



Entreciencias:
Diálogos en la Sociedad
del Conocimiento

Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento

Año 8, Número 22, Artículo 14: 1-17. Enero - Diciembre 2020
e-ISSN: 2007-8064

<http://revistas.unam.mx/index.php/entreciencias>



Desventaja social y utilización de servicios de salud para recibir atención prenatal en niñas y adolescentes de barrios pobres de Chiapas

Social disadvantage and use of health services to receive prenatal care in girls and adolescents from poor neighborhoods in Chiapas

DOI: 10.22201/enesl.20078064e.2020.22.75589
e22.75589

Annette Elisabeth Hartmann^{a*}

<http://orcid.org/0000-0002-5798-6929>

Dominga Austreberta Nazar-Beutelspacher^{b*}

<http://orcid.org/0000-0002-7684-5435>

Ernesto Benito Salvatierra-Izabá^{d*}

<http://orcid.org/0000-0001-5950-7840>

Fecha de recepción: 19 de abril de 2020.

Fecha de aceptación: 27 de julio de 2020.

Fecha de publicación: 14 agosto de 2020.

^aAutor de correspondencia

bsalvati@ecosur.mx

*El Colegio de la Frontera Sur

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación.
CC-BY-NC-ND



RESUMEN

Objetivo: analizar la relación entre desventaja social, individual y de pareja en niñas y adolescentes embarazadas, indígenas y no indígenas, con la no utilización de servicios de salud para recibir atención prenatal.

Diseño metodológico: enfoque mixto, con análisis cuantitativo y cualitativo de casos, por grupos de edad de niñas y adolescentes embarazadas, indígenas y no indígenas.

Resultados: identificación de variables de desventaja social, individual y de pareja relacionadas con la no atención prenatal en niñas y adolescentes indígenas y no indígenas, en un contexto urbano con acceso geográfico y económico a servicios de salud.

Limitaciones de la investigación: el estudio se enfoca en casos de embarazos ocurridos en niñas y adolescentes, indígenas y no indígenas, identificados retrospectivamente.

Hallazgos: se documenta la relación entre las variables de condición de desventaja social de las niñas y adolescentes y la no utilización de los servicios de salud para recibir atención prenatal. Se reportan diferencias en la condición de desventaja social por adscripción étnica y edad de las embarazadas. Los resultados contribuyen a la comprensión de las condiciones sociales de riesgo durante el embarazo en niñas y adolescentes, indígenas y no indígenas.

Palabras clave: embarazo en niñas y adolescentes, control prenatal, etnia, Chiapas.

ABSTRACT

Purpose: To analyze the relationship between social, individual and couple disadvantage in pregnant indigenous and non-indigenous girls and adolescents with the non-use of health services to receive prenatal care.

Methodological design: This study was conducted through a mixed approach with the quantitative and qualitative analysis of cases by age groups of girls and pregnant adolescents, indigenous and non-indigenous.

Results: Variables of social, individual and couple disadvantages related to prenatal care in indigenous and non-indigenous girls and adolescents in an urban context with geographic and economic access to health services were identified.

Research limitations: The study focuses on cases of pregnancies of indigenous and non-indigenous girls and adolescents identified retrospectively.

Findings: The relationship between the variables of social disadvantages of pregnant girls and adolescents and the non-use of health services to receive prenatal care is documented. Differences are reported in the condition of social disadvantages by ethnic affiliation and the age of pregnant women. The results contribute to the understanding of the social conditions of risk during pregnancy in girls and adolescents, indigenous and non-indigenous.

Keywords: adolescent and child pregnancy, prenatal control, ethnic group, Chiapas.

INTRODUCCIÓN

El tema del embarazo precoz a nivel mundial es relevante, cálculos oficiales señalan que en el mundo existen alrededor de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años, y 2 millones de menores de 15 años que cada año se convierten en madres. La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada mil adolescentes, mientras que en América Latina y el Caribe la tasa estimada es de 66.5 nacimientos por cada mil, ocupando el segundo lugar mundial de embarazo adolescente, detrás de África subsahariana y una tendencia creciente de embarazos en menores de 15 años (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA, por sus siglas en inglés], 2015).

En la región latinoamericana, México es uno de los países que en los últimos años ha presentado altas tasas de fecundidad adolescente (“América Latina”, 2018; OPS, UNFPA y Unicef, 2018). La magnitud y dinámica del embarazo adolescente¹ combinado con el análisis sanitario y social ha conllevado a la concepción del embarazo adolescente como un problema de salud pública que presenta importantes diferenciaciones y características al interior del país.

Las complicaciones del embarazo adolescente se relacionan con la inmadurez física, el diagnóstico tardío del embarazo (desconocimiento u ocultamiento del embarazo), el comienzo tardío del cuidado prenatal, número menor de controles prenatales, menos recursos materiales y cognitivos para acceder al aborto seguro, y las barreras de acceso al aborto legal (Zamberlin, 2011), destacándose la importancia de la atención prenatal para identificar condiciones de riesgo para evitar complicaciones o atenderlas oportunamente (Magadi, 2006). No obstante, en embarazadas adolescentes o en adultas en condición de desventaja social, se ha descrito como insuficiente o inexistente, lo que incrementa la probabilidad de tener complicaciones durante el embarazo (Singh, Darroch y Frost, 2001; World Health Organization [WHO], 2007).

Por otra parte, han sido identificadas algunas condiciones sociales que limitan a las embarazadas el acceso oportuno y adecuado a la atención prenatal, entre ellas los embarazos no planeados o no deseados, es-

pecialmente en adolescentes en las que el embarazo es rechazado socialmente, o por ellas mismas (Rahman *et al.*, 2016) o por su pareja (Joyce y Grossman, 1990; Kost, Landry y Darroch, 1998; Magadi, Madise y Rodrigues, 2000). También han sido documentados elementos como la vergüenza, no saber a dónde acudir, o los costos de los servicios. Estas realidades se agravan cuando el embarazo es producto de abuso sexual, en el que también puede existir ocultamiento (Poffald *et al.*, 2013). Este último elemento ha sido especialmente vinculado al embarazo en menores de 15 años y, en México, existe por norma oficial la indicación de realizar búsqueda intencionada de violencia sexual, familiar o de género, en embarazadas de este grupo de edad (Secretaría de Salud, 2016).

Aunque se ha privilegiado el estudio de las barreras para el uso de servicios de salud durante el embarazo a partir de las características individuales de la madre como el nivel de escolaridad, el lugar de residencia (rural/urbano) (Shahabuddin *et al.*, 2015; WHO y Unicef, 2003), la religión y la paridad (Magadi, 2006), también se ha reconocido el papel de la familia y el de la pareja en el uso o no de los servicios de atención prenatal (Story y Burgard, 2012; Bhandari *et al.*, 2017; WHO, 2007), o el no tener una unión establecida mediante el matrimonio (Bankole y Singh, 1998).

En los últimos años han sido publicados trabajos comparativos entre adolescentes y adultas en los que se reporta que las adolescentes registran mayores dificultades para utilizar los servicios de salud para recibir atención prenatal, especialmente aquellas que no cuentan con apoyo social, tienen baja escolaridad o no tienen ingresos (Gashaw, Schei y Magnus, 2018). Otros estudios confirman la mayor vulnerabilidad familiar y social, así como los reportes de violencia íntima de pareja (por parte del varón o recíproca de ambos integrantes de la pareja) que constituyen barreras para utilizar los servicios de salud para la atención prenatal en adolescentes (Magadi, Agwanda y Obare, 2007; Díaz y Chávez, 2015; Atienzo *et al.*, 2016; Lewis *et al.*, 2017). Tanto Bhandari *et al.* (2017) como Allendorf (2010) concluyen, que la capacidad de decisión de las mujeres (agencia) en el uso o no de servicios de salud para la atención prenatal está mediada por la calidad de las relaciones familiares y de la pareja, afirmación que podría ser aún más importante en niñas y

¹ Según la Organización Mundial de Salud (OMS, 1986), la adolescencia es “el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez” (García, 2012). En términos operativos y legales, se define como adolescente a todo ser humano mayor de 12 años y menor de 18 años cumplidos (Castillejos, 2011).

adolescentes embarazadas, quienes se encuentran bajo mayores riesgos sociales por la vulnerabilidad, indefensión y dependencia, asociadas con su edad (Finkelhor y Dziuba-Leatherman, 1994).

El análisis de la relación entre la desventaja social de las niñas y adolescentes embarazadas y el uso de servicios de salud para recibir atención prenatal es relevante no solamente porque las niñas y adolescentes tienen mayor riesgo de mortalidad materna y perinatal, sino porque el número de nacimientos de madres adolescentes de 15 a 19 años es aún muy elevado, y porque en las niñas y adolescentes de 10 a 14 años, entre 1990 y 2016, se ha incrementado el número de nacimientos, particularmente en Chiapas (entidad donde se realizó esta investigación), Veracruz, Guerrero y Puebla (Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes [ENAPEA], 2018).

Este estudio fue realizado en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. Es una de las ciudades más pobladas del estado de Chiapas, que se compone por una alta proporción de población indígena.² El propósito fue analizar algunas características de desventaja social, individual y de pareja de las embarazadas, según grupos de edad y etnia, que podrían explicar el no uso de servicios de salud para recibir atención prenatal,³ con especial atención a las niñas y adolescentes de 12 a 14 años y adolescentes de 15 a 17 años.⁴ Se trata de un estudio comparativo por grupos de edad en los que ocurrió el primer embarazo. Se enfatiza en las circunstancias en que ocurre el embarazo (deseado o aceptado o no), variables individuales de la embarazada como la etnia, escolaridad, derechohabiencia, así como variables de la pareja como la edad (disparidad de edad entre el padre y

la madre), su condición de unión y el tipo de residencia (neolocal, patrilocal o matrilocal).

Lo anterior, en un contexto en el que, en cada una de las dos colonias seleccionadas, existe, respectivamente, un Centro de Salud con Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) ambulatorios, que ofrece servicios gratuitos a todas las embarazadas, disminuyendo las barreras económicas y geográficas de acceso a los servicios de salud. Bajo esas circunstancias, el no uso de servicios de salud para recibir atención prenatal es atribuida a barreras asociadas a la desventaja social, individual o de pareja de las embarazadas.

En la primera parte se describen algunas de las variables individuales de las embarazadas que, con base en la literatura sobre atención prenatal en adolescentes, constituyen barreras importantes para el uso de servicios de salud para recibir atención prenatal. En la segunda, se presentan variables relacionadas con la pareja, la condición de unión y el tipo de residencia por grupos de edad de las embarazadas para identificar condiciones específicas de desventaja social por etnia, edad de la pareja y tipo de residencia. Posteriormente, se analiza la relación entre estas condiciones con el uso o no de servicios de salud para recibir atención prenatal, así como el resultado del embarazo. Se discuten las condiciones de desventaja social por grupos de edad de las embarazadas, identificando aspectos sociales de riesgo para la salud materna y perinatal, con énfasis en las niñas y adolescentes menores de 15 años y de 15 a 17 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un diseño de estudio de casos. Esta aproximación metodológica en ciencias sociales puede tener un carácter descriptivo y explicativo (Martínez, 2006). La mayor fortaleza de este diseño es que mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, aportando más información que la que podría ser obtenida exclusivamente por métodos cuantitativos (encuesta) o solo por entrevistas, ya que permite contextualizar el significado de las variables indagadas (Martínez, 2006). También posibilita obtener los datos de distintas fuentes tanto cualitativas como cuantitativas, y es especialmente útil para describir y construir relaciones, así como para identificar aspectos

² De acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda, la ciudad de San Cristóbal de las Casas es la tercera ciudad más poblada de Chiapas, con 209 591 habitantes; 45.45 % habla alguna lengua indígena (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [Inegi], 2015). En este estudio se consideró indígenas a las personas que hablan, entienden o tienen padres o abuelos que hablan alguna lengua indígena (HLI).

³ Se utiliza la definición de atención prenatal descrita en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Publicada el 7 de abril de 2016. Numeral 3. Definiciones apartado 3.4 p.13, que a la letra dice “[...] a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida.”

⁴ Este estudio, se enmarca en la interseccionalidad de múltiples desigualdades de las niñas y adolescentes en su relación con el uso de servicios de salud para recibir atención prenatal médica, analizando condiciones particulares de desventaja social, individual o de pareja en su dimensión microsociedad; no se utiliza el concepto de manera explícita debido a las múltiples interpretaciones y líneas de debate que existen sobre el mismo, al que se ha considerado en construcción (Viveros, 2016).

de la realidad sobre los que se requiere realizar estudios de mayor profundidad (Vissak, 2010).

El acopio de información fue realizado mediante una encuesta aplicada a hogares (cuestionario familiar), y entrevistas semiestructuradas a las mujeres identificadas e incluidas en el estudio. De manera complementaria se hizo observación y fueron obtenidos datos de los centros de salud sobre la atención prenatal de niñas y adolescentes. La población de estudio corresponde a dos barrios seleccionados de la ciudad de San Cristóbal de las Casas: El Santuario (región poniente, con 700 hogares) y La Garita (región oriente, con 430 hogares). De los 130 hogares visitados en las dos colonias por encuesta rápida, aplicada por la técnica de barrido completo (casa por casa), fueron identificadas 13 mujeres que reportaron que su primer embarazo ocurrió entre los 12 y 14 años (7 indígenas y 6 no indígenas); 25 mujeres que estuvieron embarazadas entre los 15 y 17 años (6 indígenas y 19 no indígenas); y 26 mujeres que reportaron que su primer embarazo ocurrió cuando ellas tenían entre 18 y 22 años (3 indígenas y 23 no indígenas), para un total de 64 mujeres incluidas en el estudio (16 indígenas y 48 no indígenas).

A las mujeres identificadas de la población de estudio de las dos colonias se les aplicó, previo consentimiento informado, una encuesta familiar y, posteriormente, una entrevista semiestructurada. La encuesta familiar posibilitó el acopio de información tipo encuesta sobre la composición familiar, información socioeconómica (escolaridad, religión, lengua materna) y de atención a la salud. Las entrevistas semiestructuradas, tuvieron su base en una guía de preguntas estructuradas en bloques de temas que presentan una secuencia temporal alrededor del primer embarazo, enfatizando en las circunstancias y condiciones en las que ocurrió. Por ser todas las entrevistadas mayores de edad en el momento de la entrevista, no se registraron problemas éticos relacionados con la edad de las mujeres (necesidad de aplicar cuestionario o entrevistas a menores de 18 años). Adicionalmente, se contó con la aprobación del comité de ética de la institución de adscripción de los autores, así como el consentimiento verbal de los dos Centros de Salud, de las autoridades locales de cada uno de los barrios y de las personas entrevistadas. La información obtenida fue voluntaria mediante consentimiento informado verbal y escrito (firmado), en el que se garantizó a las mu-

jes la confidencialidad de la información obtenida. Se utilizaron seudónimos para el análisis de la información y no se mencionó la colonia de residencia para evitar la posible identificación de las entrevistadas.

Las entrevistas se llevaron a cabo en un espacio cómodo, en el que se garantizó la privacidad durante la entrevista, en el tiempo y la forma acordada con la entrevistada. Posteriormente fueron transcritas para identificar y profundizar en las condiciones en las que ocurrió y vivieron el embarazo, incluida la violencia física durante el mismo (por la pareja, padre biológico), el deseo o no del embarazo por la madre y por el padre biológico, apoyos recibidos o no durante el embarazo, tipo de residencia, la utilización o no de los servicios de salud para recibir atención prenatal, así como las características de esa utilización, el trato recibido por el personal de salud y el resultado del embarazo: nacido vivo, aborto, muerte perinatal. En total fueron realizadas 64 encuestas familiares a mujeres de entre 18 y 22 años, y entrevistas semiestructuradas a quienes registraron haber tenido su primer embarazo entre los 12 y 22 años. Con base en la edad a la que ocurrió el primer embarazo fueron clasificadas en tres grupos: niñas y adolescentes de 12 a 14 años, adolescentes de 15 a 17 años, y adultas jóvenes de 18 a 22 años. Esta clasificación incluye el grupo de niñas y adolescentes de 10 a 14 años utilizados por la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA, 2018);⁵ el grupo de edad de 15 a 17 incluye a adolescentes que en el momento del primer embarazo no habían alcanzado la mayoría de edad (18 años), considerándose adultas a las mujeres de 18 y más años.

Los datos obtenidos por encuestas y entrevistas a las mujeres fueron concentrados en una base de datos en Excel para describir con el mayor detalle posible algunas de las variables individuales, así como las relacionadas con la pareja, la condición de unión y el tipo de residencia por grupos de edad de las embarazadas para identificar condiciones específicas de desventaja social por etnia, edad de la pareja y tipo de residencia de desventaja social de las embarazadas que, con base en la literatura sobre atención prenatal en adolescentes, constituyen barreras importantes para el uso de servicios de salud para recibir atención prenatal. Se buscaba con ello

⁵ En este estudio no fueron reportados embarazos en menores de 12 años, por lo que el grupo de edad lo conforman niñas y adolescentes de 12 a 14 años.

identificar rasgos o patrones individuales y sociales de las mujeres según la edad de ocurrencia del embarazo y la utilización o no de los servicios de salud para recibir atención prenatal, estableciendo tres grupos de edad de interés: ocurrencia del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años, adolescentes de 15 a 17 años y, como grupo de comparación, adultas jóvenes quienes reportaron haber tenido su primer embarazo entre 18 y 22 años.

En la primera y segunda parte del análisis fueron utilizados estadísticos descriptivos (proporciones), pruebas de Bondad de Ajuste (Chi cuadrada de máxima verosimilitud) y la prueba de t de Student para analizar las diferencias entre las variables individuales, de desventaja social y de pareja para cada uno de los grupos de edad de las mujeres embarazadas; en todos los casos, además de los estadísticos previos, se estimó el nivel de significancia o valor de error tipo uno o valor *p* (Zar, 2010). Estos resultados fueron descritos en las múltiples relaciones entre las variables de interés para caracterizar a las mujeres cuyo primer embarazo ocurrió en alguno de los tres grupos de edad establecidos, con énfasis en las niñas y adolescentes que se embarazaron entre los 12 y 14 años, y sobre los que existe escasa información; y que a la vez permitieran identificar algunos de los rasgos relacionados con su condición individual y social para explicar el no uso de servicios de salud para recibir atención prenatal o el inicio tardío de la misma.

Finalmente, fueron descritos los casos en los que se registraron muertes perinatales ($n=4$) y abortos ($n=2$), con base en las variables individuales y de desventaja social y de pareja de las embarazadas, indígenas y no indígenas por edad, enfatizando la importancia de estas en la atención prenatal y en el resultado del embarazo.

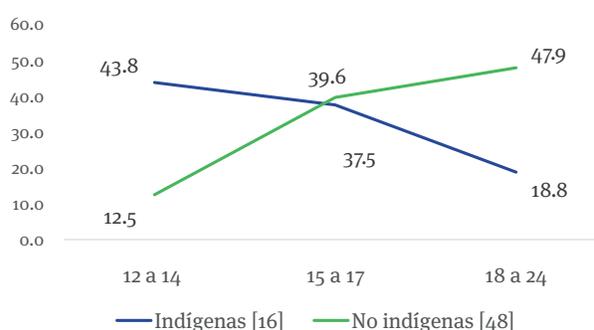
RESULTADOS

Variables individuales de las embarazadas

De los 1 130 hogares visitados casa por casa en las dos colonias seleccionadas, fueron identificadas un total de 64 mujeres que dijeron haber tenido su primer embarazo o estar embarazadas por primera vez, entre los 12 y 22 años; de ellas 25% dijo hablar alguna lengua indígena. Con base en la edad a la que ocurrió el primer embarazo fueron clasificadas en tres grupos: niñas y adolescentes

de 12 a 14 años, adolescentes de 15 a 17 años, y adultas jóvenes de 18 a 22 años. Como puede observarse en la figura 1, las mujeres indígenas registran una mayor tasa de embarazos en el grupo de niñas (43.8%), mientras que las no indígenas registran el porcentaje más elevado de embarazos en el grupo de adultas jóvenes (47.9%). Entre las adolescentes indígenas (37.5%) y no indígenas (39.6%) hubo diferencia marginal en su primer embarazo. La media de edad en la que ocurrió el primer embarazo en la muestra de mujeres indígenas fue de 15.2 (rango 12 a 19 años), mientras que en las no indígenas fue de 17.0 (rango de 13 a 22).⁶

Figura 1. Edad a la que ocurrió el primer embarazo por etnia



$\chi^2_{MV}=7.88$; 2 grados de libertad; $p=0.019$

Fuente: elaboración propia.

Algunas variables registraron una distribución significativamente diferente por grupos de edad, destacando que, aunque un elevado porcentaje de mujeres dijeron saber leer y escribir, el mayor porcentaje que dijeron no saber leer ni escribir se concentra en el grupo de 12 a 14 años (14.0%), sin diferencias por etnia (14.3% indígenas y 16.7% no indígenas). Un alto porcentaje de las mujeres de los tres grupos de edad se encontraba estudiando cuando ocurrió el embarazo (90.6%); en las menores de 18 años 16.0% no estaba estudiando y tampoco había asistido alguna vez a la escuela (tabla 1). La cifra de niñas y adolescentes que no estaban estudiando cuando se embarazaron fue mayor en las indígenas; no obstante, el nivel promedio de escolaridad alcanzado por indígenas

⁶ En México, en promedio, la edad media de la primera unión es de 18.8 años y de 19.5 años la edad al nacimiento del primer hijo(a) (ENAPEA, 2018).

fue mayor al de las no indígenas⁷ (tabla 1).

De las 64 mujeres, solamente dos reportaron tener acceso a la seguridad social (ISSSTE), se trata de mujeres adultas jóvenes, no indígenas, con empleos formales; el resto reportó tener solo acceso a los servicios de la Secretaría de Salud. Como se mencionó al inicio de este trabajo, todas las mujeres seleccionadas provienen de dos colonias que cuentan con servicios de salud gratuitos de CONE ambulatorio; es decir, cuentan con acceso geográfico y económico a estos servicios de salud pública.

Respecto a la aceptación del embarazo por las mujeres, no se observaron diferencias por grupos de edad; destaca, en todos los grupos de edad que más del 40.0% no quería embarazarse. En general, el deseo/aceptación del embarazo fue menor en las mujeres indígenas que en las no indígenas (tabla 1). Llama la atención la diferencia observada por etnia entre las mujeres que se embarazaron entre 12 y 14 años: las no indígenas registraron el porcentaje más alto de aceptación/deseo del embarazo (83.3%); mientras que en las indígenas de ese mismo grupo de edad solamente deseaba/aceptó el embarazo 28.6% de ellas⁸ (tabla 1). Esa diferencia por etnia en los embarazos muy tempranos requiere de la comprensión del deseo/aceptación del embarazo por las niñas y adolescentes no indígenas; a la vez que cuestiona el estereotipo que identifica a la maternidad temprana deseada con las mujeres indígenas. Un elemento adicional, es que ninguna de las mujeres de 12 a 14 años (indígenas y no indígenas) dijo utilizar métodos anticonceptivos antes del primer embarazo, lo que podría estar explicado por su menor capacidad de decisión y negociación con la pareja, aunque, como fue mencionado previamente, un alto porcentaje de las no indígenas deseaba el embarazo. Otro elemento potencialmente explicativo del no uso de métodos anticonceptivos entre niñas y adolescentes de 12 a 14 años, podría ser la inadecuada atención de este grupo de edad en los centros de salud de su colonia, mediada también por lineamientos oficiales, vinculados a estereotipos, que no incluyen de manera explícita a

las niñas y adolescentes menores de 15 años como sujetas de atención de los programas de planificación familiar,⁹ aun cuando tuvieran acceso geográfico y económico a los mismos, como en el caso de este estudio.

Tabla 1. Variables individuales de las embarazadas por grupos de edad

	12 a 14 años n=13 (%)	15 a 17 años n=25 (%)	18 a 24 años n=26 (%)	Total 64 (%)
Habla lengua indígena (sí/no)*	7 (53.8)	6 (24.0)	3 (11.5)	16 (25.0)
Sabe leer y escribir (sí/no)	11 (84.6)	23 (92.0)**	26 (100.0)	60 (93.8)**
Indígenas (sí/no)	6 (85.7)	4 (66.7)	3 (100.0)	13 (81.3)
No indígenas (sí/no)	5 (83.3)	19 (100.0)	23 (100.0)	47 (97.9)
Estaba estudiando cuando se embarazó (sí/no)*	11 (84.6)	21 (84.0)	26 (100.0)	58 (90.6)
Indígenas (sí/no)	5 (71.4)	4 (66.7)	3 (100.0)	12 (75.0)
No indígenas (sí/no)	6 (100.0)	17 (89.5)	23 (100.0)	46 (95.8)
Promedio y rango de años de estudio	5.38 (0 a 9)	6.96 (0 a 11)	10.53 (3 a 16)	8.09 (0 a 16)
Indígenas	6.67 (3 a 9)	7.47 (0 a 11)	10.91 (3 a 16)	9.02 (0 a 16)
No indígenas	4.29 (0 a 8)	5.33 (0 a 9)	7.67 (6 a 9)	5.31 (0 a 9)
Derechohabiente				
SSA [£]	13 (100.0)	25 (100.0)	24 (92.3)	62 (96.9)
ISSSTE	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (7.7)	2 (3.1)
La madre deseaba el embarazo (sí/no)	7 (53.8)	14 (56.0)	14 (54.0)	35 (55.6)
Indígenas (sí/no)***	2 (28.6)	3 (50.0)	0 (0.0)	5 (33.3)
No indígenas (sí/no)***	5 (83.3)	11 (57.9)	14 (60.9)	30 (62.5)
Uso de métodos anticonceptivos antes del primer embarazo (sí/no)	0 (0.0)	12 (48.0)	8 (33.3)	20 (32.3)
Indígenas (sí/no)	0 (0.0)	4 (66.7)	1 (33.3)	5 (33.3)
No indígenas (sí/no)	0 (0.0)	8 (42.1)	7 (33.3)	15 (32.6)

*p<0.05 respecto a la comparación por grupos de edad

**p<0.05 respecto a la comparación por etnia en los grupos de edad señalados

***p<0.05 respecto a la comparación por etnia

£ Incluye sin seguridad social y Seguro Popular

Fuente: elaboración propia.

En las adolescentes de 15 a 17 años se documentó mayor porcentaje de utilización de métodos anticonceptivos previo al embarazo (48.0%), siendo mayor entre las indígenas (66.7%) que en las no indígenas (42.1%), lo que coincide con el menor deseo de embarazo en las mujeres indígenas adolescentes (tabla 2). El mismo patrón de mayor deseo de embarazo en las no indígenas se observó en las adultas jóvenes: ninguna de las jóvenes indígenas deseaba el embarazo, mientras que más de 60.0% de las no indígenas deseaba/aceptó el embarazo (tabla 2). Como se mostrará enseguida, la violencia física ejercida por la pareja contra las embarazadas indígenas podría explicar la mayor frecuencia de no deseo/aceptación del

⁷ Una posible explicación a la mayor escolaridad promedio alcanzada por las mujeres indígenas incluidas en el estudio es que la población indígena que ha migrado a la ciudad de San Cristóbal de las Casas tiene en su mayoría el objetivo de continuar sus estudios en esta ciudad, lo que constituye su mayor motivación para migrar.

⁸ Ninguna de las entrevistadas que se embarazó antes de cumplir 15 años reportó en las entrevistas en profundidad que el embarazo fue producto de abuso sexual, lo que no lo excluye, particularmente en las mujeres indígenas quienes, en un elevado porcentaje, dijeron no desear el embarazo y tampoco utilizaron métodos anticonceptivos.

⁹ La Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993 (Secretaría de Salud, 1994), no hace mención a un grupo específico de edad al indicar persona en edad reproductiva, lo que da como resultado que, en la operación del programa, se tome de manera general como sujetas de atención a las mujeres de 15 a 49 años, grupo de edad históricamente considerado dentro del grupo en "edad reproductiva". El reconocimiento en documentos oficiales de la ocurrencia de embarazos en niñas de hasta 10 años es relativamente reciente y no es explícito en el programa de planificación familiar.

embarazo, mayor en las jóvenes con adscripción étnica.

Variables de la pareja y lugar de residencia (desventaja social)

Una variable que destaca en este estudio es la condición de unión en el primer embarazo. Como puede verse en la tabla 2, solamente 10.9% de las mujeres se encontraba casada durante el primer embarazo, con el mayor porcentaje en las adultas jóvenes con 19.2%. Entre las niñas de 12 a 14 años, ninguna se encontraba casada y entre las adolescentes de 15 a 17 años, solamente 8.0%. En su mayoría se trata de uniones libres, separaciones o uniones inestables¹⁰ que ocurren con mayor frecuencia en las niñas y en las adolescentes; son condiciones que incrementan la vulnerabilidad social de las embarazadas, ya que se ha reportado que este tipo de uniones se acompaña con mayor frecuencia de violencia íntima de pareja, abandono e indefensión (Magadi, Agwanda y Obare, 2007; Díaz y Chávez, 2015; Atienzo *et al.*, 2016). En la tabla 2 puede verse que, aunque en un pequeño porcentaje, la frecuencia de mujeres casadas fue mayor en las no indígenas (12.5%) que en las indígenas (6.3%). En este estudio, la condición de unión fue considerada como una expresión de relaciones de desventaja social, debido a que, como se mostrará enseguida, se encuentra vinculada con la edad de las mujeres y la de su pareja, su adscripción étnica, y la probabilidad de violencia física por su pareja.

La mayor frecuencia de violencia física durante el embarazo ocurrió entre las embarazadas de 15 a 17 años (36.0%) (tabla 2); todas en unión libre, separadas o en uniones inestables, registradas con mayor frecuencia entre indígenas (66.7%; 4 de 6) que en no indígenas (26.3%; 5 de 19). En las embarazadas de 12 a 14 años, la frecuencia de agresión física por su pareja fue de 15.4%, todas indígenas (2 de 13, menores de 15 años); mientras que entre las mujeres que tuvieron su primer embarazo entre los 18 y 22 años, solamente una reportó violencia física por su pareja (4.0%) (tabla 2), correspondiendo a una mujer indígena casada. Así, se aprecia que la mayor frecuencia de violencia física durante el primer embarazo se concentra en las mujeres indígenas, menores de

18 años y que se encuentran en condición de uniones inestables, separadas o en unión libre.

Otra variable de interés fue el lugar de residencia durante el primer embarazo. Esta variable ha sido poco estudiada respecto a la atención prenatal de las adolescentes, aunque sí ha sido considerado el apoyo familiar como un facilitador para que acudan a los servicios de salud durante el embarazo (Allendorf, 2010; Bhandari *et al.*, 2017). Los resultados de este estudio muestran que 43.8% de las embarazadas vivieron con sus padres durante el primer embarazo (residencia matrilocal). Este tipo de residencia fue reportada con mayor frecuencia por las niñas y adolescentes de 12 a 14 años (53.8%) respecto a las de 15 a 17 (36.0%), y a las adultas jóvenes (42.6%); tanto en indígenas (57.1%) como en no indígenas (50.0%). En las adolescentes indígenas de 15 a 17 años la frecuencia de residencia matrilocal durante el embarazo (16.7%) fue relativamente baja, mientras que en las no indígenas se registró una frecuencia relativamente elevada (42.1%); lo que significa que las indígenas embarazadas de este grupo de edad, tienen en su mayoría, una residencia neolocal/patrilocal¹¹ (83.3%) lo que podría asociarse a mayor frecuencia de violencia física por su pareja y a un menor uso de servicios de salud durante el embarazo (tabla 2).

El deseo/aceptación del embarazo podría estar relacionada con la edad del padre biológico, por lo que se desagrega la edad del padre biológico según la edad de la madre en el primer embarazo. Destaca que el padre biológico del embarazo en niñas y adolescentes de 12 a 14 años, en un 42.2% fue un adolescente de 13 a 17 años (42.9% en indígenas y 50.0 en no indígenas [figura 1]). Es decir, que casi la mitad de los embarazos en niñas ocurren con un padre biológico también adolescente, lo que podría influir en la aceptación del embarazo y en el uso de servicios de salud durante el mismo, a la vez que establece una condición social de relación distinta a la que podría ocurrir entre menores de 15 años y hombres de mayor edad.

¹⁰ Las uniones inestables se refieren a aquellas parejas que se unieron y separaron más de una vez durante el primer embarazo, mientras que las uniones libres se refieren a aquellas uniones no formales que se mantuvieron al menos durante el primer embarazo.

¹¹ Algunas entrevistadas dijeron vivir con su pareja en cuartos o casas separadas, aunque junto o muy cerca de la vivienda de los padres. En esta ciudad, la casa de los padres tiende a ser subdividida entre los hijos e hijas cuando se unen, o bien, le construyen una vivienda mínima próxima a su casa o en el patio de esta, de tal manera que la independencia de la nueva pareja es relativa.

Tabla 2. Variables de la pareja y lugar de residencia por grupos de edad de las embarazadas

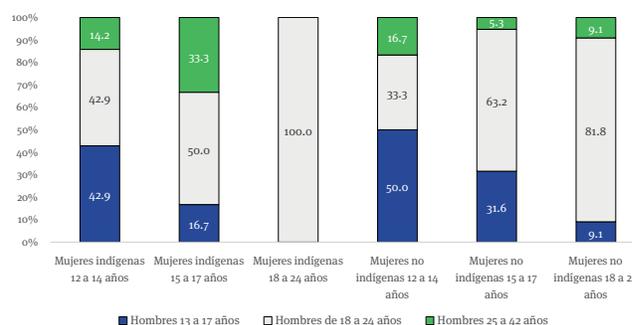
	12 a 14 años n (%)	15 a 17 años n (%)	18 a 24 años n (%)	Total n (%)
Condición de unión en el primer embarazo				
<i>Indígenas</i>				
Casadas	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	1 (6.3)
Unión libre/separadas/uniones inestables	7 (100.0)	6 (100.0)	2 (66.7)	15 (93.8)
<i>No indígenas</i>				
Casadas	0 (0.0)	2 (10.5)	4 (17.4)	6 (12.5)
Unión libre/separadas/uniones inestables	6 (100.0)	17 (89.5)	19 (82.6)	42 (87.5)
Total (indígenas y no indígenas)				
Casadas	0 (0.0)	2 (8.0)	5 (19.2)	7 (10.9)
Unión libre/separadas/uniones inestables	13 (100.0)	23 (92.0)	21 (80.8)	57 (89.1)
Tipo de residencia durante el primer embarazo				
<i>Indígenas</i>				
Padres de ella (matrilocal)	4 (57.1)	1 (16.7)	1 (33.3)	6 (37.5)
Con su pareja (neolocal/patrilocal)	3 (42.9)	5 (83.3)	2 (66.7)	10 (62.5)
Sola	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
<i>No indígenas</i>				
Padres de ella (matrilocal)	3 (50.0)	8 (42.1)	11 (47.8)	22 (45.8)
Con su pareja (neolocal/patrilocal)	3 (50.0)	11 (57.9)	10 (43.5)	24 (50.0)
Sola	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (8.7)	2 (4.2)
Total (indígenas y no indígenas)				
Padres de ella (matrilocal)	7 (53.8)	9 (36.0)	12 (46.2)	28 (43.8)
Con su pareja (neolocal/patrilocal)	6 (46.2)	16 (64.0)	12 (46.2)	34 (53.1)
Sola	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (7.7)	2 (3.1)
Edad de la pareja (años cumplidos)				
<i>Indígenas</i>				
13 a 17	3 (42.9)	1 (16.7)	0 (0.0)	4 (25.0)
18 a 24	3 (42.9)	3 (50.0)	3 (100.0)	9 (56.3)
25 a 42	1 (14.3)	2 (33.3)	0 (0.0)	3 (18.8)
<i>No indígenas</i>				
13 a 17	3 (50.0)	6 (31.6)	2 (9.1)	11 (23.4)
18 a 24	2 (33.3)	12 (63.2)	18 (81.8)	32 (68.1)
25 a 42	1 (16.7)	1 (5.3)	2 (9.1)	4 (8.5)
Total (indígenas y no indígenas)				
13 a 17	6 (46.2)	7 (28.0)	2 (8.0)	15 (23.8)
18 a 24	5 (38.5)	15 (60.0)	21 (84.0)	41 (65.1)
25 a 42	2 (15.4)	3 (12.0)	2 (8.0)	7 (11.1)
El padre biológico deseaba el embarazo (sí/no)				
<i>Indígenas (sí/no)</i>				
Indígenas (sí/no)	1 (20.0)	2 (100.0)	1 (100.0)	4 (50.0)
No indígenas (sí/no)	4 (100.0)	13 (86.7)	17 (85.0)	34 (87.2)

Fuente: elaboración propia.

Los padres biológicos de mayor edad (25 a 42 años) fueron más frecuentes en las indígenas (18.8%), todas menores de 18 años; mientras que en las no indígenas la frecuencia fue menor (8.5%) y se registró en todos los grupos de edad de las embarazadas (tabla 2, figura 2).

Por grupos de edad de las embarazadas, en 15.4% de los embarazos de niñas de 12 a 14 años el padre biológico tenía entre 25 y 42 años, con cifras similares en indígenas y no indígenas (tabla 3, figura 1). La mayor frecuencia de embarazos cuyo padre biológico fue mayor de 25 años se registró en las indígenas de 15 a 17 años (33.3%), lo que contrasta con el 5.3% de las no indígenas de ese grupo de edad (figura 1). Esas parejas, fuertemente discordantes por edad, en la práctica implican mayor desigualdad

para las niñas y adolescentes¹² en cuanto a la toma de decisiones y vulnerabilidad frente a la pareja, así como mayor probabilidad de ser infectadas por transmisión sexual —*Chlamydia trachomatis* y micoplasmas genitales— (Lira y Oviedo, 2009) [tabla 2, figura 2]; de igual manera, es una condición que podría afectar la utilización de servicios de atención prenatal.

Figura 2. Edad de la pareja según grupos de edad de las embarazadas, por etnia

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la aceptación o no del embarazo por el padre biológico, se observó que el porcentaje de varones que estaban de acuerdo con el mismo se incrementó conforme la edad de las mujeres embarazadas fue mayor, alcanzando 78.3% en las de 18 a 22 años, lo que contrasta con el 45.5% de las niñas de 12 a 14 años, y con el 68.2% de las adolescentes de 15 a 17 años (tabla 2).

La menor frecuencia de aceptación por el padre biológico se registró en las indígenas de 12 a 14 años (20.0%, un caso, varón de 18 a 24 años); es decir, 80.0% de las parejas de estas niñas y adolescentes, no deseaba/aceptó el embarazo (tabla 3). Los padres biológicos que no estaban de acuerdo con el embarazo de las niñas indígenas de 12 a 14 años y fueron en su mayoría (75.0%) varones de 18 a 42 años.¹³ En contraste, en las no indígenas embarazadas de 12 a 14 años, ningún padre biológico rechazó el embarazo, y esto ocurrió independientemente de su edad (tabla 2). En las adolescentes indígenas de 15 a 17 años de edad, todos los embarazos fueron deseados/aceptados por el padre biológico, y en las no indígenas de ese grupo de edad, el rechazo al embarazo por parte del padre biológico fue registrado en bajo porcentaje

¹² Este tipo de relación es reconocida en México y ha sido denunciada por organizaciones civiles como Save the Children, considerándose una grave violación a los derechos de la infancia, aun cuando se argumente que las uniones se establecen con el consentimiento de las menores (Flores, 2018).

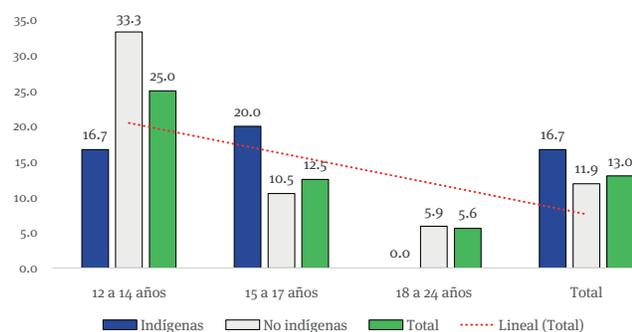
¹³ Datos no incluidos en la tabla 3.

(menos del 15.0%) [tabla 2].

Variables asociadas a la no utilización de servicios de salud para recibir atención prenatal

Como puede verse en la figura 3, 13.0% de las embarazadas reportaron no haber recibido atención prenatal, con una cifra mayor en las mujeres indígenas (16.7%) respecto a las no indígenas (11.9%). También se observa que el mayor porcentaje de no atención prenatal se registró en las embarazadas por primera vez entre 12 y 14 años (25.0%), seguido de las de 15 a 17 años (12.5%). Es evidente que conforme la edad de las mujeres a la que ocurre el primer embarazo es mayor el porcentaje que no recibe atención prenatal disminuye (figura 3). Llama la atención que, en las niñas y adolescentes de 12 a 14 años, una de cada tres no indígenas no recibió atención prenatal, con un porcentaje que duplica al de las indígenas. En las adolescentes de 15 a 17 años, son las indígenas quienes en mayor porcentaje no recibieron atención prenatal (20.0% vs. 10.5%) [figura 3].

Figura 3. Porcentaje de mujeres embarazadas que no recibieron atención prenatal, por grupos de edad y etnia



Fuente: elaboración propia.

Las embarazadas que no utilizaron servicios de salud para recibir atención prenatal provienen de hogares precarios; todas intentaron establecer una relación mediante uniones libres en residencia neolocal/patrilocal o francamente patrilocales, pero solamente la mitad de ellas continuaron unidas: una de ellas continuó en una unión inestable (unión-separación-unión), y dos mujeres fueron abandonadas de manera definitiva por la pareja, una durante el embarazo y otra después del nacimiento del primer hijo o hija. Ninguna recibió apoyo de su pareja o de los padres o suegros para acudir a los servicios de salud durante el embarazo, e incluso dos de las emba-

razadas reportaron que la pareja o el suegro les impidieron asistir a la unidad médica durante el embarazo. Finalmente, una de las mujeres tenía ocho semanas de embarazo y aún no había acudido a la unidad médica para recibir atención prenatal.

A partir de los testimonios de las embarazadas, fueron identificados tres grupos de razones/motivos para no acudir a la unidad médica para recibir atención prenatal:

- 1) La pareja o el suegro no les permitieron acudir a recibir atención prenatal.

Él nunca quiso que yo fuera a los doctores (para la atención prenatal) que por qué no sé qué cosa y ya solo fue que nació mi nena, si ya me fui al hospital porque mis tíos me llevaron —indígena, embarazo a los 15 años, con pareja indígena de 17 años; residencia patrilocales, ninguno de los dos deseaba el embarazo, violencia física de la pareja durante el embarazo; nacido vivo en el Hospital de la Mujer—.

No fui a consulta, porque mi suegro él me jalaba por eso nunca me, nunca fue a chequearme nada más. Pues como que no quería ir a chequearme, no tenía yo ganas de así levantarme e ir a, a la consulta, por eso nunca fui, nunca fui a la consulta —indígena, embarazo a los 19 años, pareja de 17 años, ambos deseaban el embarazo, residencia patrilocales, violencia física de la pareja durante el embarazo; nacido vivo en casa de los suegros, atendida por la suegra que no es partera—.

- 2) La embarazada desconocía o no hubo algún familiar que le indicará o apoyará para acudir a los servicios de salud para recibir atención prenatal.

Nunca fui a consulta, creo que nadie me lo dijo —no indígena, embarazo a los 16 años, pareja de 27 años, ambos deseaban el embarazo, residencia patrilocales, sin violencia física por parte de la pareja durante el embarazo; nacido vivo, parto atendido por partera en casa de los suegros—.

Cuando le dije estaba yo embarazada, me dijo: pues yo no me voy a hacer responsable, ahí lo ves tú, así me dijo, mejor me mandó aquí (la casa de los padres

de la embarazada).

— ¿Fuiste a un control del embarazo en todo ese tiempo? *No, aquí estuve* (en la casa).
— ¿Tus papás te trataron bien o te trataron con disgusto? *A veces estaban así* [...] (con disgusto) —no indígena, embarazo a los 13 años, pareja de 13 años, residencia matrilocal, ninguno de los dos deseaba el embarazo, con violencia física de la pareja durante el embarazo; nacido vivo, parto atendido por partera en la casa de los padres de ella—.

3) La embarazada no consideró necesario acudir a los servicios de atención prenatal.

Pensamos y dejamos de cuidar-nos, quería tener familias, ya vino él [...] *No llevé control de embarazo con él (primer hijo), no llevé control de embarazo y seguí trabajando hasta los nueve meses que nació y seguí trabajando* [...] *Luego lo pensé: por qué no lo hice antes* (acudir a los servicios de salud para recibir atención prenatal) *porque pude haber corrido un riesgo que él naciera mal o yo ¿no? Por eso decidí mejor llevar el control de embarazo para que naciera bien, sí* (se refiere al segundo embarazo) —indígena, embarazo a los 15 años, pareja de 25 años, residencia neolocal, ambos deseaban el embarazo, violencia física de la pareja durante el embarazo; nacido vivo, parto atendido por partera en la casa donde viven los dos—.

En la tabla 3 se presenta el trimestre de inicio de la atención prenatal por grupos de edad y adscripción étnica, confirmando la mayor desventaja en utilización de servicios de atención prenatal en las niñas de 12 a 14 y de adolescentes de 15 a 17 años.

Tabla 3. Etapa del embarazo en la que inició la atención prenatal en los servicios de salud por grupos de edad y adscripción étnica

	Etapa del embarazo en la que inició la atención prenatal			
	Primer trimestre n (%)	Segundo trimestre n (%)	Tercer trimestre n (%)	Total n (%)
Indígenas				
12 a 14	3 (60.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	5 (100.0)
15 a 17	1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	4 (100.0)
18 a 24	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
Total	5 (50.0)	3 (30.0)	2 (20.0)	10 (100.0)
No indígenas				
12 a 14	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
15 a 17	15 (88.2)	2 (11.8)	0 (0.0)	17 (100.0)
18 a 24	15 (93.8)	1 (6.3)	0 (0.0)	16 (100.0)
Total	33 (89.2)	4 (10.8)	0 (0.0)	37 (100.0)
Total (indígenas y no indígenas)				
12 a 14	6 (66.7)	2 (22.2)	1 (11.1)	9 (100.0)
15 a 17	16 (76.2)	4 (19.0)	1 (4.8)	21 (100.0)
18 a 24	16 (94.1)	1 (5.9)	0 (0.0)	17 (100.0)
Total	38 (80.9)	7 (14.9)	2 (4.3)	47 (100.0)

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al resultado del embarazo se registraron dos abortos (3.3%) y cuatro muertes perinatales (6.7%).

El primer caso de aborto ocurrió en una mujer indígena, de 19 años con pareja de 22 años, que dijo haber recibido atención prenatal. El aborto ocurrió a los cuatro meses de gestación, espontáneo, incompleto, requirió de legrado quirúrgico en el Hospital de la Mujer. No estableció una unión con el padre biológico del primer embarazo, aunque menciona haber tenido cinco meses de noviazgo previo a la ocurrencia de este. Indicó que no hubo violencia física por parte de su pareja hacia ella, pero sí violencia verbal.

Pues bueno quedé embarazada pero desafortunadamente, este, tuve el aborto. me dijeron que por el tiempo que tenía yo de embarazo entonces era necesario ya entré en un legrado y pues entre por eso [...] *Yo iba (al hospital) para que me lo terminaran de sacar, entonces si fue muy triste. Me costó mucho salir de eso, pero Dios fue bueno pues.*

El segundo de los abortos ocurrió en una mujer no indígena que no recibió atención prenatal; el embarazo ocurrió cuando ella tenía 14 años y su pareja, 17. Sin antecedente de violencia física por la pareja, residencia neolocal/patrilocal, ambos deseaban el embarazo, una partera hizo el diagnóstico del embarazo.

Me había jalado mi abuelita y le digo: es que, lo que pasa, no se mueve, digo [...] *Y cada vez, que me jalaba*

mi abuelita, empezaba a patear, empezaba a moverse y todo. Dice: no eso va a querer que vayas. Pero era un domingo. Sí, le digo, mañana voy a ir. Se me empezó a caer como agua. No fue líquido así, porque dicen que el líquido es como más espeso. Me empezó a derramar, así como agua con sangre. Ya fue que me mandaron a llamar un taxi. Me bajaron, Felipe (la pareja), este, apenas estaba buscando trabajo, en ese tiempo no había encontrado trabajo en dos días, este, tuvo que prestar (dinero) y todo. Y ya fue que me dijeron: “no, este, tu, ya tu bebe tiene cuatro días de muerto y todo”. Y yo: ¿cómo? Y ya.

Las cuatro muertes perinatales ocurrieron en embarazadas que sí utilizaron los servicios de salud para recibir atención prenatal, pero en condición de profunda desventaja social y de pareja y, en dos de los casos, posible negligencia o mala calidad de la atención en los servicios de salud.

El primero de estos tres casos corresponde a una adolescente indígena de 13 años, con pareja de 25 años; ella deseaba el embarazo, él no. Residencia matrilocal. La madre de ella le sugirió que se practicara un aborto. Inició la atención prenatal en el segundo trimestre debido a malestar relacionado con el embarazo. La pareja le transmitió una infección por vía sexual y la violentó físicamente durante el embarazo. El parto fue prematuro (7 meses de embarazo), con ruptura prematura de membranas y probable negligencia médica por retraso de 24 horas en el hospital para realizarle la operación cesárea.

Al momento que le dije que estaba embarazada, se fue, se fue otra vez a su casa. [...] mi mamá me regañó me iba a pegar. Estaba bien furiosa conmigo y me dijo que quería que yo abortara al bebé.

Cuando yo quedé embarazada él me transmitió una infección, por eso digo yo que él tenía tal vez más novias, o no sé, una mujer tal vez [...] Porque en el tiempo que yo viví con él, viví muy feo, era golpes, tomaba mucho, me trataba muy mal.

Me mandaron a Tuxtla, pero lo mismo viví allá, las negligencias, porque iba con orden de cesárea, porque ya se me había roto la fuente y los doctores no lo quisieron hacer, por eso falleció mi bebé porque tragó demasiada sangre, demasiadas suciedades de mi cuerpo, sí porque vivió todavía en mi estómago un día completo sin líquido sin nada, si no sé de qué se

alimentaba [...] falleció a los cinco días de nacido.

El segundo de los casos fue el de una adolescente de 14 años, no indígena, con pareja de 16 años. Ambos deseaban el embarazo. Residencia matrilocal, sin reporte de algún tipo de violencia por parte de la pareja. Inició la atención prenatal en el segundo trimestre de embarazo y durante el mismo, la madre tuvo parálisis facial; entre el quinto y sexto meses de embarazo le diagnosticaron un feto con anencefalia, aun así, ella decidió continuar el embarazo; el parto fue por operación cesárea y el recién nacido falleció horas después.

Era yo muy ignorante y aunque digan que ya tenemos ese conocimiento, a veces, nosotras, bueno de mi parte yo tenía todavía esa ignorancia, si estudiaba, si escuchaba eso del embarazo de los anticonceptivos lo tenía yo claro, pero tenía una ignorancia, no me fui a checar los primeros meses.

El tercer caso corresponde a una mujer de 19 años, no indígena, con pareja de 25 años. Ambos deseaban el embarazo. Residencia neolocal, sin reporte de violencia por la pareja durante el embarazo. No se especificó a qué edad gestacional inició la atención prenatal. Recibió cinco consultas durante el embarazo. Reporta un parto atendido en unidad médica hospitalaria, nacido muerto y la madre supone que la recién nacida tenía algún problema.

[...] mi, este, mi primer embarazo este... mi bebe nació mal. [...] Después cuando nació ya estaba fallecido, ya estaba muerto, no creo, creo que ella tiene una hora, una hora creo.

El cuarto caso de muerte perinatal corresponde a una adolescente, no indígena, que se embarazó a los 15 años, con pareja de 20 años. Ella no deseaba el embarazo, él sí. Residencia matrilocal. Inició la atención prenatal en el tercer mes de embarazo por malestar físico; el parto fue a término, vaginal, en unidad médica hospitalaria. Falleció 3 días después del nacimiento, probablemente por sepsis (cordón umbilical).

[...] Como el niño estaba llorando, mi suegra le hablo (por teléfono) a una de las enfermeras conocida de ella y le dijo que si el ombligo no estaba sangrando

que no había ningún problema.

Cuando él al ser este en la aquí en el de la mujer (se refiere al hospital donde tuvo el parto) le cortaron un chiquito el ombligo y entonces se le cayó cuando le bañaron; lo que pasó, pero al segundo día se le lo buscamos todo y ya no lo tenía, entonces llegamos al doctor, tenía tres días y después le dijeron que le trasladarán a Tuxtla para que la operaran, pero ya no llego... falleció el niño antes”.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En México, el embarazo en adolescentes ha sido motivo de programas y acciones gubernamentales desde la década de los noventa. Inicialmente los esfuerzos se centraron en el grupo de adolescentes de 15 a 19 años, posteriormente, la atención a las embarazadas menores de 15 años ha cobrado cada vez mayor importancia. Al respecto, el gobierno federal a través del Consejo Nacional de Población de México creó el Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Esta instancia reconoce que, aunque el número de nacimientos de adolescentes de 15 a 19 años ha disminuido, el de menores de 15 años se ha incrementado, “pasando de una tasa de 1.9 nacimientos por cada mil niñas y adolescentes entre 10 y 14 años de edad, en 2012, a 2.1 por cada mil en 2015, lo que equivale a 10 377 y 11 448 nacimientos, respectivamente” (ENAPEA, 2018, p. 21). Asimismo, se afirma que más del 95.0% del embarazo en niñas ocurrió en adolescentes de 13 y 14 años; en este último documento se reconoce que la problemática de las niñas menores de 15 años es diferente a la de las adolescentes de mayor edad y, que, el embarazo tan temprano es una violación a sus derechos humanos (ENAPEA, 2018).

De los 64 primeros embarazos reportados por las mujeres incluidas en este estudio, 20.3% sucedieron en niñas de 12 a 14 años, entre quienes 53.8% fueron hablantes de alguna lengua indígena. Un alto porcentaje de las mujeres de los tres grupos de edad se encontraba estudiando cuando ocurrió el embarazo (90.6%). En las menores de 18 años aproximadamente 16.0% no estaba estudiando y tampoco habían asistido alguna vez a la escuela, a la vez que el embarazo en niñas menores de 15 años fue deseado por ocho a nueve de cada 10 mujeres no indígenas, mostrando la complejidad de la causalidad

en la ocurrencia del embarazo precoz y la diversidad de circunstancias en las que ocurre, obligando a la búsqueda de estrategias gubernamentales específicas para erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años.

La utilización o no de atención prenatal en los servicios de salud por las niñas y adolescentes embarazadas es un tema que ha sido poco estudiado y atendido de manera activa en México, no obstante que se reconocen los mayores riesgos de mortalidad materna y perinatal en menores de 18 años y, especialmente, en menores de 15 años. Se estima que, en comparación con las mujeres mayores de 20 años, en las jóvenes de 15 a 19 años el riesgo de morir se duplica, mientras en las menores de 15 años el riesgo es cinco veces mayor (Meneses y Ramírez, 2018). Los resultados muestran que la no utilización de servicios de salud para recibir atención prenatal es más elevada en las embarazadas menores de 15 años; es decir, las de mayor riesgo biológico. En este grupo de edad, una de cada cuatro embarazadas (25.0%) no utilizó los servicios de salud para recibir atención prenatal, con un porcentaje mayor en las mujeres no indígenas (33.3%) respecto a las indígenas (16.7%), observándose un incremento en el porcentaje de utilización de servicios de atención prenatal conforme la edad de las mujeres es mayor, lo que podría explicarse por su mayor escolaridad.

El reporte de casos de embarazadas que no recibieron atención prenatal en los servicios de salud hace evidente que la condición de desventaja social, particularmente cuando tienen residencia neolocal/patrilocal, la cual se acompaña en un elevado porcentaje de violencia por parte de la pareja, es una de las causales, destacando la limitación explícita de la pareja o del padre de la pareja para que la embarazada busque atención médica, o bien la falta de apoyo y de información para que reciba atención prenatal en una unidad médica. Se trata de distintas expresiones de violencia familiar y de pareja, en mujeres que, por razones de edad y género, ya se encuentran en condición de desventaja social.

El otro grupo de reportes de no atención prenatal puede atribuirse al desconocimiento que tienen las embarazadas respecto a la importancia de acudir a los servicios de salud durante el embarazo, lo que también aplica para el retraso en el inicio de esta, ya que acuden cuando perciben que tienen algún evidente problema de salud. Sobre este tema, debe señalarse que los servicios de salud disponibles en las dos colonias de estudio (y

casi con seguridad en todas las unidades médicas de la entidad) operan de manera pasiva; es decir, esperan a que las embarazadas acudan espontáneamente desde que inician el embarazo. Esa forma de operar no toma en cuenta las desventajas sociales que impiden o limitan a las mujeres recibir una atención prenatal oportuna, de calidad, con carácter preventivo (antes de que ocurra alguna complicación), a la vez que desde los servicios de salud se asume que las mujeres, incluidas niñas y adolescentes, *ya saben*, que deben acudir a recibir atención prenatal institucional.¹⁴ Los testimonios hicieron evidentes las ausencias y deficiencias en la información recibida, no solamente en cuanto a la prevención del embarazo mediante el uso de métodos anticonceptivos que se les proporciona en las escuelas, sino sobre la importancia de la atención prenatal oportuna y de calidad que, como fue obvio, las mujeres no recibieron. Las niñas y adolescentes incluidas en este estudio, mediante la información proporcionada y sus testimonios, dan cuenta de que, a la desventaja social y de pareja, se suman la desigualdad de género y la violencia estructural —generalmente por omisión—, de información oportuna y adecuada proporcionada por los servicios de salud. Esas condiciones se encuentran presentes en los casos de no atención prenatal o de retraso en el inicio de esta.

El pequeño tamaño de muestra correspondiente a las mujeres que se embarazaron tempranamente en las dos colonias de estudio, no obstante que fueron incluidas la totalidad de mujeres identificadas casa por casa, limitó la posibilidad de realizar un análisis con mayor poder para contribuir a establecer casos-tipo que pudieran guiar más claramente hacia estrategias para incrementar la atención prenatal en niñas y adolescentes indígenas y no indígenas. No obstante, los resultados del estudio destacan la importancia de las condiciones de desventaja social de las mujeres, asociada principalmente a las características de la unión y de su pareja, así como la falta o insuficiente información de calidad a las niñas y adolescentes por el personal de los servicios de salud para explicar la no utilización de los servicios de salud para recibir atención prenatal. También sitúa a la necesidad de generar estrategias que se orienten no solamente a prevenir o erradicar el embarazo precoz —in-

cluidas la violencia de género y por edad en los ámbitos familiar, de pareja, y comunitario—, sino que atiendan las relaciones sociales de desigualdad subyacentes al embarazo en niñas y adolescentes cuando este ya ocurrió, para mejorar la salud materna e infantil, así como su calidad de vida durante y posterior al embarazo. Acciones de atención prenatal activa de niñas y adolescentes embarazadas por parte de los prestadores de servicios de salud a nivel de barrios y colonias, podrían contribuir a ello.

REFERENCIAS

- Allendorf, K. (2010). The Quality of Family Relationships and Maternal Health Care Use in India. *Studies in Family Planning*, 41(4), 263-276. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4845731/pdf/nihms779876.pdf>
- América Latina y el Caribe Tienen la Segunda Tasa Más Alta de Embarazo Adolescente en el Mundo. (2018, febrero 28). Recuperado de <https://lac.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1>
- Atienzo, E., Suárez, L., Meneses, M., y Campero, L. (2016). Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas. *Revista Médica Herediana*, 27(3), 131-138. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n3/a03v27n3.pdf>
- Bankole, A., y Singh, S. (1998). Couples' Fertility and Contraceptive Decision-Making in Developing Countries: Hearing the Man's Voice. *International Family Planning Perspectives*, 24(1), 15-24. Recuperado de https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/2401598.pdf
- Bhandari, T.R., Kutty, V.R., Sarma, P.S., y Dangal, G. (2017). Safe delivery care practices in western Nepal: Does women's autonomy influence the utilization of skilled care at birth? *PLoS ONE*, 12(8), 1-10. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5542628/pdf/pone.0182485.pdf>
- Camarena, O.L., y Von Glascoe, C. (2007). Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la ins-

¹⁴ Existen otros estudios que, desde un enfoque cualitativo, han indagado sobre la calidad de la atención prenatal en los servicios de salud desde la perspectiva de las usuarias (Camarena y Von Glascoe, 2007), aspecto que no fue abordado en este trabajo.

- titucional: ciudad de Chihuahua, México. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(1), 40-24. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/120/12025106.pdf>
- Castillejos, C. (2011). *Análisis constitucional sobre el uso del término menor, y los de niñas, niños y adolescentes*. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3011/10.pdf>
- Díaz, L., y Chávez, B. (2015). Complicaciones maternas en adolescentes y adultas afiliadas al régimen subsidiado, 2012. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(2), 206-217. Recuperado de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/14212/18908>
- Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes [ENAPEA]. (2018). *Informe 2018*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/425939/Informe_Ejecutivo_GIPEA_2018.pdf
- Finkelhor, D., y Dzuiba-Leatherman, F. (1994). Victimization of Children. *American Psychologist*, 49(3), 173-183. Recuperado de https://ecosur365p-my.sharepoint.com/:b/g/personal/bsalvati_ecosur_mx/EYnKJ4xc8QRLv98eAVI2UqsB3XaDERSQwrnmvl6r35UFDQ?e=IDJRoj
- Flores, N. (2018, enero 07). El matrimonio infantil en México. Niñas y adolescentes se casan con adultos 30 años mayores. *RT*. Recuperado de <https://actualidad.rt.com/actualidad/259322-matrimonio-infantil-mexico-ninas-adolescentes-casarse>
- García, G.E. (2012). *Embarazo y maternidad adolescentes en contextos de pobreza: una aproximación a los significados de las trayectorias sexuales reproductivas* (Tesis de doctorado). Recuperado de https://ces.colmex.mx/pdfs/tesis/tesis_garcia_hernandez.pdf
- Gashaw, B., Schei, B., y Magnus, J. (2018). Social ecological factors and intimate partner violence in pregnancy. *PLoS ONE*, 13(3). Recuperado de <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0194681>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [Inegi]. (2015). *Panorama demográfico de Chiapas 2015*. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082154.pdf
- Joyce, T., y Grossman, M. (1990). Pregnancy wantedness and the early initiation of prenatal care. *Demography*, 27, 1-17. <https://doi.org/10.2307/2061549>
- Kost, K., Landry, D.J., y Darroch, J.E. (1998). Predicting Maternal Behaviors During Pregnancy: Does Intention Status Matter? *Family Planning Perspectives*, 30(2), 79-88. Recuperado de https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/3007998.pdf
- Lewis, J.B., Sullivan, T.P., Angley, M., Callands, T., Divney, A.A., Magriples, U. ... y Kershaw, T.S. (2017). Psychological and Relational Correlates of Intimate Partner Violence Profiles Among Pregnant Adolescent Couples. *Aggress Behav*, 43(1), 26-36. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5493138/>
- Lira J., y Oviedo H. (2009). Control prenatal en adolescentes: evaluación del riesgo materno-infantil. *Ginecología y Obstetricia de México*, 77(3), 47-86. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom093k.pdf>
- Magadi, M.A. (2006). Poor pregnancy outcomes among adolescents in South Nyanza region of Kenya. *African Journal of Reproductive Health*, 10(1), 26-38. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16999192/>
- Magadi, M.A., Madise, N.J., y Rodrigues, R.N. (2000). Frequency and timing of antenatal care in Kenya: explaining the variations between women of different communities. *Social Science & Medicine*, 51(4), 551-561. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10868670/>
- Magadi, M.A., Agwanda, A.O., y Obare, F.O. (2007). Comparative analysis of the use of maternal health services between teenagers and older mothers in sub-Saharan Africa: evidence from Demographic and Health Surveys (DHS). *Social Science & Medicine*, 64(6), 1311-25. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17174017/>
- Martínez, P.C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (20), 165-193. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64602005>
- Meneses, E., y 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. *Notas de Población*, (106), 117–152. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43797/1/LDN-106_05_Meneses.pdf
- Organización Mundial de Salud [OMS]. (1986). *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/36922/WHO_TRS_731_spa.pdf;jsessionid=1C29CBF2D0F198B987CE70B921ABC7EB?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud [OPS], Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2018). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Recuperado de https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESC-14febrero%20FINAL_5.PDF
- Poffald, L., Hirmas, M., Aguilera, X., Vega, J., González, M.J., y Sanhueza G. (2013). Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. *Salud Pública de México*, 55(6), 572-579. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2013.v55n6/572-579/es>
- Rahman, Mo., Rahman, Mi., Tareque, I., Ferdos, J., y Jesmin, S.S. (2016). Maternal Pregnancy Intention and Professional Antenatal Care Utilization in Bangladesh: A Nationwide Population-Based Survey. *PLoS ONE*, 11(6). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911017/?report=reader>
- Secretaría de Salud [SSA]. (1994, mayo 30). *Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar*. México: Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud [SSA]. (2016, abril 7). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. México: Diario Oficial de la Federación.
- Shahabuddin, A.S.M., Delvaux, T., Abouchadi, S., Sarker, M., y De Brouwere, V. (2015). Utilization of maternal health services among adolescent women in Bangladesh: A scoping review of the literature. *Tropical Medicine and International Health*, 20(7), 822-829. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/tmi.12503>
- Singh, S., Darroch, J.E., y Frost, J.J. (2001). Socio economic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behavior: the case of five developed countries. *Family Planning Perspectives*, 33(6), 251–258 y 289. Recuperado de https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/3325101.pdf
- Story, W.T., y Burgard, S.A. (2012). Couples' reports of household decision-making and the utilization of maternal health services in Bangladesh. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2403-2411. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3523098/pdf/nihms414841.pdf>
- United Nations Population Fund [UNFPA]. (2015). *Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy*. Recuperado de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf
- Vissak, T. (2010). Recommendations for Using the Case Study Method in International Business Research. *The Qualitative Report*, 15(2), 370-388. Recuperado de <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol15/iss2/8/>
- Viveros, V.M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1-17. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603>
- World Health Organization [WHO] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef, por su acrónimo en inglés]. (2003). *Antenatal care in developing countries. Promises, achievements and missed opportunities- an analysis of trends, levels, and differentials, 1990-2001*. AbouZahr, C. y Wardlaw, T. Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241590947/en/
- World Health Organization [WHO]. (2007). *Adolescent pregnancy: unmet need and undone deeds*. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/discussion/en/
- Zamberlin, N. (2011). *Embarazo y maternidad en menores*

de 15 años. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Embarazos%20en%20adolescentes%20menores%20de%2015%20en%20pa%C3%ADses%20seleccionados%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina..pdf>

Zar, J. (2010). *Biostatistical Analysis*. Recuperado de <https://epdf.pub/biostatistical-analysis-5th-editionb3f7b287483d38bf26e16a605cd207cd67649.html>

NOTAS DE AUTOR

^a Licenciada en enfermería general por el Hospital Universitario de Freiburg / Alemania (1985); Maestra en Ciencias Sociales en Salud Internacional por el Instituto Tropical de Basilea, Suiza (2005); Candidata al Doctorado en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable, área de Salud, equidad y sustentabilidad en El Colegio de la Frontera Sur. Sus líneas de investigación son: Atención a la Salud de poblaciones vulnerables, Epidemiología del embarazo infantil y Salud pública.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5798-6929>

Últimas publicaciones:

- Muñoz-Soto, F.I., y Hartmann, A. (2013). La formación académica de las y los egresados de la Unich y el mercado laboral. En Granadas-Sevilla, A.E., *Memoria del segundo seminario del sistema de información de estudiantes, egresados y empleadores* (pp. 245 - 256). Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado de https://ecosur365p-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/bsalvati_ecosur_mx/EY53auYZJhREpyu6wbEoIcwBhKCNpnIhNC2SlZr4wkdBAw?e=ZrCnEZ
- Peña-Cuanda, M.C., Camacho-Cruz, A., Muñoz-Soto, F.I., y Hartmann, A. (2011). Primer Foro de Intercambio de Experiencias Laborales de los egresados de la primera generación de la UNICH. Recuperado de <https://www.unich.edu.mx/informe-primer-foro-de-egresados/700/>
- Ochoa, H., Hartmann, A., y García, R. (2006). Farmacias comunitarias: en busca del alivio a la enfermedad. *ECOfronteras*, 28, 12-15. Recu-

perado de https://ecosur365p-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/bsalvati_ecosur_mx/EXqsbNi6GeJLj9u4oHrPIIQBQFoHDB29QVetRvrGMSy5Gg?e=E7Appo

^b Médica Cirujana, Maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Especialista en Epidemiología Aplicada por la Secretaría de Salud de México y los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos, Doctora en Estudios del Desarrollo Rural por el Colegio de Postgraduados, México. Labora en El Colegio de la Frontera Sur desde 1992. Es Investigadora Titular C del Departamento de Salud, titular del grupo de investigación en salud, género y desigualdad social. Sus temas de interés son: Salud, género y desigualdad social, con énfasis en violencias y calidad de vida. Es integrante del Sistema Nacional de Investigadores nivel III y Miembro Regular de la Academia Mexicana de Ciencias.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7684-5435>

Últimas publicaciones:

- Ramírez-Ramos, L. I., Nazar-Beutelspacher, D. A., y Zapata-Martelo, E. (2020). Procesos de exclusión a través de la inclusión subordinada: Inmigrantes en la Frontera Sur de México. *Revista Frontera Norte*, 32, 1-28. <http://dx.doi.org/10.33679/rfn.v11i1.1957>
- Nazar-Beutelspacher, A. (2018). *Violencias contra niñas, niños y adolescentes en Chiapas. Ámbitos de expresión y vulnerabilidades*. México: El Colegio de la Frontera Sur. Recuperado de <http://bibliotecasibe.ecosur.mx/sibe/book/000035541>
- Nazar-Beutelspacher, A., Salvatierra, B., Salazar, S., y Solís, R. (2018). Violencia física contra adolescentes y estructura familiar: magnitudes, expresiones y desigualdades. *Estudios demográficos y urbanos*, 33(2), 365-400. <https://dx.doi.org/10.24201/edu.v33i2.1650>

^c Médico cirujano por la Universidad Autónoma de Nicaragua, Especialista en Epidemiología Aplicada por la Secretaría de Salud de México y los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos, Maestro en Ciencias Sociomédicas con Especialidad en Estadística Aplicada a la Salud, Facultad de Medicina, de la Facultad de Medicina

de la Universidad Nacional Autónoma de México. Doctor en Estudios del Desarrollo Rural por el Colegio de Postgraduados, México. Labora en El Colegio de la Frontera Sur desde 1992. Es Investigador Titular C y coordinador del Departamento de Salud, es titular del grupo de investigación en Salud, ambiente y sustentabilidad. Sus temas de interés son: Incentivos económicos, envejecimiento, embarazo en niñas, cambio climático y mortalidad infantil. Es integrante del Sistema Nacional de Investigadores nivel II.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5950-7840>

Últimas publicaciones:

- Gutiérrez Villalpando, V., Zapata Martelo, E., Nazar-Beutelspacher, A., Salvatierra, B., y Ruíz de Oña, C. (2019). Gobernanza en la gestión integral de recursos hídricos en las subcuencas Río Sabinal y Cañón Del Sumidero en Chiapas, México. *Agricultura, sociedad y desarrollo*, 16(2), 159-181. <https://dx.doi.org/10.22231/asyd.v16i2.1005>
- Lizárraga-Bustamante, G.M., Salvatierra, B., Ochoa Díaz-López, H., Zamora Lomelí, C.B., y García Chong, N. R. (2019). Aproximación a la cohesión social y su relación con la mortalidad evitable en la niñez de Chiapas, México, 2015. *Población y Salud en Mesoamérica*, 16(2), 48-71. <https://dx.doi.org/10.15517/psm.voio.32873>
- Nazar-Beutelspacher, A., Salvatierra, B., Salazar, S., y Solís, R. (2018). Violencia física contra adolescentes y estructura familiar: magnitudes, expresiones y desigualdades. *Estudios demográficos y urbanos*, 33(2), 365-400. <https://dx.doi.org/10.24201/edu.v33i2.1650>