perspectiva de los autores citados anteriormente, las sociedades industriales, presentan valores de la fecundidad bajos, asociados, esencialmente, a la edad de la unión, la postergación de matrimonios y el impacto del uso de métodos anticonceptivos (Davis y Blake, 1967). Un proceso que, al interno de las naciones ocurrió a diferentes ritmos: entornos rurales con un comportamiento análogo al de las denominadas sociedades pre-industriales, y un comportamiento urbano propio de la industrialización.

La transición de la fecundidad es un fenómeno al que muchos autores han aportado. De especial significación para esta investigación es la perspectiva sociodemográfica. Los autores Davis y Blake (1967) proponen el modelo de “determinantes próximos de la fecundidad en el que se formulan los determinantes biológicos y tecnológicos que están afectados por el comportamiento social”. En una posterior contribución a estos estudios, John Bongaarts (1982) introduce los conceptos de determinantes directos e indirectos de la fecundidad, definiendo como variables intermedias o determinantes directos de la fecundidad a aquellos factores biológicos y conductuales a través de los cuales las variables socioeconómicas, culturales y ambientales afectan la fecundidad, ejerciendo una influencia directa sobre esta. Por tanto, las variaciones en la tasa de fecundidad de una región podrían ser explicadas por las variaciones en alguno de estos determinantes directos o variables intermedias, que Bongaarts (1978, 1982) resume en cuatro factores: “casamiento, anticoncepción, lactancia y aborto inducido”; posteriormente, modificando su planteamiento inicial, propone abordar la exposición a las relaciones sexuales en lugar del casamiento (Bongaarts, 2015). Son elementos que resultan cruciales al enfocar el análisis en la fecundidad adolescente, tomando en cuenta la iniciación sexual como experiencia asociada a la etapa del desarrollo en cuestión y determinante de peso en este grupo de edad.

Sin embargo, este descenso no ha ocurrido en igual magnitud en todos los grupos etarios, porque el estudio de la conducta reproductiva de las mujeres de 15 a 19 años (incluso menores) da cuenta de una brecha en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. La cifra de mujeres que experimentan la maternidad en la adolescencia constituye un problema social que expresa la desigualdad e inequidad en este grupo poblacional y, en tal sentido, debe ser visibilizado y enfocado desde la interdisciplinariedad.

A propósito, refieren Loredó et al. (2015), que algunas de las características presentes en las jóvenes embarazadas acentúan la gran variedad de adversidades sociales acumuladas, los aspectos biológicos como la maduración sexual temprana y la actividad sexual prematura, la región que habitan, la religión, las tradiciones y las costumbres. Mientras que Murad et al. (2018), en su investigación en Colombia, identificaron como causas determinantes en la ocurrencia del embarazo a temprana edad elementos relacionados con la falta de oportunidades y expectativas, la deserción escolar, la limitada e inoportuna información sobre sexualidad, y los estereotipos de género.

Martínez y Sierra (2016) establecen como determinantes de la tasa de fecundidad en adolescentes de Colombia el conocimiento y uso de los métodos de planificación. Estas autoras

plantean que también son de influencia otros factores relacionados con el contexto socioeconómico dentro del cual se desarrolla la madre, cambios sufridos durante la etapa adolescente, costo de oportunidad de los hijos, sexo del jefe de hogar, lugar de residencia, estado civil, nivel de ingresos, efectividad de los métodos de planificación y el contexto regional.

A partir de un análisis de estos factores determinantes, es posible comprender cómo se relacionan otros indicadores socioeconómicos y factores socioculturales con los valores de medición de la fecundidad. Estudios enfocados a ello han encontrado que, en entornos rurales, se aprecia mayor proporción de uniones a edades más tempranas (Medina y Do Carmo, 2005); también el indicador de residencia urbana-rural suele ser condicionante del acceso diferenciado a los servicios de salud sexual y reproductiva (Juárez et al., 2019). De esta manera, las mujeres que viven en áreas rurales y en entidades de mayor pobreza son las que presentan mayores necesidades insatisfechas de anticoncepción (Juárez y Gayet, 2020b) y, por tanto, mayor probabilidad de experimentar la maternidad a temprana edad. En tal sentido, algunos autores concluyen que, a una menor edad de la mujer en su primer embarazo, mayor es la probabilidad de que tenga más hijos a lo largo de su vida (Welti, 2000; Borbon, 2015).

Por su parte, Salazar et al. (2019) plantean que los determinantes sociales, como la familia, educación, economía y servicios de salud, influyen en las formas de actuar y toma de decisiones de los adolescentes. Puntualizan Acosta y Cárdenas (2012) que la baja escolaridad, el acceso o no a los servicios médicos y la no utilización de métodos anticonceptivos pueden considerarse factores socioculturales relacionados con el embarazo en la adolescencia.

Las barreras para el acceso a los servicios de salud se relacionan con diversos elementos, como pueden ser: la falta de garantía en la atención y poca infraestructura desde el modelo en redes para el acceso a los servicios obstétricos (Juárez et al., 2019); la deficiencia y limitación en la utilización de mecanismos de coordinación entre niveles de atención (López et al., 2021); y la demora en la provisión elemental de servicios, sobre todo en zonas de gran dispersión geográfica (Fajardo et al., 2015).

1.2 Adolescencia: etapa evolutiva del desarrollo humano

El término adolescencia se deriva del latín "adolescere" y su significado es crecer hacia la vida adulta (Sawyer et al., 2012). Se define como la etapa del desarrollo encontrada entre la infancia y la adultez, donde acontece un proceso creciente de maduración física, psicológica y social. La

persona, en este período, experimenta cambios rápidos y de gran magnitud, los cuales la hacen biológica, psicológica y socialmente madura, con capacidades para vivir de forma independiente (Gaete, 2015).

La adolescencia como etapa evolutiva del desarrollo humano ha sido definida desde múltiples perspectivas teóricas que responden, esencialmente a la antropología, la psicología y la sociología como áreas del conocimiento. Todas estas corrientes tienen en común el abordaje de las características fisiológicas que desencadenan cambios corporales distintivos de esta etapa, pero también asumen el impacto de las condiciones del entorno y el sistema de relaciones sociales, así como los cambios en el orden cognitivo que se producen en la antesala de la juventud. Sin embargo, la delimitación etaria difiere en cada una de estas corrientes. Núñez (2019), considera que la adolescencia es una etapa clave de tránsito en el desarrollo biológico, emocional y social del individuo, por lo que debe ser reconocida y atendida en esos términos.

La OMS (2016) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. Plantean Papalia et al. (2010) que la adolescencia abarca, por lo general, el periodo comprendido de los 11 a 20 años. El sujeto alcanza la madurez biológica y sexual, y busca alcanzar la madurez emocional y social.

En cuanto a la delimitación del grupo de edades comprendidas en la adolescencia, es indispensable señalar que al interno de la etapa se presentan características diversas en un patrón progresivo de 3 fases que, usualmente, se denominan como adolescencia temprana, media y tardía. Aunque tampoco existe homogeneidad con respecto al momento de demarcar estos rangos, se aproxima de la siguiente manera (Radzik et al., 2008):

1. Adolescencia temprana: desde los 10 a los 13-14 años.
2. Adolescencia media: desde los 14-15 a los 16-17 años.
3. Adolescencia tardía: desde los 17-18 años a los 20.

Pineda y Aliño (2002) exponen características generales de la adolescencia, presentes con independencia de las influencias sociales, culturales y étnicas:

- Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambios de la forma y dimensiones corporales. Al momento de mayor aceleración de la velocidad de crecimiento en esta etapa, se le denomina estirón puberal.
- Se produce un aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcado en el varón, acompañado de un aumento en la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, que permiten neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular, también se produce un incremento y maduración de los pulmones y el corazón, teniendo por tanto un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.
- El incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en la forma y dimensiones corporales, los procesos endocrino-metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de manera armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, que pueden generar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.
- El desarrollo sexual está caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el inicio de la capacidad reproductiva.
- Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado están presentes durante esta etapa, que son:
 - Búsqueda del sí mismo y de la identidad, necesidad de independencia.
 - Tendencia grupal
 - Evolución del pensamiento concreto al abstracto. Las necesidades intelectuales y la capacidad de utilizar el conocimiento alcanzan su máxima eficiencia.
 - Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
 - Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y constantes fluctuaciones del estado anímico.
 - Relaciones conflictivas con los padres que oscilan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
 - Actitud social reivindicativa: en este período, los jóvenes se hacen más analíticos, comienzan a pensar en términos simbólicos, formular hipótesis, corregir falsos preceptos, considerar alternativas y llegar a conclusiones propias. Se elabora una escala de valores en correspondencia con su imagen del mundo.

- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida (p.16).

Se concibe al individuo adolescente como un ser capaz de influir en sus propios procesos cognitivos y su conducta, así como de alterar su entorno. Los adolescentes, por tanto, no solo están sometidos a las transformaciones fisiológicas relativas a la pubertad en sí misma, sino que cuentan con una estructura sociocultural que condiciona y predice los comportamientos individuales. El período comprendido entre los 10 y 19 años se caracteriza por una serie de transformaciones orgánicas y emocionales, con implicaciones sociales, que hacen de este un período problemático y de crisis para el individuo. La adolescencia es una realidad que, independientemente del contexto en el que se analice (urbanos, rurales e indígenas), debe abordarse desde el reconocimiento del papel que juega la cultura, el género, el nivel educativo, la familia, el entorno social y otros factores en el desarrollo de las y los adolescentes (Secretaría de Salud del Gobierno de México, 2015).

La búsqueda de la propia identidad en la etapa de la adolescencia recibe influencia marcada de los diferentes medios de comunicación y las redes sociales, donde se impone el predominio de los nuevos estereotipos, el lenguaje, los gustos musicales, entre otros (Acle et al., 2017). Es decir, sobre esta población inciden fuerzas externas determinantes sobre las que no pueden ejercer prácticamente ningún control. Agrega Salas (2018) que esta búsqueda de identidad en la adolescencia trae consigo la necesidad de experimentación y exploración en la conducta como respuesta al crecimiento personal.

1.3 Fecundidad en la adolescencia

La adaptación de una madre joven, después del inicio de la maternidad, puede proporcionar una impresión negativa de su capacidad para hacer frente a las responsabilidades parentales si el seguimiento no se realiza durante un tiempo que permita observar cambios en la adaptación a la maternidad temprana a lo largo del curso de la vida. Según estudios realizados en Estados Unidos, el insuficiente conocimiento acerca de las variaciones individuales en los resultados, apunta al fomento del estereotipo negativo de la madre adolescente (Furstenberg et al., 2020).

Asumir la maternidad durante la adolescencia representa un riesgo incrementado por las condiciones preexistentes de pobreza y la desigualdad social, en tanto se precisan recursos para atender a otro ser humano o a un grupo familiar incrementado; un riesgo determinado porque se

relaciona con el bajo nivel de escolaridad que poseen los jóvenes padres, que conlleva a que se empleen en labores que no tienen remuneración suficiente para cubrir sus gastos. La calidad del empleo suele ser menor para quienes tuvieron hijos entre los 10 y los 19 años, en comparación con quienes fueron madres en edad adulta (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2020). Sobre todo, cuando carecen de redes de apoyo que les permitan asumir el nuevo rol de padres y permanecer vinculados al estudio o el trabajo; es una situación que para la madre adolescente es mucho más compleja en tanto funge como principal cuidadora de los hijos. Parada y García (2017) señalan que para el ejercicio de la crianza es relevante que las adolescentes encuentren apoyo en políticas públicas y programas específicos, creados con base en la percepción de esta población, sus interacciones, necesidades, dudas y expectativas.

La fecundidad adolescente representa un desafío de gran importancia en temas de salud pública en México (González et al., 2020). Durante el año 2018, el total de consultas de embarazo en México fue de 269,823 en adolescentes con edades entre los 15 a 19 años (Rodríguez y Tobar, 2020). Para el año 2019, se registra una tasa promedio de 13.7 nacimientos por cada mil mujeres pertenecientes a este rango de edad (Jiménez, 2021). Se estima que el 20% de los nacimientos anuales en México son de mujeres menores de 20 años (Delgado et al., 2020). En este sentido, CONAPO señala un incremento de los mismos cerca de 10% en las adolescentes de 15 a 19 años entre los años 2009 y 2014 (Mier y Llanes, 2017). En el periodo de tiempo comprendido entre el año 2015 y el 2020, se puede observar una leve disminución de los embarazos en adolescentes, de un 18.2% a un 15.1%, (INEGI, 2020). No obstante, la tasa de fecundidad adolescente para el año 2018 continúa elevada en comparación con los países de la región de América Latina y el Caribe, donde se reportan 66.5 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescente, mientras que para México es de 70.5 (Villalobos et al., 2019).

Por lo tanto, las diferentes políticas encaminadas a frenar el embarazo adolescente demandan incurrir en la problemática desde tres niveles de prevención: la prevención primaria, la prevención secundaria y la prevención terciaria. El primer nivel considera evitar la experiencia de un primer embarazo, el segundo disminuir riesgos biopsicosociales que conlleva el embarazo en esta población específica, y el tercer nivel tiene el objetivo de prevenir embarazos subsiguientes y reducir los riesgos biopsicosociales asociados a la maternidad temprana (Rodríguez, 2012).

Dada la poca o nula experiencia del adolescente en lo referente a comportamientos que pueden ser potencialmente destructivos, las prácticas sexuales se convierten en un comportamiento

de riesgo para la salud (Stern, 2012) que pueden conducir a un embarazo no deseado. Diversos autores destacan la amenaza que representa un embarazo durante la adolescencia para el desarrollo y bienestar social de las madres. Mendoza et al. (2012) apuntan que, desde el punto de vista biológico, existe dos veces mayor riesgo de presentar retraso en el crecimiento intrauterino y tres veces más probabilidades de desarrollar muerte neonatal, cuando una madre adolescente afronta su segundo hijo. En el ámbito psicosocial, Rosas et al. (2017) refieren que el embarazo está relacionado con matrimonios a temprana edad, los que pueden fomentar la vulnerabilidad de las mujeres a situaciones de violencia conyugal.

La maternidad temprana presenta consecuencias a corto y largo plazo para las adolescentes, a corto plazo se señalan la disminución de la asistencia escolar y el aumento de la participación laboral de las jóvenes, y a largo plazo puede evidenciarse la disminución del ingreso en sus hogares (Arceo y Campos, 2014).

En otro orden de ideas, concluyen García et al. (2017) que los adolescentes proyectan un significado positivo de la paternidad y maternidad, enfocado a recibir cuidados, atenciones y aceptación por parte de terceros, así como madurez y responsabilidad. En el plano individual es legítimo resaltar, dadas las características antes mencionadas, que el adolescente está en transición de la infancia a la adultez y carece de herramientas que le permitan de manera independiente tomar decisiones que resultarían determinantes en su curso de vida. Es por ello que las redes de apoyo son determinantes en este período en el que debe asumir, no solo los cambios puberales y psicológicos y el control limitado de los impulsos, sino que, además, se enfrenta a nuevas exigencias del medio. Si bien no se trata de un evento homogéneo en relación a su prevalencia, tampoco es homogéneo en cuanto a su asimilación y significación subjetiva. Llanes (2014) ratifica que el soporte económico y afectivo de la familia de origen promueve la significación de la maternidad en términos positivos, y durante las trayectorias de vida estas mujeres pueden resolver más fácilmente las ambivalencias experimentadas.

Tal como reafirman Vives y Lartigues de Vives (1991), la crisis que implica la maternidad conducirá a un nivel madurativo de mayor complejidad, uno superior caracterizado por las nuevas funciones que implica el rol materno, y que se incorpora a la identidad femenina. Los autores plantean que: “(...) la crisis normal del embarazo se superpone con la crisis normal de la adolescencia, que implica una lucha entre exigencias tanto biológicas como psicológicas de ambos procesos” (p. 773). Asumir la maternidad a temprana edad implicaría, además de este periodo de

adaptación a cambios corporales y psicológicos, el tránsito necesario y forzado hacia una mayor independencia social. A decir de Soto et al. (s.f.), es la adolescencia un período de vulnerabilidad en el tránsito a la adultez, y cobra una significación especial cuando tiene lugar en situaciones de riesgo, fragilidad y precariedad en los vínculos relacionales, familiares y sociales.

La existencia de factores de riesgo es real, pero puede concluirse que las trayectorias de vida de las madres adolescentes se desarrollan de forma no homogénea y los factores que promueven la resiliencia tanto a nivel individual como contextual pueden fomentar el funcionamiento positivo en medio de circunstancias difíciles (Bornstein, 2019). Pueden ser considerados la sexualidad y la reproducción, ámbitos donde se expresan diversas desigualdades sociales: de género, de generación, étnico-raciales, de clase social, entre otras (Sosa, 2020).

1.4 Factores asociados a la fecundidad adolescente

Dentro de este marco la Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente (ENFaDEA) expone posibles factores determinantes en el embarazo en la adolescencia relacionados con las características de la familia y la inexistencia de redes familiares. El análisis de los resultados de la encuesta indica diferentes factores que pueden influir, entre los que se identifican el bajo nivel educativo de los padres, contextos familiares conflictivos con situaciones de violencia, alcoholismo y falta de atención a los hijos (Escuela Nacional de Trabajo Social, 2017). Además, las hijas de madres adolescentes presentan mayores probabilidades de tener un embarazo durante la etapa de adolescencia, y que en su relación no impere una comunicación asertiva (González y Molina, 2007).

La fecundidad adolescente, más que la consecuencia de una decisión deliberada, es el resultado de otros factores determinantes de la conducta que la Organización Panamericana de la Salud (2018) define de la siguiente forma: la falta de conocimientos sobre sexualidad y reproducción, iniciación sexual precoz o forzada asociada o no a una unión; el conocimiento insuficiente o erróneo acerca de los anticonceptivos condiciona el uso irregular de estos; las perspectivas de futuro y la autopercepción. Tal como confirma la Secretaría de Salud del Gobierno de México (2015), en esta edad suele existir un sentido de omnipotencia e invulnerabilidad frente a los peligros, que explica en parte los comportamientos de riesgo, una sensación de invulnerabilidad que dificulta la adopción de medidas preventivas.

En relación a la problemática expuesta en el párrafo anterior, se reconoció durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en 1994 en El Cairo, que la salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y las naciones; y debe ser entendida en el marco de los derechos humanos desde una perspectiva de género (Fondo de Población para las Naciones Unidas, 1995). En consecuencia, se definieron acciones incorporadas a un programa concebido para legitimar los derechos sexuales y reproductivos como condicionantes de la salud en esta dimensión. La salud reproductiva concibe la capacidad que puede tener la persona para el disfrute de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, procrear con la libertad de decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Para ello es indispensable acceder a la información y a los servicios de planificación familiar, así como a otros métodos para regular la fecundidad que no estén legalmente prohibidos (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2016). Los representantes de diferentes países reunidos con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2013), en la celebración en Montevideo de la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, adoptaron medidas prioritarias identificadas en la Propuesta de agenda regional con el objetivo de fortalecer la implementación del Programa de Acción de El Cairo y su seguimiento. Entre las medidas adoptadas se encuentran:

- Revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluida la provisión de servicios integrales amigables en el caso de adolescentes y jóvenes, y asegurar el acceso a la información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas sin discriminación de ningún tipo, para asegurar que se cumplan en nuestra región los más altos estándares internacionales de protección a los derechos humanos y libertades fundamentales. (p.20)
- Garantizar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, basados en evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia. (p.21)
- Garantizar una dotación suficiente de recursos financieros, humanos y tecnológicos para brindar un acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva de todos y todas, incluidos hombres, mujeres, adolescentes, jóvenes, personas mayores y personas con discapacidad, sin discriminación alguna. (p.21)

1.4.1 Contexto social

Investigaciones realizadas por Stern (2004) analizan el papel que tiene la vulnerabilidad social en la ocurrencia de embarazos durante la adolescencia en ciertos contextos, mediante el análisis de un conjunto de historias de vida. Los argumentos recogidos plantean que existe una variabilidad en cuanto a las circunstancias particulares que propician que se dé un embarazo en la adolescencia, y la frecuencia de ocurrencia en un contexto social determinado se relaciona con las características sociales que las rodean y condicionan. En palabras del autor, "ciertas características del entorno sociocultural se traducen en una mayor vulnerabilidad en ciertos sectores sociales para que ello ocurra" (p.12). En conclusión, deben ser distinguidos diferentes tipos y niveles de vulnerabilidad y las relaciones existentes entre ellos.

Para los adolescentes, el apoyo social es un elemento primordial que les permite adaptarse a las situaciones de vulnerabilidad. De esta manera, tal como refieren González et al. (2020), las redes de apoyo pueden estar constituidas por ambientes como la familia, los vecinos, la escuela, los amigos, los compañeros de trabajo y otros muy diversos miembros de la comunidad, mismos que representan elementos indispensables para la salud, así como también para el ajuste y el bienestar de los individuos. Agentes que se conciben como protectores son los encargados de ofrecer apoyo emocional e informacional para que el/la adolescente sea capaz de enfrentar la nueva etapa de su vida, y las nuevas situaciones de riesgo que enfrenta; por consiguiente, el fallo de alguno de estos factores en su función (por ausencia o inconsistencia) privará a los adolescentes del apoyo necesario y los sitúa en un estado de vulnerabilidad ante situaciones de riesgo para su salud y bienestar.

Refieren Villalobos et al. (2015) que las posibilidades de las adolescentes pueden estar limitadas por diferentes causas, por lo que el embarazo antes de los 20 años no debe considerarse como única limitante; también se deben tener en cuenta las restricciones preexistentes en sus vidas como puede ser la construcción social de género, la falta de educación sexual integral, el poco acceso a métodos anticonceptivos y las pocas oportunidades económicas. Apuntan los resultados de estudio que las adolescentes de nivel socioeconómico bajo tienen mayores posibilidades de presentar embarazo previo y rezago educativo.

El embarazo adolescente no necesariamente puede significar un problema o una situación indeseable para las familias y otros grupos sociales. En este sentido, el embarazo en la adolescencia puede considerarse como condición que permite dar sentido a la vida de las adolescentes que antes del embarazo ya tenían su proyecto de vida en condiciones negativas (Jiménez y Rangel, 2018).

Furstenberg et al. (2020) concuerdan con que es evidente que la maternidad temprana representa un riesgo de padecer problemas sociales y económicos. Sin embargo, este riesgo no es suficiente para justificar el estereotipo social de la madre adolescente como mujer desempleada, con muchas enfermedades, con niños que viven del subsidio, padres adolescentes que descuidan y abusan de sus hijos, y la alta probabilidad que los propios niños repitan el patrón de la maternidad temprana. Estos autores plantean diferentes motivos por los cuales el estereotipo social de la madre adolescente puede ser cuestionado. Primero, dan referencia sobre la gran variación observable en los resultados en estudios realizados de la primera infancia relacionados con la proporción sustancial de madres y padres adolescentes que logra recuperarse de las desventajas impuestas por la maternidad y paternidad tempranas. Estos estudios, en etapas posteriores de la vida de las madres adolescentes, muestran que muchas no han seguido el curso predecible de la desventaja de por vida. Además, apuntan que las consecuencias adversas como resultado de la maternidad temprana pueden ser atribuidas a diferencias en los antecedentes familiares de las madres precoces y tardías. Por eso, puede expresarse que cuando se analizan estas diferencias se supone la desvalorización de la desventaja que se obtiene al momento de un primer nacimiento, ya que al no tener en cuenta las diferencias existentes se puede haber llevado a una sobreestimación del impacto de la maternidad en edades tempranas en el curso de la vida de las mujeres.

Explica Bornstein (2019) que algunas madres adolescentes y sus hijos demuestran un funcionamiento resistente y próspero. Existe una variedad de factores individuales y contextuales que promueven el funcionamiento positivo, como los atributos a nivel individual (inteligencia, autoestima), factores relacionados con la familia (sensibilidad materna, participación del padre) y características del entorno social (características del vecindario, apoyo social). El entorno social en el que se encuentran inmersas las jóvenes y sus hijos también puede servir como factor de protección para las madres adolescentes y su descendencia. En particular, el apoyo social promueve el funcionamiento positivo y la adaptación exitosa de las madres jóvenes y sus hijos. Por ejemplo, el apoyo social puede fomentar el desarrollo positivo con respecto a los niños.

En relación a la idea anterior, Tuñón (2006) considera que, a partir del embarazo y de la conformación de familias, las mujeres jóvenes trazan estrategias que les permiten hacer frente a su nueva etapa de la vida y, por ende, alcanzar el sostenimiento de las redes de apoyo parental. Por su parte, Solivan et al. (2015) realizaron un estudio cualitativo que consistió en el desarrollo de entrevistas con madres adolescentes para explorar los activos y recursos presentes en su vida,

identificados como factores protectores potenciales clasificados como activos (factores internos) o recursos (factores externos), que pueden actuar como factores promotores de la resiliencia y, a su vez, conducen a experiencias saludables de embarazo y parto. Las madres manifestaron fuertes activos que incluyen la autoeficacia y la autoaceptación, y recursos importantes, incluido el apoyo familiar y el apoyo de la pareja durante el embarazo, los que pueden haber contribuido a su capacidad de recuperación. Además, la motivación hacia los objetivos educativos y profesionales y la resistencia al estigma en torno a la maternidad adolescente pueden haber contribuido a resultados positivos en la salud de estas madres jóvenes.

La heterogeneidad en diversos patrones de la demografía mexicana puede considerarse muy alta, sobre todo los que se relacionan con los elementos de la formación familiar; dichos elementos presentan un estrecho vínculo con el entorno sociodemográfico y económico en el que viven las mujeres. Por ello, puede considerarse que las desigualdades sociales y económicas constituyen, en el proceso de transición a la adultez, uno de los argumentos más instaurados en la literatura sociológica (Mora y De Oliveira, 2014), así como los factores vinculados al ámbito de residencia. Se ha constatado en la literatura cómo las mujeres que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad o incertidumbre de recursos económicos, han transitado por la primera unión y la primera maternidad a una edad más temprana en comparación con aquellas que pertenecen a estratos más aventajados (Ortiz, 2020).

España et al. (2019) puntualizan que la maternidad a edades tempranas se puede encontrar un poco naturalizada, ya que este evento es lo que han vivido las adolescentes en el entorno mexicano cotidiano, conformándose así en sus expectativas de vida y de género. Adicionalmente, algunas familias promueven la maternidad temprana como vía de reconocimiento de la identidad femenina y de un proyecto de vida claro y optimista.

Datos del INEGI (2017), obtenidos a partir de la ENADID 2014, identifican a la pobreza y la falta de oportunidades como factores asociados a la fecundidad adolescente; la pequeña brecha existente entre la edad media simple al primer hijo (17.2 años) y a la primera unión (16.9 años) sugiere una relación de interdependencia entre la fecundidad adolescente y la nupcialidad temprana; además, la edad al abandono escolar es otro dato que refleja la desventaja de quienes son madres en la adolescencia, pues la edad promedio es de 15.4 años a diferencia de aquellas mujeres que experimentan la maternidad después de los 19 años, quienes permanecen en promedio hasta los 18 años. Por su parte, la ENFaDEA realizada en el 2017 muestra que, según el estrato social de origen,

el 57.8% de mujeres con experiencia de embarazo en la adolescencia pertenecen a un estrato bajo, mientras que el 8.2% tienen un estrato alto. En esa encuesta, el estrato social fue estimado con un índice aditivo de tres componentes del origen social que incluye: bienes del hogar, escolaridad de la madre y edad a la que tuvo su primer hijo (Pérez y Lugo, 2021).

1.4.2 Autoadscripción indígena

La autoadscripción se define, según el informe del diagnóstico sobre el acceso a la justicia para los indígenas en México (estudio de caso en Oaxaca), como “el acto voluntario de personas o comunidades que, teniendo un vínculo cultural, histórico, político, lingüístico o de otro tipo, deciden identificarse como miembros de un pueblo indígena reconocido por el Estado nacional y que se identifica como tal” (Nieto, 2016, p.61). La amplitud de la población indígena puede estar dada por la utilización de criterios relacionados con la transmisión del conocimiento, la tradición y la memoria (Valdiviezo, 2014).

Sosa y Menkes (2019) exponen en su investigación "Embarazo adolescente en mujeres hablantes de lengua indígena y con pertenencia étnica en México", un análisis a partir de la ENADID 2014 que muestra los motivos por los que una gran proporción de la población estudiada no utiliza protección durante su primera relación sexual. Entre los motivos está la presencia de un proyecto de vida relacionado con la maternidad y la unión tempranas. Además, como resultado de su estudio y coincidiendo con investigaciones previas, las autoras explican que el embarazo durante la adolescencia ocurrió después de haber abandonado la escuela en el 92.3 % de las mujeres con pertenencia étnica, en 96.1 % de las mujeres hablantes de lengua indígena, descendiendo a 87.9 % entre las jóvenes no indígenas, y residir en una localidad rural aumenta la probabilidad de un embarazo temprano en 15 %, comparado con la residencia urbana.

1.4.3 Contexto escolar

El entorno escolar puede configurarse como un espacio protector en el contexto mexicano, la permanencia de las niñas y adolescentes en las escuelas les permite tener aspiraciones profesionales en la vida, que incluye y otorga importancia al desarrollo personal más allá de ser esposa y madre (Stern, 2004), y garantizaría la transferencia de recursos y habilidades positivas para afrontar dificultades en esta etapa del desarrollo. Como espacio de socialización adecuado para la transferencia de información, la escuela puede llegar a consolidarse como facilitadora para el descubrimiento y conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes,

incidiendo así en el riesgo de una maternidad resultante de un embarazo temprano no deseado. La permanencia escolar, desde la perspectiva de Villalobos et al. (2015), favorece el desarrollo personal y descubre alternativas a otros roles sociales además de la maternidad, por tanto, la asistencia escolar se considera uno de los factores protectores con mayor potencial para disminuir la fecundidad de los adolescentes. Sin embargo, otras posturas develan que, bajo ciertas condiciones, la dinámica escolar puede dar paso a la vulnerabilidad, la marginación y la exclusión social. El trato diferenciado a los alumnos según sus distintos orígenes culturales y socioeconómicos conduce a la segregación de aquellos que se ubican en los estratos más bajos, reforzándose así la exclusión de grupos en desventaja. Tales circunstancias conducirían a que las adolescentes pobres se consideren más aptas para ser madres y amas de casa, frente a una experiencia de fracaso escolar (García, 2014).

Desde hace más de 30 años, la evidencia muestra que las mujeres que son madres en la adolescencia habían abandonado previamente la escuela. Stern (2012) ofreció los resultados de un estudio de Lucille Atkin y Martha Givaudan en 1989, el cual reveló que el 32.6 % de las embarazadas tenían de uno a seis años de haber abandonado la escuela, mientras que el 37.4% la abandonó como consecuencia del embarazo. Posteriormente, Francisco Fernández Paredes y sus colaboradores (1995) publicaron resultados que indican que el 50% de las adolescentes había abandonado la escuela antes del embarazo, 29 % permanecían en la escuela, y se asumió que solo el 21% había abandonado la escuela a causa del embarazo. De esta manera, no es posible atribuir la deserción escolar al embarazo en la adolescencia, sino que se establece una relación inversa; en el contexto mexicano es más frecuente el abandono de la escuela por motivos no asociados al embarazo, posteriormente la unión conyugal y después el embarazo (Villalobos et al., 2015). O bien, primero la unión conyugal, posteriormente el abandono escolar y luego el embarazo (CONEVAL, 2020).

1.4.4 Primera unión

La unión a edades tempranas constituye una alternativa que significa mayor libertad e independencia respecto a la familia de origen, y con frecuencia esta unión se hace posible a partir de un embarazo. Por tanto, cabe señalar que la motivación para evitar o postergar un embarazo dependerá en gran medida de las opciones de vida que se perciban y que se tengan en el ámbito de residencia inmediato.

Tal como plantean Parada y García (2017), la construcción de la percepción de sí como madre adolescente en el ejercicio de la crianza se produce de acuerdo con contextos históricos, culturales y sociales, con marcas propias y significados para cada generación.

Sin embargo, esta realidad adopta matices de acuerdo al ámbito de residencia, cuando la población femenina de contextos rurales se une antes de los 20 años, se va a vivir con sus suegros y forma parte de hogares extensos, quedando en una situación de mucha subordinación y sometimiento frente a sus cónyuges (López y Rojas, 2017). Esto ocurre en un contexto con fuerte resistencia, desde lo cultural, a desmontar las construcciones en torno a lo que significa ser hombre y mujer en la sociedad.

1.4.5 Inicio de las relaciones sexuales

En la sociedad mexicana, el inicio de la vida sexual de la población adolescente constituye un tema de importancia relevante según su alta incidencia, alto costo sanitario y la vulnerabilidad de las niñas, niños y adolescentes para la salud y la educación. En este sentido, en la probabilidad de que una adolescente se embarace tienen un alto impacto factores próximos a la fecundidad, las condiciones socioeconómicas familiares, la educación, las políticas implementadas, entre otros (Morales, 2021). Además, los cambios culturales que se presentan de manera continua en la sociedad pueden incidir en el inicio de la vida sexual de la población adolescente, trayendo consigo un aumento de los embarazos en este grupo etario (Delgado et al., 2020).

En México, según Munguía et al. (2018), la población de adolescentes representa una quinta parte de la población del país. Las estimaciones realizadas indican que el 45% de las adolescentes en los grupos de edades comprendidos entre 15 y 19 años son sexualmente activas, y de ellas 36% pueden quedar embarazadas en menos de dos años después del inicio de su actividad sexual. Asimismo, los estudios han demostrado la presencia de modificaciones leves en el calendario de inicio sexual en este país para ambos sexos (Gayet y Gutiérrez, 2014), con una edad mediana del debut sexual en los hombres de 17 años, en tanto que en las mujeres es de 18 años (Rojas y Castrejón, 2020).

1.4.6 Uso de métodos anticonceptivos

Las desigualdades existentes en cuanto al acceso a servicios de salud reproductiva entre las mujeres urbanas pobres, las mujeres de zonas rurales y las que se encuentran en la etapa de la adolescencia pueden influir en la elevada demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos. La estimación de las necesidades no satisfechas de anticoncepción realizada en México a partir de los datos resultantes de la ENADID 2014, demostró una mayor prevalencia de necesidades insatisfechas de anticoncepción en mujeres rurales (14.6%) frente a las de residencia urbana (11.5%), prevalencia

que, en las mujeres sexualmente activas menores de 20 años, alcanza el 29.6 % (Gayet y Juárez, 2016).

Al respecto, el CONAPO, a partir de la actualización de los datos con la ENADID 2018, reportó un ligero descenso en la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos (NIA) en las mujeres más jóvenes de un 27.6 % (Mejía-Pallés, et al., 2020).

1.4.7 Ámbito de residencia

La localidad de residencia de las personas resulta de gran importancia por su relación con las oportunidades a las que tienen acceso las mismas, así como los desafíos que enfrentan. Así, la ubicación geográfica es sustancial y está relacionada con las causas y consecuencias de la pobreza (Arvizu, 2019). En todas las regiones del mundo, incluidos los países de ingresos altos, las niñas pobres, con una educación deficiente o que viven en zonas rurales, presentan mayor riesgo de quedar embarazadas que aquellas con mayores recursos económicos, con mejor educación o que viven en zonas urbanas.

Factores como la falta de acceso a educación sexual integral en casa, en la escuela o en la comunidad, el acceso limitado o nulo a servicios de salud y específicamente a los anticonceptivos, así como la falta de agentes comunitarios de apoyo que incentiven el empoderamiento femenino, se agudizan en entornos rurales y comunidades marginales. En comunidades pobres, la desigualdad de género se aumenta e incide en una baja escolaridad para las niñas y adolescentes femeninas, asociado a ello un menor conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos y, por tanto, un menor uso de anticonceptivos y una temprana (no planificada) iniciación sexual (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

El lugar de residencia y el nivel de estudios pueden ser elementos de incidencia directa en la profundización de las desigualdades en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Estudios revelan que las mujeres pertenecientes a zonas rurales y que tienen una menor formación normalmente acceden en menor medida a los servicios, lo que facilita peores resultados en cuanto a la salud reproductiva que las mujeres con un nivel educativo superior de las zonas urbanas (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017, p. 62).

Las condiciones socioeconómicas y culturales impactan directamente en la prevalencia de la maternidad adolescente en extensos sectores de la población rural. En este sentido, Parada y García (2017) confirman que, en poblaciones rurales, la construcción social de las identidades de género como padres y madres se proyecta y está marcada, desde edades tempranas, por patrones

tradicionales sexistas y con estereotipos. Tradicionalmente se han contemplado las limitadas oportunidades socioculturales, el desempleo, la violencia y la falta de educación como factores que conducen a las mujeres rurales, desde muy temprana edad, a valorar, como opciones para ser reconocidas social y funcionalmente, la unión y la maternidad tempranas, alcanzando así un estatus dentro del ámbito sociocultural que habitan (Stern, 1997). No obstante, estudios recientes presentan las transformaciones que, en lo referente a la fecundidad, se han producido en entornos rurales, asociadas a la expansión de la educación, la creciente participación de la mujer rural en el mercado laboral y el uso de métodos anticonceptivos (Juárez y Gayet, 2020b). En contraste, para las adolescentes que habitan en entornos urbanos marginales, y así lo plantean Reyes y González (2014), la maternidad es vivida como un escape al entorno familiar en el que se encuentran, una salida inmediata a problemas de violencia familiar y abuso.

Sosa (2020) plantea, en su investigación acerca de embarazo y sexualidad adolescentes en México, que:

El embarazo en la adolescencia es un indicador, un resultado de exclusión y desigualdades estructurales generalmente previas a este evento las cuales lo enmarcan y lo dotan de inteligibilidad, y no necesariamente la causa de la pobreza que frecuentemente le precede y/o de la pérdida de valores y el libertinaje sexual de las y los adolescentes. (p.106)

1.5 Entornos de residencia: urbano-rural

1.5.1 Descripción demográfica

La definición de urbano y rural en México puede distinguirse según dos criterios que tienen base en el tamaño de la población. El INEGI señala como urbanas a todas las localidades censales con 2500 habitantes o que son cabeceras municipales (Censo de Población y Vivienda, 2020). Por su parte, Sobrino (2020), en su estudio sobre los flujos de migración interna ocurridos en México en el periodo 2000-2020, incluye en la categoría rural a todos aquellos municipios que no contaban con una localidad censal de 15 mil o más habitantes, o que no formaban parte de alguna de las 59 zonas metropolitanas de México.

La nación mexicana, según datos del censo 2020, cuenta con 185,243 localidades rurales y 4,189 urbanas (INEGI, 2020), definidas desde un enfoque político-administrativo a partir del monto poblacional. Aquellas zonas geográficas que se consideran rurales son las que cumplen los criterios

establecidos por el INEGI. Aunque se contempla la cantidad de habitantes como principal determinante para clasificar el ámbito residencial de las personas, es necesario destacar otras características que distinguen el entorno rural respecto al urbano y que serán de utilidad para el presente estudio. Son contextos, a decir de García et al. (2020), con una marcada desigualdad en cuanto a condiciones en la educación, oportunidades de empleo, salud y la infraestructura social y productiva, con características económicas, sociales y culturales que se encuentran establecidas y ligadas al sector agropecuario.

Esta distinción entre urbano y rural basada únicamente en el tamaño de la población de las localidades tiene limitaciones en lo que respecta, por ejemplo, a la cercanía y conectividad de esas localidades rurales a las no rurales más cercanas, cuando precisamente este es un aspecto determinante en cuanto a la posibilidad de acceso a los servicios, que ubica en situación de mayor desventaja social a aquellas localidades más distantes o dispersas. En cuanto a las diferencias existentes entre la zona rural y urbana relacionadas con el impacto que puede tener la pobreza, resaltan los procesos de generación de la riqueza, los procesos históricos de desarrollo y la ubicación geográfica que ha influido en la provisión y acceso a la infraestructura educativa, médica y de comunicaciones (Arvizu et al., 2019).

Establecer la categorización de urbano/rural desde la perspectiva tradicional de la ruralidad frente a la modernidad urbana, no permitiría un adecuado análisis de los fenómenos que se suceden en ambos contextos, mucho menos si se pretende ofrecer una valoración comparativa desde cada uno de los ámbitos de residencia. Aunque a los efectos de este estudio se tomará la clasificación emitida por el INEGI en correspondencia con el número de pobladores de una localidad para declararla urbana o rural, es preciso destacar que la propia institución reconoce la posibilidad de una actualización del enfoque de definición de lo rural en México:

En nuestro país, se requiere dar inicio a la exploración sistemática de los distintos criterios existentes para el análisis de las localidades menores, es decir, de las ubicadas en el campo o en la categoría rural (...) es necesario iniciar estudios sistemáticos de corte geográfico y funcional que permitan comprender lo rural a partir de la cercanía o lejanía de estas localidades con las ciudades y la red de carreteras para llegar a caracterizaciones sobre lo rural concentrado y lo rural disperso (INEGI, 2005, p.11-15).

Se considera la localidad como: "Todo lugar ocupado con una o más viviendas, las cuales pueden estar o no habitadas; este lugar es reconocido por un nombre dado por la ley o la costumbre" (INEGI, 2010).

La desigual distribución de recursos y oportunidades y la propia dinámica poblacional han condicionado una mayor concentración de habitantes en localidades urbanas, mientras que en el entorno rural se ha producido una dispersión. Para 1970, el 59 % de la población mexicana estaba establecida en localidades urbanas, cinco décadas más tarde esta cifra creció veinte puntos porcentuales; en correspondencia, la población rural disminuyó de un 41 % en 1970 a un 21 % en 2018 (INEGI, 2019). A este cambio en la distribución se suman otras transformaciones en el tiempo: el ámbito rural ha transitado hacia un acelerado proceso de desagrarización (López y Rojas, 2017), la creciente pluriactividad de los hogares rurales, perfilándose la agricultura como una de las varias fuentes de ingreso (ya no la fuente principal), y una mayor conectividad entre localidades que ha acortado distancias y favorecido la interdependencia entre zonas urbanas y rurales.

Como resultado de la estimación de la pobreza multidimensional 2018 y 2020, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) publica que, durante este periodo, el porcentaje de la población en situación de pobreza en zonas rurales se mantuvo en niveles similares, al cambiar de 57.7% a 56.8%; en contraste, para las zonas urbanas este porcentaje incrementó 3.2 puntos porcentuales al pasar de 36.8% a 40.1% en el mismo periodo. La pobreza caracteriza la ruralidad mexicana, el 55.3 % de la población en pobreza extrema y moderada de la nación se ubica en este contexto, incluyendo una elevada proporción de hogares pobres de origen indígena; las regiones de mayor rezago social son las sierras y desiertos en los que habitan estas comunidades (González y Larralde, 2013; García, et al., 2020). Es necesario tener en consideración que el periodo 2018 a 2020 se caracterizó por la pandemia de Covid-19, la cual tuvo una influencia directa en la tendencia de la estimación de la pobreza tanto en México como en el mundo, teniendo un impacto ligeramente superior en las ciudades, en relación con las zonas rurales. A diferencia de otras naciones latinoamericanas, en México el gobierno no puso en marcha programas de transferencias adicionales para mitigar el impacto de la pandemia sobre los niveles de vida (Lustig y Martínez, 2021).

En México, apunta Sobrino (2011), el aumento en el grado de urbanización, el desarrollo de los sistemas nacionales y regionales de ciudades, y el crecimiento de las localidades urbanas en cuanto a su tamaño, benefician nuevas formas de ocupación del territorio y de interrelaciones entre

los asentamientos humanos. Ello permite considerar la migración rural-urbano como variable fundamental del crecimiento en el grado de urbanización. Indican Aguado y Hernández (1997) que el proceso de urbanización ha generado altos costos a causa de su escasa planificación, por ejemplo, las zonas agrícolas destinadas al uso urbano. Indican Lara et al. (2020), en resultados de un estudio realizado, que la migración rural-urbana es endógena, ya que se asocia a las condiciones atractivas de las ciudades-destino. En estas ciudades-destino, según Sobrino (2014), la migración neta entre zonas rurales y urbanas sigue siendo favorable para las zonas urbanas.

El proceso de migración a los grandes centros urbanos en México caracterizó el período 1940-1960, el traslado regular de pobladores del campo y las ciudades pequeñas tenía una importante representación femenina, específicamente mujeres jóvenes y solteras que buscaban emplearse en el servicio doméstico. Las mujeres ya unidas, permanecían en el lugar de origen, asumiendo las tareas domésticas en el hogar, en su rol de madre/esposa mientras el marido migraba a la ciudad o al extranjero. En ese período, eran los hombres quienes protagonizaban los desplazamientos internacionales (González y Salles, 1995).

Apunta Ortiz (2020), en un estudio realizado de tipo cuantitativo y descriptivo sobre las pautas de formación familiar de dos generaciones de mujeres en México a partir de su estrato sociodemográfico utilizando los datos de la ENADID-2018, que los comportamientos demográficos concernientes a la formación de la familia en el país indican pautas culturales, sociales y familiares bien establecidas, que continúan su transmisión incluso en las generaciones más jóvenes.

1.5.2 Desigualdades urbano-rural respecto a la fecundidad adolescente

El lugar de residencia y/o de procedencia pueden considerarse como elementos que forman parte de la estructura de las relaciones sociales y la desigualdad, logrando un efecto en las personas que proceden del extranjero o desde el interior del país, desde localidades rurales, desde sectores marginales, entre otros (Martínez et al., 2017).

En el espacio urbano existe una diferenciación socioeconómica que provoca desventajas en grupos más desfavorecidos, evidenciadas como localizaciones con un hábitat precario, pobre dotación de infraestructura urbana y baja presencia de servicios. En este tipo de escenario coinciden procesos relacionados con bajos niveles educativos, desempleo, precariedad laboral, falta de protección social, inadecuada infraestructura, falta de acceso a equipamiento, redes sociales inexistentes o deficientes, y disminución de la capacidad de asociación y gestión colectiva (Aguilar y López, 2016). En relación a la pobreza urbana, García y Sánchez (2012) coinciden con la idea de

que choques externos se relacionan con la vulnerabilidad frente al desempleo de contextos urbanos, afectando la base económica local. Los autores exponen que la desocupación, en este ámbito, puede vincularse con características sociodemográficas de la mano de obra, es decir, sexo, edad, escolaridad. La acentuación de las dificultades económicas en algunas ciudades con alto índice de personas escolarizadas tuvo incidencia directa en la elevación de los niveles de desempleo.

La Organización Panamericana de la Salud (2020) notifica que, en varios países de América Latina y el Caribe, las niñas de los grupos más pobres, de menor nivel de escolaridad, rurales, indígenas y afrodescendientes, tienden a llevar una carga desproporcionada del embarazo temprano. Los contextos de toma de decisiones reproductivas, según Lerch (2017), son diferentes para los habitantes rurales y urbanos, lo que reafirma la idea que los eventos asociados a la fecundidad adolescente están distribuidos de manera no homogénea al interno de las naciones y a nivel global.

Asociado a la implementación del Programa Nacional de Planificación Familiar que inició en la década del 70², en México comienza una transformación en la fecundidad que alcanzó en un primer momento a las mujeres más educadas, de posiciones sociales más privilegiadas y de zonas urbanas; progresivamente este impacto es percibido de manera masiva, logrando una significativa disminución de la tasa de fecundidad en la nación (Zavala, 2014). Con posterioridad, este programa impactó de manera significativa en las mujeres rurales y sus familias. La tasa global de fecundidad tuvo una disminución de 6.68 hijos por mujer en 1977 a 4.68 en 1982, la disminución más importante a nivel nacional. Asociado a ello, para este último año de referencia, el 45 % de las mujeres rurales en unión libre usaban algún método anticonceptivo (González y Salle, 1995). Este descenso es una clara evidencia de que ha cambiado también la valoración económica de los hijos en estas localidades, que tradicionalmente constituían la garantía de fuerza de trabajo en el contexto agrícola.

Sin embargo, conforme se incorporan otras fuentes de ingreso y se incrementa el nivel de escolaridad de las mujeres rurales, al tiempo que se eleva el costo de los hijos, las familias rurales se plantean la pertinencia de disminuir la descendencia. La mujer rural adquiere un nuevo estatus definido por los roles de trabajadoras asalariadas, migrantes, administradoras de remesas, receptoras de subsidios gubernamentales, microempresarias, propietarias de un pedazo de tierra e incluso jefas de familia, un nuevo escenario que les posibilita tomar decisiones sobre su vida, su familia y sus comunidades (López y Rojas, 2017). Dichos cambios sociodemográficos que se manifiestan en el entorno rural se acompañan de cambios en lo político y económico que, a juicio de autores como

Martínez (s.f.), han modificado radicalmente el patrón de organización del territorio, desplazando las fronteras entre lo rural y lo urbano.

Sosa y Menkes (2014) y González (2013) plantean que la probabilidad de un embarazo temprano aumenta en un 15% al ser residente en una localidad rural, en comparación con la residencia urbana. Esto implica que las desigualdades sociales estructurales asumen un papel de importancia en la ocurrencia de la unión temprana durante la adolescencia, y pueden reforzar o normalizar las relaciones desiguales de poder y de género. Explican Cadena y Llenera (2016) que los adolescentes que viven en áreas rurales muestran una tendencia a la unión temprana elevada, considerándose como un comportamiento que influye en el incremento de la fecundidad adolescente.

Es importante destacar que un análisis que ubique como eje central a la mujer conduce a repensar que todos estos cambios en el ámbito doméstico, tanto en lo rural como en lo urbano, si bien han propiciado una mayor participación de la mujer, también se han traducido en una serie de ajustes y conflictos de género y entre generaciones. El protagonismo que ha ido ejerciendo la mujer como resultado de cambios estructurales, López y Rojas (2017) lo explican como una sobrecarga de trabajo debido a una mayor extensión o intensidad de la jornada de trabajo, ingresos y condiciones laborales precarios, así como mayor desgaste físico asociado a la doble jornada. De esta manera, las mujeres han conquistado espacios fuera del hogar, pero persiste el espacio doméstico como privativo de ellas, responsables casi absolutas de las labores de cuidado y el trabajo en casa. En aquellas localidades caracterizadas por ausencia masculina, resultante de los movimientos migratorios, la administración de remesas por parte de las mujeres ha contribuido al incremento en el nivel de autonomía, sobre todo en las más jóvenes y con mayor nivel de escolaridad, también en las incorporadas al trabajo remunerado (López y Rojas, 2017).

La discriminación étnica y de género, si bien no son privativas del ámbito rural, encuentran en este contexto condiciones que favorecen su reproducción, limitando las oportunidades de los diferentes grupos de la población para acumular riqueza (Jusidman, 2009) y potenciar su desarrollo personal. En regiones rurales, los roles de género suelen estar muy marcados, sobre todo al interior de los hogares, escenario en el que las mujeres asumen las mayores cargas de trabajo en labores de cuidado y de trabajo doméstico (López y Rojas, 2017). En un contexto de escasas oportunidades se perfila la maternidad como proyecto de vida a temprana edad; asumir el rol de madre tiene implicaciones sobre el nivel de reconocimiento y estatus social que harían de esta experiencia algo

deseable en determinados contextos. Asimismo, la maternidad en la adolescencia puede entenderse como un hecho asociado a convertirse en “mujer adulta” donde los roles de género mantienen una diferenciación visible (Llanes, 2014), características de entornos rurales. Gayet y Gutiérrez (2014) y Rojas y Catrejón (2020) ratifican que las mujeres residentes en localidades rurales e indígenas de las cohortes mayor e intermedia, experimentan su inicio sexual a edades tempranas. Esta diferenciación en cuanto al entorno de residencia podría estar asociada a la influencia que ejerce el grupo y la comunidad, mediada por las condiciones socioeconómicas y los valores culturales.

Las desigualdades existentes en las localidades rurales con respecto a las localidades urbanas han percibido beneficios mediante la oferta de oportunidades provistas por servicios públicos, lo que ha generado cambios en entornos rurales de México, que inciden directamente en la vida de sus residentes. Ejemplo de esto son los múltiples programas sociales dirigidos a los grupos más pobres, en situación de vulnerabilidad, y las mujeres rurales han percibido beneficios mediante la oferta de oportunidades provistas por servicios públicos (Jusidman, 2009; García et al., 2020).

Las condiciones socioeconómicas, socioculturales, y las normas de género que enfrentan los adolescentes condicionan, a nivel macrosocial, la problemática de la fecundidad adolescente y su magnitud. Resultados de estudios realizados por Menkes y Suárez (2003) muestran una relación directa entre el embarazo adolescente en México y el contexto social. Stern (2004) defiende que el enfoque del estudio de la fecundidad adolescente, con respecto a las desigualdades sociales, puede conducir al alejamiento de los adolescentes de la censura por conductas como la unión temprana y el inicio temprano y sin información de las relaciones sexuales, que ocurren en un contexto social que tolera y espera su ocurrencia. La legislación y políticas, la discriminación y la exclusión social, las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud y las relaciones desiguales entre géneros, son factores macro que se asocian a la prevalencia de la fecundidad adolescente, considerado como una consecuencia de la situación desventajosa de la mujer en la sociedad, a la vez que desencadena múltiples limitaciones en el curso de vida de las madres adolescentes y sus hijos.

Desde este enfoque, Lerner y Szasz (2008) apuntan en sus estudios que las desigualdades de tipo socioeconómicas, culturales, sociales, las de relaciones de género, entre generaciones y educativas experimentadas por las y los adolescentes inciden de forma representativa en el embarazo durante la adolescencia en el contexto mexicano. En tal sentido, se señala que en sociedades urbanas tienen lugar cambios estructurales que conducen a una menor fecundidad (Lerch, 2017).

El estudio de la fecundidad adolescente adquiere muchos matices, dadas sus múltiples casusas y su impacto a nivel individual, pero también social; uno de los factores que interviene necesariamente en el análisis es el relacionado al entorno en el que se ubican las adolescentes. Es importante recalcar que los trabajos e investigaciones relacionados con este factor están un poco ausentes, y han sido absorbidos por el abordaje de la desigualdad respecto a la pobreza. El lugar de residencia de las personas es importante porque puntualiza diferentes oportunidades a las que tienen acceso, además los desafíos que enfrentan las mismas. Ello implica que la ubicación geográfica es sustancial y puede estar relacionada con algunas de las causas y consecuencias de la pobreza (Arvizu et al., 2019).

En todas las regiones del mundo, incluidos los países de ingresos altos, las niñas pobres tienen mayor riesgo de quedar embarazadas, aunque la mayoría de embarazos en la adolescencia, el 95 %, está concentrado en países de ingresos medianos y bajos (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017). En este sentido, sectores muy numerosos de la sociedad mexicana, en particular la población rural y la marginal urbana, precisamente aquellos en los que la maternidad temprana es más frecuente, la unión y la maternidad tempranas aún constituyen una parte indisoluble de formas de vida femenina ante las cuales existen pocas opciones reales (Stern, 1997). Debe señalarse que, según datos planteados por la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2018), las adolescentes de hogares que se encuentran en el quintil inferior de riqueza también tienen grandes probabilidades de ser madres que las de hogares del quintil superior dentro de un mismo país. Para las mujeres de estos sectores más desfavorecidos, la extensión de la escolarización y la apertura de opciones de vida distintas a la maternidad sólo se irán produciendo conforme se vayan modificando las estructuras sociales y culturales que presentan límites (Stern, 1997).

Y esta brecha en cuanto a ejercicio de la maternidad y la paternidad, suele agudizarse en entornos de pobreza, considerando que esta guarda relación con la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios y a los factores determinantes de la salud (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008).

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

El presente capítulo presenta el planteamiento metodológico de la investigación, exponiendo el objetivo general que orienta su desarrollo, los objetivos específicos y las hipótesis que se sostienen. Se definen y operacionalizan las variables para el análisis y exposición de resultados según la base de datos seleccionada, y la estrategia adoptada para el proyecto.

2.1 Preguntas de investigación

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y de salud sexual y reproductiva asociados al comportamiento de fecundidad adolescente en México en localidades urbanas y rurales?

¿Cuál es el peso de los factores sociodemográficos y de salud sexual y reproductiva en la fecundidad adolescente, en localidades urbanas y rurales de México?

2.2 Objetivos de la investigación

Objetivo General:

Describir el nivel de fecundidad adolescente en México, analizando los factores sociodemográficos y de salud sexual y reproductiva asociados a la misma, en entornos urbanos y rurales.

Objetivos específicos:

1. Identificar la prevalencia de la fecundidad adolescente en México, en entornos urbanos y rurales.
2. Determinar el peso de los factores sociodemográficos y de salud sexual y reproductiva asociados a niveles de fecundidad adolescente en localidades urbanas y rurales de México.

2.3 Hipótesis

A partir de los objetivos señalados se plantean dos categorías de hipótesis:

Hipótesis general

Los factores sociodemográficos y relacionados con la salud sexual y reproductiva asociados a la fecundidad adolescente presentan características distintivas en ámbitos urbanos y rurales en México.

Hipótesis secundarias

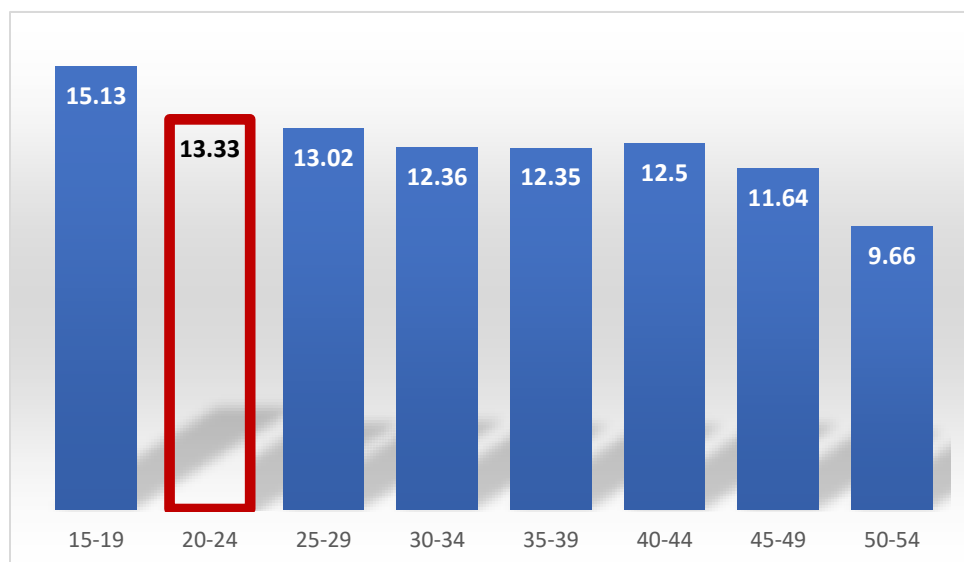
1. En el ámbito rural de residencia se produce una alta prevalencia de mujeres que fueron madres en la adolescencia.
2. La edad al inicio de las relaciones sexuales es un factor fuertemente asociado a la mayor prevalencia de fecundidad adolescente en entornos rurales y urbanos.
3. Alcanzar altos niveles de escolaridad disminuye la posibilidad de nacimientos en madres adolescente tanto para aquellas con residencia urbana como rural.
4. La autoadscripción indígena se asocia a la ocurrencia de la maternidad adolescente tanto en jóvenes de ámbito rural como en urbano.

2.4 Descripción de la muestra de estudio (unidad de análisis)

La población de interés para la investigación está conformada por las mujeres de 20 a 24 años de edad al momento de la encuesta, entre las que se identifica a quienes vivenciaron la maternidad entre los 12 y los 19 años y a quienes no lo hicieron, donde se abarca el período adolescente en todas sus etapas (temprana, media y tardía). Es importante acotar que se declaran en este estudio como datos perdidos a todas aquellas mujeres que declararon maternidad antes de los 12 años en la encuesta, por ser un período anterior a la adolescencia donde los factores podrían ser distintos. El análisis de las variables identificadas permitirá obtener información reproductiva, y estimar la prevalencia del fenómeno de la fecundidad en la adolescencia para el total de mujeres que ya rebasaron la adolescencia al momento de la encuesta.

La muestra seleccionada (n=14,459) representó un 13.33% con respecto a la población total de mujeres entre 15 y 54 años en México para el año 2018. Es el segundo grupo de edades en cuanto a su proporción, antecedido por el grupo de las mujeres con edades entre 15 y 19 años respecto al total de mujeres. En la Gráfica 1 se muestra la distribución en cuanto a proporción de las mujeres entre 15 y 54 años para el año 2018, denotando una población femenina joven.

Gráfica 1. Distribución porcentual de las mujeres entre 15-54 por grupos quinquenales en México 2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de la ENADID (2018).

2.5 Operacionalización de las variables del estudio

En este apartado se señalan las diferentes variables incluidas en la investigación, se presenta la definición de cada una de ellas y la descripción de su operacionalización. A continuación, se muestran cada una de las variables analizadas con su correspondiente descripción.

Variable	Categoría	Descripción
<i>Maternidad en la adolescencia</i>	Sí/ No	Si ocurrió la maternidad en la adolescencia o no.
<i>Residencia urbano-rural</i>	Urbano/ rural	Lugar de residencia al momento de la encuesta. Urbano: localidad con más de 2500 habitantes.

		Rural: localidad con menos de 2500 habitantes.
<i>Nivel escolar alcanzado</i>	primaria o menos; algún grado de secundaria; algún grado de preparatoria, bachillerato o similar; algún grado de terciario, licenciatura o más	Grado escolar terminado por la mujer
<i>Autoadscripción indígena</i>	Sí/ No	Si se considera indígena de acuerdo con sus tradiciones o costumbres
<i>Edad al abandono escolar</i>	antes de 15 años, entre los 15 y 17, después de los 18 años, no asistió a la escuela	Edad al momento del abandono escolar
<i>Edad a la primera unión</i>	antes de 15 años, entre los 15 y 17, después de los 18 años, no se ha unido	Edad al momento de la primera unión
<i>Edad al inicio de relaciones sexuales</i>	antes de 15 años, entre los 15 y 17, después de los 18 años o no ha tenido relaciones sexuales.	Edad al inicio de las relaciones sexuales
<i>Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual</i>	usó, no usó, no ha tenido relaciones sexuales	Si la mujer usó o no algún método anticonceptivo en la primera relación sexual
<i>IMSS-Oportunidades</i>	Beneficiaria/No beneficiaria	Beneficiaria actual del programa IMSS-Oportunidades, o no

La primera variable, maternidad en la adolescencia, es la variable dependiente; el resto, son las variables independientes/ explicativas, que podrían contribuir al comportamiento de la primera.

En relación con el ámbito de residencia, lo urbano y lo rural se definió por la cantidad de habitantes que tenía la localidad; es decir, de 2500 habitantes o menos se refiere a lo rural, y más de 2500 habitantes se especificó como urbano.

En la variable nivel escolar alcanzado, se agruparon los diferentes niveles planteados en la encuesta para significar los cuatro niveles representativos de la escolaridad (primario, secundario, preuniversitario y universitario).

Se definió la variable autoadscripción indígena de esta manera, para establecer una diferencia con hablante de lengua indígena, ya que existen cuestiones culturales que escapan al lenguaje y se consideran indicativos de pertenencia, tales como sus tradiciones o costumbres.

Las variables: edad al abandono escolar, edad a la primera unión y edad al inicio de relaciones sexuales se definieron por grupos etarios que coinciden con las etapas de la adolescencia temprana (antes de los 15 años), media (entre 15 y 17 años) y tardía (18 a 19 años).

La incorporación en el estudio de la variable independiente IMSS-Oportunidades, que refiere el acceso a servicios médicos del mencionado programa, tiene que ver con su relación como indicador de pobreza en el que se encuentran las mujeres al momento de la encuesta, puesto que se trata de un programa de atención a población en zonas de mayor marginación social. El programa IMSS- Oportunidades se considera el prestador de servicios con más experiencia en la atención en salud en México para brindar protección de salud a las personas que carecen de seguridad social en zonas marginadas, tanto en localidades rurales como urbanas (Chávez et al., 2010). Puede considerarse entonces como un elemento de alta proximidad de la pertenencia a las poblaciones de pobreza extrema, en zonas marginadas. Asimismo, aplica un modelo de atención integral para la prestación de servicios médicos gratuitos de tipo preventivo y curativo, así como desarrolla acciones comunitarias para promocionar y trabajar la comunicación educativa hacia la prevención de riesgos y daños (Chávez et al., 2010). Uno de los objetivos perseguidos incluye el fortalecimiento y la focalización de las acciones de tipo educativas y de promoción en diferentes centros para la prevención del embarazo no planeado (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018). El accionar del programa está dirigido hacia prioridades de salud de la población adolescente de manera integral, pero sobre todo en la promoción de la salud sexual y reproductiva, para la prevención del embarazo no planeado, tanto en localidades rurales como urbanas marginales.

2.6 Fuente de información

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018 es una fuente de información sociodemográfica que toma en consideración la información recabada en los censos de población y vivienda, y los registros administrativos. Es continuidad de una serie de encuestas que, desde 1976, se levantan en el país, y tiene por objetivo actualizar la información estadística relacionada con el nivel y comportamiento de los componentes de la dinámica demográfica: fecundidad, mortalidad y migración (interna e internacional), aunados a temas relacionados con el crecimiento de la población, preferencias reproductivas, sexualidad, uso de métodos anticonceptivos, nupcialidad y salud materno infantil; así como otros temas referidos a la población, los hogares y las vivienda (INEGI, 2018). La encuesta es representativa en los ámbitos rural, urbano y por entidad federativa (Ortíz, 2020).

La encuesta se aplicó a una muestra de 119, 800 viviendas particulares, empleando un muestreo probabilístico, bietápico y conglomerados estratificados, tomando como unidades de observación: vivienda particular habitada, residente habitual, hogar, migrante internacional y mujer de 15 a 54 años. El periodo de levantamiento fue del 13 de agosto al 5 de octubre de 2018 (INEGI, 2018).

2.7 Modelo estadístico de regresión logística

Refiere Chitarroni (2002) que la regresión logística se considera como un instrumento estadístico de análisis multivariado, con usos explicativos y predictivos. La utilización del mismo resulta de vital importancia cuando se hace necesario trabajar con una variable dependiente dicotómica y un conjunto de variables independientes. El objetivo del análisis radica en: predecir la probabilidad de que a alguien le ocurra determinado evento, y definir las variables de mayor peso para aumentar o disminuir la probabilidad de que a alguien le suceda el evento en cuestión. Agrega este autor que, según las características que presentan los sujetos a los que les ocurren o no estos sucesos, será la asignación de probabilidad de ocurrencia del evento a un cierto sujeto, y la determinación del peso de cada una de las variables independientes en esta probabilidad.

El análisis, según estos tipos de modelos, permite cuantificar cómo influye la presencia o no de diversos factores y el valor o nivel de los mismos, en la probabilidad de aparición de un suceso,

que puede ser dicotómico. También puede utilizarse en la estimación de la probabilidad de aparición de cada una de las posibilidades de un suceso con más de dos categorías (Moral, 2006).

Refieren Valencia y Bonifaz (2018) que la regresión logística binomial estudia modelos con variable dependiente nominal dicotómica (solo dos categorías). Según las características de la variable dependiente indicada en la presente investigación, se requirió de un modelo estadístico de regresión logística binomial, ya que esta variable presenta dos categorías: ser madre en la adolescencia y no ser madre en la adolescencia.

El procesamiento de los datos y las técnicas estadísticas utilizadas permitieron dar respuesta al problema de investigación planteado y a los objetivos definidos. Para ello se utilizó el paquete estadístico STATA, versión 16.0.

Se generó la matriz de correlación (Anexo 1), previo al modelo de regresión logística, en la que se incluyeron las variables que se relacionan a continuación:

- Ámbito de residencia
- Nivel de escolaridad
- Autoadscripción indígena
- Edad al abandono escolar
- Edad a la primera unión
- Edad al inicio de las relaciones sexuales
- Uso de anticonceptivos
- IMSS-Oportunidades

Como resultado, se encontró alta correlación entre las variables edad al abandono escolar y nivel escolar, también entre edad al inicio de las relaciones sexuales y edad a la unión; por lo cual se excluyeron del análisis de regresión logística edad al abandono escolar y edad a la unión.

Se generaron tres modelos de regresión logística binomial, uno conjunto y uno para cada ámbito de residencia. El modelo general, por tanto, incluyó las variables independientes siguientes:

- Ámbito de residencia
- Nivel de escolaridad
- Autoadscripción indígena
- Edad al inicio de las relaciones sexuales
- IMSS-Oportunidades

La variable dependiente estudiada:

- Maternidad en la adolescencia.

En este análisis no se incluyó la variable uso de anticonceptivos, ya que excluía al 22.39% de los casos por no haber iniciado su vida sexual. Se espera que una proporción de mujeres inicien en un futuro su vida sexual, pero se desconoce si harán uso o no de algún método de anticoncepción.

Los modelos generados para cada ámbito de residencia (urbano y rural) se determinaron con las mismas variables utilizadas en el modelo general, a excepción del ámbito de residencia, tomado como elemento condicional.

2.8 Esquema del modelo de regresión multivariado

A partir de los resultados de la matriz de correlación, se generó el modelo de regresión logística binomial, con la siguiente expresión:

$$\text{logit}(P_{ijklmn}) = \log\left(\frac{P_{ijklmn}}{1-P_{ijklmn}}\right) = \beta_0n + \beta_1AR_i + \beta_2NE_j + \beta_3AI_k + \beta_4EIRS_l + \beta_5OP_m + e_n$$

en el que:

P_{ijklmn} = variable respuesta posibilidad de maternidad en la adolescencia

$\beta_0 - \beta_5$ = coeficientes de regresión de las variables independientes

AR_i = ámbito de residencia ($i=0, 1$)

NE_j = nivel escolar alcanzado ($j=1, \dots, 4$)

AI_k = autoadscripción indígena ($k=0, 1$)

$EIRS_l$ = edad al inicio de las relaciones sexuales ($l=1, \dots, 3$)

OP_m = IMMS-Oportunidades ($m=0, 1$)

e_n = error aleatorio

Las categorías de las variables que entraron en el modelo de regresión multivariado fueron las siguientes:



Variable dependiente	Variables independientes				
Maternidad en la adolescencia	Ámbito de residencia	Nivel escolar alcanzado	Auto-adscripción indígena	Edad al inicio de relaciones sexuales	IMSS-Oportunidades (Beneficiaria de IMSS Oportunidades))
0. No ser madre	0. Urbano	1. Primaria o menos	0. No	1. Menos de 15 años	0. No
1. Ser madre	1. Rural	2. Algún grado de secundaria	1. Sí	2. Entre 15 y 17 años	1. Sí
		3. Algún grado de preparatoria, bachillerato o similar		3. Después de los 18 años o no han tenido.	
		4. Algún grado de terciario, licenciatura o más			

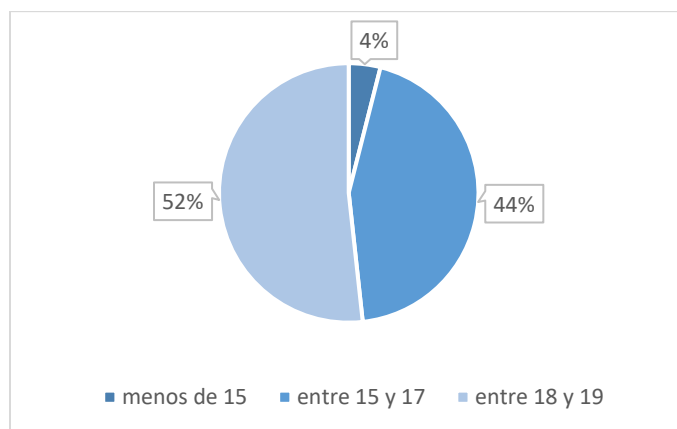
CAPÍTULO 3. RESULTADOS

La descripción que se realiza en este capítulo consiste en detallar con elementos de interés para el análisis de la investigación, la población muestra de estudio; luego el peso de las variables en cada ámbito de residencia; y por último se muestran los resultados de la aplicación de los modelos de regresión logística, tanto del modelo conjunto como para cada ámbito de residencia.

Se hace referencia, de manera general, a la población considerada como unidad de análisis, es decir, las mujeres de entre 20 a 24 años de edad. Todas ellas ya han superado la exposición al evento que se analiza, la experiencia de maternidad adolescente. Tomando en cuenta que la adolescencia es una etapa evolutiva que comprende un período de tiempo prolongado y, en consecuencia, se suceden cambios notables al interno de ella según la edad, las mujeres se agrupan en las categorías siguientes para el manejo de algunas variables: menor de 15 años, entre 15 y 17 años, y entre 18 y 19 años de edad cumplidos; en correspondencia con la segmentación correspondiente a etapa temprana, media y tardía ofrecida por Radsik, et al. (2018). Cabe considerar, por otra parte, que estos rangos de edades tienen importancia para no tratar la fecundidad adolescente como homogénea en tanto sus determinantes son diferentes según las edades de las jóvenes, del mismo modo que difieren las características biológicas, psicológicas y sociales de la propia mujer en estas etapas de la adolescencia.

Del total de mujeres pertenecientes a la muestra seleccionada para la presente investigación, el 32% fue madre en la adolescencia. Al enfocar el análisis en la edad a la maternidad, es posible apreciar que la mayoría (más de la mitad) fue madre cuando ya eran mayores de edad, entre 18 y 19 años. El grupo representado por las mujeres que fueron madres entre los 15 a 17 años se ubica ocho puntos porcentuales por debajo del anterior, y con una menor representatividad figura el grupo de mujeres menores de 15 años (Gráfica 2). En síntesis, la edad al primer hijo, entre quienes fueron madres en la adolescencia, está representada mayormente por el grupo de mujeres correspondiente a las edades de entre 18 a 19 años de edad.

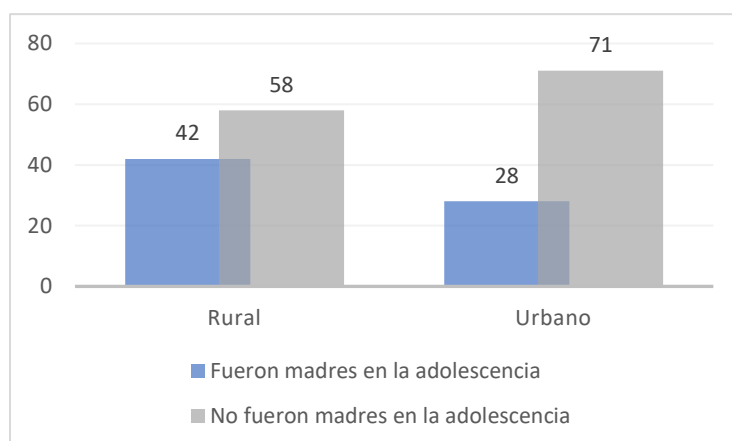
Gráfica 2. Distribución por edades a la maternidad de las mujeres entre 20 y 24 años que fueron madres antes de los 20 años, en México 2018 (n=4,647).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de la ENADID (2018).

Los datos muestran que la mayor proporción de mujeres del grupo de edades seleccionadas para el estudio habitan en contextos urbanos, lo cual se explica por el proceso de urbanización de la sociedad mexicana. Sin embargo, luego del análisis de la maternidad adolescente por ámbito de residencia, se observa que las zonas rurales tienen un mayor porcentaje de mujeres que experimentaron la maternidad en la adolescencia, con una diferencia estadísticamente significativa (Gráfica 3 y Cuadro 1).

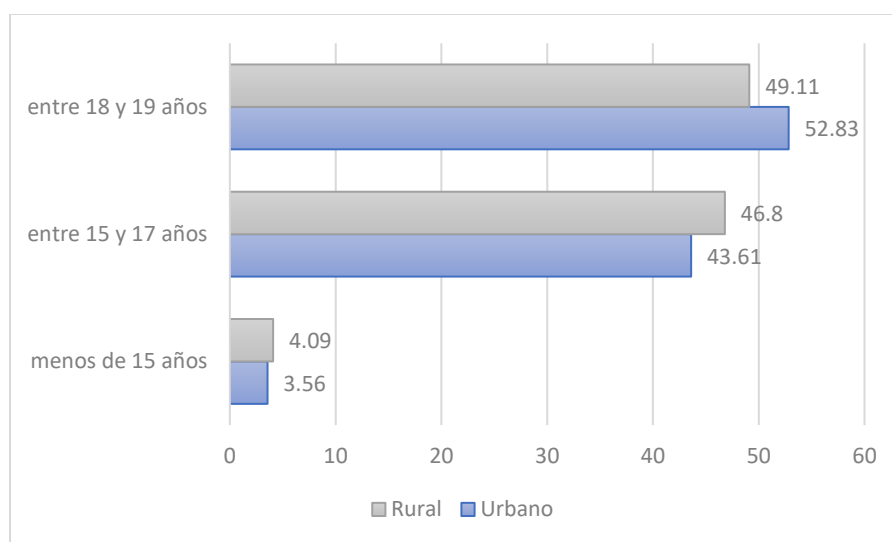
Gráfica 3. Distribución porcentual de la experiencia de la maternidad adolescente de mujeres de 20 a 24 años en cada ámbito de residencia, en México 2018 (n=14,459).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de la ENADID (2018).

La edad al primer hijo entre las mujeres que fueron madres en la adolescencia, desde diferentes ámbitos, evidencia que las que se encuentran entre los 18 y 19 años pertenecientes al ámbito urbano tienen una mayor representación que las del ámbito rural, a diferencia de las mujeres que tienen entre 15 y 17 años. La mitad de las mujeres rurales que fueron madres adolescentes vivieron esta experiencia antes de los 17 años; en cambio, más de la mitad de las residentes en ámbito urbano fueron madres en la adolescencia tardía, entre los 18 y 19 años de edad. El análisis procedente de estos datos indicó que la distribución por ámbito de residencia de las mujeres entre 20 y 24 años que tuvieron su primer hijo en la adolescencia (Gráfica 4 y Cuadro 1), está mayormente representada por las que pertenecen al ámbito rural en las edades más tempranas, no siendo así en las mujeres que experimentaron el fenómeno en la adolescencia tardía, siendo ya mayores de edad.

Gráfica 4. Distribución porcentual de mujeres de 20 a 24 años que fueron madres adolescentes según ámbito de residencia y grupo de edades, en México 2018 (n=4,647).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de la ENADID (2018)

3.1 Análisis descriptivo de las variables socio-demográficas y de salud sexual y reproductiva

En esta investigación es de vital interés describir y comparar la experiencia de la maternidad adolescente respecto a las variables de análisis dentro del grupo de mujeres entre 20 y 24 años. De dicha observación se obtienen como resultados, entre otros, que aproximadamente un tercio de las mujeres fueron madres en la adolescencia, y de ellas, menos de la tercera parte pertenecen al ámbito

rural, mientras que superan el 70% las del ámbito urbano (ello asociado a la urbanización de la sociedad mexicana, siendo cada vez menos los territorios considerados rurales según su densidad poblacional). El nivel escolar alcanzado por quienes vivenciaron la maternidad en la adolescencia está representado mayormente por algún grado de secundaria, aunque no supera el 50%, seguido por algún grado de preparatoria, bachillerato o similar. Al analizar los datos obtenidos de la variable abandono escolar, se aprecia que la mitad de las mujeres que fueron madres en la adolescencia abandonaron sus estudios entre los 15 y 17 años, y una edad mediana al abandono escolar de 15 años; sin embargo, para quienes no fueron madres antes de los 20 años, la permanencia en el sistema escolar es de 5 años y más (Cuadro 1). En cuanto a la variable de análisis de la autoadscripción indígena, se evidencia una diferencia proporcional que denota cómo las mujeres indígenas aplazan la maternidad en una menor proporción que aquellas que no se autoidentifican como tal.

La edad mediana a la primera unión es de 24 años para toda la muestra: para aquellas mujeres que experimentaron la maternidad temprana es de 16 años, y debe señalarse que la mitad de mujeres entre 20 a 24 años aún no se había unido al momento de la encuesta. En tal caso se complejiza el cálculo para determinar la edad mediana a la primera unión; en aquellas que no fueron madres adolescentes, no es posible calcular la edad mediana dado que más del 50% no se había unido al momento de la encuesta (Cuadro 1).

La edad de inicio de la actividad sexual es otra variable afectada, ya que, al momento de la encuesta, el número de mujeres que aún no inician su vida sexualmente activa es alto; por ello se incluyen en la categoría que da cuenta del inicio tardío, después de los 18 años. La edad mediana es de 17 años para toda la muestra, 16 años para las que fueron madres adolescentes y dos años más para quienes no experimentaron la maternidad a edades tempranas (Cuadro 1).

Del total de mujeres que fueron madres en la adolescencia, dentro del grupo unidad de análisis de este estudio, más de la mitad manifiesta el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual; esta variable también se ve afectada por una proporción de mujeres que aún no inician su actividad sexual (más de la quinta parte) y, por tanto, no reporta uso de anticonceptivos. En el cuadro 1 se muestra en detalle el análisis de las diferentes variables en el grupo de mujeres entre 20 y 24 años respecto a la experiencia de maternidad adolescente.

Cuadro 1. Cuadro descriptivo- comparativo de la experiencia de maternidad adolescente respecto a las variables de análisis, en el grupo de mujeres entre 20 y 24 años (n=14,459).

Variables	Madres adolescentes			
	Total	sí	no	p
Residencia urbano-rural	n=14,459	n=4,647	n= 9,812	0.000
Urbano	77.92	28.46	71.54	100.00
Rural	22.08	42.19	57.81	100.00
	100.00			
Nivel escolar alcanzado	n=14,459	n=4,647	n=9,809	0.000
Primaria o menos	7.74	13.87	4.92	
Algún grado de secundaria	26.01	47.11	16.31	
Algún grado de preparatoria, bachillerato o similar	32.68	32.12	32.94	
Algún grado de terciario, licenciatura o más	33.55	6.90	45.81	
Datos perdidos/ no respuestas	0.02	0.00	0.02	
	100.00	100.00	100.00	
Autoadscripción indígena	n= 14,459	n=4,647	n=9,812	0.000
Sí	31.50	37.57	62.43	100.00
No	68.50	28.70	71.30	100.00
	100.00			
Edad al abandono escolar	n=14,459	n=4,647	n= 9,812	0.000
Edad mediana al abandono escolar*	18.19	15.68	20.91	
antes de 15 años	8.98	17.80	4.81	
entre los 15 y 17	26.58	49.19	15.87	
después de los 18 años o truncados	64.08	32.58	79.01	
No asistió a la escuela	0.36	0.43	0.31	
	100.00	100.00	100.00	
Edad a la primera unión	n=14,459	n=4,647	n=9,812	0.000
Edad mediana a la primera unión	24.00	16.49	-	
antes de 15 años	3.63	10.52	0.46	
entre los 15 y 17	17.07	46.87	3.38	
después de los 18 años	27.82	29.37	27.11	
No se ha unido	50.75	11.44	68.81	
Datos perdidos/ no respuestas	0.73	1.80	0.24	
	100.00	100.00	100.00	
Edad al inicio de relaciones sexuales	n=14,459	n=4,647	n=9,812	0.000
Edad mediana al inicio de las relaciones sexuales	17.49	16.98	19.62	
antes de 15 años	6.13	15.71	1.73	
entre los 15 y 17	35.64	67.42	21.02	
después de los 18 años o no han tenido relaciones sexuales	57.64	16.10	76.74	
Datos perdidos/ no responde	0.59	0.77	0.51	
	100.00	100.00	100.00	

Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual	n=14,459	n=4,647	n=9,812	0.000
Usó	44.86	43.65	45.42	
No usó	30.69	55.87	19.11	
No ha tenido relaciones sexuales	22.39	0.00	32.68	
Datos perdidos/ no responde	2.06	0.48	2.79	
	100.00	100.00	100.00	
IMSS-Oportunidades	n=14,459	n=4,647	n=9,812	0.000
Beneficiarias	1.73	53.36	46.64	100
No beneficiarias	98.27	31.11	68.89	100
	100			

* Nota: para el cálculo de la edad mediana al abandono escolar se excluyen los casos de quienes nunca fueron a la escuela

Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de la ENADID (2018)

A continuación, se presentan los resultados del análisis de las variables sociodemográficas y de salud sexual y reproductiva considerando la experiencia de la maternidad adolescente por ámbitos de residencia (cuadro 2).

El nivel escolar alcanzado en cada uno de los entornos estudiados muestra que las mujeres que experimentaron la maternidad durante la adolescencia pertenecientes al ámbito rural alcanzaron los menores niveles de educación, es decir, primaria o menos, y algún grado de secundaria; mientras que las del ámbito urbano alcanzaron los mayores niveles escolares, algún grado de preparatoria, bachillerato o similar, y algún grado de terciario, licenciatura o más ($p < 0.05$). En cualquier caso, hayan sido o no madres en la adolescencia, las mujeres que habitan en zonas rurales siguen ostentando niveles de escolaridad más bajos en relación con las de entornos urbanos, estas superan en 23 puntos porcentuales a las que alcanzan niveles más altos de educación en el ámbito rural. Quienes no vivieron la experiencia de la maternidad en la adolescencia están mayormente representadas en los niveles de educación más altos, más de la mitad de las residentes en el ámbito urbano alcanzan algún grado de terciario, licenciatura o más; las radicadas en entornos rurales se agrupan en las categorías más altas también (algún grado de preparatoria, bachillerato o similar y algún grado de terciario, licenciatura o más) aunque menos representadas en el nivel más alto.

El abandono escolar analizado por ámbito de residencia evidenció que las mujeres que habitan en lo urbano tienen una permanencia mayor en los sistemas educativos en relación a las que residen en contextos rurales, quienes abandonan los estudios antes de los 17 años, en su mayoría. Es justamente en el grupo de mayores de 18 años donde esta diferencia se agudiza. Tanto en las urbes

como en la ruralidad es notable que la permanencia en la escuela es un evento que se ve afectado en aquellas mujeres que fueron madres en la adolescencia respecto a las que no tuvieron la experiencia mencionada; sin embargo, para las que habitan en zonas urbanas las posibilidades de estudiar por un periodo de tiempo mayor se incrementa, dando como resultado una mayor proporción de mujeres que no fueron madres y continúan estudiando después de los 18 años. El abandono escolar en lo rural sigue siendo mayor que en las ciudades hasta los 17 años, independientemente de la condición de haber sido o no madre en la adolescencia.

De acuerdo con las tradiciones o costumbres de las mujeres encuestadas, se aprecia una distribución porcentual notablemente diferente según el ámbito de residencia: en la zona urbana cerca de un tercio de la muestra se autodenomina indígena, en cambio, la mitad de las residentes en las zonas rurales se identifican como tal. Los datos muestran, además, que más de la mitad de quienes fueron madres durante la adolescencia y residen en territorios rurales, se autoadscriben como indígenas. En cuanto a las que no fueron madres en la adolescencia, tanto para las mujeres urbanas como rurales, la mayor representación está entre aquellas que no se consideran indígenas, denotando así el componente cultural en las decisiones reproductivas y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

En el análisis relacionado con la edad de las mujeres a la primera unión según los entornos estudiados, es posible constatar que el porcentaje de mujeres urbanas que no se ha unido (más de la mitad) supera en veinte puntos porcentuales a las que ostentan esta condición en la ruralidad; estos datos evidencian que el aplazamiento de la unión sigue siendo una característica de lo urbano. Para ambos ámbitos se observa que más de la mitad de las mujeres que fueron madres adolescentes se unieron antes de su mayoría de edad, siendo bajo el porcentaje de uniones, para este mismo grupo de edad, entre las que no fueron madres en este período; de esta manera se constata la fuerte asociación de la edad a la unión con la fecundidad. En cuanto a las mujeres que fueron madres y no se han unido, las del ámbito urbano representan mayoría en relación con las del rural; estas cifras pueden estar asociadas al patrón de nupcialidad temprana de la población mexicana en general y también a la práctica aún recurrente, sobre todo en entornos rurales, del matrimonio por “*reparación de daño moral*”.

La distribución por ámbito de residencia según la edad de inicio de las relaciones sexuales mostró un comportamiento similar para todas las mujeres, ligeramente más tardía en las urbanas; con una diferencia entre ámbitos de tres puntos porcentuales en las edades más avanzadas ($p < 0.05$). De las mujeres que fueron madres durante la adolescencia, las residentes en zonas urbanas muestran un porcentaje levemente superior en edades más tempranas de inicio de las relaciones sexuales, respecto a las rurales. En relación al grupo de las que no han sido madres en la adolescencia, los datos muestran que el porcentaje de las que habitan en las zonas urbanas e iniciaron su vida sexual hasta los 17 años, superan en ocho puntos porcentuales a las rurales que se agrupan en esta misma categoría. Este mayor porcentaje de mujeres sexualmente activas sin hijos en áreas urbanas podría indicar un mayor uso y más efectivo de métodos anticonceptivos en este ámbito respecto al rural.

El análisis de la distribución de las mujeres que tuvieron hijos en la adolescencia según el uso de métodos anticonceptivos al momento de la primera relación sexual, indica que las mujeres que no usaron métodos de este tipo son mayoría en el ámbito rural. En consecuencia, la ventaja de las mujeres residentes en zonas urbanas que usaron métodos anticonceptivos al iniciar su vida sexual, es de 19 puntos porcentuales respecto a las que habitan en la ruralidad ($p < 0.05$). Es destacable, incluso para aquellas que no han sido madres adolescentes, el bajo porcentaje de inicio protegido de la vida sexual para las mujeres rurales. Esta variable se ve afectada para su posterior inclusión en el modelo, dado el alto porcentaje de la muestra que aún no iniciaba su vida sexual al momento de la encuesta, con valores superiores al 20% en cada ámbito de residencia.

Del total de mujeres que tuvieron hijos durante la adolescencia, el 2 y el 5% del ámbito urbano y rural, respectivamente, tenía acceso a servicios de salud en el Programa IMSS-Oportunidades, programa en la población vulnerable o carente de seguridad social en zonas marginadas, tanto en localidades rurales como urbanas ($p < 0.05$). El acceso a este programa supone un indicador de pobreza extrema para estas poblaciones, y es notable como, entre quienes declararon recibir estos servicios, más de la mitad ha vivido la experiencia de un embarazo en la adolescencia (Cuadro 1).

Cuadro 2. Cuadro descriptivo- comparativo de la experiencia de maternidad adolescente por ámbito de residencia, respecto a las variables explicativas. Grupo de mujeres entre 20 y 24 años, México 2018 (n=14,459).

<i>Variables</i>	<i>Madres adolescentes/ URBANO</i>			<i>Madres adolescentes/ RURAL</i>		
	<i>Total</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
<i>Nivel escolar alcanzado</i>	n=11,098	n=3,224	n=7,874	n=3,361	n=1,423	n=1,938
<i>Primaria o menos</i>	5.08	10.45	2.94	17.13	22.01	13.57
<i>Algún grado de secundaria</i>	22.43	45.76	13.15	38.65	50.32	30.13
<i>Algún grado de preparatoria, bachillerato o similar</i>	33.27	35.21	32.50	30.60	24.77	34.85
<i>Algún grado de terciario, licenciatura o más</i>	39.22	8.58	51.41	13.62	2.90	21.45
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
<i>Autoadscripción indígena</i>	n=11,098	n=3,224	n=7,874	n=3,361	n=1,423	n=1,938
<i>Sí</i>	26.33	30.91	24.51	49.73	53.47	47.00
<i>No</i>	73.67	69.09	75.49	50.27	46.53	53.00
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
<i>Edad al abandono escolar</i>	n=11,098	n=3,224	n=7,874	n=3,361	n=1,423	n=1,938
<i>antes de 15 años</i>	6.62	15.01	3.28	17.30	24.54	12.01
<i>entre los 15 y 17</i>	23.08	48.71	12.88	38.47	50.02	30.05
<i>después de los 18 años o truncados</i>	70.08	35.98	83.66	43.22	24.64	56.78
<i>No asistió a la escuela</i>	0.22	0.30	0.18	1.01	0.80	1.16
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
<i>Edad a la primera unión</i>	n=11,098	n=3,224	n=7,874	n=3,361	n=1,423	n=1,938
<i>antes de 15 años</i>	2.96	9.27	0.45	5.99	13.51	0.50
<i>entre los 15 y 17</i>	14.76	44.62	2.88	25.23	52.20	5.54
<i>después de los 18 años</i>	26.48	30.65	24.83	32.55	26.31	37.10
<i>No se ha unido</i>	55.14	13.63	71.64	35.27	6.24	56.46
<i>Datos perdidos/ no respuestas</i>	0.66	1.83	0.20	0.96	1.74	0.40
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
<i>Edad al inicio de relaciones sexuales</i>	n=11,098	n=3,224	n=7,874	n=3,361	n=1,423	n=1,938
<i>antes de 15 años</i>	5.73	15.70	1.78	7.67	16.06	1.55
<i>entre los 15 y 17</i>	35.67	68.87	22.52	36.29	65.46	14.99
<i>después de los 18 años o no ha tenido relaciones</i>	58.60	15.43	75.70	55.58	18.07	82.96
				0.46	0.41	0.50
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual	n=11,098	n=3,224	n=7,874	n=3,361	n=1,423	n=1,938
Usó	49.23	49.18	49.25	29.44	30.48	28.69
No usó	26.29	50.15	16.79	46.23	69.49	29.26
No ha tenido relaciones sexuales	22.32	0.00	31.20	22.66	0.00	39.18
Datos perdidos/ no responde	2.16	0.67	2.76	1.67	0.03	2.87
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
IMSS-Oportunidades	n=11,098	n=3,224	n=7,874	n=3,361	n=1,423	n=1,938
Beneficiarias	1.16	2.03	0.81	3.73	5.05	2.76
No beneficiarias	98.84	97.97	99.19	96.27	94.95	97.24
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de la ENADID (2018) (n=14,459).

Continuando con el estudio, se presentará el análisis descriptivo de datos que dan cuenta de la sucesión de eventos como la unión y el abandono escolar respecto al momento del nacimiento del hijo; se ilustrarán, además, datos referidos al deseo reproductivo de aquellas mujeres que fueron madres durante la adolescencia.

Dentro del grupo de mujeres unidad de análisis que experimentaron la maternidad en la adolescencia, cerca de la mitad indica abandono escolar antes de tener al primer hijo, frente a una proporción mínima que continúa estudiando. En el cuadro 3 se expone la edad de abandono escolar según la edad a la que la mujer tuvo a su primer hijo, mostrando que cerca de la mitad de las madres adolescentes abandonó la escuela antes del nacimiento del hijo.

Cuadro 3. Abandono escolar según la edad que la mujer tuvo al primer hijo en México 2018 (n=4,627).

	Porcentaje
Abandonó antes de tener al hijo	48.37
Abandonó al momento de tener el hijo	29.93
Abandonó después de tener al hijo	13.7
Sigue estudiando	8.0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de la ENADID (2018).

*Nota: Mujeres de 20 a 24 años que tuvieron un hijo en la adolescencia. Para este análisis se excluyen los casos de quienes nunca fueron a la escuela.

La relación de la edad a la unión respecto a la edad de nacimiento del primer hijo según el ámbito de residencia indica que cerca de la mitad de las mujeres del ámbito urbano no se unió y no tuvo hijos, con relación a una menor proporción del ámbito rural, indicativo de la decisión de postergar tanto la unión como la maternidad en entornos urbanos. En segundo lugar, le siguen las mujeres que se unieron y no tuvieron hijos, donde las proporciones son más cercanas, aunque ligeramente superior para quienes pertenecen al contexto rural respecto al urbano, la diferencia es de 5 puntos porcentuales aproximadamente. La unión temprana como determinante de la fecundidad en zonas rurales es evidente, el porcentaje de mujeres que experimentaron la unión antes del nacimiento del primer hijo se duplica en lo rural respecto a zonas urbanas. Para ambos entornos, la proporción de mujeres unidas que aún no han sido madres es representativa, este hecho puede estar asociado a que se trata de un grupo etario aún muy joven. En el ámbito urbano, más del 70% no ha sido madre, y entre las que han sido madres prevalece la decisión de unirse previo al nacimiento del hijo; la unión previa a la concepción también prevalece en el ámbito rural, y en mayor proporción. La edad a la unión coincidente con la edad al nacimiento del hijo puede ser indicativo de los denominados matrimonios de restauración, presentando comportamientos similares para ambos entornos. En el cuadro 4 se muestra cada indicador con sus respectivos datos ponderados.

Cuadro 4. Relación de la edad a la primera unión respecto a la edad de nacimiento del primer hijo según ámbito de residencia, mujeres de 20 a 24 años en México 2018 (n=14,459).

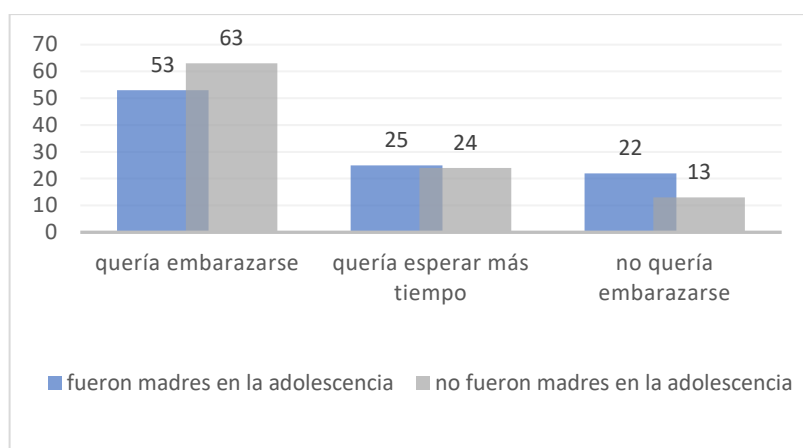
Edad a la primera unión respecto la edad al primer hijo	Rural	Urbano	Total
Edad a la unión antes de la edad al hijo	27.01	13.94	16.83
Edad a la unión a la misma edad que la edad al hijo	8.33	7.24	7.48
Edad a la unión después de la edad al hijo	4.34	3.53	3.71
No se unió y tuvo hijo	2.63	3.87	3.6
Se unió y no tuvo hijo	25.04	20.15	21.23
No se unió y no tuvo hijo	32.65	51.27	47.15

Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de la ENADID (2018).

El deseo de embarazo para las mujeres que fueron madres en la adolescencia indica que más del 50% experimentó un embarazo deseado, mientras que las que querían esperar más tiempo y las

que no querían embarazarse tienen cifras muy por debajo con respecto a las anteriores. Estas cifras constituyen un indicador revelador de los matices que adquiere el fenómeno analizado, la maternidad adolescente como experiencia subjetiva que es referida, por muchas de quienes la han vivido, como evento deseado justo en el momento en que ocurrió. Sin embargo, es notable que la proporción de las que sí querían embarazarse es menor para las que fueron madres en la adolescencia que para las que fueron madres después. También destaca la mayor diferencia de las que dijeron que no querían embarazarse. De esta manera se evidencia que se deseó menos el hijo entre las que fueron madres en la adolescencia, que entre las que fueron madres a partir de los 20 años. Es importante señalar que en la gráfica 5 se muestran los datos de las madres que solo tuvieron un hijo, haciendo referencia al embarazo que culminó con este nacimiento, el término embarazo se emplea respetando la pregunta planteada en el cuestionario.

Gráfica 5. Deseo de embarazo para las mujeres entre 20 y 24 años, en México 2018, que tuvieron o no un único hijo durante la adolescencia (%) (n=3,584).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de la ENADID (2018).

3.2 Resultados de la aplicación de los modelos (conjunto y para cada ámbito de residencia)

Los modelos de regresión logística ajustados, tanto el conjunto como para cada ámbito de residencia, fueron altamente significativos, aunque con bajos coeficientes de Nagelkerke (0.3742-0.3654). Esto puede deberse a la amplia gama de variables que se correlacionan con el hecho objeto

de estudio; no obstante, en ellos se declaran las que mayor aporte tienen en la maternidad en la adolescencia.

Los parámetros de estimación del modelo de regresión logística (Cuadro 5), mostraron valores significativos ($p < 0.001$) para cada una de las variables, con excepción del nivel escolar secundaria que se mostró no significativo ($p = 0.447$), indicando que no hay una diferencia con respecto a la categoría de referencia primaria o menos, lo cual significa que haber alcanzado este nivel escolar aun no protege a las adolescentes ante la maternidad en la adolescencia. Por tanto, el modelo sugiere que la variable objeto de estudio maternidad en la adolescencia, está fuertemente determinada por el ámbito de residencia, el nivel escolar alcanzado, la edad al inicio de las relaciones sexuales e IMSS-Oportunidades (beneficiarias del programa IMSS-Oportunidades).

Cuadro 5. Modelo de regresión logística para la maternidad en la adolescencia.

Variable dependiente: <i>maternidad en la adolescencia.</i>	Modelos crudos		Modelo ajustado	
Variables independientes	Razón de Momios cruda	<i>p</i>	Razón de Momios ajustada	<i>p</i>
Ámbito de residencia				
Urbano	----	----	----	----
Rural	1.83	***	1.32	***
Nivel escolar alcanzado				
Primaria o menos	----	----	----	----
Algún grado de secundaria	1.02	ns	1.08	ns
Algún grado de preparatoria, bachillerato o similar	0.34	***	0.49	***
Algún grado de terciario, licenciatura o más	0.05	***	0.09	***
Autoadscripción indígena				
No indígena	----	----	----	----
Indígena	1.49	***	1.18	*
Edad al inicio de relaciones sexuales				
Menos de 15 años	----	----	----	----
Entre 15 y 17 años	0.35	***	0.48	***
Después de 18 años o no ha tenido	0.02	***	0.03	***
IMSS-Oportunidades				
No beneficiarias	----	----	----	----
Beneficiarias	2.53	***	2.43	***

<i>Constante</i>	3.59	***
<i>Log de verosimilitud</i>	-	
	1868579.90	
<i>Chi² del modelo</i>	2384.64	
<i>Valor p</i>	0.00	
<i>Pseudo R²</i> <i>(Nagelkerke)</i>	0.38	
<i>Casos analizados</i>	14 383	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de la ENADID (2018).

Al analizar el ajuste del modelo estimado se tiene que, aunque el porcentaje que logra explicar muestra un Pseudo R² de 0.37, la significación es alta ($p < 0.000$), con un alto número de casos analizados.

Después de controlar en el modelo conjunto las variables ámbito de residencia, edad al inicio de las relaciones sexuales, autoadscripción indígena, nivel escolar alcanzado y acceso al programa IMSS-Oportunidades, la posibilidad de experimentar la maternidad antes de los 19 años aumenta para las residentes en el ámbito rural en comparación con las que habitan en zonas urbanas (RM: 1.32), para las que se identifican como indígenas respecto a las que no (RM: 1.18) y la posibilidad es más de dos veces mayor para aquellas que declararon ser beneficiarias del programa IMSS-Oportunidades en relación con las que no lo son (RM: 2.43), lo cual parece indicar que el evento maternidad en la adolescencia se produce mayormente en la población más vulnerable o de mayor pobreza. Conforme se incrementa el nivel escolar alcanzado disminuye la posibilidad de ser madre adolescente; esto se evidencia claramente en los niveles educativos más altos: preparatoria/bachillerato y terciario (RM: 0.49), superior y más (RM: 0.09). Sin embargo, entre el nivel secundario y el inferior (primaria o menos), no existe distinción en cuanto a la posibilidad de experimentar el evento estudiado (RM: 1.08; $p = 0.447$).

En los análisis de regresión logística para cada ámbito de residencia se generaron modelos cuyos resultados se presentan en los cuadros 6 y 7, exponiéndose los principales parámetros del análisis de regresión logística para los ámbitos de residencia urbano y rural.

Similar al resultado encontrado en el modelo conjunto, tanto en el ámbito urbano como en el rural estuvo presente el hallazgo de que el nivel escolar Secundaria mostró valores de significancia ($p = 0.567$; $p = 0.848$), que corroboran que las jóvenes adolescentes que alcanzan este nivel escolar, en ambos ámbitos, se encuentran igualmente expuestas al riesgo de una maternidad adolescente que aquellas de la categoría de referencia, las de menor nivel escolar (primaria o menos).

Cuadro 6. Modelos de regresión logística de la maternidad en la adolescencia para el ámbito de residencia urbano.

<i>Variable dependiente: maternidad en la adolescencia</i>		<i>Ámbito Urbano (n= 11037)</i>			
<i>Variables independientes</i>	Modelos crudos		Modelo Ajustado		
	Razón de Momios cruda	<i>p</i>	Razón de Momios ajustada	<i>p</i>	
<i>Nivel escolar alcanzado</i>					
Primaria o menos	----	----	----	----	
Algún grado de secundaria	0.97	ns	0.92	ns	
Algún grado de preparatoria, bachillerato o similar	0.30	***	0.38	***	
Algún grado de terciario, licenciatura o más	0.04	***	0.07	***	
<i>Autoadscripción indígena</i>					
No indígena	----	----	----	----	
Indígena	1.37	***	1.14	ns	
<i>Edad al inicio de relaciones sexuales</i>					
Menos de 15 años	----	----	----	----	
15 a 17 años	0.34	***	0.48	***	
Después de 18 años o no han tenido	0.02	***	0.04	***	
<i>IMSS-Oportunidades</i>					
No beneficiarias	----	----	----	----	
Beneficiarias	2.53	***	3.12	**	
Constante			6.39	***	
Log de verosimilitud			-1401783.80		
Chi² del modelo			1769.68		
Valor <i>p</i>			0.00		
Pseudo R² (Nagelkerke)			0.37		
Casos analizados			11037.00		

Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de la ENADID (2018).

Cuadro 7. Modelos de regresión logística de la maternidad en la adolescencia para el ámbito de residencia rural.

<i>Variable dependiente: maternidad en la adolescencia</i>		<i>Ámbito Rural (n=3346)</i>			
<i>Variables independientes</i>		Modelos crudos		Modelo Ajustado	
		Razón de Momios cruda	<i>p</i>	Razón de Momios ajustada	<i>p</i>

Nivel escolar alcanzado				
Primaria o menos	----	----	----	----
Algún grado de secundaria	1.09	ns	1.24	ns
Algún grado de preparatoria, bachillerato o similar	0.43	***	0.75	*
Algún grado de terciario, licenciatura o más	0.08	***	0.19	***
Autoadscripción indígena				
No indígena	----	----	----	----
Indígena	1.29	**	1.27	ns
Edad al inicio de relaciones sexuales				
Menos de 15 años	----	----	----	----
15 a 17 años	0.42	***	0.49	**
Después de 18 años o no han tenido	0.02	***	0.02	***
Acceso a servicios del programa IMSS-Oportunidades				
No beneficiarias	----	----	----	----
Beneficiarias	1.87	**	2.00	***
Constante			6.10	***
Log de verosimilitud			-460502.00	
Chi ² del modelo			706.06	
Valor p			0.00	
Pseudo R ² (Nagelkerke)			0.37	
Casos analizados			3346.00	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de la ENADID (2018).

Otra característica observada en ambos modelos, la cual es contraria a lo encontrado en el modelo conjunto, fue la no significación de la variable autoadscripción indígena cuando el análisis se hace al interior de cada ámbito de residencia; esto pudiera estar asociado a la reducción de la muestra cuando se divide el total de mujeres de 20 a 24 años según el ámbito de residencia. La pérdida de significancia de esta variable es posible observarla también cuando se comparan las razones de momio cruda (sin tomar en cuenta el resto de las variables) y el resultado para el modelo ajustado, tanto en lo rural como en lo urbano, lo que podría indicar que son otras variables las que podrían explicar de una mejor manera la fecundidad adolescente.

Lo encontrado en el modelo conjunto, declara que ámbito de residencia e IMSS-Oportunidades son las variables que aumentan la posibilidad de que las jóvenes tengan la experiencia de maternidad en la adolescencia. De hecho, en los modelos generados para cada ámbito de residencia se observa que esta variable, IMSS-Oportunidades, se comportó en favor de aumentar la posibilidad de la maternidad en la adolescencia. La posibilidad de experimentar la maternidad en la

adolescencia es 3 veces mayor en las mujeres de zonas urbanas en las que las mujeres cuentan con IMSS-Oportunidades, respecto a las que son beneficiarias del programa. Para las que habitan espacios rurales este riesgo es 2 veces mayor para quienes reciben los beneficios del programa antes mencionado, respecto a quienes no acceden al mismo.

Por su parte, cuando se analiza la variable nivel escolar alcanzado, en todos los modelos se encontró una disminución de la posibilidad de que ocurra la maternidad en la adolescencia conforme se incrementa el nivel escolar de la mujer, claramente evidenciado en los niveles más altos, por encima de la educación secundaria, con respecto a la categoría de referencia Primaria o menos. Así, las adolescentes con nivel terciario, superior y más tienen, en el ámbito urbano, 93% menos posibilidades de tener un hijo en la adolescencia. En el ámbito rural, respecto a la categoría de referencia (Primaria o menos), en este nivel escolar existe 81% menos posibilidades de ocurrir este evento en la adolescencia, lo cual se traduce en mayor riesgo de experimentar la maternidad en la adolescencia de las adolescentes con bajos niveles escolares.

La variable autoadscripción indígena, para los dos ámbitos de residencia, solo mostró *p* valores significativos al 10%, lo que estaría indicando que esta condición no es un factor que favorezca la fecundidad en la adolescencia si el análisis se hace en cada entorno por separado. Sin embargo, el análisis global indica que sí es un factor asociado a la fecundidad adolescente, incrementando en un 18% la posibilidad de ser madre en la adolescencia en aquellas mujeres que se autoidentifican como indígena respecto a las que no.

Al analizar la edad al inicio de las relaciones sexuales fue posible contrastar que, cuando las adolescentes iniciaron su vida sexual con edades entre 15 y 17, las posibilidades de ser madre antes de los 20 años son similares tanto en entornos rurales como urbanos (RM: 0.49 y 0.48, respectivamente). Se corrobora así que, al interno de la adolescencia como etapa del desarrollo, las etapas media y tardía son las que muestran una mayor prevalencia del fenómeno estudiado y que, conforme se aplaza el inicio de las relaciones sexuales, son menores las posibilidades de ocurrencia de la maternidad en la adolescencia.

CONSIDERACIONES FINALES

El presente estudio centra su análisis en la fecundidad adolescente, reconociendo que su comportamiento difiere por escala de análisis y grupos etarios, además mantiene matices en sus niveles y estructura con particularidades en ámbitos de residencia urbano y rural. Teniendo en cuenta los datos de la ENADID 2018 con las diferentes variables seleccionadas, se identificaron los factores de mayor peso en el fenómeno de la fecundidad en la adolescencia, los cuales están fuertemente asociados con variables que distinguen de cierta manera niveles de estrato social, de pobreza o de menor urbanización-escolarización, y rozan con el ámbito de residencia rural, los niveles de escolaridad similar y por debajo del nivel secundaria, el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia temprana, autoadscribirse como indígena y el acceso al programa del gobierno federal IMSS-Oportunidades, entendido este último como un indicador de pobreza y vulnerabilidad. Esto reviste especial importancia para definir programas de orientación en materia de salud sexual y reproductiva en la adolescencia.

De entre los 34 países que forman parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, México tiene la mayor tasa de fecundidad en la adolescencia, resultados relacionados, en gran medida, con la existencia de poca información y medios disponibles referentes al autocuidado y adquisición de responsabilidades en la conducta sexual (Juárez, 2018); también está relacionado con brechas de desigualdad identificadas en cuanto al acceso a los servicios de salud y la inexistencia de trabajos que tienen en cuenta el enfoque de género, los derechos sexuales y los reproductivos (Medina y Ortiz, 2018).

Diversos estudios analizan la asociación existente entre factores sociales, económicos y de salud sexual y reproductiva con la fecundidad adolescente en México (Campero et al., 2013; Villalobos et al., 2015; Gutiérrez et al., 2016), en los cuales no se distingue lo urbano de lo rural. Asimismo, la nupcialidad temprana, el uso insuficiente de métodos anticonceptivos, el abandono escolar, la pobreza y la localidad de residencia son factores que se asociaron con los niveles de fecundidad durante la etapa de adolescencia en este país (Zavala, 2014; García, 2014; Gayet y Juárez, 2016; Parada y García, 2017).

La línea de investigación del presente estudio incluye la identificación y descripción de factores sociodemográficos y de salud sexual y reproductiva asociados a niveles de fecundidad adolescente en México para el grupo de mujeres de 20 a 24 años que vivenciaron la maternidad entre los 12 y 19 años, a partir de los datos tomados de la ENADID 2018. Además, se determina el peso

de estos factores teniendo en cuenta los ámbitos de residencia urbano y rural, siendo este el principal aporte de la investigación.

El desarrollo de un modelo estadístico de regresión logística binomial según las características de la variable dependiente con sus categorías (ser madre en la adolescencia y no ser madre en la adolescencia), permitió confirmar que la maternidad en la adolescencia está fuertemente afectada por el nivel escolar alcanzado y el ámbito de residencia de las adolescentes. Es importante señalar que este proceso ocurre con influencia de otras variables consideradas significativas para el análisis, como son la edad al inicio de las relaciones sexuales, acceso a los servicios de salud en el programa IMSS-Oportunidades y la autoadscripción indígena.

La discusión realizada en epígrafes anteriores permite presentar los resultados observados a partir de las hipótesis planteadas previamente; es decir, los factores sociodemográficos y relacionados con la salud sexual y reproductiva asociados a la fecundidad adolescente presentan características distintivas en ámbitos urbanos y rurales en México. El análisis de las hipótesis secundarias manifiesta el sentido de la asociación referido en la hipótesis general.

Los resultados del modelo conjunto permitieron corroborar que pertenecer al ámbito rural aumenta la posibilidad de que las adolescentes experimenten la maternidad durante esta etapa de la vida en comparación con las del ámbito urbano, resultado que coincide con otros hallazgos (Meneses y Ramírez, 2018; Villalobos et al., 2019).

El inicio temprano de las relaciones sexuales, antes de los 15 años, indica una mayor posibilidad de ocurrencia de embarazo en la adolescencia, y concuerda con lo planteado por otros autores (Mendoza et al., 2016; Pinzón et al., 2018).

Las adolescentes que logran alcanzar altos niveles de escolaridad presentan menor riesgo de la ocurrencia del embarazo, tanto para las residentes de zonas urbanas como rurales. Los resultados muestran que tener el nivel escolar secundaria no puede considerarse como elemento protector para las adolescentes ante la maternidad en la adolescencia. Por tanto, las jóvenes adolescentes con este nivel escolar en ambos contextos no se diferencian de las de nivel inferior en cuanto al riesgo de embarazarse en la adolescencia, lo que coincide con otros estudios planteados (Villalobos et al., 2015; Osorio y Hernández, 2011).

La posibilidad de tener la maternidad en las adolescentes con autoadscripción indígena se presentó más favorable con respecto a las que no se auto-adscriben como tal. Los datos analizados permiten comprobar que identificarse como indígena tiene influencia en cuanto a la posibilidad de

maternidad adolescente de un ámbito sobre otro, como en los planteamientos de Sosa y Menkes (2019).

La ENADID se considera como una fuente de información confiable y útil para la obtención de los datos para el presente estudio; no obstante, los hallazgos que forman parte de la investigación deben ser estudiados también en otras fuentes de información y ampliar los resultados del fenómeno en cuestión. Asimismo, el presente estudio se enfrenta a investigaciones que muestran la estrecha relación que guarda el ámbito de residencia con la desigualdad y la pobreza, lo que conlleva el desarrollo de investigaciones más amplias y el empleo de otros indicadores.

La operacionalización de la variable autoadscripción indígena no permitió descifrar el impacto del factor étnico en los resultados del embarazo en la adolescencia, a partir de la inclusión en ella de todas aquellas personas con costumbres, tradiciones y hablantes de la lengua indígena, dentro de lo cual se considera la existencia de cierto nivel de lo urbano y lo escolarizado.

La situación socioeconómica, como factor asociado a la fecundidad, fue aproximada en el estudio a través de la variable IMSS-Oportunidades, que representa el acceso a los servicios que ofrece el IMSS al sector más vulnerable, en extrema pobreza y carente de otras garantías de seguridad social. Si bien los resultados fueron congruentes con la revisión previa de literatura, podría entenderse como una limitación del estudio que no funcionó el uso de la variable estrato socioeconómico, porque se correlacionó con el nivel de escolaridad -al ser este último un factor fuertemente asociado al evento estudiado, era imposible excluirlo-. Por eso se optó por utilizar una variable que es indicador únicamente de población en situación de marginación social. Una limitación al trabajar con la ENADID es que carece de indicadores de origen social, tal como sí lo incluyen otras encuestas en México como la ENFaDEA.

No obstante, los resultados obtenidos en el estudio permiten construir el perfil de la madre adolescente en México, a la luz de la revisión de literatura y el análisis de datos ofrecidos por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) del año 2018. Una mujer residente en zonas rurales, unida al momento del parto y sexualmente activa desde los 16 años (aproximadamente), reportando no haber usado ningún método anticonceptivo en esta primera relación sexual, con escasos recursos económicos, sin vínculo escolar al momento del nacimiento del hijo y, además, con un nivel escolar básico. La madre adolescente mexicana se enfrenta a una situación de desventaja social determinada por condiciones preexistentes de pobreza y falta de oportunidades.

En concordancia con los resultados obtenidos y la evidencia de factores asociados directamente a la fecundidad adolescente según el ámbito de residencia, en el futuro pueden adoptarse acciones de intervención preventivas para afrontar el objeto de estudio desde la información oportuna y conocimientos amplios a la población adolescente del país. Asimismo, deben ser tomadas en cuenta las características según el ámbito de residencia en los factores asociados a la fecundidad, para el mejoramiento de la ENAPEA y futuros programas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acle, M. R., Santos, D. J., & Silva, D. J. (2017). *Estados Unidos y su influencia cultural en los adolescentes mexicanos*. <http://ru.iiec.unam.mx/4416/1/2-007-Acle-Santos-Silva.pdf>
- Acosta, V. M., & Cárdenas, A. V. (2012). El embarazo en adolescentes. Factores socioculturales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(4), 371-374. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745496006>
- Aguado, H. E., & Hernández, F. (1997). Tierra social y desarrollo urbano: experiencia y posibilidades. *Estudios Agrarios*, (8). http://www.pa.gob.mx/publica/cd_estudios/Paginas/autores/aguado%20herrera%20emma%20tierra%20social%20y%20desrrollo%20urbano.pdf
- Aguilar, G. A., & López, M. F. (2016). Espacios de pobreza en la periferia urbana y suburbios interiores de la Ciudad de México. Las desventajas acumuladas. *EURE (Santiago)*, 42(125). <http://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612016000100001>
- Arceo, G. E., & Campo, V. R. (2014). Teenage Pregnancy in Mexico: Evolution and Consequences. *Latin American Journal of Economics*, 51(1), 109-146. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-04332014000100004
- Arvizu, B. et al (2019). Desigualdad entre la pobreza urbana y rural en el Estado de Nayarit. *Kikame* 7(7). <https://core.ac.uk/download/pdf/277459662.pdf>
- Bastida, I. D., Martínez, G. I., Ramos, L. K., & Ríos, D. L. (2020). Proyecto de intervención educativa sobre prevención del embarazo a temprana edad. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 11(21). <http://www.scielo.org.mx/pdf/ride/v11n21/2007-7467-ride-11-21-e021.pdf>
- Bongaarts, J. (1978). A framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. *Population and Development Review*, 4(1). <https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/councilarticles/pdr/PDR041Bongaarts.pdf>
- Bongaarts, J. (1982). Un Marco para el Análisis de los Determinantes Próximos de la Fecundidad. *Ensayos sobre Población y Desarrollo*, Corporación Centro Regional de Población y The Population Council, Bogotá, pp. 3-34.
- Bongaarts, J. (2015). Modeling the fertility impact of the proximate determinants: Time for a tune-up. *DEMOGRAPHIC RESEARCH*, 33(19), 535–560. <http://DOI:10.4054/DemRes.2015.33.19>

Borbon, M. (2015). *La Fecundidad Joven en Sonora Indicadores estadísticos*. Consejo Estatal de Población.

<http://www.coespo.sonora.gob.mx/documentos/publicaciones/ReproduccionJovenSonora.pdf>

Bornstein, M. H. (ed). (2019). *Handbook of parenting*. (3^{ra} ed., vol. 3).

Cadena, M. D., & Llerena, P. M. (2016). Determinantes que inciden en la fecundidad de las mujeres adolescentes, análisis demográfico en el área urbana y rural del Ecuador, utilizando ENSANUT (2012). Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12521/Cadena_Nataly_Determinantes%20que%20inciden%20en%20la%20fecundidad%20de%20las%20mujeres%20adolescentes%20c%20an%20a%20l%20lisis%20de.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Campero, C. L., Atienzo, E. E., López, L., Prado, B., & Hernández, A. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta de Medicina de México*, 149(3), 299–307. <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2013/gm133i.pdf>

Castañeda, P. J., & Santa-Cruz, E. H. (2021). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enfermería Global*, 20(62), 109-128. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.438711>

Censo de Población y Vivienda. (2020). Características de las localidades 2020: síntesis metodológica y conceptual/Instituto Nacional de Estadística y Geografía. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197605.pdf

Chávez, M. G., Caballero, H. J., Monárrez, E. J., & Covarrubias, C. K. (2010). El Programa IMSS Oportunidades. Un acercamiento a su estrategia de comunicación educativa aplicada a un contexto de alta marginalidad. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, XVI. (31), 113-147. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31613952005>

Chitarroni, H. (2002). *La regresión logística*. Instituto de Investigación en Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad del Salvador. <https://racimo.usal.edu.ar/83/1/Chitarroni17.pdf>

Comisión Económica para América latina y el Caribe. (2013). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2020). Estudio cualitativo de impacto sobre el programa PROMAJOVEN, para madres y jóvenes embarazadas. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Exploratorio_PROMAJOVEN.pdf
- Consejo Nacional de Población. (2016). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). *Gobierno de México*. <https://www.gob.mx/conapo/articulos/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-enapea>
- Chesnais, J. C. (1986). La transition démographique, étapes, formes, implications Économiques. PUF/INED.
- Davis, K. y Blake, J. (1967). La estructura social y la fecundidad. Un sistema analítico. En R. Freedman, D. Kingsley, & J. Blake, Factores sociológicos de la fecundidad, México: El Colegio de México/CELADE, pp. 157-197.
- Delgado, E. S., Ortega, D., & Arriaga, M. Y. (2020). Representaciones sociales sobre el embarazo adolescente entre adolescentes escolares de la localidad de Colotlán, Jalisco, México. *Novedades en Población*, 16(31), 18-30. <http://www.novpob.uh.cu>
- Di Cesare, M., & Rodríguez, J. (2006). Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia. *Papeles de Población*, 12(48). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252006000200006
- Escuela Nacional de Trabajo Social. (2017). *Encuesta Nacional de los factores determinantes del embarazo adolescente*. https://www.trabajosocial.unam.mx/enfadea/imagenes/Infografias/seccion5_1.pdf
- España, P. A., Paredes, G. L., & Quintal, L. R. (2019). El embarazo adolescente en Quintana Roo: debates y aportes de investigación para políticas públicas de prevención y atención. *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, XVII(1). <http://dx.doi.org/10.29043/liminar.v17i1.654>
- Fajardo, D. G., Gutiérrez, J., & García, S. S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica México*, 57, 180-186. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2015/sal152j.pdf>

- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (1995). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población el Desarrollo, El Cairo, 13 de septiembre de 1994, 1995, *A/CONF.171/13/Rev.1*. <https://www.refworld.org/es/docid/4ad4349b2.html>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2016). Salud sexual y reproductiva. <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2017). Estado de la Población Mundial 2017. Mundos a Parte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/UNFPA_PUB_2017_ES_SWOP_Estado de la Poblacion Mundial.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/UNFPA_PUB_2017_ES_SWOP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en México. https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/milena_mexico_2020.pdf
- Furstenberg, F. F., Brooks-Gunn, J., & Philip, M. S. (2020). *Adolescent mothers in later life*. (Human development in cultural and historical contexts). Cambridge University Press. <http://doi:10.1017/CBO9780511752810>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- García, B. L., Correa, R. F., García, C. T., & Viridiana, E. A. (2017). El embarazo adolescente desde una perspectiva contemporánea. *Revista Interamericana de Psicología*, 51(1), 111-121. <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/475/pdf>
- García, B., & Sánchez, L. (2012). Trayectorias del desempleo urbano en México. *Revista latinoamericana de población*, 6(10). <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5349643.pdf>
- García, G. (2014). Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja. *Iztapalapa. Revista de ciencias sociales y humanidades*, 35(77). <https://doi.org/10.28928/ri/772014/atc1/garciahernandeze>
- García, J. et al. (2020). Perspectivas del desarrollo social y rural en México. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXVI(3). <https://www.redalyc.org/journal/280/28063519011/html/>
- García, R. E., & Macías, A. D. (2018). Educación sexual en mujeres adolescentes en una zona marginal urbana de México. *Revista Colombiana de Enfermería*, 17, 39-45. <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v17i13.2306>

- Gayet, C., & Gutiérrez, J. (2014). Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo. *Salud Pública de México*, 56(6). <https://doi.org/10.21149/spm.v56i6.7391>
- Gayet, C., & Juárez, F. (2016). Necesidades no satisfechas de métodos anticonceptivos. En Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana. CONAPO.
- González, E. & Molina, T. (2007). Características de la maternidad adolescente de madres a hijas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 72 (6): 374-382. <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n6/art04.pdf>
- González, A. (2013). Uniones tempranas y embarazo en la niñez y la adolescencia en Costa Rica. Costa Rica: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/uniones_impropias_unfpa-paniamor_2014.pdf
- González, N. P., Rangel, F. Y., & Hernández, I. E. (2020). Retos en la prevención del embarazo adolescente subsiguiente, un estudio desde la perspectiva de madres adolescentes. *Saude Soc.*, 29(3). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020181032>
- González, S., & Salles, V. (1995). Relaciones de género y transformaciones agrarias: estudios sobre el campo mexicano. *El Colegio de México*. <https://doi.org/10.2307/j.ctv512zmd>
- González, S., & Larralde, A. (2013). Conceptualización y medición de lo rural. Una propuesta para clasificar el espacio rural en México. http://www.omi.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1740/1/images/8_Conceptualizacion_y_medicion_de_lo_rural.pdf
- Gutiérrez, J. P., García-Saisó, S., Espinosa, R., Balandrán, D. A. (2016). Desigualdad en indicadores de comportamientos de riesgo en adolescentes en México: análisis de dos encuestas de salud. *Salud Pública México*, 58(6), 657–65. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000600657
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2008). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Libro%20Los%20derechos%20reproductivos-DH.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). *Evaluación de Consistencia y Resultados 2017-2018*

Programa

IMSS-PROSPERA.

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/imssBienestar/evaluacionExterna/eval-2017-2018-IECyR.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2005). Población rural y rural ampliada en México 2000, PP 9-16.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/76/702825498122/702825498122_2.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Metodología y Tabulados Básicos. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 292 P.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). La anticoncepción implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. ENADID.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825089627.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Nota técnica.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/nota_tec_enadid_18.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Nota técnica.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/nota_tec_enadid_18.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019a). Población rural y urbana.

http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/rur_urb.aspx?tema=P

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Natalidad y fecundidad.

https://www.inegi.org.mx/temas/natalidad/#Informacion_general

Jiménez, A. et al. (2017). Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad.

Un estudio mixto de caso. *Salud Pública de México*, 59(1). <https://doi.org/10.21149/8410>

Jiménez, A. V., & Rangel, F. Y. (2018). Representaciones sociales de la maternidad temprana en adolescentes embarazadas del Centro Norte de México. *Rev Chil Salud Pública*, 22(2), 115-

125. <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/53229/55922>

- Jiménez, S. D. (2021, 23 de septiembre). OCDE: México primer lugar en embarazos de adolescentes. *El capitalino*. <https://elcapitalino.mx/nacion/ocde-mexico-primer-lugar-en-embarazos-de-adolescentes/>
- Juárez, R. (2018). México, primer lugar de embarazo adolescente en la OCDE. *Cámara de Diputados*, 5072. <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2018/Marzo/12/5072-Mexico-primer-lugar-de-embarazo-adolescente-en-la-OCDE-diputado-Juarez-Rodriguez>
- Juárez, F. et al. (2018). Factors associated with unmet need for contraception in Mexico: evidence from the National Survey of Demographic Dynamics 2014. *BMC Public Health*, 18, 546. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5439-0>
- Juárez, F., & Gayet, C. (2020a). Debut sexual: razones y uso de anticoncepción en mujeres adolescentes mexicanas. *Los claroscuros del embarazo en la adolescencia*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social. Primera Edición.
- Juárez, F. y Gayet, C. (2020b). De la fecundidad a la salud reproductiva: tendencias y temas actuales. En Silvia Giorguli y Jaime Sobrino (editores), *Dinámica demográfica de México en el siglo XXI*, pp. 163-207.
- Juárez, R. C., Villalobos, A., Saucedo, V. A., & Nigenda, G. (2019). Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*, 34(6), 546-552. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.015>
- Jusidman, C. (2009). Desigualdad y política social en México. *Nueva Sociedad* (220), pp. 190-206. https://static.nuso.org/media/articles/downloads/3602_1.pdf
- Lara, J., Cruz, Y. M., Moyeda, L. D., Prats, M. A., & Téllez, M. J. (2020). Migración rural urbana e informalidad en las zonas metropolitanas de México. Una estimación de corto plazo. *Estudios Económicos*, 35(2), 297-329. <https://estudioeconomicos.colmex.mx/index.php/economicos/article/view/405/512>
- Lerch, M. (2017). Urban and rural fertility transitions in the developing world: a cohort perspective. Max Planck Institute for Demographic Research. <https://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2017-011.pdf>
- Lerner, S., & Szasz, I. (2008). La investigación de las relaciones entre salud reproductiva y las condiciones de vida de la población en México. En S. Lerner, & I. Szasz (coords), *Salud*

- reproductiva y condiciones de vida en México. Tomo I. El Colegio de México, México, 11-58.
- Livi-Bacci, M. (1994) “Notas sobre la Transición Demográfica en Europa y América Latina”. En *La Transición Demográfica en América Latina y El Caribe*. Actas de la IV Conferencia Latinoamericana de Población. México. ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP y SOMEDE. Vol. 1, Primera Parte, pp. 13-28.
- López, V. J., Pérez, M. D., Vargas, I., & Vázquez, M. (2021). Barreras y factores asociados al uso de mecanismos de coordinación entre niveles de atención en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00045620>
- López, V. y Rojas, O. (2017). Rezagos en el nivel de autonomía de las mujeres rurales mexicanas en la primera década del siglo XXI. *Estudios demográficos y urbanos* 32 2 (95), pp. 315-354. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102017000200315
- Loredo, A. A., Vargas, C. E., Casas, M. A., González, C. J., & Gutiérrez, I. C. (2015). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 55(2), 223-229. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172o.pdf>
- Lustig, N. & Martínez, V. (2021). The impact of covid-19 on inequality and poverty in Mexico. *Revista de Estudios Económicos* 36 (1): 7-25. <http://www.scielo.org.mx/pdf/ee/v36n1/0186-7202-ee-36-01-7.pdf>
- Llanes, N. (2014). “Estar en la edad”. *Resignificaciones de la maternidad adolescente en un contexto de alta inmigración: el caso de mujeres residentes en Tijuana*. (Tesis doctoral, Colegio de la Frontera Norte.) <https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2014/11/Tesis-Llanes-Diaz.pdf>
- Martes, C. P., & Sierra, P. E. (2016). La fecundidad adolescente en el Departamento del Atlántico. *Economía & Región*, 10(1). https://issuu.com/uni_tecnologica/docs/vol10no1
- Martínez, R., Palma, A., Trucco, D., Devine, S., Mancero, X., Miranda, R., Ferigra, A., Segovia, O., & Vaca-Trigo, I. (coords.) (2017). La desigualdad social en la ciudad latinoamericana. En R. Jordán, L. Rifo, & A. Prado, *Desarrollo sostenible, urbanización y desigualdad en América Latina y el Caribe*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42141/1/S1700701_es.pdf

- Martínez, S. (s.f). Lo urbano y lo rural, una relación indisociable: importancia del suelo de conservación del Distrito Federal.
<http://www.economia.unam.mx/publicaciones/econinforma/pdfs/339/05sergiomartinez.pdf>
- Medina, G. S., & Ortiz, G. (2018). Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México, 2015. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.99>
- Medina, R. y Do Carmo, M. (2005). Trayectoria de paradigmas que explican la Fecundidad. *Desarrollo y Sociedad*. <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.13043/dys.55.2>
- Mejía-Paillés, G. et al. (2020). Los impactos potenciales de la pandemia de la covid-19 en la salud sexual y reproductiva en México, 2020-2025. En *La situación demográfica de México 2* (2). CONAPO.
- Mendoza, T. L., Claros, B. D., & Peñaranda, O. C. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 243-253. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012>
- Mendoza, T., Arias, M., Mendoza, L.I. (2012). Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, Santiago, 77(5), 375-382. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500008
- Meneses, E., & Ramírez, M. (2018). Niveles y tendencias de la fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años en México y características de las menores y de los padres de sus hijos e hijas, a partir de las estadísticas vitales de nacimientos de 1990 a 2016. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43797/1/LDN-106_05_Meneses.pdf
- Menkes, C., & Suárez, L. (2003). Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de población*, 9(35), 233-262. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252003000100011&lng=es&tlng=es
- Mier, T. R., & Llanes, D. N. (2017). La fecundidad de las adolescentes mexicanas: ¿En aumento o descenso paulatino? *Coyuntura Demográfica*, (11). https://www.researchgate.net/publication/317548760_La_fecundidad_de_las_adolescentes_mexicanas_en_aumento_o_descenso_paulatino
- Mora, M. y De Oliveira, O (2014). Los caminos de la vida:acumulación, reproducción o superación de las desventajas sociales en México. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* 59 (220). <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/article/view/47519/42761>

- Moral, P. I. (2006). *Modelos de regresión: lineal simple y regresión logística*. <https://www.revistasden.org/files/14-cap%2014.pdf>
- Morales, R. M. (2021). Una revisión narrativa del embarazo adolescente y los determinantes sociales en salud de México. *Revista Salud Y Bienestar Social*, 5(1), 59-74. <https://www.revista.enfermeria.uady.mx/ojs/index.php/Salud/article/view/109>
- Munguía, T. et al (2018). Complicaciones perinatales de neonatos hijos de madres adolescentes y añosas. *Revista Médica*, 9(3), 214-219 <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2018/md183c.pdf>
- Murad, R., C., Rivillas, G. J., Vargas, P. V., & Forero, M. N. (2018). Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia: Explicando las causas de las causas. *Asociación Profamilia*. <http://10.13140/RG.2.2.22412.95362>
- Neal, S., Harvey, C., Chandra-Mouli, V., Caffee, S., & Camacho, A. (2018). Trends in adolescent first births in five countries in Latin America and the Caribbean: disaggregated data from demographic and health surveys. *Reprod Health*, 15(146). <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0578-4>
- Nieto, C. M. (2016). Identidad y autoadscripción. Una aproximación conceptual. *Ciencia Jurídica*, 5(9), 53-64. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7104948.pdf>
- Núñez, G. (2019). Modelación espacial bayesiana del riesgo de embarazo adolescente a través de la aproximación anidada integrada de Laplace en Chiapas, 2015. *Población y Salud en Mesoamérica*, 17(1). <http://doi:10.15517/psm.v17i1.37783>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2018). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.).
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe. Reseña Técnica.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Ortíz, Á. E. (2020). Estrato sociodemográfico y patrones relacionados con la primera unión o la primera maternidad en México, 2018. *Población y Salud en Mesoamérica*, 18(1). <https://10.15517/psm.v18i1.40350>
- Osorio, I., & Hernández, M. (2011). Prevalencia de deserción escolar en embarazadas adolescentes de instituciones educativas oficiales del Valle del Cauca, Colombia, 2006. *Colombia Médica*, 42(3). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342011000300006
- Papalia, D., Wendkos, O. S., & Duskin, F. R. (2010). *Desarrollo humano*. (11.^{ma} ed.). Mc Graw-Hill. https://www.moodle.utecv.esiaz.ipn.mx/pluginfile.php/29205/mod_resource/content/1/libro-desarrollo-humano-papalia.pdf
- Parada, D. y García, C. (2017) Adolescent fathers and mothers in the parenting exercise. *Revista Ciencia y Cuidado*, 14(2), 113-129. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1132/1124>
- Pérez, B. G., & Lugo, A. M. (2021). Diagnóstico nacional sobre el embarazo adolescente. Universidad Nacional Autónoma de México y Escuela Nacional de Trabajo Social. <http://www.trabajosocial.unam.mx/enfadea/publicacion/DIAGNOSTICO%20NACIONAL%20EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf>
- Pineda, P. S., & Aliño, S. M. (2002). El concepto de adolescencia. En F. Cruz, S. Pineda, N. Martínez, & M. Aliño (eds.), *Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la Salud en la Adolescencia*. <https://files.sld.cu/adolescencia/files/2012/03/manual-de-practicas-clinicas-adolescencia.pdf>
- Pinzón, R. Á., Ruiz, S. Á., Aguilera, O. P., & Abril, B. P. (2018). Factores asociados al inicio de vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia. Estudio de corte transversal. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 83(5). https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000500487&script=sci_arttext_plus&tlng=es
- Pizarro, F. (2010). La teoría de la transición demográfica: recursos didácticos. *Enseñanza de las Ciencias Sociales* 9, pp. 129-137. Universitat de Barcelona. <https://www.redalyc.org/pdf/3241/324127609012.pdf>

- Radzik, M., Sherer, S., & Neinstein, L. S. (2008). Psychosocial developemnt in normal adolescents. En L. S. Neinstein, C. M. Gordon, D. K. Katzman, D. S. Rosen, & E. R. Woods (eds.), *Adolescent health care. A practical guide* (5ª ed.). Williams and Wilkins.
- Reyes, D. y González, E. (2014). Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (17). <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2014.17.07.a>
- Rodríguez, B. I., & Tobar, F. (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe –MILENA 1.0. https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/milena_mexico_2020.pdf
- Rodríguez, J. (2012). La reproducción en la adolescencia en América Latina: viejas y nuevas vulnerabilidades. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 3(2), 66-81. <https://biblat.unam.mx/es/revista/realidad-datos-y-espacio-revista-internacional-de-estadistica-y-geografia/articulo/la-reproduccion-en-la-adolescencia-en-america-latina-viejas-y-nuevas-vulnerabilidades>
- Rodríguez, J. (2017). Deseabilidad y planificación de la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias y patrones emergentes. *Notas de Población No.104*. CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/41963>
- Rosas, S. M., Martínez, U. P., Canessa, B. M., Insunza, F. A., & Cayazzo, M. D. (2017). Reembarazo en la adolescencia: Análisis de la población perteneciente a la Red del Hospital Padre Hurtado, entre los años 2005-2015. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(4), 361-372. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000400361>
- Rojas, O. y Castrejón, J. (2020). El inicio de la vida sexual en México. Un análisis de los cambios en el tiempo y las diferencias sociales. *Revista Latinoamericana de Población*, 14(27), 77-114. <https://revistarelap.com/index.php/relap/article/view/263/437>
- Salas, F. (2018). Caracterización de factores implicados en las conductas de riesgo en adolescentes. *ABRA*, 38(56), 1-16. <http://dx.doi.org/10.15359/abra.38-56.3>
- Salazar, C. A., Ríos, C. H., & Reyes, S. J. (2019). Determinantes sociales del embarazo adolescente. *Uno Sapiens Boletín Científico De La Escuela Preparatoria*, (1), 1-4. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa1/article/view/4278>

- Sawyer, S., Afifi, R., Bearinger, L., Blakemore, S., Dick, B., Ezeh, A., & Patton, G. (2012). Adolescence: A foundation for future health. *The Lancet*, 379, 1630-40. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5)
- Schkolnik, S. (2004). La fecundidad en América Latina. *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* CEPAL – Serie Seminarios y conferencias 36. Santiago de Chile: CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6744/S043186_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Secretaría de Salud del Gobierno de México. (2015). Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/ModeloAISSRA/web_ModAtnIntSSRA.pdf
- Sobrino, J. (2011, 16 de agosto). *La urbanización en el México contemporáneo*. Reunión de expertos sobre: “Población territorio y desarrollo sostenible” Santiago. https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/jaime_sobrino.pdf
- Sobrino, J. (2014). Migración interna y tamaño de localidad en México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 29(3), 443-470. <https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/1468>
- Sobrino, J. (2020). Migración interna y urbanización en México. En Consejo Nacional de Población, La situación demográfica de México. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/686624/LSDM2021.pdf>
- Solivan, A. E., Wallace, M. E., Kaplan, K. C., & Harville, E. W. (2015). Use of a resiliency framework to examine pregnancy and birth outcomes among adolescents: A qualitative study. *Fam Syst Health*, 33(4), 349-55. <http://doi:10.1037/fsh0000141>
- Sosa, S. I. (2020). Embarazo y sexualidad adolescente en México: una lectura desde el pánico moral y sexual. *Debate Feminista*, 61. <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2021.61.2233>
- Sosa, S. I., & Menkes, B. C. (2019). Embarazo adolescente en mujeres hablantes de lengua indígena y con pertenencia étnica en México. Un análisis a partir de la Enadid 2014. *Sociológica*, 34(98), 59-84. <http://www.sociologiamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/1557/1443>

- Soto, M. et al. (s.f). Los cambios en el proyecto de vida de la adolescente embarazada. Sociedad Española de Medicina Adolescente. <https://www.adolescenciasema.org/los-cambios-en-el-proyecto-de-vida-de-la-adolescente-embarazada/>
- Stern, C. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública de México. Publicación de: Instituto Nacional de Salud Pública.* <https://www.scielosp.org/article/spm/1997.v39n2/137-143/>
- Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población* 10 (39). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252004000100006
- Stern, C. (2012). El "problema" del embarazo en la adolescencia. Contribuciones a un debate. *El Colegio de México AC.*
- Tuñón, P. E. (2006). Embarazo en adolescentes del sureste de México. *Papeles de población*, 12(48). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252006000200007&script=sci_arttext
- Valdiviezo, V. N. (2014). Anticoncepción en mujeres indígenas jóvenes de Oaxaca, México. Reflexiones desde los derechos humanos. En L. Rodríguez, & J. Sánchez, La población afro descendiente e indígena en América Latina - – puntos de reflexión para el debate sobre Cairo + 20. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/41379243/La_poblacion_afro_descendiente_e_indigena_en_America_Latina-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1651856220&Signature=GjtzJzgTXoWZ-Tgvmk4M9VAm7MewRljxOZUthGur00PqLT~BttaGeBnb3ZVZ7QhYlaK7uga-gI3g6Ma8eKQsLMbssVvtQZ6jMF8K8kI7igCHtuuOGKTyUTE82~dnxJQTsENcR~yx~oFU RRKyRnm2F~ChZVHc89RpPywtDEy9wwHvfYHxsKmp-xvvYi1kc4g6TFhm4TNdFYQLxq30sX4XqBX8VsUc8~fPeXFA24jSJPCeOQhMxSJmuC3JMMMy5SFYGiMmCTvGylmkUshRRpEMJUtbXmBDxmURunZZYD9I3xGOa6zSFeKpUS7lyQWt845T6n6du13bRyVfeOkpHmMztCA_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA#page=195
- Valencia, E., & Bonifaz, A. (2018). Modelo de Regresión Logística Multinomial para medir las preferencias que tienen los clientes en el sector farmacéutico: caso Ambato, Ecuador. *Journal of Pharmacy & Pharmacognosy Research*, 6(4), 318-325. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57075231/jppres18.365_6.4.318_1_-with-cover-page-

[v2.pdf?Expires=1649341595&Signature=ccd8bBfGIdQnDa5sx44vILR6himJ~dcTaDnd2gQ8IfpUroiIMKqL6wLUm~ija8nbhTKFwr79XpSlP4E6ToTNrTu-gpa5NAmY7N-C-oWR4ybCph8RduZ3Zk4fonvkk-VN3Oc~cbYWGfpWPVaVriRHuqaaHFuQQOYjFjaSlag9stu8e3QpsVi71HtWzNRlomkNyNhOqYGxSnB2vzGGRr-9H7bL8NjEt1b3BF6kqsw9zBJ2vGo0HVXfiNjp15PVseqf8BLgpZeNrfmtkEv1uF0G0jeSaxZtCJ1epMDa7pksP1tUjuobP9qKtIEcuJb-gA7YTliu7r5A3lq1q2IM8n9Yg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://www.scielo.org/mx/pdf/spm/v57n2/v57n2a8.pdf?Expires=1649341595&Signature=ccd8bBfGIdQnDa5sx44vILR6himJ~dcTaDnd2gQ8IfpUroiIMKqL6wLUm~ija8nbhTKFwr79XpSlP4E6ToTNrTu-gpa5NAmY7N-C-oWR4ybCph8RduZ3Zk4fonvkk-VN3Oc~cbYWGfpWPVaVriRHuqaaHFuQQOYjFjaSlag9stu8e3QpsVi71HtWzNRlomkNyNhOqYGxSnB2vzGGRr-9H7bL8NjEt1b3BF6kqsw9zBJ2vGo0HVXfiNjp15PVseqf8BLgpZeNrfmtkEv1uF0G0jeSaxZtCJ1epMDa7pksP1tUjuobP9qKtIEcuJb-gA7YTliu7r5A3lq1q2IM8n9Yg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

- Villalobos, H. A., Campero, L., Suárez, L. L., Atienzo, E. E., Estrada, F., & De la Vara, S. E. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública Mex*, 57, 135-143. <http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v57n2/v57n2a8.pdf>
- Villalobos, A., Hubert, C., Hernández, S. M., Salazar, V., Suárez, L. L., Romero; M. M., Ávila, B. L., & Tonatíuh, B. (2019). Maternidad en la adolescencia en localidades menores de 100 000 habitantes en las primeras décadas del milenio. *Salud pública México*, 61(6). <https://doi.org/10.21149/10553>
- Villalobos, A. et, al. (2020). Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. *Salud Pública de México* 62 (6):648-60. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11519>
- Vives, J., & Lartigue de Vives, T. (1991) Vicisitudes de la identidad femenina en la maternidad precoz, Revista de Psicoanálisis, Tomo XLVIII N 4, Julio-Agosto. <https://studylib.es/doc/7493428/vicisitudes-de-la-identidad-femenina-en-la-maternidad-precoz>
- Welti, C. (2000). Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México. *Papeles de población*, 6(26). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252000000400004
- Zavala de Cosío, M. (1992). *La transición demográfica en América Latina y en Europa*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12947/NP56-01_es.pdf?sequence=1
- Zavala, M. (2014). “La transición demográfica de 1895-2010: ¿una transición original?” La transición demográfica en México (1895-2010). Cecilia Rabell. Los mexicanos Un balance del cambio demográfico, Fondo de Cultura Económica, pp.80-114. Sección de Obras de Sociología, 978-607-16-1780-4.



ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Correlación.

	Ámbito de residencia	Nivel de escolaridad	Auto adscripción indígena	Edad al abandono escolar	Edad a la unión	Edad al inicio relaciones sexuales	Uso de anticonceptivos	IMSS- oportunidades
Ámbito de residencia	1							
Nivel de escolaridad	- 0.420	1						
Auto adscripción indígena	0.356	- 0.283	1					
Edad al abandono escolar	- 0.331	0.906	- 0.218	1				
Edad a la unión	- 0.242	0.521	- 0.171	0.517	1			
Edad al inicio relaciones sexuales	- 0.051	0.428	- 0.041	0.483	0.625	1		
Uso de anticonceptivos	0.168	0.004	0.066	0.029	0.338	0.428	1	
IMSS-oportunidades	0.287	- 0.196	0.291	- 0.199	- 0.119	- 0.086	0.06	1