

Embarazo en adolescentes en México: prevalencias y perfiles de riesgo, 2021-2024

Elvia de la Vara-Salazar, M en Est Pobl,⁽¹⁾ Leticia Suárez-López, D en C Pol y Soc,⁽¹⁾
Aremis Villalobos, D en Est Pobl,⁽¹⁾ Raffaella Schiavon, MD,⁽²⁾ Celia Hubert, PhD,⁽¹⁾

de la Vara-Salazar E, Suárez-López L, Villalobos A, Schiavon R, Hubert C.
Embarazo en adolescentes en México: prevalencias y perfiles de riesgo, 2021-2024.
Salud Publica Mex. 2025;67:667-675.
<https://doi.org/10.21149/17213>

de la Vara-Salazar E, Suárez-López L, Villalobos A, Schiavon R, Hubert C.
Adolescent pregnancy in Mexico: prevalence and risk profiles, 2021-2024.
Salud Publica Mex. 2025;67:667-675.
<https://doi.org/10.21149/17213>

Resumen

Objetivo. Conocer y analizar prevalencias y factores asociados con el embarazo en adolescentes (EA) en México, 2021-2024. **Material y métodos.** Utilizando información de mujeres de 15-19 años de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021-2024, se estimaron prevalencias de EA por área y región de residencia. Se ajustaron modelos de regresión Poisson estratificados para explorar factores de riesgo asociados. **Resultados.** La prevalencia nacional de embarazo en adolescentes fue 32.3% (IC95%: 28.43,36.41). En áreas rurales, el inicio sexual temprano (RP= 1.44; IC95%: 1.10, 1.87), diferencia de edad con la pareja (RP= 1.40; IC95%: 1.02, 1.92) y no uso de anticonceptivos en la primera relación sexual (RP= 1.55; IC95%: 1.12, 2.15) se asocian con EA, y en urbanas no contar con conocimiento de uso correcto del condón (RP= 1.61; IC95%: 1.14, 2.28), no uso de anticonceptivos (RP= 2.15; IC95%: 1.60, 2.90) y rezago educativo (RP= 1.70; IC95%: 1.27, 2.27). **Conclusión.** La asociación entre EA y no uso de anticonceptivos, así como otros comportamientos en el inicio sexual, deben interpretarse considerando contextos socioculturales específicos para orientar intervenciones y decisiones de política efectivas.

Palabras clave: embarazo en adolescencia; relaciones sexuales; factores de riesgo; adolescentes; México

Abstract

Objective. To determine and analyze the prevalence and factors associated with adolescent pregnancy (AP) in Mexico from 2021 to 2024. **Materials and methods.** Using information on women aged 15-19 years from the *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* 2021-2024, we estimated adolescent pregnancy prevalences by area and region of residence. We adjusted Poisson regression models stratified by area of residence to identify associated risk factors. **Results.** The national prevalence of adolescent pregnancy was 32.3% (95%CI: 28.43,36.41). In rural areas, early sexual initiation (PR= 1.44; 95%CI: 1.10, 1.87), age disparity with partner (PR= 1.40; 95%CI: 1.02, 1.92), and lack of contraceptive use during first sexual intercourse (PR= 1.55; 95%CI: 1.12, 2.15) were associated with adolescent pregnancy. In urban areas, lack of knowledge about correct condom use (PR= 1.61; 95%CI: 1.14, 2.28), non-use of contraceptives (PR= 2.15; 95%CI: 1.60, 2.90), and educational lag (PR= 1.70; 95%CI: 1.27, 2.27) were associated with increased prevalence. **Conclusions.** The association between adolescent pregnancy and non-use of contraceptives, as well as other behaviors at sexual debut, should be interpreted considering specific sociocultural contexts to guide effective interventions and policy decisions.

Keywords: adolescent pregnancy; sexual relations; risk factors; adolescents; Mexico

- (1) Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
(2) Consultora independiente. Ciudad de México, México.

Fecha de recibido: 23 de junio de 2025 • **Fecha de aceptado:** 11 de agosto de 2025 • **Publicado en línea:** 18 de noviembre de 2025

Autora de correspondencia: Celia Hubert. Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: celia.hubert@insp.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

El embarazo en adolescentes se ha reducido a nivel global, sin embargo, en diversas regiones del mundo sigue siendo un problema de salud pública por su magnitud y repercusiones en los resultados en salud, sociales y para el desarrollo de las personas adolescentes.¹ En países de ingresos medios y bajos se registraron las mayores cifras en 2019, con alrededor de 21 millones de embarazos y 12 millones de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años,² y medio millón de nacimientos en niñas de 10 a 14 años. La región de América Latina y el Caribe tiene la segunda tasa de embarazo en adolescentes más alta del mundo, mayor al promedio mundial; 20% de todos los nacimientos son de mujeres <20 años y la tasa de fecundidad es de 66.5 nacimientos por 1 000 mujeres de 15 a 19 años.³ En México, entre 2015 y 2023, la tasa de fecundidad adolescente disminuyó de 72.4 a 60.3 nacimientos por 1 000 mujeres de 15 a 19 años.⁴

Aun cuando el embarazo en adolescentes ocurre en todos los lugares del mundo, las niñas y adolescentes pobres, con bajos niveles educativos, de minorías étnicas o de grupos marginados, indígenas y de áreas alejadas y rurales tienen tres veces más riesgo de quedar embarazadas que sus pares más escolarizadas y de zonas urbanas.^{3,5,6} El embarazo y la maternidad adolescente reflejan una variedad de factores culturales y socioeconómicos que generalmente se asocian con situaciones de pobreza, injusticia social, incumplimiento de derechos humanos, desigualdades de género,⁷ carencia de servicios de salud⁸ y alfabetización limitada en salud sexual y reproductiva (SSR).⁹

Aunque los países puedan beneficiarse de un mayor crecimiento económico y desarrollo social, por lo general éstos no son equitativos.¹⁰ Esto puede significar que mujeres jóvenes (en particular de comunidades más pobres o rurales) sigan teniendo bajas expectativas sobre su futuro en términos educativos y de empleo, lo que hace que evitar un embarazo parezca menos importante.⁶ En consecuencia, las madres adolescentes recrean círculos de pobreza, vulnerabilidad y exclusión.¹¹

Se ha documentado ampliamente que el inicio sexual temprano,^{12,13} el matrimonio y las uniones tempranas,^{14,15} el bajo nivel educativo¹¹ y socioeconómico,^{6,15,16} el desconocimiento y la falta de acceso a información y a métodos anticonceptivos (MAC)⁷ y los comportamientos y conductas de riesgo,¹⁷ entre otros, son barreras a las que se enfrenta esta población, que a la vez están significativamente asociados con el embarazo en adolescentes.¹ En particular, destaca que las adolescentes más jóvenes enfrentan mayores desventajas y riesgos que requieren de estrategias y acciones focalizadas.⁹

Esta situación plantea la necesidad de fortalecer análisis de datos desagregados y contextualizados por características socioeconómicas y de comportamiento,

para identificar grupos de adolescentes en mayor desventaja.¹⁸ Los análisis más granulares permiten reconocer patrones y tendencias por áreas de residencia, útiles para desarrollar programas dirigidos a necesidades particulares y “no dejar a nadie atrás”.⁶ Dado que en el país 29.7% de las mujeres de 12 a 19 años han estado embarazadas alguna vez,¹⁹ el objetivo de este trabajo es conocer y analizar las prevalencias y los factores asociados con el embarazo en adolescentes en México en el periodo 2021-2024.

Material y métodos

Para el presente trabajo se utilizó información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2021-2024 (Ensanut Continua 2021-2024), que es una encuesta en hogares con representatividad nacional, por localidad urbana / rural, y estatal para algunos indicadores. Para el presente análisis se construyó una base ponderada que une información de las encuestas anuales. Las cuatro encuestas fueron aprobadas por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública (CI: 1750, 1807, 1865 y 1922). La descripción metodológica detallada está disponible en publicaciones previas.²⁰⁻²³ La muestra utilizada incluye información de 989 mujeres de 15 a 19 años que iniciaron vida sexual.

La información proviene de los cuestionarios de adolescentes y del hogar. La variable de interés es *alguna vez embarazada*. Además, se incluyen características sociodemográficas y variables comúnmente reconocidas como factores asociados con este evento (factores de riesgo). La descripción y operacionalización de estas variables se presentan en el cuadro I.^{24,25}

Se estimaron prevalencias e intervalos de confianza al 95% (IC95%) de las características sociodemográficas y factores de riesgo, por área y región de residencia. Para evaluar la asociación entre alguna vez embarazada, las características sociodemográficas y factores de riesgo, se utilizaron modelos de regresión Poisson estratificados por área de residencia, que permiten estimar razones de prevalencia con datos transversales y obtener estimaciones más robustas, con menor varianza, además de tener la ventaja de poder interpretarse como prevalencias.²⁶ Se excluyeron de los modelos las variables lengua indígena, primera relación forzada y consumo de sustancia nocivas ya que, por el tamaño muy pequeño de estas muestras, presentaron un coeficiente de variación muy grande y su inclusión podría afectar la precisión de las estimaciones. Adicionalmente, se estimaron las prevalencias ajustadas para cada factor de riesgo que resultó significativo en el modelo. Éstas se obtuvieron como valores predichos de los modelos Poisson, utilizando el comando *margins* de Stata, asumiendo que todas las ado-

lescentes de la muestra presentaran el factor de riesgo determinado y manteniendo el resto de las covariables en la media. El análisis estadístico se realizó en Stata 17.0 y se consideró el diseño complejo de la encuesta.

Resultados

Del total de mujeres de 15 a 19 años con inicio de vida sexual, 32.3% reportan haber estado alguna vez emba-

Cuadro I
DESCRIPCIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y FACTORES DE RIESGO.
MÉXICO, ENSANUT 2021-2024

Variable	Descripción	Operacionalización
Alguna vez embarazada	Mujeres de 15-19 años que iniciaron vida sexual y que reportaron haber estado alguna vez embarazadas. Incluye a las que estaban embarazadas al momento de la encuesta.	0= Con inicio de vida sexual nunca embarazada 1= Con inicio de vida sexual alguna vez embarazada
Factores sociodemográficos		
Área de residencia	Se categorizó en urbano (localidades de 2 500 habitantes o más) y rural (localidades de menos de 2 500 habitantes).	0= Rural 1= Urbana
Rezago educativo	Dado que la población analizada pertenece al grupo etario 15-19, se considera que tiene rezago educativo cuando la escolaridad es menor a ocho años.*	0= Sin rezago 1= Con rezago
Lengua indígena	Habla lengua indígena.	0= No 1= Sí
Nivel socioeconómico	Para definir esta variable se utilizó el índice de bienestar que se incluye en la Ensanut y se construye con las características de la vivienda, bienes y servicios disponibles en el hogar. Para este trabajo se utilizó la categorización por terciles. ²⁵	1= Bajo 2= Medio 3= Alto
Región	Región de residencia.	1= Pacífico-Norte: Baja California, Baja California Sur, Nayarit, Sinaloa y Sonora 2= Frontera: Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas 3= Pacífico-Centro: Colima, Jalisco y Michoacán 4= Centro-Norte: Aguascalientes, Durango, Guanajuato, Querétaro, San Luis Potosí y Zacatecas 5= Centro: Hidalgo, Tlaxcala y Veracruz 6= CDMX/Edomex: Ciudad de México y Estado de México 7= Pacífico-Sur: Guerrero, Morelos, Oaxaca y Puebla 8= Península: Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán
Factores de riesgo de embarazo		
Conocimiento sobre el uso correcto del condón	La adolescente sabe que un condón masculino [‡] se usa una sola vez y sirve para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual.	0= Con conocimiento 1= Sin conocimiento
Inicio sexual temprano	Tuvo su primera relación sexual antes de cumplir 15 años.	0= Edad a la primera relación sexual ≥15 1= Edad a la primera relación sexual <15
Diferencia de edad con la pareja de la primera relación sexual	La diferencia de edad con la pareja de la primera relación sexual es de cinco años o más.	0= La diferencia de edad con la pareja de la primera relación sexual <5 1= La diferencia de edad con la pareja de la primera relación sexual ≥5
Consumo de sustancias nocivas en la primera relación sexual	Cuando tuvo su primera relación la adolescente había consumido alcohol, drogas o ambos.	0= No consumió alcohol o drogas cuando tuvo su primera relación sexual 1= Sí consumió alcohol o drogas cuando tuvo su primera relación sexual
Uso de anticonceptivos modernos en la primera relación sexual	La primera vez que tuvo relaciones sexuales no utilizó un anticonceptivo moderno. [§]	0= Usó anticonceptivos modernos en su primera relación sexual 1= No usó anticonceptivos modernos en su primera relación sexual
Fue presionada o forzada para tener la primera relación sexual	La adolescente fue presionada o forzada para tener la primera relación sexual.	0= No fue presionada o forzada para tener su primera relación sexual 1= Sí fue presionada o forzada para tener su primera relación sexual

* De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía,²⁴ se considera que una persona está en situación de rezago educativo si al cumplir 15 años no cuenta con educación básica, es decir primaria y secundaria terminada (9 años de escolaridad). Se decidió utilizar 8 años en lugar de 9 porque, por el mes de nacimiento, algunas personas inician la primaria a los siete años terminando la secundaria después de haber cumplido 15 años.

‡ También conocido como condón externo

§ Anticonceptivos modernos: condón masculino, condón femenino, pastillas de anticoncepción de emergencia, pastillas o píldoras, inyecciones, parche anticonceptivo, dispositivo o DIU, implantes, óvulos, jaleas, espuma o diafragma

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

razadas. Globalmente, destaca que, de todas las adolescentes con primera relación sexual, 11.2% tiene rezago educativo, 2.0% habla lengua indígena y 33.1% se ubica en nivel socioeconómico bajo. Respecto a los factores de riesgo, 52.2% no tiene conocimiento sobre el uso correcto del condón masculino, 16.9% tuvo su primera relación sexual antes de cumplir 15 años, 18.4% inició vida sexual con pareja mayor por cinco años o más, 3.9% consumió

alcohol o drogas en la primera relación sexual, 20.2% no usó anticonceptivos en el inicio sexual y 4.2% fue presionada o forzada para tener su primera relación. En adolescentes rurales y urbanas se observan diferencias significativas en la proporción de alguna vez embarazadas, hablantes de lengua indígena, nivel socioeconómico y región de residencia, así como en uso de anticonceptivos en la primera relación sexual (cuadro II).

Cuadro II
CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES DE 15 A 19 AÑOS CON INICIO DE VIDA SEXUAL POR ÁREA DE RESIDENCIA. MÉXICO, ENSANUT 2021-2024

	Rural			Urbana			Total		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Total	257	22.6	20.34,25.03	732	77.4	74.97,79.66	989	100.0	---
Alguna vez embarazada*									
No	126	53.5	45.2,61.66	491	71.9	67.13,76.13	617	67.7	63.59,71.57
Sí	131	46.5	38.34,54.8	241	28.2	23.87,32.87	372	32.3	28.43,36.41
Características sociodemográficas									
Rezago educativo									
Sin rezago	216	84.7	76.69,90.28	661	90.1	86.92,92.53	877	88.9	85.91,91.24
Con rezago	41	15.3	9.72,23.31	71	9.9	7.47,13.08	112	11.2	8.76,14.09
Habla lengua indígena*									
No	241	93.6	83.72,97.64	722	99.3	98.63,99.68	963	98.0	95.81,99.09
Sí	16	6.4	2.36,16.28	10	0.7	0.32,1.37	26	2.0	0.91,4.19
Nivel socioeconómico*									
Bajo	161	63.2	53.65,71.80	207	24.3	20.92,28.04	368	33.1	29.57,36.80
Medio	62	24.9	16.67,35.46	280	38.8	34.26,43.56	342	35.7	31.61,39.94
Alto	34	11.9	7.50,18.38	245	36.9	32.06,42.01	279	31.3	27.23,35.56
Región de residencia*									
Pacífico-Norte	24	6.6	5.85,7.51	116	9.0	7.66,10.63	140	8.5	7.40,9.73
Frontera	10	2.9	2.59,3.25	124	15.7	13.43,18.20	134	12.8	11.02,14.77
Pacífico-Centro	23	8.2	5.98,11.11	52	13.6	11.38,16.15	75	12.4	10.55,14.44
Centro-Norte	56	9.2	6.45,12.86	161	12.9	11.42,14.55	217	12.1	10.74,13.53
Centro	28	14.9	11.41,19.11	59	8.7	5.93,12.60	87	10.1	7.73,13.08
CDMX/Edomex	7	12.2	9.91,14.98	91	22.7	19.73,25.86	98	20.3	17.92,22.88
Pacífico-Sur	55	30.6	24.92,36.86	62	11.3	9.62,13.18	117	15.6	13.67,17.84
Península	54	15.5	11.12,21.14	67	6.2	5.07,7.48	121	8.3	6.88,9.92
Factores de riesgo de embarazo									
Conocimiento informado de uso correcto del condón									
Con conocimiento	99	39.6	30.84,49.17	335	50.2	44.78,55.69	434	47.8	43.13,52.60
Sin conocimiento	154	60.4	50.83,69.16	384	49.8	44.31,55.22	538	52.2	47.40,56.87
Inicio sexual temprano									
Edad a la primera relación sexual ≥15	204	85.2	79.23,89.61	597	82.6	78.74,85.80	801	83.1	79.96,85.90
Edad a la primera relación sexual <15	46	14.8	10.39,20.77	101	17.5	14.20,21.26	147	16.9	14.10,20.04

(continúa...)

(continuación)

Diferencia de edad con la pareja de la primera relación sexual									
<5	183	76.9	68.66,83.47	571	83.0	79.41,86.06	754	81.6	78.33,84.49
>=5	67	23.1	16.53,31.34	127	17.0	13.94,20.59	194	18.4	15.51,21.67
Consumo de sustancias nocivas en la primera relación sexual									
No consumió	247	96.3	91.64,98.42	704	96.1	94.17,97.35	951	96.1	94.46,97.29
Consumió	10	3.7	1.58,8.36	28	3.9	2.65,5.83	38	3.9	2.71,5.54
Uso de anticonceptivos modernos en la primera relación sexual [‡]									
Sí usó	171	71.2	62.47,78.64	589	82.3	77.69,86.04	760	79.8	75.77,83.23
No usó	86	28.8	21.36,37.53	143	17.8	13.96,22.31	229	20.2	16.77,24.23
Fue presionada o forzada para tener la primera relación sexual									
No fue presionada o forzada	242	92.9	86.92,96.30	700	96.6	93.83,98.19	942	95.8	93.41,97.33
Fue presionada o forzada	12	7.1	3.70,13.08	24	3.4	1.81,6.17	36	4.2	2.67,6.59

* $p < 0.001$; [‡] $p < 0.05$

IC95%: intervalo de confianza al 95%; CDMX/Edomex: Ciudad de México y Estado de México; Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

La figura 1 muestra las prevalencias del embarazo en adolescentes por área y región de residencia. Se observa que éstas difieren significativamente por área (46.5% rural y 28.2% urbana) y por región. Las mayores prevalencias se presentan en Península (46.6%), Pacífico-Sur (45.8%) y Frontera (39.4%), mientras que las más bajas en Ciudad de México y Estado de México (CDMX/Edomex) (21.5%), Centro (22.8%) y Pacífico-Centro (23.8%).

El cuadro III presenta las características asociadas con el embarazo en adolescentes por área de residencia. En adolescentes de áreas rurales, los factores asociados positivamente con haber estado alguna vez embarazada son inicio sexual temprano (RP= 1.44; IC95%: 1.10,1.87), diferencia de edad con la pareja (RP= 1.40; IC95%: 1.02,1.92) y no uso de métodos anticonceptivos modernos (MACM) en la primera relación sexual (RP= 1.55; IC95%: 1.12,2.15).

En adolescentes de áreas urbanas, los factores de riesgo que se asocian positivamente con el embarazo son no contar con conocimiento sobre el uso correcto del condón (RP= 1.61; IC95%: 1.14,2.28), no uso de MACM (RP= 2.15; IC95%: 1.60,2.90) y rezago educativo (RP= 1.70; IC95%: 1.27,2.27). Adicionalmente, en el modelo urbano se observan asociaciones negativas con algunas características sociodemográficas: nivel socioeconómico medio (RP= 0.71; IC95%: 0.50,1.00), alto (RP= 0.42; IC95%: 0.27,0.63), habitar en la región Centro (RP= 0.44; IC95%: 0.29,0.66) y Pacífico-Centro (RP= 0.52; IC95%: 0.31,0.86).

Las prevalencias estimadas del embarazo en adolescentes, de acuerdo con la Ensanut Continua 2021-2024, se presentan en la figura 2, por área rural y urbana, de manera general y ajustadas de acuerdo con los factores

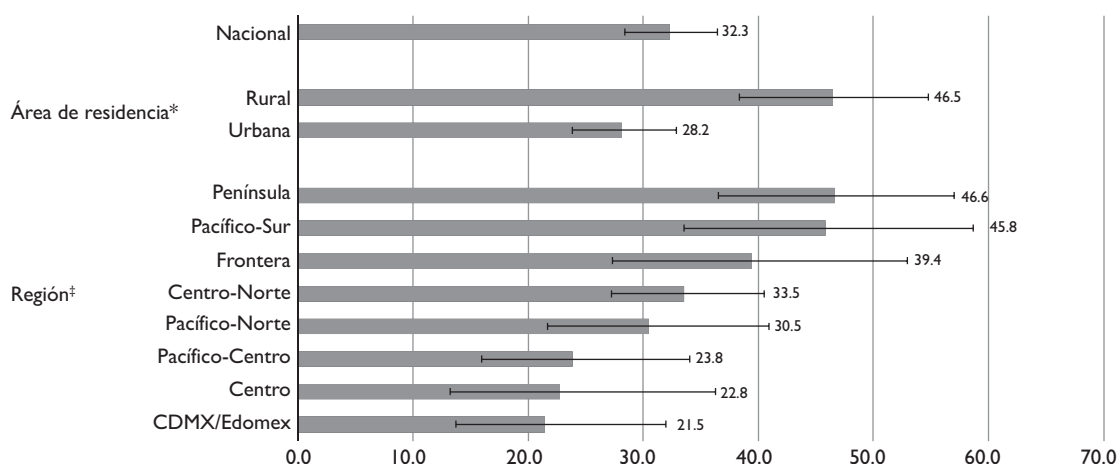
de riesgo que resultaron significativos en cada modelo. En áreas rurales, la prevalencia general ajustada del embarazo es de 45.8%. Cuando la prevalencia se estima suponiendo que todas las mujeres rurales iniciaron vida sexual antes de los 15 años, ésta se incrementa a 61.0%; si todas hubieran iniciado vida sexual con pareja mayor por cinco años o más, la prevalencia alcanzaría 57.5%, y si se asumiera que ninguna adolescente utilizó MACM en la primera relación sexual, la prevalencia sería de 60.1%.

En áreas urbanas la prevalencia general estimada del embarazo es 28.6%. Suponiendo que nadie tuviera conocimiento sobre el uso correcto del condón, la prevalencia de embarazo sería 34.4% y si ninguna adolescente hubiera utilizado MACM, la prevalencia aumentaría a 49.5%.

Discusión

El propósito de este trabajo fue conocer y analizar las prevalencias y factores asociados con el embarazo en adolescentes en México, de acuerdo con la Ensanut Continua, desde 2021 a 2024. Se observaron diferencias en las prevalencias por área y región de residencia, por características sociodemográficas y factores de riesgo.

Las prevalencias más altas de embarazo en adolescentes observadas en áreas rurales, en comparación con urbanas, pueden ser resultado de condiciones estructurales, comunitarias e individuales de cada adolescente, como pobreza, bajos niveles de escolaridad, falta de oportunidades de desarrollo, relaciones desiguales de género, conductas de riesgo y violencias, entre otras.^{6,27} De igual manera, las mayores prevalencias de embarazo



* $p < 0.001$; ‡ $p < 0.005$

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

CDMX/Edomex: Ciudad de México y Estado de México.

FIGURA 1. PREVALENCIAS DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES POR ÁREA Y REGIÓN DE RESIDENCIA. MUJERES DE 15 A 19 AÑOS CON INICIO DE VIDA SEXUAL. MÉXICO, ENSANUT 2021-2024

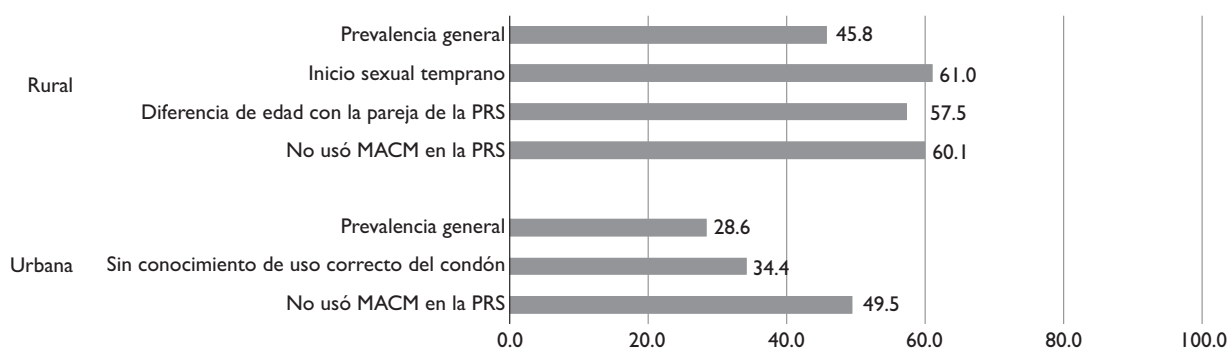
Cuadro III

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS CON INICIO DE VIDA SEXUAL, POR ÁREA DE RESIDENCIA. MÉXICO, ENSANUT 2021-2024

	Rural (n= 246)		Urbana (n= 686)	
	RP	IC95%	RP	IC95%
Características sociodemográficas				
Con rezago educativo	1.24	0.85,1.80	1.70*	1.27,2.27
Nivel socioeconómico				
Medio	0.98	0.53,1.79	0.71‡	0.50,1.00
Alto	0.80	0.37,1.73	0.42*	0.27,0.63
Región				
Frontera	1.05	0.83,1.34	1.30	0.82,2.05
Pacífico-Centro	1.41	0.83,2.41	0.52‡	0.31,0.86
Centro-Norte	1.08	0.62,1.90	0.77	0.52,1.16
Centro	1.02	0.48,2.17	0.44*	0.29,0.66
CDMX/Edomex	1.04	0.66,1.65	0.64	0.36,1.16
Pacífico-Sur	1.64	0.96,2.81	0.75	0.44,1.30
Península	1.26	0.81,1.96	0.76	0.46,1.27
Factores de riesgo				
Sin conocimiento correcto del uso del condón	0.86	0.60,1.25	1.61§	1.14,2.28
Inicio sexual temprano	1.44§	1.10,1.87	1.18	0.75,1.87
Diferencia de edad con la pareja de la PRS ≥5	1.40‡	1.02,1.92	1.01	0.71,1.45
No usó MACM en la PRS	1.55§	1.12,2.15	2.15*	1.60,2.90

* $p < 0.001$; ‡ $p < 0.05$; § $p < 0.005$

RP: razón de prevalencia; IC95%: intervalo de confianza al 95%; PRS: primera relación sexual; MACM: métodos anticonceptivos modernos; CDMX/Edomex: Ciudad de México y Estado de México; Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.



MACM: métodos anticonceptivos modernos; PRS: primera relación sexual; Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

Nota: Las prevalencias estimadas se calcularon como valores predichos de los modelos Poisson, manteniendo el factor de riesgo específico (es decir, que todas presentaron el factor de riesgo) y el resto de las covariables en la media.

FIGURA 2. PREVALENCIAS ESTIMADAS DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES (GENERAL Y POR FACTORES DE RIESGO). MUJERES DE 15 A 19 AÑOS CON INICIO DE VIDA SEXUAL. MÉXICO, ENSANUT CONTINUA 2021-2024

en adolescentes encontradas en las regiones Península y Pacífico-Sur respecto a CDMX/Edomex y Centro fortalecen la evidencia existente de la asociación del embarazo en adolescentes con entornos geográficos más pobres y rurales, donde las carencias y necesidades de desarrollo se acentúan.¹⁸

El no uso de MACM en la primera relación sexual se asocia de manera significativa con el embarazo en adolescentes tanto en áreas rurales como urbanas.¹⁸ Al estimar los niveles de embarazo, asumiendo que ninguna adolescente inició vida sexual protegida, el embarazo en adolescentes se incrementaría notablemente. La falta de protección anticonceptiva en la primera relación sexual puede interpretarse como un indicador global de falta de información, de empoderamiento y de acceso a servicios y a MACM.^{3,15} En cambio, el uso de MACM en la primera relación sexual ha demostrado ser un factor predictivo de la posibilidad de utilizarlo en relaciones posteriores.²⁸

Las adolescentes en condiciones de vulnerabilidad se exponen al mismo tiempo a diversas carencias que influyen en un bajo o nulo uso de anticonceptivos, tales como bajo conocimiento sobre anticoncepción, falta de acceso y disponibilidad a éstos, así como a mitos y desconfianza. Como resultante, una gran proporción de adolescentes, en su iniciación sexual y en relaciones subsecuentes, no utiliza anticonceptivos modernos, y otra recurre a métodos tradicionales de baja efectividad.⁶ En el ámbito rural, estas carencias pueden ser resultado de estereotipos de género que ocasionan desigualdades, truncan oportunidades educativas y determinan de manera diferencial las expectativas de vida que pueden construir tanto mujeres como hombres adolescentes.^{8,29}

La situación del embarazo en adolescentes, contextualizada a nivel nacional y geográficamente, se suma a la evidencia existente sobre la necesidad de acelerar esfuerzos para proporcionar a esta población información oportuna y garantizar el acceso a los servicios de salud, idealmente antes de su inicio sexual, sin prejuicios y escuchando sus necesidades.^{13,30} También se pone énfasis en la importancia de intervenciones que permitan ampliar las oportunidades de educación y empleo digno, y fortalecer los marcos jurídicos que garantizan los derechos sexuales y reproductivos de esta población.^{4,6}

En áreas rurales destaca la asociación entre inicio sexual temprano y embarazo en adolescentes; se observó que si se asumiera que todas las mujeres iniciaran vida sexual antes de los 15 años, el embarazo en adolescentes se incrementaría de manera relevante y, de hecho, esta es una de las variables con mayor peso en los modelos de regresión del presente estudio. El inicio sexual temprano, y más aún no protegido, es un evento central en la vida de las personas adolescentes, con implicaciones presentes y futuras.¹³ De ahí la importancia de que la población adolescente y joven inicie su sexualidad de manera informada, protegida y consensuada. Cabe mencionar que en el entramado social del inicio sexual temprano se ubica también el desbalance de poder que se da al interior de las relaciones de pareja.¹³ Las asimetrías de género y de edad, en particular en las adolescentes más jóvenes, pueden implicar coerción y limitar el desarrollo integral de las personas.^{27,31} De acuerdo con los presentes resultados, el embarazo en adolescentes aumentaría significativamente si se asumiera que todas las mujeres iniciaran vida sexual con una pareja mayor por cinco años o más.³²

En áreas urbanas, persiste la falta de uso de MACM en la primera relación sexual y de conocimiento sobre el uso correcto del condón, hallazgo que ya ha sido reportado en el que se documenta una posible asociación entre uso de MACM en la primera relación sexual y el conocimiento funcional de los mismos.³³ Sin embargo, llama la atención que esto no se identifica en zonas rurales. Aun así fue relevante el incremento del embarazo en adolescentes al suponer que ninguna mujer tuviera conocimiento sobre el uso correcto de este método.

En este trabajo deben considerarse algunas limitaciones. Sólo se pudieron incluir las variables relacionadas con el embarazo en adolescentes disponibles en el instrumento de la encuesta. Asimismo, al tratarse de información que incluye preguntas retrospectivas sobre la primera relación sexual, pueden existir sesgos de memoria o sesgos intencionados de reporte, sobre el inicio sexual, la edad de la pareja sexual, el uso de MACM y el consumo de sustancias. Debido al tamaño de la muestra, se excluyeron del análisis las variables lengua indígena, primera relación sexual forzada y consumo de sustancias nocivas en la primera relación sexual. Tampoco se consideró estado conyugal, debido a que esta información sólo está disponible al momento de la encuesta. Posiblemente se excluyeron del instrumento de medición otras variables relacionadas con las circunstancias del embarazo en adolescentes o pudiera haber errores de clasificación, por ejemplo, en la edad de la pareja al inicio de vida sexual o en la identificación de anticonceptivos. No obstante, este trabajo aporta información relevante sobre el peso que tienen algunas variables clave asociadas con el embarazo en adolescentes.

En suma, a pesar de diversos esfuerzos el embarazo en adolescentes continúa siendo un tema preocupante que limita las oportunidades de estas personas e impacta su desarrollo, a sus familias y comunidades. Al ser un evento multifactorial, requiere ser comprendido desde diferentes perspectivas considerando de manera amplia e integral los contextos socioculturales y geográficos. Al examinar los factores de riesgo por área de residencia, se ha podido constatar una vez más la relevancia de diseñar intervenciones centradas en necesidades específicas de cada entorno. Esta problemática debe ser una responsabilidad compartida entre la población afectada, el sector académico, la sociedad civil en general y los ámbitos gubernamentales, para encontrar soluciones adecuadas y apegadas a las diversas realidades y erradicar los embarazos no deseados.

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

Referencias

1. Worku MG, Tessema ZT, Teshale AB, Tesema GA, Yeshaw Y. Prevalence and associated factors of adolescent pregnancy (15-19 years) in East Africa: a multilevel analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03713-9>
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Embarazo adolescente. UNFPA, 2025 [citado febrero 23, 2025]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/embarazo-adolescente#readmore-expand>
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas. El precio de la desigualdad: Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes y maternidad temprana en América Latina y el Caribe. Panamá: UNFPA, 2025 [citado abril 20, 2025]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/el-precio-de-la-desigualdad-consecuencias-socio-economicas-embarazo-adolescente>
4. Consejo Nacional de Población. Sistema de Indicadores para Monitoreo y Seguimiento (ENAPEA-SIMS). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México: Conapo, 2024 [citado abril 20, 2025]. Disponible en: <http://indicadores.conapo.gob.mx/ENAPEA.html>
5. Neal SE, Chandra-Mouli V, Chou D. Adolescent first births in East Africa: Disaggregating characteristics, trends and determinants *Adolescent Health. Reprod Health*. 2015;12(1):1-13. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-12-13>
6. Neal S, Harvey C, Chandra-Mouli V, Caffé S, Camacho AV. Trends in adolescent first births in five countries in Latin America and the Caribbean: Disaggregated data from demographic and health surveys. *Reprod Health*. 2018;15(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0578-4>
7. Echarri-Cánovas CJ. Interseccionalidad de las desigualdades de género en México. Un análisis para el seguimiento de los ODS. México: Conapo, 2020 [citado marzo 9, 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/interseccionalidad-de-las-desigualdades-de-genero-en-mexico-un-analisis-para-el-seguimiento-de-los-ods?idiom=es>
8. Medina-Gómez OS, Ortiz-González K. Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México, 2015. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e99. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.99>
9. Pérez-Baleón F, Lugo M. Contextos sociales, reproductivos y de pareja que delimitan los embarazos en mujeres menores de 15 años: un análisis comparativo entre etapas de la adolescencia. En: *Los claroscuros del embarazo en la adolescencia. Un enfoque cuantitativo*. México: UNAM, Orfilia, 2020:75-100.
10. Azevedo JP, Favara M, Haddock SE, Lopez-Calva LF, Muller M, Perova E. Teenage pregnancy and opportunities in Latin America and the Caribbean: on teenage fertility decisions, poverty and economic achievement. Washington DC: World Bank, 2012 [citado febrero 25, 2025]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/16978/831670v20REVIS00Box385190B00PUBLIC0.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
11. Raya-Díez E, Serrano-Martínez C, Domínguez-San Pedro E, Montañés-Muro P. Risk factors and social consequences of early pregnancy: a systematic review. *Sage Open*. 2024;4(3):21582440241271324. <https://doi.org/10.1177/21582440241271324>
12. Chandra-Mouli V, Camacho AV, Michaud PA. Commentary. WHO Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *J Adolesc Health*. 2013;52(5):517-22 [citado febrero 25, 2025]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X13001213>
13. De la Vara-Salazar E, Villalobos A, Hubert C, Suárez-López L. Conductas de riesgo asociadas con el inicio sexual temprano en adolescentes en México. *Salud Publica Mex*. 2023;65(6):654-64. <https://doi.org/10.21149/15062>

14. World Health Organization. Early marriage and adolescent and youth pregnancies. Ginebra: WHO, 2011 [citado febrero 26, 2025]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_12-en.pdf
15. Villalobos A, Ávila-Burgos L, Hubert C, Suárez López L, de la Vara-Salazar E, Hernández-Serrato MI, et al. Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. *Salud Publica Mex.* 2020;62(6):648-60. <https://doi.org/10.21149/11519>
16. Sanhueza A, Costa JC, Mújica OJ, Carvajal-Velez L, Caffé S, Victora C, et al. Trends and inequities in adolescent childbearing in Latin American and Caribbean countries across generations and over time: a population-based study. *Lancet Child Adolesc Health.* 2023;7(6):392-404. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(23\)00077-9](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(23)00077-9)
17. Gutiérrez JP, García-Saisó S, Espinosa-de la Peña R, Balandrán DA. Desigualdad en indicadores de comportamientos de riesgo en adolescentes en México: análisis de dos encuestas de salud. *Salud Publica Mex.* 2016;58(6):657-65. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i6.7922>
18. Hubert C, de la Vara-Salazar E, Villalobos A, Suárez-López L, Muradás-Troitiño M de la C, Mejía-Paillés G, et al. Prevención del embarazo en adolescentes. *Salud Publica Mex.* 2024;66(4):488-99. <https://doi.org/10.21149/15838>
19. Shamah-Levy T, Lazcano-Ponce EC, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Gaona-Pineda EB, Gómez-Acosta L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023. Resultados Nacionales. Cuernavaca: INSP, 2024 [citado febrero 10, 2025]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2023/informes.php>
20. Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, et al. Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021. *Salud Publica Mex.* 2021;63(6):813-8. <https://doi.org/10.21149/13348>
21. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero-Aragónés MA, et al. Metodología y análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2020-2024. *Salud Publica Mex.* 2024;66(6):879-85. <https://doi.org/10.21149/16455>
22. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2023: metodología y avances de la Ensanut Continua 2020-2024. *Salud Publica Mex.* 2023;65(4):394-401. <https://doi.org/10.21149/15081>
23. Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, et al. Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 y Planeación y diseño de la Ensanut Continua 2020-2024. *Salud Publica Mex.* 2022;64(5):522-9. <https://doi.org/10.21149/14186>
24. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. El rezago educativo en la población mexicana. México: INEGI, 2004.
25. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca: INSP, 2022.
26. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saude Publica.* 2008;42(6):992-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000600003>
27. Campero L, Romero I, Estrada F, Torres L, Villalobos A, Hubert C, et al. Challenges in preventing unions and pregnancies among adolescents in rural and Indigenous communities ruled by customs and traditions in Mexico. *Cad Saúde Pública.* 2024;40(11):1-13. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN220223>
28. Suárez-López L, Hubert C, De la Vara-Salazar E, Villalobos A. Calendario de uso del condón masculino en 2018-2019. *Coyunt Demogr.* 2022;(22):27-33 [citado febrero 10, 2025]. Disponible en: <https://coyunturademografica.somede.org/calendario-de-uso-del-condon-masculino-en-2018-2019/>
29. Gayou-Esteva U, Meza-de-Luna ME, Negrete-Castañeda AK. Influencia de expectativas educativas y relaciones familiares sobre la prospectiva de embarazo en la adolescencia entre estudiantes de México. *Acta Univ.* 2020;30:1-14. <http://doi.org/10.15174/au.2020.2562>
30. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet.* 2018;391(10140):2642-92. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
31. Luna-Pérez J, Nazar-Beutelspacher A, Mariaca-Méndez R, Ramírez-López DK. Matrimonio forzado y embarazo adolescente en indígenas en Amatenango del Valle, Chiapas. Una mirada desde las relaciones de género y el cambio reproductivo. *Papeles Poblac.* 2020;26(106):35-73. <https://doi.org/10.22185/24487147.2020.106.30>
32. Kushal SA, Amin YM, Reza S, Hossain FB, Shawon MSR. Regional and sex differences in the prevalence and correlates of early sexual initiation among adolescents aged 12-15 years in 50 countries. *J Adolesc Health.* 2022;70(4):607-16. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.10.027>
33. Ortiz-Ávila E, Hilario Hernández A. Conocimiento funcional de los métodos anticonceptivos y las características sociodemográficas asociadas a este conocimiento de dos generaciones de mujeres en México, 2018. *Revista Novedades en Población.* 2023;19:64-91 [citado febrero 10, 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782023000100064