



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE
CHIAPAS**

POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

**FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA**

Circunstancias para el embarazo entre adolescentes
atendidas en el centro de salud urbano, de la colonia
Patria Nueva en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México
(2017-2019)

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

PRESENTA:

María de Jesús Gutiérrez Hernández.

Directora de Tesis

Dra. María Georgina Rivas Bocanegra.

Diciembre, 2019.

Agradecimientos

A ese ser maravilloso que me permitido llegar a este momento de mi vida **A Dios**, quién ha puesto en mi camino gente extraordinaria, llena de conocimientos que me han alimentado en toda la etapa de mi aprendizaje, que me han ayuda ir escalando cada peldaño, en cada grado de estudios. Gracias.

A mi madre:

Que con cada esfuerzo del día a día, logro que pudiera prepararme, que a pesar de las dificultades de la vida, y que con todo su empeño logro que culminará la escuela, para así tener una profesión que me ha permitido seguirme preparando hasta el día de hoy.

A mi hermano y a su esposa

Quienes fueron el apoyo en los momentos difíciles que uno transcurre en toda la etapa de preparación, llegando hacer el apoyo incondicional de mi madre, de quiénes estamos eternamente agradecidas. Nuevamente gracias.

A los maestros de la maestría

Gracias a todos y cada uno de ellos, por brindarnos ese ápice de conocimientos que nos alimentaron cada día, y que nos permitirán encontrar y resolver los sinfines de problemas que aparecen o que ya se encuentran en nuestra sociedad. Eternamente agradecida.

A mi Directora de Tesis

A la Dra. María Georgina Rivas Bocanegra, que sin ton ni son, me ha regalado su valioso tiempo y desbordante conocimientos, que me han ido formando durante la carrera y especialmente en estos últimos dos años que no importando la hora o el lugar se ha dedicado a corregir y a mejorar cada aporte del tema de investigación, exigiendo lo más relevante del tema, para que pueda ser de utilidad a nuestra sociedad, ya que como salubristas tenemos una gran responsabilidad de detectar y visualizar las posibles soluciones. Gracias, muchas gracias Doctora.

INDICE

RESUMEN	5
CAPITULO 1.....	7
1.1 Planteamiento del problema.....	8
1.2 Justificación	13
CAPITULO 2.....	14
2. Antecedentes	15
2.1 La perspectiva demográfica y la población joven.....	15
2.2 La perspectiva económico-social, los y las adolescentes y la violencia	16
2.3 La transición demográfica y el embarazo en las adolescentes en México.....	20
2.4 La perspectiva de la Salud Pública y el embarazo en la adolescencia.....	22
2.5. La perspectiva de los derechos humanos y el embarazo en las adolescentes.....	23
2.6 La Sexualidad, el género y la cultura en el embarazo en la adolescencia.....	26
2.7 Los tipos de familia y el embarazo en la adolescencia.....	28
2.8 La perspectiva de la Subjetividad. Los cambios psicológicos en las adolescentes y el embarazo	32
2.9 Algunos estudios acerca del embarazo en la adolescencia.	34
CAPITULO 3.....	39
3. Objetivos.....	40
3.2 Objetivos específicos	40
CAPITULO 4.....	41
4. Material y método.....	42
CAPITULO 5.....	48
5. Resultados	49
CAPITULO 6.....	75
6. Discusión	76
CAPITULO 7.....	84
7. Propuestas	85
CAPITULO 8.....	86
8. Conclusiones	87
ANEXOS	95

RESUMEN

Objetivo: el objetivo de este estudio fue conocer las circunstancias en que las adolescentes tuvieron un embarazo a tan temprana edad. **método:** el estudio fue exploratorio, de casos, utilizando herramientas de tipo cualitativo. El contexto sociodemográfico de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez se construyó a partir de los datos del INEGI y CONAPO y para aproximarnos a las características sociales de la población que acude al centro de salud urbano de la colonia Patria Nueva, se utilizaron los registros de las adolescentes del Sistema de Información en Salud (SIS), que acudieron para control prenatal, solo del mes de agosto del 2017. Las entrevistas semiestructuradas, nos permitieron abordar las experiencias de las adolescentes acerca de la unión de pareja, el uso de anticonceptivos, sus expectativas con respecto al embarazo, sus proyectos de vida así como las circunstancias familiares en relación al apoyo que recibieron de sus padres así como la vivencia de violencia en el hogar. Se entrevistó a 31 adolescentes embarazadas que acudieron a la clínica por su control prenatal, pero para este estudio solo 25 cubrieron los requisitos de inclusión. **resultados:** las adolescentes embarazadas tenían entre 15 a 19 años, y sólo 3 fueron menores de esa edad. La mayoría tenía educación básica incompleta y se ocupaban de las labores del hogar. Procedían de las colonias de la periferia en el norte-orienté de la zona urbana de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; zona de alta marginación. Como grupo social se trataba de adolescentes pobres en general, cuya familia de origen tuvo una jefatura femenina; algunas de las madres de las jóvenes también se embarazaron tempranamente. Las relaciones sexuales deseadas, fueron consensuadas, sin embargo puede decirse que los varones las indujeron. No utilizaron anticonceptivos aun cuando los conocían. La mayoría era primigesta y expresó sentirse “feliz” en su estado; quienes eran segundigestas y podían comparar su experiencia, expresaron que no habían tenido idea del esfuerzo que implicaba la crianza. Pocas expresaron que hubieran querido seguir estudiando y lograr otros proyectos de vida. El deseo de hijos no es un ejercicio de autodeterminación personal consciente; es un mandato social que impone un imaginario de felicidad y oculta la maternidad precaria, sin el contrapeso de proyectos sociales alternativos para las jóvenes. **conclusiones:** en relación al deseo de ser madres, más de la mitad de nuestras entrevistadas deseaban tener un hijo, y fueron las adolescentes que se encontraban estudiando las que no esperaban el embarazo ya que éste fue motivo de dejar su estudio y que al preguntarles si después de tener a sus hijos volverían a estudiar, las ocho adolescentes respondieron que ya no podrían, lo que confirma que el embarazo es motivo de deserción escolar. Algo que también quedó claro en nuestro estudio fue que todas las adolescentes entrevistadas tuvieron relaciones de manera consensuada, y que en su gran mayoría sabedoras de que existen métodos de planificación familiar no las utilizaron.

Siglas/acrónimos

CONAPO: Consejo Nacional de Población

CND: Convención Sobre los Derechos del Niño

CIGD: Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo

CCMM: Cuarta Conferencia Mundial Sobre Mujeres

CEDAW: Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

COPLAMAR: Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas

DESC: Derechos Económicos, Sociales y Culturales

ENAPEA: Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

ENADID: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica

INMUJERES: Instituto Nacional de las Mujeres

MICS: Encuesta a Base de Indicadores Múltiples

NOM: Norma Oficial Mexicana

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OMM: Observatorio de Mortalidad Materna

OMS: Organización Mundial de la Salud

OCDE: Organización de Cooperación y Desarrollo Económico

OIT: Organización Internacional del Trabajo

PIB: Producto Interno Bruto

SSR: Salud Sexual Reproductiva

TEF: Tasa Específica de Fecundidad

TGF: Tasa Global de Fecundidad

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

CAPITULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION

1.1 Planteamiento del problema

La OMS define como adolescencia “a la etapa de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolida la independencia socioeconómica; considera que se inicia a los 10 años y culmina a los 19 años de edad. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes”. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos (OMS 2019).

“La pubertad es el proceso en el que todos los niños y niñas se transforman en personas sexualmente maduras. Comienza con los primeros cambios puberales y finaliza con la adquisición de la capacidad de reproducirse y con el cese del crecimiento somático” (INEGI- ENADID, 2014:9).

El embarazo durante la adolescencia, se refiere a la gestación en mujeres de 10 hasta los 19 años de edad. La mayoría de las estadísticas y estimaciones comparables del mundo sobre embarazos o partos en adolescentes, cubren solo una parte de la cohorte: de 15 a 19 años de edad. Eso significa que menos información disponible sobre las mujeres entre 10 y 14 años, grupo, en el que precisamente las necesidades y vulnerabilidades pueden ser las más importantes (UNFPA, 2013:14).

Aunque los embarazos en las adolescentes ocurren en todo el mundo, generalmente se dan más en países pobres, y aún dentro de un mismo país (se trate de países pobres o ricos), suceden más en el área rural que en la urbana y entre grupo marginados y vulnerados, como en el caso de las poblaciones indígenas (UNFPA 2013:13).

De acuerdo con datos del 2013, de los 7.3 millones de partos que ocurrían anualmente en adolescentes menores de 18 años en los países pobres, 2 millones (poco menos de la cuarta parte) eran de niñas menores de 15 años. Las Encuestas Demográficas y de Salud (DSH) y las Encuesta a Base de Indicadores Múltiples (MICS), mostraban que el 3 por

ciento de las jóvenes en países en desarrollo referían haber dado a luz antes de los 15 años (UNFPA, 2013:5).

Se sabe que el 95% se da en los llamados países en desarrollo, donde 9 de cada 10 ocurría entre adolescentes dentro de un matrimonio o unión (OMS, 2008 citado por UNFPA, 2013:3). Se sabe también que las tasas de natalidad entre adolescentes son más altas donde es más prevalente el matrimonio infantil y estos son más frecuentes donde la pobreza es extrema (UNFPA, 2013:9)-

Datos actualizados de la OMS señalan que 16 millones de adolescentes entre los 15 y los 19 años, y aproximadamente un millón de menores de 15 años, dan a luz cada año, sobre todo en países de bajos y medianos ingresos (OMS2, 2018:1).

En el contexto de las crisis económicas internacionales y de desempleo para la población joven es una tendencia que cuando una niña queda embarazada o tiene un hijo, su salud, su educación, así como su potencial para obtener ingresos y todo su futuro pueden estar en peligro, con el riesgo de quedar atrapada en una vida sumida en la pobreza, la exclusión y la impotencia (UNICEF, 2011:4).

Acerca de la mortalidad, de acuerdo con datos del UNICEF del 2008 (citado por UNFPA 2013), alrededor de 70,000 adolescentes en países pobres habían muerto cada año por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte en mujeres adolescentes mayores (OMS, 2012 citado por UNFPA 2013); es decir que se sabe menos lo que sucede con las adolescentes más jóvenes. Es importante señalar que desde el año 2000 ha habido descensos en la mortalidad por esas causas, en todas las regiones, no obstante dichas complicaciones aún son la segunda causa de muerte en el mundo entre las mujeres de 15 a 19 años de edad (UNFPA 2013; OMS 2, 2018)

Son más probables los daños a la salud si la niña queda embarazada en los dos primeros años posteriores a la menarca, cuando su pelvis y canal del parto, todavía está en crecimiento (OMS, 2004). Un problema serio es la “fistula obstétrica”, enfermedad debilitante que causa incontinencia en la mujer y, en la mayoría de los casos, causa

mortinatalidad o muerte del bebé en la primera semana de vida. Se cree que entre 2 millones y 3,5 millones de mujeres y niñas en países en desarrollo viven con esta enfermedad (UNFPA, 2013, OMS 2 2018)

Las niñas de 15 años o menos tienen probabilidades más altas de sufrir enfermedades como eclampsia, anemia, hemorragia posparto y endometritis puerperal, que las adolescentes mayores. La evidencia también indica que los desenlaces neonatales adversos relacionados con embarazo en adolescentes son mayores en las más jóvenes (UNFPA 2013; OMS2, 2018).

Están bien documentados los riesgos para la salud de los lactantes, hijos de madres adolescentes. La muerte del recién nacido es 50 % más alta entre las adolescentes que entre las jóvenes de 20 y 29 años (OMS, 2012). Alrededor de un millón de niños que nacen de las primeras no llegan a cumplir su primer año de vida; y los bebés que sobreviven son más vulnerables a tener bajo peso y nacer prematuramente que los de las mujeres que están en sus veinte años (UNFPA, 2013; OMS 2018)

La OMS menciona que la mayoría de los embarazos ocurren en adolescentes unidas, unos pocos suceden entre las no unidas lo que agrega un dilema social y un estigma al tratarse de un hijo fuera de la unión. “De acuerdo con las estadísticas, generalmente las adolescentes desean el embarazo, sin embargo para otras se trata de un embarazo inoportuno o no deseado” (OMS 2018:1-12).

Según cálculos aproximados para el grupo de edades de 15 a 19 años se registraron alrededor de 3.2 millones de abortos por año en condiciones de riesgo, en países en desarrollo. Las tasas de aborto son muy similares para África y para América Latina, de 26 y 25 por cada 1000 adolescentes. En América Latina se realiza el 23% de todos los abortos (UNFPA, 2013:20-21). Datos más recientes provenientes de la OMS, señalan que entre 3 millones de adolescentes se someten a abortos peligrosos (OMS 2018). Es más probable además, que las mujeres adolescentes recurran a personal no capacitado para inducirse un aborto así como de retrasar el momento de pedir ayuda si hay complicaciones (UNFPA, 2014).

Entre los estados miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), que incluye países de medianos ingresos, México tiene la tasa de fecundidad más alta (64.2 por cada 1000 nacimientos) en adolescentes de 15 a 19 años de edad, mientras que Suiza tiene la más baja, con 4.3 (UNFPA, 2013:11). De acuerdo con datos del INEGI y del INMUJERES del 2018, las tasas de fecundidad a nivel nacional muestran un descenso en todas las edades, sin embargo entre las adolescentes de entre 15 y 19 años, el descenso es poco significativo de 1.8 puntos porcentuales (INEGI 2018).

En México, en 2016, 18 de cada 100 nacimientos se registraron en mujeres menores de 20 años. Las entidades con mayor número de nacimientos en mujeres de esa edad fueron: Coahuila, Chihuahua y Durango; por el contrario las entidades con menor número de nacimientos fueron la ciudad de México, Querétaro y Nuevo León. Es importante mencionar que en México, los nacimientos en las menores de edad ocurren principalmente estando en unión libre y muy poco como solteras o casadas; así mismo los nacimientos entre adolescentes suceden sobre todo en localidades de menos de 2500 y menos de 5000 habitantes, es decir en localidades muy pequeñas y probablemente aisladas o en pueblos chicos (INEGI 2018).

En el proceso histórico de transición demográfica, Chiapas es el estado con la tasa global de fecundidad más alta en todo el país, de 2.4 a 2.6 hijos por mujer, indicador que se refiere al promedio de hijos que tendría una mujer durante su vida reproductiva y que por lo tanto agrupa a todas las edades de 15 hasta 49 años. Sin embargo, de acuerdo con datos del INEGI e INMUJERES del 2018, no es la entidad federativa donde se registran más embarazos o más bien nacimientos en la adolescencia (INEGI 2018).

En 2015, el grupo de edad de 15 a 19 años representó el 19.2 % del total de mujeres en edad fértil, con un total de 278 mil adolescentes, constituyendo el más numeroso en edad reproductiva, seguido por el de las de 20 a 24 años con 258 mil mujeres con el 17.8%, este último es una parte del grupo donde ocurre la mayor proporción de los nacimientos (20 a 29 años). Es significativo señalar, no obstante, que en el estado de Chiapas el 50% de las mujeres ha tenido a su primer hijo antes de cumplir 20 años (CONAPO 2017: 50 y 72).

En Tuxtla Gutiérrez, capital del estado de Chiapas, ha llamado la atención la frecuencia de niñas adolescentes embarazadas que acuden para su control prenatal al centro de salud urbano de la colonia Patria Nueva, que da servicio médico a las colonias de la zona nortoriente de la ciudad. Algunas de las adolescentes embarazadas acuden en el primer trimestre, aunque la gran mayoría llegan ya con un embarazo avanzado (segundo o tercer trimestre), todas ellas con un alto riesgo de sufrir complicaciones (del binomio madre e hijo), debido a las insuficiencias físicas, emocionales y económicas con las que cursan el embarazo.

¿Qué condiciones contextuales de tipo social, cultural y económica, así como que circunstancias familiares, personales y emocionales influyeron para que la adolescente se embarazara a tan temprana edad? ¿Cuáles fueron sus motivos y circunstancias para embarazarse?

A partir de lo antes descrito, se ha señalado que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública complejo, en cada contexto en que la adolescente desarrolla su vida, donde los aspectos económicos, sociales y culturales y las redes sociales y comunitarias, influyen en los modos de entender y actuar de la adolescente antes, durante y después del embarazo, necesitando describir e interpretar las experiencias, desde la voz de quien la vive, elementos cualitativos que deben ser incorporados en las acciones de prevención y atención del embarazo en la adolescencia.

1.2 Justificación

La atención que brinda el centro de salud urbano de la colonia Patria Nueva, en la zona nororiente de la capital Tuxtla Gutiérrez, es altamente demandante ya que atiende alrededor de 55 colonias circunvecinas. Acude la población que no cuenta con ningún servicio médico institucional, por lo que el gobierno de la administración anterior se los ofertó a través del Seguro Popular; acuden también pacientes que tienen seguro social; otros cuentan con el programa “Bienestar” antes llamado “Prospera”, el cual presionaba a las familias para que acudieran a los servicio médico; se vigilaba la salud de todos sus integrantes y en especial de las adolescentes embarazadas. En el centro de salud urbano de la colonia Patria Nueva se hizo una revisión de la base de datos y se encontró una cifra altas de embarazos en la adolescencia, lo que dio lugar a este estudio.

El embarazo en la adolescencia es considerado actualmente un problema social y de salud pública, tal como lo han mostrado algunas encuestas como la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de diferentes años (INEGI 2015), que refiere un aumento en la tasa de fecundidad en menores de 20 años. Dada la diversidad de grupos sociales a nivel nacional de donde provienen las adolescentes, se requiere comprender el contexto económico, social y cultural en que suceden dichos embarazos (UNFPA 2013); e identificar las circunstancias familiares y personales que orillaron a la adolescente a tener un embarazo que implica grandes responsabilidades a tan temprana edad, quien generalmente no está preparada para concebir un hijo, no solo porque continua en la etapa de crecimiento sino porque en el contexto actual requiere de las herramientas para construirse una vida lo más digna posible. Este estudio por lo tanto es relevante pues será una aproximación que permitirá comprender a nivel local, los motivos y las circunstancias por las cuales las adolescentes del grupo social que acude a la clínica de Patria Nueva, se embarazaron. Se espera que dicho conocimiento contribuya a definir intervenciones para la prevención del problema señalado.

CAPITULO 2

ANTECEDENTES

2. Antecedentes

2.1 La perspectiva demográfica y la población joven.

Según el informe del “Estado de la población mundial 2014” del UNFPA, el mundo cuenta con el mayor número de jóvenes (menores de 20 años) de toda su historia lo que representa aproximadamente una cuarta parte de la población del planeta. En algunos países aumenta no solo el número absoluto de jóvenes sino también su proporción sobre el total de su población; así que un 89% de la población mundial de entre 10 y 24 años, casi 9 de cada 10 jóvenes, vive en los países menos desarrollados. Dicha población habrá de enfrentar numerosos retos para sobrevivir en un medio ambiente cada vez más degradado y en un contexto global progresivamente desigual y excluyente (UNFPA 2014: 1-4).

En muchos países de América Latina y en México, la población adolescente y joven es en la actualidad, la mayor registrada en la historia, lo que supone un reto para muchos gobiernos por las dificultades que implica crear más centros educativos, más empleos, más servicios de salud, más viviendas con servicios adecuados, etc. El fenómeno es conocido como “bono demográfico”, pues constituye históricamente un potencial en términos de fuerza de trabajo y talento para contribuir al desarrollo de un país, siempre que se hayan creado las políticas, y por lo tanto, las condiciones para que dicho potencial se aproveche.

En México, la proporción de niñas y niños y adolescentes ha disminuido de 34.9% en el censo del 2010 a 30.1% según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) del 2018. “La población de adolescentes de 12 a 17 años es de 13.7 millones de adolescentes (6.7 millones de hombres y 6.5 millones de mujeres), los que representan 34.5% de la población total de menores de 18 años en país”; las tres cuartas partes de ellas y ellos habitan en las zonas urbanas (INEGI 2019:6).

Al interior del país, las entidades federativas se ubican en diferentes etapas de la llamada transición demográfica, de modo que en general frente a los estados del norte y oriente cuya mediana de edad es más alta, se ubican por el contrario Aguascalientes, Guerrero y Chiapas con la mediana más baja que implica que tienen un predominio de población

adolescente (INEGI 2015). Al interior de Chiapas, por efecto de la desigual transición demográfica, la región con la mayor proporción de población adolescente se encuentra entre los municipios de la Selva Lacandona o cercanos a ella, con mayoría de población indígena (INEGI 2015).

2.2 La perspectiva económico-social, los y las adolescentes y la violencia

Entre 2017 y 2018, el crecimiento económico se aceleró en más de la mitad de los países del mundo. Las economías desarrolladas se expandieron a un ritmo constante y algunas en desarrollo, de Asia Oriental y Meridional, crecieron de manera importante; los países exportadores de materia prima o de petróleo tuvieron una baja recuperación, debido a la caída de los precios de sus productos desde años atrás y para otros se incrementó el servicio de su deuda (CEPAL, 2019).

Las economías de América Latina y del Caribe se han caracterizado por su marcada heterogeneidad estructural, que está en la base de los altos niveles de desigualdad en la región. Su estructura productiva está poco diversificada y los sectores de baja productividad son los que generan aproximadamente un 50 % del empleo, el cual muchas veces es informal, poco calificado y sin prestaciones sociales; el mercado de trabajo está muy estratificado para poder acceder a un empleo de calidad, lo que explica la alta desigualdad del ingreso en los hogares. A pesar de todo entre el 2008 y el 2015, no obstante las crisis internacionales, la CEPAL reportó una disminución de la desigualdad, por una relativa mejora en la distribución de los ingresos que habría beneficiados a los hogares más pobres, en promedio, para 14 países en la región (CEPAL, 2017).

De acuerdo con la OIT entre 1997 y 2017 la población joven aumentó en 139 millones de personas, sin embargo, la fuerza de trabajo juvenil disminuyó en 35 millones de personas y su tasa de participación decreció en los últimos 20 años, pasando de un 55 % en 1997 a 45.7 % en el 2017. Es relevante mencionar que la proporción mundial de jóvenes que no trabaja ni estudia fue de 21.8 % en el 2017, y de ésta el 77 % estaba compuesta por mujeres. En la mayor parte de los flujos migratorios, 70 % es población de jóvenes menores de 30 años (OIT, 2017).

Hay suficiente evidencia de que el aumento de la participación y de los ingresos laborales de las mujeres, tienen efectos significativos en la disminución de la desigualdad y de la pobreza. Sin embargo, las mujeres son las que tienen menos acceso a los recursos monetarios, productivos y financieros así como a la capacitación y al uso de distintas tecnologías; en parte debido a su carga de trabajo doméstico y de cuidados familiares y a su menor capacitación (CEPAL, 2017); además de dificultades legales que tienen su base en las costumbres. Se sabe que los hogares con menos recursos concentran una proporción más elevada de mujeres en edad productiva y reproductiva. Según un promedio de 15 países, en los hogares del primer quintil de ingresos, los más pobres, el 44% de las personas que no tienen ingresos propios son mujeres, frente al 23% de los hombres. Es decir que las mujeres están sobrerrepresentadas en los quintiles de menores ingresos, con una mayor proporción de mujeres sin ingresos propios, lo que redundará en situaciones de desigualdad (CEPAL, 2017).

En el caso de México, entre el 2003 al 2014, su economía creció a un promedio anual de 2.6%; según la CEPAL, en ese período su riqueza alcanzó un crecimiento real promedio de 7.9% de modo que ésta en realidad se habría duplicado (CEPAL, 2017). Al interior del país, a pesar del crecimiento, el coeficiente de Gini¹ con respecto a la distribución de los activos totales, físicos y financieros en las familias, fue muy desigual, de 0.79. Cuando se trató sólo de los activos financieros, resultó que el 80% era propiedad del 10% más rico (CEPAL, 2017).

Se sabe que al interior de los países el crecimiento económico es heterogéneo, pues los recursos generalmente se invierten en las zonas económicas de punta, incluyendo en diverso grado a las periféricas y rurales que van quedando marginadas, como sucede en México. Al respecto el concepto de marginación alude a “la situación de aquellas poblaciones que van quedando excluidas de los beneficios del desarrollo social, pero no necesariamente excluidas de la generación de la riqueza y de las condiciones que la hacen posible; el que algunas de ellas habiten en zonas lejanas y de difícil acceso, ha sido más bien el resultado de un proceso histórico de despojo de sus tierras y sus

1 Coeficiente de Gini. Es un indicador que mide la desigualdad económica de una sociedad (CONEVAL
<https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/DistritoFederal/Paginas/desigualdad.aspx>)

recursos naturales. Así, la insatisfacción de las necesidades esenciales es menos un resultado del bajo nivel de productividad que de las políticas que históricamente han facilitado la concentración de la riqueza en regiones y grupos sociales” (Coplamar, 1987:32).

Ya desde fines de los 70’s se había visibilizado que Oaxaca, Chiapas y Guerrero, con importantes porcentajes de población rural, campesina e indígena, tenían el más alto nivel de marginación (COPLAMAR, 1987:49). Posteriormente los estudios sobre la pobreza del CONEVAL, definida como aquella situación en que una población tiene al menos una carencia social e ingreso inferior al valor de una línea determinada por ingresos, ubicaron a los estados mencionados con el 65% y hasta 80% de su población en pobreza y el 30% al 40% en pobreza extrema, según información de la serie de 2008 al 2016 (CONEVAL mapa digital 2018). En Chiapas de acuerdo con datos del 2016, el 77.1% de su población vivía en pobreza y de ésta, el 28.1% estaba en pobreza extrema; y a pesar de los programas para el combate a la pobreza, entre el 2008 al 2016, dicho porcentaje no varió (CONEVAL, 2018).

Según información del 2008 del CONEVAL, en México el 44.2% de la población mexicana vivía en condiciones de pobreza multidimensional, sin embargo entre los niños y niñas (0 a 17 años) y adolescentes del país (12 a 17 años), esa cifra ascendía a 53.3%, es decir más pobres aún que los adultos y los adultos mayores (CONEVAL, 2018). En el 2016, esa cifra no varió mucho, pues el 51.1 % de ese grupo poblacional vivía en pobreza. En Chiapas, sin embargo, el porcentaje de menores de edad en pobreza estuvo 32.7 punto porcentuales por arriba del porcentaje nacional en el mismo año; pues el 83.8% de los niños, niñas y adolescentes chiapanecos vivían en pobreza (CONEVAL, 2018).

Una consecuencia del desfavorable contexto económico es la violencia, que los y las adolescentes tienen que enfrentar en el lugar donde viven. Los adolescentes y jóvenes, pueden ser considerados una amenaza a la paz y a la seguridad y a menudo se les persigue, encarcela y asesina. El Grupo de Alto Nivel sobre las Amenazas, los Desafíos y el Cambio, considera que en contextos de urbanización donde hay adolescentes, sobre todo varones, y existe desempleo y falta de oportunidades, hay más posibilidades de que se exprese la frustración por medio de la violencia (UNICEF, 2011); muchos adolescentes,

sobre todo los más desfavorecidos, entran en contacto con la ley, no como delincuentes sino como víctimas (UNICEF, 2011:52-55).

Entre las adolescentes la violencia doméstica y la sexual son más comunes. La violencia sexual ocurre muchas veces en el hogar, donde las niñas deberían estar más seguras, aunque también en otros espacios como la escuela o la calle, y es perpetrada muchas veces por quienes deberían protegerlas: desde padres, familiares y parejas hasta profesores. Este tipo de violencia es tolerada y se mantiene en secreto. La violencia, ya sea física, psicológica y sexual que sufren las adolescentes puede subir de tono hasta llegar al asesinato (UNICEF, 2011:30-33).

En México, de acuerdo con el INEGI, la violencia extrema registró su nivel más bajo a inicios del presente siglo, en el 2001 al 2006, para incrementarse progresivamente y llegar a su nivel más alto del 2007 al 2012; volver a bajar y repuntar en el 2016. Las entidades federativas con violencia más alta, en el 2016, fueron Colima, Zacatecas, Chihuahua, Guerrero y el Estado de México. Es importante mencionar que con respecto a las mujeres, en Chiapas, la tasa de homicidios de éstas subió en el 2017 con respecto al 2016. (INEGI violencia 2017:1-23). Los jóvenes son los más expuestos, expresándose el fenómeno según patrones de género. En el caso de los hombres porque se exponen más a la violencia como una forma de reafirmar su masculinidad, y entre las mujeres porque es la edad en que tienen “mayor valor social” como objetos sexuales y por su capacidad reproductiva, particularmente entre quienes tienen 15 a 29 años, así la tasa más alta por agresiones intencionales fue de “9 por cada 100 000 mujeres, entre quienes tienen 22 años de edad”, según datos del 2016 (INEGI, 2017:1-19).

La OMS afirma que “el embarazo adolescente es uno de los principales factores que contribuye al círculo de enfermedad y pobreza, ya que a muy temprana edad merman el proyecto de vida de los jóvenes limitando el desarrollo de sus competencias y habilidades, lo que tiene un importante costo económico para cualquier país, dado que se pierde la oportunidad de que las madres adolescentes generen los mismos ingresos anuales que otras mujeres en el transcurso de su vida”. (Gobierno de la República, 2015).

“Históricamente, los jóvenes han sido un grupo olvidado en la formulación de políticas sociales que busquen mejorar sus condiciones de vida. Los años de juventud, son

esenciales para la formación personal, la construcción de capacidades, la autonomía independencia y la configuración de futuros. Son también, años de incertidumbre y de acelerados cambios psicobiológicos que requieren acompañamiento y cuidado. La juventud puede considerarse como un período de transiciones personales, familiares, escolares y laborales hacia la adultez. La forma en que experimenten estas transiciones condicionará sus posibilidades de inclusión e integración social” Saraví (2009), (López A. López M. S, 2015:221)

2.3 La transición demográfica y el embarazo en las adolescentes en México

En el campo de los estudios poblacionales se define la transición demográfica, como el proceso histórico que ha llevado a las sociedades de altos a bajos niveles de mortalidad y de fecundidad, como producto de la generalización de avances en la sanidad pública, en la medicina y de prácticas eficientes para disminuir el número de hijos, con lo que se ha incrementado en diverso grado la esperanza de vida en las sociedades (Govea J, 2013:11).

Desde la década de los 70's comenzó a regularse en México el fenómeno del crecimiento poblacional, concretamente mediante el control de la fecundidad de las mujeres con el fin, se ha afirmado, de que las familias y personas tuvieran acceso a los beneficios del desarrollo económico y social (Welti 2014, citado por Hernández Felipa, 2015). Para el efecto se reformuló en 1974 la Ley General de Población, con el artículo 4to. Constitucional que amparaba “el derecho de hombres y mujeres a decidir de manera libre e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”, con lo que se sustentó el surgimiento del Plan Nacional de Planificación Familiar y una cobertura amplia de anticonceptivos en todo el territorio nacional. Posteriormente en 1994, en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, se modificó la perspectiva de control natal que había tenido la política poblacional mexicana, para dar paso a otra con el discurso del respeto de los derechos sexuales y reproductivos (Hernández M. Felipa 2015).

Desde entonces la fecundidad, como fenómeno demográfico y factor del crecimiento poblacional, ha disminuido en todo el territorio nacional amén no solo a la política anticonceptiva sino también debido a las transformaciones económicas y socioculturales que desde entonces han tenido lugar en el país, al pasar de 7 hijos por mujer a finales de

los 70's hasta acercarse al nivel de reemplazo generacional, con un poco más de 2 hijos por mujer, en los años recientes. En las primeras décadas la caída en la fecundidad fue muy notoria aunque con el paso del tiempo los niveles de descenso han sido menos marcados (Welti 2012:6).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, la tasa global de fecundidad (TGF), indicador que expresa el número de hijos e hijas que tendría una mujer al final de su etapa reproductiva, ha continuado disminuyendo, de 2.25 en el 2009, 2.21 en el 2014 a 2,07 hijos por mujer en el 2018. Por tipo de localidad, la TGF continúa mostrando un mayor descenso en las localidades urbanas, de 2.4 en el 2014 a 1.94 hijos por mujer en el 2018, aunque en las rurales también ha descendido al pasar de 2.81 a 2.51 hijos por mujer en los mismos años. Por entidad federativa, sin embargo, Chiapas continúa como el estado con la TGF más alta, de 2.80 entre el 2013 al 2017 (INEGI, 2018).

En cuanto a la estructura de la fecundidad, el grupo de mujeres que más aporta en cuanto al número de hijos, es el de 20 a 24 años, seguido por el de 25 a 29 años, aunque ambos grupos han mostrado también un descenso en su tasa específica de fecundidad (TEF), de 129.4 en el 2009 a 118.2 por mil mujeres en el 2018 en el para el primero y de 116.4 y 108.8 por mil mujeres para el segundo grupo en los mismos años. Las adolescentes, de 15 a 19 años, también habrían mostrado un aumento y a continuación un descenso en su fecundidad de 69.2 en el 2009, 77.0 en el 2014 y de 70.6 por mil mujeres en el 2018 (INEGI, 2018). Los estados con las mayores tasa de fecundidad en la adolescencia de acuerdo con la ENADID 2014, son Coahuila, Nayarit, Zacatecas, Oaxaca y Chiapas (Hernández M Felipa et al CONAPO 2015). En Chiapas la TEF habría aumentado, de 87.6 por mil mujeres en el período de 2006 al 2008 a 93.3 por mil mujeres en el de 2011 al 2013, con datos de la ENADID 2014, procesados para el seguimiento por parte del Observatorio de Mortalidad Materna (OMM, 2018).

Es necesario recordar que en nuestro país, socioculturalmente, el embarazo en la adolescencia ha sido muy común en el pasado y sus tasas específicas de fecundidad eran más altas (Stern 1997). Dicho fenómeno ha venido suscitándose desde hace varias décadas; en una revisión exhaustiva de estudios con el tema del embarazo en la

adolescencia, mencionan que la tasa específica de fecundidad en este grupo poblacional se ha mantenido estable a lo largo del tiempo, pero se ha visibilizado más debido a que su tasa ha disminuido menos en comparación a las tasas de fecundidad de otros grupos de edad. Por otro lado la mayor cantidad de mujeres adolescentes en este histórico “bono demográfico”, tanto en América Latina como en México, también ha contribuido relativamente al aumento de la Tasa Específica de Fecundidad (TEF) (Reyes E y González D, 2014:106).

2.4 La perspectiva de la Salud Pública y el embarazo en la adolescencia

El embarazo en adolescentes es construido de algunas décadas a la fecha como un problema de salud pública y un fenómeno social crítico por las implicaciones individuales y colectivas que puede tener un embarazo a temprana edad. (Rojas y Méndez, 2016).

Existen 16 millones de mujeres adolescentes entre 15 a 19 años, y un millón de niñas menores de 15 años, que dan a luz cada año, la mayoría en países de bajos y medianos ingresos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en el mundo, además de que 3 millones de ellas se someten a abortos en condiciones de riesgo (UNFPA, 2013:2).

El estado nutricional de las mujeres antes y durante el embarazo es uno de los determinantes de los riesgos materno – perinatales; el embarazo en la adolescencia conlleva riesgos de tipo nutricional porque el crecimiento materno impone necesidades que se suman a las del embarazo, tienen mayores necesidades de proteínas, de energía, de vitaminas y minerales. En ciertos contextos y circunstancias, durante la adolescencia se tiende a asumir dietas restrictivas con ayunos prolongados para no aumentar de peso y esconder el embarazo, lo que agravaría los estados de hipoglucemia, característicos de la primera mitad de embarazo. La carencia de nutrientes puede retrasar el crecimiento de la adolescente y disminuir su estado final, además crea una competencia entre la madre y el feto por los nutrientes. La condición de salud de los hijos e hijas de madres adolescentes es motivo de preocupación debido a que se trata de un “ser” cuyo desarrollo se realiza bajo la dependencia de otro individuo que no ha completado el suyo (Mora C. y Hernández V. 2015).

La Organización Mundial de la Salud identifica a las complicaciones durante el embarazo y el parto, como la segunda causa más importante de mortalidad de las mujeres de entre 15 y 19 años, aumentando los riesgos sobre todo en la población de los países pobres (UNFPA, 2013).

Si bien se ha considerado que el alto riesgo obstétrico en las adolescentes se relaciona con la inmadurez biológica, algunos estudios han evidenciado que tiene que ver más con la pobreza, la nutrición inadecuada y la mala salud antes del embarazo puesto que muchas embarazadas se ubican en países pobres. Por otro lado entre las adolescentes, son precisamente las menores de 15 años las que corren el mayor riesgo de obtener servicios de salud inadecuados o insuficientes y de sufrir daños a la salud relacionados con el embarazo (Pantélides, 2004, citada por Guillaume y Lerner 2007).

En México, en el 2015, la razón de muerte materna (RMM) es de 34.6 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos. Chiapas es el estado que muestra el nivel más alto, con una RMM de 68.5 (INEGI 2017, a propósito del día de muertos 2015). Sin embargo no hay información suficiente respecto a la muerte por causas obstétrica en las adolescentes, además de que no parecen existir estudios epidemiológicos bien diseñados que efectivamente confirmen si la edad es un factor de riesgo, aislada de factores de confusión como la pobreza y lo que ella conlleva, en cuanto a la falta de oportunidades de salud y educación.

2.5. La perspectiva de los derechos humanos y el embarazo en las adolescentes

La perspectiva de derechos es una perspectiva de ciudadanía; sin embargo el ejercicio de los derechos, en este caso a la salud, está supeditado a la clase social, la escolaridad, la raza, la etnia, el lugar de residencia, el género y hoy en día también la orientación sexual.

En México (al igual que en otros países), existen desigualdades sociales simplemente por el hecho de ser mujer; y las mujeres muchas veces carecen de los recursos necesarios para considerarse a sí mismas como ciudadanas con derechos. El reconocimiento que hoy existe a nivel internacional en relación a los derechos de las mujeres como derechos humanos ha sido producto de los esfuerzos de actores sociales progresistas, en especial de los movimientos feministas, que han logrado en diverso grado su inclusión en la

participación social y política y por lo tanto han conseguido el acceso a la educación, al mercado de trabajo y específicamente a la atención de la salud reproductiva y sexual.

Existen instrumentos internacionales que reconocen los derechos de las mujeres, uno de los cuales es la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), firmado en 1979. En la década de los 90's, adquirió especial relevancia el debate sobre los derechos sexuales y reproductivos (DSR), a partir de los acuerdos aprobados por el consenso de dos foros auspiciados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU): la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (CIPD) realizada en el Cairo, Egipto en 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (CCMM), celebrada en Beijing, China en 1995 (Garduño MA, Salinas AA y González de León D 2015).

La CIPD colocó en el centro del debate las políticas de población de los gobiernos que introdujeron regulación de la fecundidad afectando a los cuerpos de las mujeres y afirmó por primera vez en un foro internacional, que los DSR formaban parte de los derechos humanos fundamentales, reconociendo plenamente la autonomía de aquellas para decidir sobre su vida sexual y reproductiva.

Por su parte, la Plataforma de Acción Social de Beijing ratificó los acuerdos del Cairo y afirmó la necesidad de promover la autonomía de las mujeres como condición básica para el ejercicio de sus derechos, así como la obligación de los Estados para promover los derechos a la educación, a la salud, a la alimentación, el empleo y a la participación social y política. Las recomendaciones de Beijing llamaron a los gobiernos a responder a las necesidades desde una perspectiva amplia que incluyera, además de la salud materna, asuntos como las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, los cánceres de mama y del aparato reproductor, el climaterio, la infertilidad, las enfermedades crónicas, la salud mental y las consecuencias de la violencia de género (Garduño MA, Salinas AA y González de León D 2015). La Cumbre del Milenio (ODM) celebrada en Nueva York, USA, en el 2000, se propuso ocho objetivos entre los cuales además de combatir la pobreza, estaban: promover la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres, disminuir la mortalidad materna así como mejorar la salud reproductiva (ODM México, 2013).

Como Estado parte de la ONU, México ha confirmado y ratificado todos los tratados y acuerdos internacionales relacionados con los derechos de las mujeres a la Salud Sexual y Reproductiva. Estos derechos están garantizados por el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos –que reconoce tanto el derecho de las personas a decidir sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, como el derecho a la protección de la salud.

Organizaciones civiles que promueven los derechos de las mujeres a la SSR sin embargo, documentaron los escasos logros de México en relación al ODM5 (Objetivos de Desarrollo del Milenio firmados en el 2000 para ser evaluados en 2015). Entre los asuntos pendientes se encuentran las deficiencias en la educación sexual y las dificultades de acceso de las y los adolescentes a servicios integrales de SSR; las necesidades insatisfechas de anticonceptivos, que afecta sobre todo a las mujeres más jóvenes y a las del grupo de mayor rezago social; el aumento del embarazo adolescente; las barreras en el acceso al aborto legal y seguro para la mayoría de las mujeres del país; las prácticas discriminatorias en los servicios de planificación familiar; además de otros como la alta frecuencia de violaciones a los derechos reproductivos y laborales de las mujeres, incluyendo la exigencia de pruebas de no gravidez para obtener un empleo, el despido por embarazo o la falta de apoyo para la lactancia; y la falta de personal de salud sensibilizado y capacitado para respetar los derechos de las mujeres y ofrecerles una atención digna y con calidad (López Arellano O, 2015).

Desde una perspectiva de derechos o de ciudadanía, el embarazo en adolescentes es a la vez una causa y una consecuencia de las violaciones de derechos. El embarazo menoscaba las posibilidades que tienen las niñas de ejercer sus derechos a la educación, a la salud, y la autonomía, garantizados en tratados internacionales como la Convención sobre los Derechos del niño; sucede a la inversa cuando las niñas no pudieron gozar de sus derechos básicos y de opciones de desarrollo en su vida, desembocando en el embarazo y la maternidad como única opción en su futuro. De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño, se considera niño (niña) a toda persona de menos de 18 años de edad. Para casi 200 niñas adolescentes por día, el resultado del embarazo a temprana edad es la máxima violación de sus derechos. Los niños y niñas tienen los mismos derechos humanos que los adultos y adultas, pero también se les garantiza

protecciones especiales para abordar las inequidades inherentes a su edad. Defender los derechos de las niñas puede ayudar a eliminar muchas de las condiciones que originan el embarazo en las adolescentes (UNFPA, 2013).

Abordar los desafíos a los que se enfrentan las y los adolescentes a través de medidas que protejan los derechos humanos, es esencial para terminar con el círculo vicioso de violaciones de derechos, pobreza, desigualdad, exclusión y embarazo en ese grupo de edad. Abordar el embarazo en adolescentes desde una perspectiva de derechos humanos significa trabajar con los gobiernos para eliminar los obstáculos que impidan que las niñas gocen de sus derechos. Para ello, hace falta tratar las causas subyacentes, como el matrimonio o unión infantil, la violencia y la coacción sexual, y la falta de acceso a la educación y a la salud sexual reproductiva, que incluyen métodos anticonceptivos e información (UNFPA, 2013).

En México para solucionar el problema, a partir del 2015 se ha diseñado la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), a través de acciones interinstitucionales coordinadas, desde el nivel federal y estatal hasta el municipal, desde una perspectiva de género y de derechos humanos que incida en los determinantes sociales, económicos y culturales que subyacen al mismo. Dicha estrategia se ha planteado que al llegar al 2030 se haya reducido a la mitad la tasa de fecundidad de ese momento entre las jóvenes de 15 a 19 años y se haya erradicado el embarazo en las niñas menores de 15 años (Gobierno de la República, 2015).

2.6 La Sexualidad, el género y la cultura en el embarazo en la adolescencia

La sexualidad es un aspecto central a lo largo de la vida de los seres humanos. Abarca una serie de aspectos: el sexo, la identidad, los roles de género, la intimidad y el placer, la reproducción. Puede sentirse y expresarse a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, prácticas, roles y relaciones; e intervienen factores de tipo biológico, psicológico, social, cultural, económico, político, histórico, legal, espiritual y religioso (OMS, 2018).

Partiendo de la postura que la sexualidad es una construcción social, la autorización o la prohibición de los comportamientos sexuales están condicionadas por patrones culturales

que adquieren especificidad en determinados tiempos y espacios (Garduño Ma. de los Ángeles, Salinas Addis Abeba y González de León Deyanira 2015). Cada persona va perfilando a lo largo del tiempo una actitud propia sobre la sexualidad, que será facilitadora o inhibidora de su expresión según sus propias experiencias, las referidas por otras de su entorno, el ambiente social y cultural en el que está inmersa, su formación y su información, sus creencias religiosas, etc. A la vez, y de forma inevitable, transmite a su entorno una imagen basada en su conducta y en sus opiniones, que pueden ser coincidentes o no con su íntima realidad. Desde la infancia, las primeras actitudes hacia el sexo, que a menudo permanecen inalteradas, se basan en lo que se escucha y percibe de los padres, madres y educadoras (Garduño Ma. de los Ángeles, Salinas Addis Abeba y González de León Deyanira 2015).

Al hablar de “sexualidad” podemos iniciar con una reflexión sobre ésta, en relación al necesario reconocimiento de los derechos sexuales (DS) “.incluyen el derecho de todos los individuos, libres de coerción, discriminación y violencia, para: alcanzar el más alto estándar de sexualidad, incluyendo el acceso a servicios de atención a la salud sexual y reproductiva; a buscar, recibir y difundir información relacionada con la sexualidad; a la educación sexual; al respeto a la integridad corporal; a elegir una pareja; a decidir si o no ser sexualmente activos; a las relaciones sexuales consensuadas; al matrimonio consensuado; a decidir si o no a tener hijos, y cuando, y a disfrutar de una vida sexual segura y placentera. El ejercicio responsable de los derechos humanos requiere que todos los individuos respeten los derechos de los otros” (Glasier et al 2006 citado por Garduño, Salinas y González 2015:200).

La sexualidad, posee aspectos socioculturales que justifican los comportamientos masculinos estereotipados; son los hombres quienes, ante la presión de mostrarse sexualmente poderosos, agreden a las mujeres física y emocionalmente violando sus derechos sexuales. Estas situaciones son más evidentes entre mujeres adolescentes de bajos recursos, frecuentemente presionadas por sus parejas para iniciar vida sexual bajo el argumento de que tener relaciones es una prueba de amor, que ellas “aceptan” condicionadas por el ideal del amor romántico y el “proyecto de vida” de la unión de pareja, con escasa información práctica que la proteja de una embarazo inoportuno a

temprana edad (Garduño Ma. de los Ángeles, Salinas Addis Abeba y González de León Deyanira 2015).

Los argumentos discriminatorios que fortalecen las relaciones inequitativas de género, se expresan en hechos de la vida cotidiana. En la mirada superficial de los estereotipos de género, se presupone que las prácticas discriminatorias son justificables y se argumenta la naturalidad como eje de su permanencia, estableciéndolas como destinos inmutables y negando su historicidad. La discriminación de la mujeres y de aquellas personas cuyas identidades sexuales, no se ajustan a la dicotomía heterosexual, están situadas en un mundo connotado como masculino, que buscan apoyarse en argumentos de diferencias biológicas, ignorando que esos rasgos originales han sido suprimidos en sus dinámicas cuando se trata de la humanidad.

Haber asociado a las mujeres a la naturaleza ha tenido diversas consecuencias como suponer que la razón, en tanto rasgo de la civilización, es un atributo “natural” en los hombres y que el instinto o el impulso, por oposición, es característica también “natural” en las mujeres. Pero lo realmente previo fue un proceso de deshumanización de las mujeres para imponer el predominio masculino con la subsiguiente argumentación ideológica de las desigualdades. Uno de los factores de este proceso fue la falta de reconocimiento de los derechos humanos a las mujeres y a otros sectores sociales no identificados con la dicotomía que impone la cultura de género (Garduño Ma. de los Ángeles, Salinas Addis Abeba y González de León Deyanira 2015).

La ausencia de la perspectiva de género, impide la verdadera asimilación de propuestas del movimiento de mujeres como son la desmedicalización de los procesos reproductivos, la decisión informada, el respeto a la autodeterminación sobre el cuerpo, la valoración del trabajo doméstico como trabajo y la validez de los conocimientos que se transmiten de una generación para el cuidado de la salud.

2.7 Los tipos de familia y el embarazo en la adolescencia

Al tratar el problema del embarazo en la adolescencia hemos de considerar que las adolescentes y jóvenes pertenecen a una familia en un contexto particular, según se ha mencionado. Sin embargo, a la luz de los cambios económicos y sociales como culturales

que han tenido lugar en América Latina y concretamente en México, habrá que definir qué podemos entender por familia, a qué tipo de familia nos referimos.

Desde la perspectiva sociológica, en los años 80s, para algunos autores como Parsons, la familia era el espacio de formación de los hijos y de la estabilización de las personalidades cuando adultos, donde existían una clara división sexual del trabajo: los hombres considerados los proveedores y las mujeres las encargadas de los cuidados vitales. Desde esa conceptualización funcionalista, la familia fue asumida como la garante de la transmisión de las normas sociales entre sus miembros. La antropología la estudió como una estructura de relaciones de parentesco y algunas corrientes dentro de la disciplina cuestionaron la existencia de un grupo social concreto que pudiera ser “universalmente” definido como “familia”; por su parte la economía política la consideró como el espacio donde tenía lugar la reproducción de la fuerza de trabajo en las relaciones capitalistas, considerado como espacio a la vez de producción y consumo (Echarri C J 2009).

La necesidad de contar con información para los censos en México, llevó a crearla, conceptualizarla desde la sociodemografía, como “un grupo social cuyos miembros mantienen entre sí lazos consanguíneos o legales”, tratándose de una estructura dinámica y que por lo tanto ha evolucionado históricamente, con funciones de mediación a nivel individual y estructural (Echarri J.C, 2009:145) (El estudiarla desde esa perspectiva permitió conocer determinados aspectos de la organización familiar, para grandes conjuntos poblacionales, contrastando sus hallazgos con los de la sociología y la antropología. También fue necesario definir el concepto de hogar, complementaria a la anterior, como el conjunto de personas que pueden ser o no familiares, pero que comparten la misma vivienda y un gasto común; las personas que viven solas también son un hogar (INEGI cuéntame 2019), y se han clasificado como hogares familiares (nucleares ya sean biparentales o uniparentales, además de extensos y ampliados) y hogares no familiares (unipersonales y de corresidentes) (Echarri C J 2009).

Culturalmente en Latinoamérica aún se percibe a la familia patriarcal, jerárquica, como el lugar natural de la vida cotidiana, donde existe la solidaridad entre sus miembros; para algunas autoras, sin embargo se trata de un espacio con una marcada división sexual del trabajo que ha significado subordinación para las mujeres. Esta conceptualización de la

familia gradualmente ha dado paso a otra configuración que ha tenido que ver con los cambios económicos y socioculturales en la región (Echarri C J 2009).

En México, el tamaño promedio de los hogares ha ido disminuyendo en concordancia con el decremento de la fecundidad, pero también con el aumento en la esperanza de vida que ha posibilitado el encuentro de varias generaciones formando una familia; el incremento en la migración nacional e internacional también ha tenido un impacto, resultando ser un fenómeno que cada vez involucra a más mujeres. La coresidencia en los hogares no obstante ha seguido basada en las relaciones familiares (el vínculo conyugal y filial).

Desde los inicios del siglo XXI, los hogares nucleares donde viven ambos conyugues con sus hijos, aunque son los más frecuentes, van disminuyendo, haciéndose cada vez más evidente la pluralidad de arreglos familiares. En las zonas urbanas se reconocen más las jefaturas femeninas que en las rurales, generalmente mujeres sin pareja que viven con sus hijos o viven solas. Se desmiente así mismo que las familias extensas sean propias de la ruralidad y sociedades llamadas tradicionales. Puesto que la estructura familiar cambia con el tiempo, es decir con el ciclo de vida, son más frecuentes los hogares no familiares de coresidentes en las primeras etapas, después se vuelven comunes las familias de tipo nuclear en la etapa de adultos jóvenes y van apareciendo los hogares unipersonales después de los 50 años. Es importante señalar que parece persistir en la sociedad mexicana una nupcialidad temprana y una alta valoración de la fecundidad, de modo que se le sigue dando mucha importancia a la descendencia en la conformación de las familias (Echarri C J 2009).

En México, de los hogares de tipo familiar, el 70% son nucleares, 28% son ampliados donde además del nuclear hay otros parientes, y solo el 1% es compuesto donde el hogar nuclear o ampliado admite otros miembros no familiares. De los hogares no familiares, el 93% son unipersonales y el 7% de coresidentes. También ha aumentado el porcentaje de jefaturas femeninas de 24% en 2010 a 29% en el 2015. (INEGI Cuéntame 2019). Chiapas es similar al resto del país, siendo uno de los estados con menores porcentajes de jefaturas femeninas. A nivel municipal los mayores porcentajes de reconocimiento de jefaturas de mujeres se encuentran en Tuxtla Gutiérrez y municipios con población no indígena (INEGI 2015).

Desde una perspectiva psicosocial se sigue considerando a la familia nuclear como modelo. La aparición de embarazo en la familia crea nuevas necesidades requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresas y frustración. El seguimiento de la gestación debe contemplar no solo la asistencia obstétrica como tal, si no adoptar un enfoque que atienda además, las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia.

Se han mencionado ciertas condiciones riesgosas que pueden considerarse contribuyentes al embarazo en adolescentes en nuestra época, como la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la poca comunicación familiar, sobre todo con la figura materna, el abandono de la escuela, la menarquia precoz, una baja autoestima, con la consiguiente carencia de proyectos de vida, el poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos, las familias disfuncionales, la madre o hermana embarazadas en la adolescencia, el padre ausente, un nivel socioeconómico bajo, la integración precoz al área laboral, el tener amigas que han iniciado vida sexual (Rangel, 2004). Bajo este enfoque, se reafirma que el factor más predisponente para que se presente un embarazo adolescente y se modifique la percepción de apoyo de las adolescentes, es la disfuncionalidad familiar asociado a la edad, escolaridad, ocupación, estado civil actual de la adolescente (Rangel et al, 2004).

El embarazo en la adolescencia, de acuerdo con Ramos S.P., (2017) se da por varios aspectos, entre ellos el provenir de una familia disfuncional; considerada la familia como una unidad psicosocial abierta en constante interacción que brinda estabilidad y permite el desarrollo de cada miembro de la misma en los aspectos biológicos, emocionales y en lo social; caracterizada por ser un factor protector cuando funciona de forma adecuada además de transmitir cultura a sus integrantes, habría que cuestionar sin embargo que significa funcionar en forma adecuada (Rangel et al, 2004).

La adolescente transita por una nueva situación social de desarrollo. Las demandas ya no son las mismas, se le exigirá mayor autonomía en el trabajo escolar y en la familia, mayor responsabilidad. Este período de cierta ambigüedad, poca definición de lo que se espera

en diferentes situaciones puede estar asociada a dificultades psicológicas. Así, las expectativas de los padres de un adolescente es que sea obediente, en tanto que ante sus coetáneos ha de manifestarse con independencia e iniciativa. Así mismo, el adolescente puede vivenciar como un conflicto el disfrutar de cierta independencia familiar y al mismo tiempo, mantenerse “atado” en otras esferas, si los adultos con los que cohabita son autoritarios sería un factor que no propiciaría la aparición de la necesidad de independencia y autonomía propia de la edad y en otros reforzaría la rebeldía.

Al parecer en la actualidad, la severidad del castigo para la hija embarazada ha disminuido considerablemente; ahora es más común que la ayuden cuestión que no hubiera sucedido unas décadas atrás (Ibarra M, 2003).

2.8 La perspectiva de la Subjetividad. Los cambios psicológicos en las adolescentes y el embarazo

La adolescencia como etapa de transición entre la niñez y la adultez, es algo que se ha ido configurando a lo largo del tiempo, pues en periodos históricos anteriores, podría decirse que no existía y que las y los jóvenes adquirirían responsabilidades familiares muy tempranamente, sin pasar por una etapa de preparación. Todavía actualmente, se argumenta, sucede de esa manera en ciertos grupos sociales. De hecho los embarazos en la adolescencia eran proporcionalmente muy comunes, pero éste comenzó a definirse como un problema justamente cuando comenzó a bajar la fecundidad en todos los grupos sociales y en todos los grupos de edad, si bien a diferente ritmo (Stern 1997). Es en las décadas recientes cuando se menciona a la adolescencia como una etapa de transición donde se adquieren las capacidades para afrontar la adultez y ser autónomo (a). De acuerdo con lo anterior la subjetividad como representación de la realidad en la psique, de las y los adolescentes, habrá cambiado generacionalmente.

Desde una perspectiva más reciente, tanto en el discurso biológico como en el médico y de la salud pública, se define a la adolescencia como una etapa de maduración, de indefinición, de preparación y de transición. De hecho se considera a la adolescencia como una etapa inicial de la juventud caracterizada por el conflicto, el ruido en los procesos de crecimiento y en los procesos del comportamiento. Otras miradas como la educativa son permeadas por este principio, la adolescencia aunque carece de medida

pedagógica, es valorada como etapa de dificultades en el ámbito de la conducta y del aprendizaje, especialmente relacionada con la indisciplina, la rebeldía injustificada. Existen condiciones sociales y culturales que definen aspectos centrales como el desarrollo del sujeto: construcción del proyecto de vida, conflicto generacional por la diferencia de aspiraciones, símbolos y contextos de socialización, estrés emocional, incluso como simple palabra de distinción entre ser niño y ser adulto en una sociedad en particular (Rojas y Méndez 2016).

En ciertos contextos, la adolescente soltera que se embaraza se enfrenta a una serie de factores estresantes que pudieran estar asociados con un estado anímico de depresión durante la gestación. Entre estos factores se encuentran el desarrollo propio de la adolescencia que, por ser un período lleno de cambios anatomofisiológicos y adaptativos, modifica sustancialmente la calidad y las expectativas de vida. La incertidumbre de su situación propicia dudas y preocupación, lo cual se asocia con sentimientos de depresión especialmente notable en la adolescente soltera. Se ha demostrado que los embarazos adolescentes son, en gran parte, producto de una autoestima baja, por lo que nace la necesidad de intervención en un nivel profundo y psicológico, y no sólo la exclusiva y repetitiva educación basada en la enseñanza de los métodos de planificación familiar y la salud sexual y reproductiva (Rojas y Méndez 2016).

En ciertos contextos, millones de niñas son forzadas a casarse todos los años, se calcula que el 90 por ciento de adolescentes que dan a luz están casadas, sobre todo en los llamados países en vías de desarrollo o pobres. Según datos del UNFPA (2013), hay más embarazos en adolescentes dentro del matrimonio mientras que en los países desarrollados éstos serían más frecuentes fuera del matrimonio; sin embargo todo depende de cada contexto en particular. En la transición de niñez a matrimonio forzado y maternidad, una niña puede sufrir estrés o depresión porque no está psicológicamente preparada para el matrimonio, el sexo ni el embarazo, particularmente cuando el sexo es forzado o no consensual. Según cuál sea su entorno en el hogar y la comunidad, puede sentirse violentada por un embarazo a edad temprana y aún provocarse o realizarse un aborto, en lugares donde el aborto es ilegal y por lo tanto en condiciones de riesgo con un posible desenlace nefasto para su salud y su vida (UNFPA 2013; UNICEF 2011).

El embarazo y la maternidad tienen un impacto psicológico, cultural, social y biológico a cualquier edad y en la adolescencia supone mayores complicaciones tanto en la madre como en el hijo. Se han identificado riesgos médicos asociados al embarazo en las adolescentes, sin embargo la mayor repercusión se observa en la esfera personal y social, porque la adolescente tiene que asumir el reto de desempeñar el rol de madre, enfrentarse a una nueva situación, ser responsable del cuidado, atención y educación de su hijo cuando aún no ha consolidado su formación y desarrollo y atraviesa una crisis psicológica como expresión de la búsqueda de independencia, necesidad de autonomía y libertad.

La actitud que adoptan las adolescentes frente a la experiencia del embarazo, varía de una etapa inicial y media en la cual la embarazada se preocupa por sus propias necesidades, no percibiendo el embarazo como un hecho que les ha de convertir en madres hasta la etapa final de planificación y reorganización personal. En este sentido, se ha observado que la madre adolescente puede sufrir por el esfuerzo de ajustarse a la maternidad y por la pérdida prematura de su condición de adolescente (Ibarra, M. L.2003: 44).

2.9 Algunos estudios acerca del embarazo en la adolescencia.

“El embarazo en adolescentes está determinado histórica y socialmente, y tiene implicaciones no solo de orden biológico, sino también psicológico y social, pues en algunos contextos y en algunas situaciones, las adolescentes no planean ni desean su embarazo, mientras que en comunidades rurales, de países de ingresos medianos y bajos, los embarazos fuera del matrimonio no son raros” (Mejía M. et al, 2015:244).

A partir de lo antes descrito, se ha señalado que el embarazo en adolescentes es un problema de Salud Pública complejo, por su configuración sociocultural en cada contexto en que el adolescente desarrolla su vida, donde los aspectos económicos y culturales, y las redes sociales y comunitarias, influyen en los modos de entender y actuar de la adolescente antes, durante y después del embarazo, necesitando describir e interpretar las experiencias desde la voz de quienes la viven, elementos cualitativos que deben ser incorporados en las acciones de prevención y atención del embarazo en adolescentes (Mejía M. et al, 2015).

Algunos autores consideran el contexto rural o urbano en que tiene lugar el problema y mencionan que el embarazo en la adolescencia puede ser un proceso natural en una sociedad agrícola y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo. La gestación durante esta etapa de la vida puede constituir una manifestación temprana de la capacidad reproductiva o la exposición visible de trastornos en el desarrollo de la adolescente (Acevedo et al, 2010).

En Venezuela se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, del 2007 al 2008, con 32 embarazadas adolescentes, cuyo objetivo fue identificar factores predisponentes. En dicho estudio hubo un predominio de embarazos en la adolescencia tardía, predominando las mujeres casadas más que las solteras. En relación a la escolaridad sobresalieron las mujeres con secundaria terminada que las que tenían secundaria sin terminar; acerca de la menarca, ésta inició en la adolescencia temprana; las relaciones sexuales iniciaron en la adolescencia media; existió poco conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos; no hubo ninguna vinculación al trabajo en relación con su embarazo. Se observó un mayor acceso a los medios de comunicación y un mayor tiempo libre dedicado a la televisión y al internet (Rodríguez G.A et al, 2013).

En Bogotá Colombia en el 2012, se realizó un estudio de tipo exploratorio cualitativo, donde se efectuaron entrevistas a profundidad a diez familias con adolescentes gestantes y mediante un grupo focal de 12 adolescentes embarazadas. Las participantes pertenecían a estratos socioeconómicos 1 y 2 de Bogotá, las embarazadas adolescentes fueron ubicadas a través de los centros operativos locales de Obstetricia y Ginecología. En la categoría "adolescente" de dicho estudio se encontró que, ocho de las diez adolescentes entrevistadas se describen -y son descritas por sus padres- como "juiciosas" o "niñas de su casa", de manera que su cotidianidad se desenvuelve en el ámbito doméstico. En cuanto a su rol, casi todas relatan haber asumido desde edad temprana responsabilidades adultas como estar a cargo del cuidado de niños menores, lo cual es considerado como "normal" tanto para ellas como para su familia. En dos casos se encontró que los niños que cuidaban las llamaban "mamá" (Barreto-Hauzer y et al, 2013).

En la narrativa de las gestantes más jóvenes predomina el lenguaje monosilábico. Ellas describen los eventos como "normales" así se refirieran a situaciones difíciles. En la

mayoría no se observó proceso de emancipación e incluso aquellas que conviven con su pareja lo hacen cerca de su familia de origen. Respecto al proyecto de vida en lo educativo y laboral, las respuestas son vagas y poco coherentes, observándose mayor claridad a medida que aumentaba la edad.

En la categoría “embarazo/bebé”, se encuentra que el embarazo se vive inicialmente desde el miedo y varias de las jóvenes consideraron abortar. Una vez deciden continuarlo, la experiencia se cataloga como un "error", lo cual genera desilusión individual y familiar. Con el tiempo, la perspectiva va modificándose y el futuro integrante es considerado como una "bendición", un ser "bonito" y la maternidad surge como una circunstancia que puede mejorar la vida de la adolescente (Barreto-Hauzer y et al, 2013).

Un hallazgo frecuente fue la unión familiar posterior a la crisis inicial que se da alrededor de la gestante, a la que ahora se "cuida más", vigilando su alimentación y sus actividades. Algunas describen la vivencia del embarazo como una buena experiencia, mientras otras no por los cambios físicos y emocionales. La relación entre la adolescente y su futuro hijo suele ser narrada en términos de cariño, amor y búsqueda de condiciones para que tenga una buena vida. Solamente en un caso la apreciación fue negativa. Se hace mención únicamente de estas dos categorías por ser pertinentes al tema que estamos revisando (Mejía M. et al, 2015).

En México ya se señalaba desde la década de los 90, la importancia de tomar en cuenta la particularidad de los contextos socioeconómicos y culturales de donde provienen las adolescentes que se han embarazado y sus opciones de vida reales, en lugar de conceptualizar de manera homogénea e histórica el problema del “embarazo en la adolescencia” sin considerar la especificidad de las niñas y jóvenes que lo viven. Stern (2003) comenzó a estudiar el problema del embarazo en la adolescencia e incorporó el concepto de la vulnerabilidad social, diferente al de pobreza, como aquella situación catastrófica que ocurre en el seno familiar y que cambia las vidas de las adolescentes para siempre (por ejemplo quedarse sin uno de los padres y la carga económica que implica), favoreciendo el proyecto de un embarazo temprano. La probabilidad de seguir un proyecto alternativo al del embarazo dependería de sus posibilidades de resiliencia social ante la

catástrofe según el contexto socioeconómico dependiente de la clase social de las familias de las jóvenes (Stern 2003).

Más recientemente se han llevado a cabo estudios en adolescentes embarazadas; uno de ellos en un centro de salud en Guadalajara, Jalisco, en julio del 2014 (Mejía M L, 2015), cuyo objetivo era determinar las condiciones socioculturales y la experiencia de las adolescentes gestantes. El tipo de investigación también fue de tipo cualitativo, con enfoque de estudio de caso “típico”, los datos se tomaron de un listado de control prenatal. Las adolescentes que se estudiaron pertenecían a una zona urbana, las que acudían a control prenatal en la unidad de salud, se les propuso participar en el estudio con el consentimiento del tutor de la adolescente.

Se analizaron las variables socioculturales en el expediente clínico, de la tarjeta de control prenatal, se elaboró una encuesta para la recaudación de los datos, además de levantar tres grupos focales indagando: a) el significado social del embarazo, b) experiencias del embarazo, c) temas acerca del embarazo, la familia, la pareja y los servicios de salud. Las variables socioculturales se analizaron calculando frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión. Las entrevistas cualitativas se analizaron semióticamente.

Se encontró que de 48 de las adolescentes la mediana de la edad fue de 18 años (rango de 13 a 19 años); el 19 % de las adolescentes embarazadas continuaron estudiando; el 59.5 % eran amas de casa; el 21.4% tenían ingresos económicos propios y que el 78.6 % de las adolescentes no utilizaron ningún método de planificación familiar previo al embarazo. En relación al resultado de tipo cualitativo, el significado de embarazo para las adolescentes significó “madurar” y el ser chicas “más felices”. Otro dato de importancia, es el que las jovencitas presentaron una alta deserción escolar por presentar sintomatología clínica y alteraciones en la imagen corporal. Otro dato de importancia fue el hecho de manifestar falta de privacidad en los servicios de salud, además de que las redes sociales electrónicas fueron el principal medio de socialización en tópicos de sexualidad (Mejía M, 2015).

Otro estudio fue el que se realizó en Oaxaca. Su objetivo fue evaluar la relación que existe entre los factores de deserción escolar y el embarazo en la adolescencia. El tipo de estudio fue longitudinal, cualitativo y cuantitativo, se estudiaron a 84 embarazadas

adolescentes menores de 20 años. Como instrumento de medición se elaboró una entrevista en una cédula tipo Ítems, el cual incluía datos personales, situación de pareja, y escolaridad. En sus hallazgos el 60.7 % eran madres solteras; en 35 de las jóvenes (41.8 %), el tiempo de relación con la pareja fue de menos de seis meses de noviazgo (Rodríguez et al 2012).

CAPITULO 3

OBJETIVOS

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

- Comprender el contexto sociocultural y comprender las circunstancias personales, familiares y del grupo social de las adolescentes embarazadas, que acuden al centro de salud de la colonia Patria Nueva de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, que las condujera a un embarazo temprano.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Situar el contexto demográfico, sociocultural y económico de las adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud de la colonia Patria Nueva, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- 3.2.2 Conocer las circunstancias de grupo social, familiares, del embarazo en las adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud de la colonia Patria Nueva, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- 3.2.3 Identificar las circunstancias personales que llevaron a las adolescentes a un embarazo a tan temprana edad.

CAPITULO 4

MATERIAL Y METODO

4. Material y método

4.1 Diseño de estudio

Supuestos teóricos y metodológicos

Se utilizó una metodología cualitativa cuyo marco organizador estuvo constituido por las relaciones entre:

(a) El contexto donde ocurren las prácticas (b) las prácticas sociales y culturales, (c) los significados personales

Se buscó una comprensión profunda del por qué suceden los fenómenos sociales y de la manera en que se presentan en los sujetos que los viven, a través de una perspectiva interpretativa de la investigadora, haciendo el ejercicio de distinguir entre sus propios valores y los de los sujetos, con el fin de ser lo más objetiva posible. El diseño fue flexible pues en la medida que se descubrían datos se incorporaron, modificándose el acercamiento con la realidad, en un proceso inductivo (OPS, 2006).

Para responder al objetivo específico 1, acerca del contexto, en los antecedentes se incluyeron elementos sobre aspectos demográficos, económicos, sociales y culturales, tanto a nivel internacional, como nacional y estatal; así mismo se tomó información de la base de datos de la coordinación de la unidad de salud de Patria Nueva, acerca de las adolescentes que acudieron a la consulta solo en agosto del 2017, con el fin de comprender a nivel local las circunstancias que enfrenta el grupo social de las adolescentes que acudieron al centro de salud de la colonia Patria Nueva, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. En el entendido de que, la solución del problema está menos en el cambio de comportamiento de las adolescentes y sí más en resolver la pobreza y marginación de amplios sectores de población, la discriminación por motivos de género, clase, etnia y cultura, para que las (y los jóvenes) expandan sus potencialidades y den sentido a su vida, más allá del embarazo y la maternidad, tal como lo plantea el UNFPA (2013).

Para responder a los objetivos 2 y 3 acerca de las circunstancias familiares y personales, se llevaron a cabo entrevistas a las adolescentes que llegaron por primera vez a la consulta nutricional, donde previo consentimiento informado (verbal) se aplicó un cuestionario semiestructurado. Las entrevistas fueron grabadas y se transcribieron. Una vez transcritas se obtuvo un texto que fue analizado en detalle.

Para la redacción de las entrevistas, se utilizó la palabra “Ella” para dirigirnos a la adolescente embarazada y la palabra “Él” fue para nos dirigimos a la pareja, esposo de la adolescente embarazada. Hubo ocasiones que fueron acompañadas a la consulta por la mamá o por la abuelita, hubo un caso que la menor iba acompañada por su prima, otra adolescente ya casada.

4.2 Población

La población objeto de estudio estuvo conformada por aquellas adolescentes embarazadas que acudieron de agosto 2017 a marzo del 2019 (primigestas, segundigestas, etc.), que acudieron a la consulta nutricional para control prenatal, procedentes de las colonias del área de influencia del centro de salud de la colonia Patria Nueva de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Inicialmente se entrevistó a 31 adolescentes embarazadas de las cuales se excluyó a 6 adolescentes porque no cubrían los criterios de inclusión, que se enuncian a continuación:

4.3 Definición de unidades de estudio

4.3.1 Criterios de inclusión:

- a) Todas las adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta nutricional desde agosto del 2017 hasta marzo 2019
- b) Embarazadas entre las edades de 10 a 14 y de 15 a 19 años de edad.
- c) Que iniciaron o estuvieron llevando su control prenatal en el Centro de Salud Urbano de Patria Nueva.
- d) Que dieron su consentimiento para participar en el estudio.

4.3.2 Criterios de exclusión:

- a) Las adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta médica sólo por percibir la hoja de referencia al hospital Materno Infantil Rafael Pascasio Gamboa, esto debido a que nunca llevaron el control médico en el centro de salud y tampoco de manera particular. Generalmente el médico ya no hace la interconsulta al área de nutrición de donde regularmente se les explicaba la importancia del tema.
- b) Las adolescentes embarazadas que cambiaron de residencia en el periodo de estudio que comprende agosto 2017 – marzo 2019.
- c) Las adolescentes embarazadas que llegaron a tener la pérdida del neonato.

4.4 Instrumentos para la recolección de datos

Se obtuvo el consentimiento verbal de las adolescentes embarazadas, junto con la persona responsable (madre, padre, tutor o pareja) o bien con la persona que la acompañara el día de su primera consulta nutricional, ya que hubo ocasiones en que la adolescente embarazada ya tenía una consulta previa con su médico. Antes de llevar a cabo la entrevista, se brindó una explicación clara y precisa del tema de estudio y se les describió claramente en qué consistía su participación. Se hizo énfasis en que ésta era completamente voluntaria, que el empleo de la información sería completamente confidencial y que en caso de su negativa a participar eso no modificaría la atención que se le proporciona en el centro de salud.

Se elaboró un cuestionario semiestructurado guía de acuerdo a las siguientes categorías: datos sociodemográficos de la adolescente, experiencia sexual, la unión y la posibilidad del embarazo, el apoyo de los padres, la consciencia de estar embarazada, los estudios y el acompañamiento en el embarazo. Se entrevistó a las adolescentes con grabadora previa autorización. Se les explicaba que no mencionaríamos su nombre, así que iniciábamos la entrevista con la fecha del día que se le realizaba.

Cuando las adolescentes no contaban con el tiempo necesario el día de su consulta en el área, le solicitábamos el permiso para ir a su domicilio y de ésta forma hacer la entrevista de manera más cómoda y tranquila, ya que en el consultorio siempre se presentaban interrupciones, hubo ocasiones en que se interrumpió la entrevista, así que la reanudábamos una vez terminada la interrupción. Se llevó un cuaderno de campo, donde se registraran los detalles y observaciones del domicilio donde se acudió.

4.5 Análisis de los datos

Se construyó el contexto para entender la determinación social del problema de estudio, tomando los datos del municipio de Tuxtla Gutiérrez de la Encuesta Intercensal del INEGI, del 2015; así como la información del Consejo Nacional de Población (CONAPO) sobre grados de marginación para el mismo municipio, con el fin de ubicar geográficamente a las colonias que son cubiertas por el Centro de Atención Urbano de Patria Nueva y deducir el tipo de población según clase social que recibe el servicio, para lo cual también se hizo un mapa con apoyo del INEGI en Tuxtla. Se complementó con la información de la población de adolescentes embarazadas que acudió a control prenatal al Centro de Salud de la colonia Patria Nueva solo en agosto del 2017, proveniente del Sistema de Información en Salud (SIS).

Con respecto a las prácticas sociales y culturales y los significados personales, una vez recabadas las entrevistas (debidamente identificadas y codificadas), se transcribieron las grabaciones y se transformaron los datos en texto. Se hizo la primera lectura de los contenidos de las entrevistas y se organizaron de forma manual en un cuadro. Se identificaron contenidos, que se fueron redactando según las categorías preestablecidas y se identificó algún tema, no contemplado, como el de violencia, drogadicción y familias desintegradas.

Al final para la discusión y conclusiones, se tomaron en cuenta los resultados: el contexto, las prácticas sociales y culturales, los significados individuales, a la luz de los aspectos económicos, demográficos y socioculturales de la revisión de los antecedentes, con el fin de lograr una perspectiva de conjunto del problema del embarazo en la adolescencia que acudieron a la clínica de Patria Nueva.

Cuadro No. 1 Categorías del guion de entrevista

CATEGORÍA	Preguntas
Datos sociodemográficos de la embarazada	<p>Edad cronológica</p> <p>Semanas de gestación</p> <p>Grado de escolaridad</p> <p>Condición de unión</p> <p>Ocupación/empleo</p> <p>Lugar de origen/lugar de residencia</p> <p>Lengua materna</p>
La experiencia sexual	<p>¿A qué edad fue tú primera relación sexual?</p> <p>¿Usaron preservativo con tu pareja?</p> <p>¿Tu experiencia fue agradable, placentera o totalmente desagradable?</p> <p>¿Tenías idea de lo que estabas haciendo (al momento de la relación sexual)?</p> <p>¿Consideraste la posibilidad de quedar embarazada?</p>
La unión y la posibilidad del embarazo	<p>Tú pareja era: ¿novio, concubino, esposo?</p> <p>¿Deseabas tener un bebé?</p> <p>¿Tú pareja, te planteo la pregunta de qué pasaría, si tú quedaras embarazada?</p> <p>Cuándo quedaste embarazada ¿A quién le diste la noticia?</p> <p>¿Con tu pareja hablaron de casarse, juntarse, o definitivamente separarse?</p>
El apoyo de los padres	<p>¿Qué dijeron tus padres, cuando se dieron cuenta que estabas embarazada?</p> <p>a).- Te regañaron b).-Te golpearon c).- Te corrieron de tu casa e).- Te pidieron que abortaras?, Otros: Tu mamá o tu suegra, ¿te han dicho cómo se debe cuidar a un bebé?</p> <p>¿Quién fue más comprensible con tu situación? ¿Papá o mamá?</p> <p>¿Alguna vez tus padres de hablaron sexualidad o de tu desarrollo?</p>
La consciencia de estar embarazada	<p>¿Cómo te sientes, ahora que estas embarazada?</p> <p>15.- ¿Qué sentiste al saber que estabas embarazada?</p> <p>¿Cómo te sientes ahora, que estas a punto de ser mamá? Y si hoy es mamá ¿Qué se siente ser mamá????</p> <p>¿Te hubiera gustado seguir jugando con tus amiguitas</p>

	<p>o ya deseabas tener un bebé en tus brazos? ¿Cómo te imaginas, cuando tengas en tus brazos a tu hijo? Y si hoy es mamá: ¿Cómo te sientes ahora como mamá?? ¿Sigues en casa de tus papás, o te fuiste a vivir con tu suegra?, para que te apoyen durante tu embarazo?</p>
El proyecto de seguir estudiando	<p>¿Te siguen apoyando para que continúes con tus estudios, ahora que estas embarazada? ¿Querías seguir estudiando?</p>
El acompañamiento en el embarazo	<p>Cuándo vas a revisión médica, ¿quién te acompaña? a).- esposo, pareja b).- mamá c).- suegra d).- cuñada e).-hermana f). Nadie, g). una amiga ¿Tenías el recurso para hacerte tus estudios, cuándo te lo solicita el médico? ¿Tienes algún apoyo del programa prospera o de seguro popular y/o ambas? ¿Cómo crees, que saldrás adelante con tu bebé? ¿Con toda esta experiencia de ser mamá, cuando volverías a tener otro bebé? ¿Deseas continuar con tus estudios una vez que seas mamá?</p>

CAPITULO 5

RESULTADOS

5. Resultados

5.1 El contexto socioeconómico y la población de Tuxtla Gutiérrez. La clínica de Patria Nueva y su área de influencia.

Según datos de la Encuesta Intercensal del INEGI del 2015, el municipio de Tuxtla Gutiérrez, contaba con 598 710 habitantes. Sin embargo al ser la capital y principal centro político, comercial y de servicios del estado, diariamente se traslada hacia este lugar (a trabajar, a estudiar, realizar compras, recibir atención médica, llevar a cabo gestiones, etc.) un número importante de habitantes de los municipios cercanos, algunos de los cuales incluso tienen ahí su segundo lugar de residencia.

En Tuxtla Gutiérrez el 52.2 % son mujeres y el 47.4% son hombres, con una mediana de edad de 27 años, es decir que la mitad de su población es de niños, adolescentes y jóvenes. Más del 90 % de sus habitantes saben leer y escribir y el 61.5% tiene educación básica y media superior; una tercera parte (33.1%) tiene además educación superior. En el municipio el 10.52% se considera indígena, pero solamente el 3.02% de los mayores de 3 años tienen como lengua materna un idioma indígena. Acerca de la situación conyugal de la población de 12 años y más, el 51.2% se encuentra unida, ya sea casada con el 37.7% o en unión libre con el 13.5% (INEGI Chiapas 2015: 234).

Con respecto a la actividad económica, a medida que la población del estado se ha desplazado a las zonas urbanas, el comercio y los servicios ha sido el sector que más ha crecido, pues según datos de la Encuesta Intercensal del 2015 , la población ocupada pasó de 37.4% en el 2000 a 47.9%, mientras que en la industria y la construcción pasó de 12.4% a 14.6% en los mismos años; por el contrario, la actividad económica agropecuaria, que en décadas pasadas ocupaba a la mayor parte de la población, se ha ido contrayendo al pasar su población ocupada de 47.9% a 36.4% en los años respectivos (INEGI 2015: 57). Aunque Chiapas todavía es una entidad rural en la medida que más de la mitad de su población reside en localidades de menos de 2500 habitantes (INEGI 2015: 5), que aún se dedica a actividades agropecuarias, en los centros urbanos como la ciudad capital, donde se encuentran los poderes del estado, predominan sin embargo los servicios y el comercio que es donde principalmente se ocupa su población. En Tuxtla Gutiérrez, el

55.1% es de población activa: 60% de los varones y el 40% de las mujeres; el 44,6 % es de población económicamente no activa, más de la mitad de ese porcentaje representado por quienes se ocupan de las labores domésticas, básicamente las mujeres (INEGI Chiapas 2015: 234).

Como fue antes mencionado, en las tres últimas décadas ha habido un rápido crecimiento del área urbana del municipio; espacios que antes se utilizaban para actividades agropecuarias ahora son habitacionales, y, excepto en áreas de reserva ecológica, la cobertura arbórea y arbustiva original ha disminuido significativamente. La Zona Metropolitana abarca ahora, además del área urbana de Tuxtla, a los municipios de Berriozábal y Chiapa de Corzo (CONAPO, 2010).

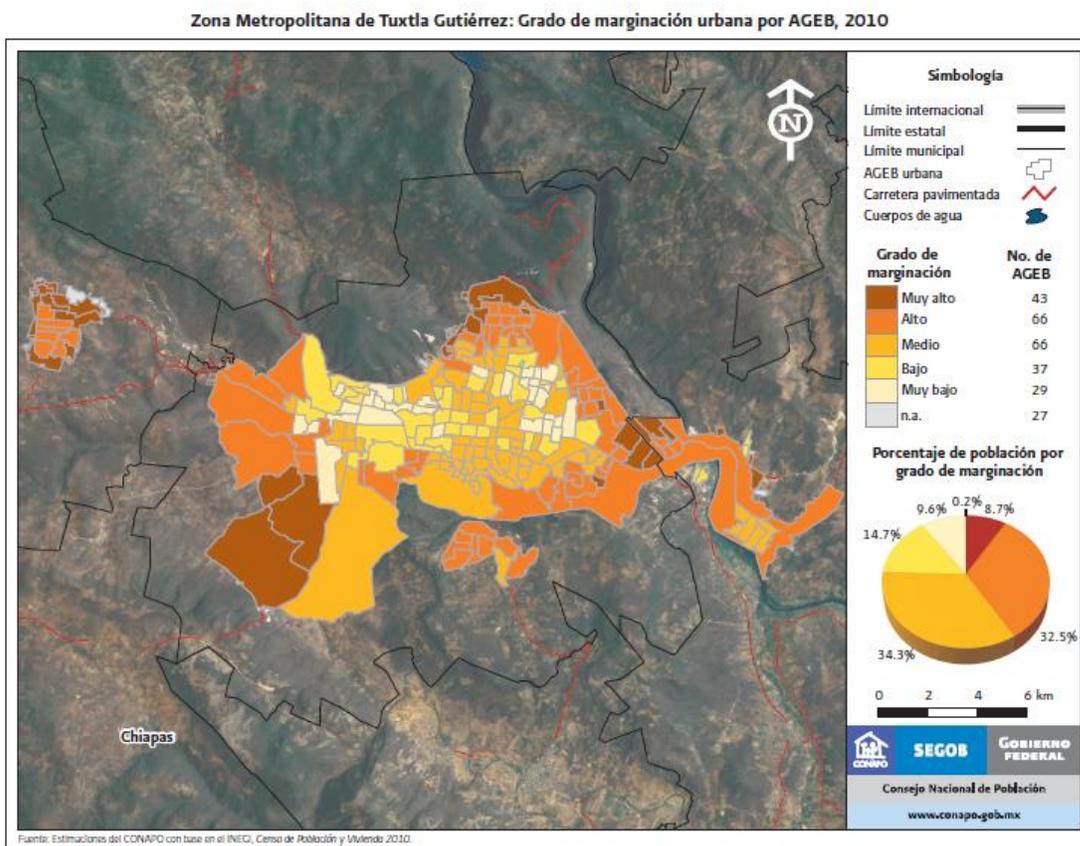
En el municipio de Tuxtla Gutiérrez existen cuatro delegaciones (Tuxtla Gutiérrez, Terán, Plan de Ayala y Patria Nueva de Sabinés); y 8 agencias municipales (Granjas, Cerro Hueco, Francisco I Madero, Copoya, El Jobo, San José Terán, San Juan Crispín y San Vicente), las cuales son intermediarias entre la ciudadanía y el Gobierno Municipal, para los apoyos o beneficios de las 360 colonias (CONAPO, 2010)

De acuerdo con información del Consejo Nacional de Población (2010), el grado de marginación del municipio es bajo y así mismo de su zona metropolitana. Sin embargo, tal afirmación tiene matices, pues hacia su periferia el 32.5% de la población tiene un alto grado de marginación, la cual ocupa 66 AGEB y 8.7% tienen muy alto grado de marginación, en 43 AGEB. La proporción restante se distribuye entre el 34.3% de la población, con un grado de marginación medio, ubicada en 66 AGEB; el 14.7%, con bajo grado de marginación en 37 AGEB; y finalmente el 9.6% con muy bajo grado de marginación, distribuida en 29 AGEB, algunas en una parte de la periferia pero sobre todo ocupando el centro de la zona metropolitana. (Ver mapa de marginación la zona Metropolitana Tuxtla Gutiérrez, 2010) (CONAPO 2010:81) descargado el 10 de enero del 2019. De acuerdo con datos de Coneval del 2010, con base en el Censo de Población y Vivienda del 2010, el grado de rezago social es bajo en el centro del territorio y medio hacia su periferia, con muy pocas zonas de alto rezago social.

El municipio de Tuxtla Gutiérrez cuenta con 9 centros de salud, 7 de ellos ubicados en la localidad urbana, en las colonias Santa Cruz, Bienestar Social, Plan de Ayala, Albania (ubicado en la colonia el Valle), Patria Nueva de Sabinés, Terán y Tuxtla Gutiérrez; y los 2 restantes en las localidades rurales de Copoya y El Jobo.

Imagen de las zonas según grado de marginación por AGEB, de la localidad urbana de Tuxtla Gutiérrez, del mismo municipio, en Chiapas. CONAPO 2010.

Zonas marginadas de la zona urbana de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.



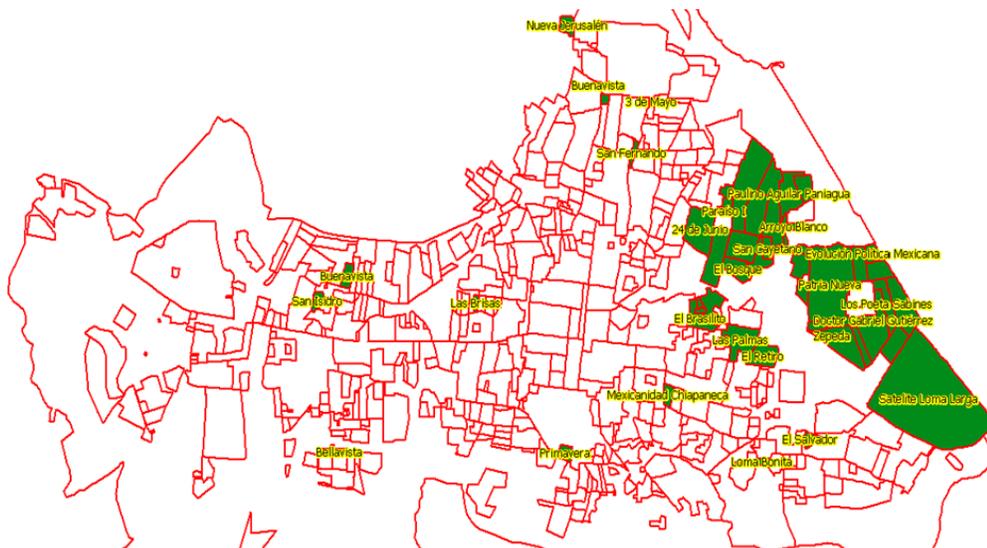
Fuente: CONAPO 2010.

La unidad de salud de la colonia Patria Nueva, se ubica en la zona norte-oriental del municipio de la capital chiapaneca (ver mapa) y abarca la atención a 50 colonias circunvecinas y periféricas: Alfonso Guillén, Ampliación Arroyo Blanco, Ampliación Insurgentes, Arroyo Blanco, colonia Azteca, Bella Vista, Buena Vista, Carlos Salina de

Gortari, Cerro de Guadalupe, Comitán, Dr. Gabriel F. Gutiérrez Zepeda, El Salvador, Evolución Política Mexicana, Industrial, Insurgentes, Jardines del Pedregal, Jerusalén, José Castillo Tielmans, Loma Bonita, Lomas del Oriente, Nuevo Amanecer, Otilio Montaña, Paso Limón, Patria Nueva, Paulino Aguilar, San Cayetano, San Isidro, San Pedro Progresivo, Satélite, Unidad Chiapaneca, Vida Mejor y la Colonia 27 de Febrero, además de 4 Fraccionamientos: El Bosque, La Ilusión, Las Torres, los Poetas y la 13 de Julio. Se trata de población de alta y mediana marginación.

Mapa de la zona nororiente de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, zona de influencia del Centro de Salud Urbano de Patria Nueva.

Área de influencia del centro de salud de la colonia Patria Nueva en Tuxtla Gutiérrez.



Fuente: elaboración propia, con datos del INEGI en Tuxtla Gutiérrez, 2019.

El centro de salud urbano en la colonia de Patria Nueva es una instalación con 4 Núcleos Básicos. La unidad es pequeña; no cuenta con camas de hospitalización y es atendido por 18 médicos distribuidos en los diferentes turnos (matutino, vespertino, guardias A y B y guardias de fin de semana y días festivos).

Los habitantes de estas colonias cuentan con el programa de Bienestar, el cual abarcaba familias de clase media así como familias de muy bajos recursos económicos, y el programa Seguro Popular que fue otorgado a familias que no contaban con algún tipo de servicio médico gubernamental. De acuerdo a la demanda de atención, se considera que actualmente la unidad médica de Patria Nueva, se encuentra con un déficit de estructura física, ya que es muy pequeña en relación con la demanda y ha rebasado el tope de capacidad, a diferencia de otras unidades médicas como la de Terán y la del Albania, ubicado en la colonia el Valle.

El centro de salud de Patria Nueva, proporciona el primer nivel de atención. A él acuden todo tipo de pacientes, las mujeres embarazadas de todas las edades, pero nos llamó la atención, los embarazos en las adolescentes que acudían a su control prenatal, para luego ser referidas al hospital de la Mujer “Rafael Pascasio Gamboa”. Para indagar un poco más del tema nos dimos a la tarea de hacer una revisión minuciosa de los datos estadísticos, Sistema Integral de Salud (SIS) del mes de agosto del 2017. Ver cuadro No. 2

1.1. Adolescentes embarazadas que acudieron en agosto del 2017, a su control prenatal, a la clínica de Patria Nueva.

De acuerdo con datos obtenidos del sistema de información en salud (SIS), de la población de adolescentes embarazadas que acudió a la clínica citada a control prenatal solo en agosto del 2017, el rango de edad que más prevaleció fue el de 15 a 19 años, 97.9% (47 adolescentes), mientras que en el rango de 10 a 14 años sólo hubo un caso, el de una niña de 12 años (2.1 %). La mediana de edad fue de 17.5 y la media fue de 17.3.

En lo referente al estado civil el 95.8% se encontraban unidas: 83.3 % en unión libre (40 adolescentes) y 12.5 % estaban casadas (6 adolescentes). Sólo el 4.2 % de las adolescentes no tenía pareja (2 adolescentes).

Acerca del grado de escolaridad y de acuerdo con el registro, 64.6 % (31 adolescentes) estaba estudiando la secundaria; 18.8 % (9 adolescentes) se encontraban en el bachillerado; 14.6 % (7 adolescentes) estudiaron hasta la primaria y un 2.1 % (un caso) sólo sabía leer y escribir

El idioma que más prevaleció fue el español con 93.8 % (45 adolescentes), 4.2 % (2 adolescentes) eran indígenas y tan sólo una de ellas era bilingüe. La mayoría, 89.6 % (43

adolescentes) se ocupaban como amas de casas y el resto tenían otras ocupaciones de poca remuneración.

Respecto a la religión 62.5 % eran católicas (30 adolescentes); 2.4 % (2 adolescentes) eran adventistas y 2.1 % (un caso) era testigo de Jehová; el 12.5 % restante (6 adolescentes) refirió otra religión y 18.8 % (9 adolescentes) manifestó no practicar ninguna.

En cuanto a los servicios médicos con los que contaban, 68.8 % (33 adolescentes) tenía seguro popular de la Secretaría de Salud; 22.9 % (11 adolescentes) contaban con los servicios de salud del programa Prospera; 6.3% (3 adolescentes) acudieron a los servicios de salud para población abierta; y sólo 2.1 % (una adolescente) refirió tener IMSS ordinario. En relación al programa Prospera, sólo las niñas de 10 a 14 años lo tenían mientras que las mayores, de 15 a 19 años, carecían de él.

Un poco más de la tercera parte de las adolescentes embarazadas, 37.5 % (18 adolescentes), acudió a su primera cita de control prenatal en el segundo trimestre; otra tercera parte, 35.4 % (17 adolescentes), acudió desde el primer trimestre y el 27.1 % (13 adolescentes) lo hizo hasta el tercer trimestre.

La mayoría, 87.5 % (42 adolescentes) inició su vida sexual entre 15 a 19 años de edad y el 12.5 % (6 adolescentes) en el rango de 10 a 14 años de edad.

Con relación al número de gestas, para la mayoría, 68.8 %, el embarazo actual era su única gesta hasta ese momento; 18.8 % (9 adolescentes) ya habían tenido un embarazo previo; 6.3 % (3 adolescentes) ya habían tenidos dos embarazos; y sólo se observó un caso, 2.1 %, con 3 embarazos previos, la cual estaría cursando su cuarta gesta. Ninguna de las adolescentes refirió haber tenido abortos

En cuanto al número de partos, 83.3 % (40 adolescentes) no tenía ninguno en su historial; 10.4 % (5 adolescentes) había tenido un parto reciente y 6.3 % (3 adolescentes) ya contaba con un parto anterior. La mayoría, 95.85% (46 adolescentes), no refirió ninguna cesárea; una de ellas (2.1%) había tenido una cesárea reciente 2.1% y otro caso 2.1 % presentó una cesárea anterior. Tampoco se reportó en el informe del Sistema Integral en Salud (SIS) ningún de los recién nacidos muerto ni prematuro.

Cuadro No. 2 Características de las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud de la colonia Patria Nueva, en agosto del 2017.

	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
<i>Edad</i>	10 a 14	15 a 19	Media	Mediana	Rango
	1 (2.1)	47 (97.9)	17.35	17.5	13-19
<i>Estado civil</i>	Soltera	Casadas	Unión libre		
	2 (4.2)	6 (12.5)	40 (83.3)		
<i>Escolaridad</i>	Lee y escribe	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Superior
	1 (2.1)%	7 (14.6)	31 (64.6)	9 (18.8)	0
<i>Idioma</i>	Indígena	Español	Ambos		
	2 (4.2)	45 (93.8)	1 (2.1)		
<i>Ocupación</i>	Ama de casa	Empleada	Otras		
	43 (89.6)	1 (2.1)	4 (8.3)		
<i>Religión</i>	católica	T Jehová	Adventista	Otras	Ninguna
	30 (62.5)	1 (2.1)	2 (2.4)	6 (12)	9 (18.8)
<i>Derechohabiencia</i>	IMSS ordin.	SSA popular	SSA Prosp	SSA pobl.ab	
	1 (2.1)	33 (68.8)	11 (22.9)	3 (6.3)	
<i>Prog. Prospera</i>	Si tiene	No tiene			
	15 (31.3)	33 (68.8)			
<i>IVSA</i>	Adol. Temp.	Adol. Tardía			
	6 (12.5)	42 (87.5)			
<i>Trimestre</i>	Primer	Segundo	Tercer		
	17 (35.4)	18 (37.5)	13 (27.1)		
<i>Edad gesta</i>					
<i>Número gestas</i>	Embar Actual	1 Emb antes	2 Emb antes	3 Emb antes	
	33 (68.8)	9 (18.8)	3 (6.3)	1 (2.1)	
<i>Número partos</i>	Ningún parto	parto reciente	1 parto ante		
	40 (83.3)	5 (10.4)	3 (6.3)		
<i>Número aborto</i>	Ninguno				
<i>Número cesáreas</i>	Ninguna	Cesara recién	Cesárea ant		
	46 (95.85)	1 (2.1)	1 (2.1)		
<i>Prematurez</i>	Ninguno				
<i>Abortos</i>	Ninguno				

Fuente: SIS (Agosto 2017).

2. Las circunstancias de grupo social, familiar y personal en las adolescentes embarazadas que acudieron al centro de salud de la colonia Patria Nueva, de Tuxtla Gutiérrez.

Se entrevistó a 31 adolescentes embarazadas entre agosto del 2017 a marzo del 2019, ya fuera en su domicilio, o bien, el día de su primera consulta, día en que el médico la envía como interconsulta al área de nutrición para su control nutricional, en ese momento se la invita a participar en dicho estudio. Las entrevistadas procedían de las siguientes colonias: Paso Limón, Gabriel Zepeda, 27 de febrero, Patria Nueva, Jardines del Pedregal, Satélite Loma Larga, Insurgentes, Colonia Comitán, Arroyo Blanco, Cerro de Guadalupe y Bella vista.

El promedio de edad fue de 16 años y la mediana de 17 años, con un rango que varió de 12 hasta 19 años. Como era de esperarse el grupo más numeroso lo constituyó el de la adolescencia tardía (15 a 19 años) con 22 adolescentes (88%) mientras que en el grupo de la adolescencia temprana (10 a 14 años) hubo 3 (12%) niñas de 12 años cada una.

Se contaba con el dato de la menarquia, edad gestacional y paridad por la atención prenatal, así que el promedio en que las adolescentes iniciaron su menstruación fue de 11 años, con un rango entre 9 a 13 años; y la mayoría fue entrevistada al acudir a su consulta en el tercer trimestre (12=48%) y en el segundo trimestre (9=36%) del embarazo; generalmente se trataba del primer embarazo y 7 de las adolescentes, un poco más de la cuarta parte del total de las entrevistadas, habían tenido entre uno y dos partos, es decir probablemente tenían uno o dos hijos.

Al momento de la entrevista, más de la mitad (15=60%) eran mujeres en unión libre y el resto mujeres solteras que probablemente cursarían solas su maternidad. Acerca de la escolaridad, más de la mitad (52%) contaba con primaria incompleta; la cuarta parte (28%) tenía secundaria incompleta y 12% tenía preparatoria también incompleta; es decir que la enorme mayoría (23 adolescentes=92%) tenían estudios incompletos. Se ocupaba generalmente como amas de casa y sólo 3 de ellas tenían un empleo remunerado. A continuación se presenta el resumen los datos sociodemográficos, económicos y reproductivos de las adolescentes entrevistadas. Ver cuadro no. 3

Cuadro No. 3 Características generales de las adolescentes embarazadas entrevistadas del centro salud urbano de la colonia Patria Nueva, 2017-2019.

No	Edad (años)	Menarca	SDG	Paridad	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación	Colonia	No. de pareja
1	17	9	13	0	Unión libre	Preparatoria 2do	Ama de casa	Paso limón	1
2	17	13	31.5	0	Madre soltera	Secundaria 2do	Cómica en eventos	Gabriel Zepeda	1
3	18	12	28.4	0	Unión libre	Secundaria 1ro	Empleada	27 de febrero	1
4	15 +	10	21.4	0	Unión libre	Secundaria 2do	Ama de casa	Patria nueva	1
5	12	9	33	0	Unión libre	Primaria 2do	Ama de casa	Jardines del pedregal	1
6	15	12	21.4	0	Unión libre	Secundaria 1ro	Ama de casa	Patria nueva	1
7	16	12	31	0	Unión libre	Primaria 4to	Ama de casa	27 de febrero	1
8	16+	12	34	0	Unión libre	Primaria 3ro	Ama de casa	Jardines del pedregal	1
9	15	12	24	0	Madre soltera	Primaria 4to	Ama de casa	Satélite loma mar	1
10	18 ***	13	34	2	Unión libre	Primaria 5to	Ama de casa	27 de febrero	2
11	19 ***	12	28.4	2	Unión libre	Primaria 3ro	Ama de casa	27 de febrero	1
12	18 **	13	6.5	1	Unión libre	Preparatoria 1ro	Ama de casa	Insurgentes	2
13	17 **	12	23.4	1	Unión libre	Primaria 5to	Ama de casa	Colonia Comitán	2
14	12	9	29.2	0	Unión libre	Primaria 3ro	Ama de casa	Arroyo blanco	1
15	15	11	31	1	Unión libre	Secundaria 2do	Ama de casa	Insurgentes	1
16	16 **	12	18.2	1	Unión libre	Primaria 4to	Ama de casa	27 de febrero	1
17	18 **	13	8	0	Madre soltera	Secundaria terminada	Empleada	Patria nueva	1
18	17	12	31	0	Unión libre	Secundaria terminada	Ama de casa	Insurgentes	1
19	16	13	23.6	0	Unión libre	Secundaria 1ro	Ama de casa	Patria nueva	1
20	18	12	37	0	Unión libre	Preparatoria 1ro	Ama de casa	Paso limón	1
21	17+	11	6.4	0	Unión libre	Secundaria 1ro	Ama de casa	Arroyo blanco	1
22	16	12	28.2	0	Unión libre	Primaria 5to	Ama de casa	Arroyo blanco	1
23	18 *	11	17.3	2	Unión libre	Primaria 2do	Ama de casa	27 de febrero	1

24	18	13	20.1	0	Unión libre	Primaria 3ro	Ama de casa	Cerro de Gpe.	2
25	12	10	13.2	0	Unión libre	Primaria 2do	Ama de casa	Bella vista	1

+ Acudieron a la consulta con su pareja

** Segundigesta

*** Multigesta

2.1 Experiencia sexual y uso de anticonceptivos

Para las adolescentes embarazadas, entre 15 y 19 años su primera experiencia sexual fue consensuada, es decir deseada, esperada y generalmente agradable, aunque para algunas resultó molesta. Después de su experiencia sexual se preocuparon por la posibilidad de quedar embarazadas, pero también reconocieron que se dejaron llevar por la emoción del momento. En el caso de las adolescentes entre 10 a 14 años, no pareciera que hubieran tenido una conciencia clara de su primera experiencia sexual.

- “¿Y esa experiencia, cómo fue?... ¿Te agrado?... ¿Molesto?”
- Ella: Pues
- ¿Te forzó?
- Ella: No, no lo sentí. No, fue todo muy...”

(Adolescente de 16 años)

Acerca del uso de anticonceptivos la mayoría de las adolescentes no utilizó preservativo en su inicio sexual, aunque a algunas si lo pensaron. Sólo dos jóvenes mencionaron que sí tuvieron alguna forma de protección; una dijo haber salido embarazada porque se rompió el condón y otra usó la pastilla de emergencia en tres ocasiones, hasta que al final el método falló y se embarazó. Es importante mencionar que todas conocían la existencia de los métodos anticonceptivos, sin embargo no los usaron, no solo para evitar el embarazo sino ante la posibilidad de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual. Una de las adolescentes que ya tenía un hijo, había sido obligada por su progenitora para colocarse un dispositivo intrauterino, por lo que cuando se une con una segunda pareja ya

llevaba un DIU, y más tarde de común acuerdo con ésta, se lo retira para quedar embarazada.

(Dirigiéndonos a su pareja le pregunto...)

- “Y en todo ese tiempo ¿Tú la cuidabas? (acerca de las relaciones sexuales)
- El: Sí
- ¿Usaban preservativo?
- El: Pues al principio sí, pues sí, con preservativo y todo pues.
- Ella: me embaracé cuando dejé de usarlo.”
- (Adolescente de 16 años de edad)

- “¿Con tu pareja usaron algún preservativo? ¿algo con que cuidarse en ese momento? ¿hubo o no hubo uso de algún método anticonceptivo?
- Ella: No todo fue al natural, no usamos ningún preservativo.”
- Ambos se miran y solo sonríen.”
- (Adolescente de 14 años de edad)

2.2 La relación de pareja y la formalidad

Con respecto al inicio de la relación de pareja, se observa que una vez que se conocen, transcurre un tiempo más o menos corto, que puede ser desde una a dos semanas, dos meses o eventualmente seis meses y una vez llegado ese tiempo comienzan a tener relaciones sexuales; no hay formalización legal en este tipo de uniones. En la mayoría de los casos los varones se “robaron” a la adolescente o ellas se van a vivir con ellos.

(Dirigiéndonos a la madre de la adolescente le pregunto...)

- “¿Le pide permiso a usted que si puede estar contigo? ¿O de una vez te roban?
- Se escuchan risas
- Madre: no, de una vez se la llevó
- ¿Y a donde te lleva a vivir? A casa de su mamá o rentas un cuartito?
- Ella: (entre risas) a casa de su mamá.”
- (Adolescente de 17 años de edad)

Inicialmente fueron llevadas a vivir a casa de un familiar (mamá, tío, hermano). Sólo en un caso el varón se llevó a vivir a la adolescente con él, porque ya tenía un cuarto donde vivir. En otro caso, es el joven quien se va a vivir con ella a la casa de la abuela de ésta. O el caso de una segunda pareja de una adolescente que se queda a vivir también en casa de la madre de ésta; se observa que la madre lo permite con la única finalidad de cuidar el embarazo de su hija.

- “Entonces ¿siguen viviendo en la casa de tú tío?
- Él: No, ya no, yo ya no, vivo con mi mamá!
- ¿Entonces ya no regresan a la casa de tú tío, ya se van a rentar un cuartito?
- Él: No, nos vamos a vivir a la casa de mi mamá”.
- (Adolescente de 15 años de edad).

También se observa que a medida que las adolescentes son más pequeñas (menores de 14 años), la relación de las niñas (antes del embarazo) con su pareja se llevaba a cabo “a escondidas”; e incluso ya estando embarazadas, la madre ya tenían la sospecha. En este grupo se observó, que entre más jóvenes son (menores de 14 años) más se aferraron a la relación, hasta el grado de atentar contra su propia vida.

- “El noviazgo de Andrea fue una relación prohibida, es decir, todo el tiempo mantuvo su relación a escondidas con una persona mucho mayor que ella...cuando el papá se da cuenta separa a su hija de su pareja y esta cae en depresión diciendo que se va a suicidar si no deja que regrese con él” (Adolescente de 12 años de edad) (Nota de la entrevistadora).

Algunas de las adolescentes entrevistadas tienen el antecedente de que sus padres tampoco se casaron, y sin embargo dicen: “ellos vivieron bien”, están estables emocionalmente, sin haber tenido la necesidad de contraer matrimonio; por lo que no ven la necesidad de una unión legal.

- “¿Pero si quieren casarse o no? El primero en contestarnos es la pareja
- Él: no
- Ninguno de los dos quiere casarse?
- Ambos murmullan...es que tenemos miedo!

- Miedo a qué?
- El: no es que... Miedo ¿A qué no se entiendan?
- El: no es qué...en nuestras familias casi nadie es casado y el dicho es que si vamos a durar juntos sin necesidad de estar casados yo veo que mi mamá y mi papá han durado toda su vida...han durado treinta tantos o más (en unión libre)..."
- (Adolescente de 15 años de edad)

Los encuentros entre las adolescentes con sus parejas, generalmente se dieron en su mismo entorno social es decir porque viven cerca de su casa, porque trabajan cerca o porque estudiaban en la misma escuela (secundaria o prepa); otras se dieron porque resultaron ser conocidos de una hermana o hermano o bien por una amiga quien presenta a la adolescente; es decir son varones de su mismo grupo social. Las parejas son generalmente jóvenes de una edad similar; sólo dos casos resultaron ser personas adultas una de 36 y otra de 40 años que enamoraron a las jóvenes de manera formal. También se encontraron dos casos donde la relación se dio por medio de las redes sociales (Facebook), hoy en día al parecer es una forma común para conocerse.

Mariana conoce a su pareja en el "Face" (nombre ficticio para la entrevistada) Él le envía solicitud de amistad y ella le da aceptar. Pasó cierto tiempo! Mmm un mes (como amigo del Face)...Hasta que un día deciden conocerse y se citan en la entrada del cine. Al salir del cine, ya salen como novios" (Adolescente de 15 años de edad). (nota de cuaderno de campo de la entrevistadora).

Algunas de las entrevistadas después de ser enamoradas por estos jóvenes, fueron abandonadas a su suerte (dos chicas de 15 años y una de 17 años). Aunque al principio ellos ofrecen hacerse responsables de mantener a sus hijos e hijas, una vez pasado cierto tiempo (seis, siete meses o menos) desaparecen de la vida de las adolescentes y es la madre de las menores quienes finalmente terminan haciéndose cargo de sus hijas embarazadas. Esta información la pudimos constatar en las siguientes consultas de las adolescentes, ya sea porque llegaban solas o bien ya las acompañaba la madre o una prima. O al preguntarles por su pareja, ellas respondían con tristeza o melancolía

- "¿Puedo saber, desde tu noviazgo hasta que te casas o te juntas con tu pareja?

- Ella: bueno es que ya no vivo con él, no nos entendimos.
- ¿Cómo conoces a tú pareja? ¿bueno el que hoy en día ya es tu ex pareja?
- Quedando pensativa unos segundos nos responde de manera lenta....
- Ella: este...es hermano de una mi amiga”.
(Adolescente de 15 años de edad)
- “Actualmente el papá de tu bebé, sigue siendo tu pareja? o ya no hay ningún tipo de relación?
- La adolescente nos dice: no....no es nada
- Entonces fue una relación que pasó en un momento...y ahí quedo todo...
- Ella: sí
- Actualmente ¿ya no se ven? ¿nunca te volvió a buscar...?
- Ella: no, ya no...”
(Adolescente de 17 años de edad)
- “¿Pero tu pareja si supo que estabas embarazada? porque esto fue antes de que se separaran!? Ella: sí, sí lo sabe
- ¿Y él que te dijo?
- Ella: pues ...nada, aunque sabe dónde vivo”
(Adolescente de 15 años de edad)

La mayoría de las adolescentes, sin embargo, al momento de la entrevista estaban en unión de pareja. Para algunas adolescentes se trataba de su segunda pareja.

- “¿Dónde lo conociste? sonrío ligeramente y nos dice...
- Ella: lo conocí en el Mercado de los Ancianos, es que yo trabajaba en el mercado, ahí lo conocí. Pero yo ya tenía mi niña. ¿Qué tiempo se trataron como amigos?
- Ella: cuatro meses
- ¿Se casaron?
- Ella: No, .en unión libre”
(Adolescente de 18 años de edad)

2.3 El imaginario del embarazo, el deseo y las emociones

Unas de las preguntas por las que se realiza este estudio fueron: ¿por qué las jóvenes se embarazaron a tan temprana edad? “Ser mamás”, simplemente. De acuerdo con sus respuestas la gran mayoría consideraban el ser madres como algo “maravilloso”, que ya deseaban tener un bebé, que se sentían “felices”; felices de tener a su propio hijo “alguien de su propia sangre”, que ya no sería el hermanito más chiquito de la casa que les tocó cuidar. Hubo un caso de una adolescente que su hermanito le decía mamá.

- “¿Y tú ya te imaginas con tu bebé en tus brazos? ¿Te has imaginado de cómo será? ¿Qué piensas de cómo será ese nuevo ser?”
- Ella: Sí, sí lo pienso....Yo cuando estoy aquí solita (refiriéndose cuando se queda sola en su casa) y él se va a trabajar... sí me pongo a pensarcómo va a ser; (se refiere a su futuro bebé), porque no es igual abrazar a otro bebé que como ya abrazes al tuyo, alguien de mi sangre (llevándose los brazos hacia ella), imaginando tener ya un bebé entre sus brazos.
- Ella: Si de hecho le habla él y le hablo yo y se mueve” (señalándonos su abdomen)
(Adolescente de 16 años de edad)

Pocas entrevistadas (6 adolescentes) respondieron que no esperaban embarazarse; y que por esa situación ya no pudieron continuar con sus estudios. Al final se observa que algunas de ellas consideraron al embarazo como algo inoportuno.

- “¿Cuándo le dices a tu mamá que estás embarazada?”
- Ella: cuando tenía yo tres meses, le dije a mi mamá que yo estaba embarazada....pero él llegó hablar con mi mamá...
- Ella: sí se enojó porque ella quería que yo terminara de estudiar”.
(Su primer embarazo fue a los 14 años de edad)
(Adolescente de 17 años de edad).

Para los casos de las embarazadas de 12 años (dos casos), en una de ellas no parece existir una clara conciencia acerca del antecedente de haber tenido su primer embarazo a los 10 años de edad, y en el segundo caso se da la unión y a su vez el embarazo estando expuesta al alcohol y a las drogas.

- “¿Tenías idea de lo que estabas haciendo cuando tenías relaciones sexuales?”
- Ella: no”

Su primer embarazo lo tiene a los 10 años de edad, mismo que no llega a término y lo pierde a los 5 meses. Su segundo embarazo es el que ya tiene a los 12 años. (nota de cuaderno de campo de la entrevistadora).

En todos los casos se observa que se dejaron llevar por el momento “erótico”, generalmente inducido por sus parejas así como por los deseos de éstos de tener un hijo, aun cuando algunas de ellas tuvieran cierta resistencia. En dos casos era el hombre quién verdaderamente deseaba que ella se embarazara y lo expresaron claramente en la entrevista, que ya deseaban ser papás y que en varias ocasiones ellos intentaron embarazarnos sin su consentimiento (no usaba preservativo y no permitía que ella tomara anticonceptivos). En un caso una de las adolescentes tomó la pastilla del día siguiente para evitar el embarazo, lo hizo en tres ocasiones, pero al final falló y es cuando queda embarazada.

- “Él, te dice “quiero que seas... que tengamos un hijo” ¿o que te dice?, ¿él te pide tener hijos?”
 - Ella: Ajá (la entrevistada sólo responde eso)
 - ¿Y tú que decías?
 - Ella: Pues que sí”
 - (Adolescente de 19 años de edad).
-
- “A poco tú ya querías tener hijos... Digo, porque aún llevaban muy poco tiempo de noviazgo?”
 - Ella: “no”...Yo no quería tener hijos todavía...pero él me insistió mucho, hasta que lo logro”
 - (Adolescente de 18 años de edad)

Con respecto a las emociones al preguntarles, se observa que en el sentir de las adolescentes ni ellas alcanzan a describir la dimensión de lo que sienten, no saben

expresar sus propios sentimientos a juzgar por las cortas respuestas; alguna tan sólo menciona que se “siente raro”, cómo “algo que se mueve”. Las más jóvenes hablan muy poco.

- “¿Cómo te sientes o que sientes ahora que éstas embarazada, cómo lo explicarías?
- Ella: ahora que estoy embarazada me siento....mmm
- (observándoles en el rostro como algo que no sabe que decir o cómo explicar),
- Ella: me siento con mucha alegría, estoy muy emocionada y no sé cómo explicarlo ... pero también estoy preocupada y a la vez contenta
- ¿Cómo te imaginas ya con tu bebé en tus brazos?
- Ella: bueno me imagino como una cosa maravillosa ...no sé... es algo que
- no, que no puedo explicarlo”.

(Adolescente de 17 años de edad)

En los casos de las adolescentes que ya tienen uno o más hijos expresan preocupación por el embarazo actual y las molestias que presentan como dolor en el vientre, ausencia de movimiento, etc., pues pueden comparar con la experiencia previa, por lo que acuden al médico o en su defecto con alguna partera de la colonia, también se observa que son las madres que siguen el cuidado de sus hijas y en uno de los casos es la pareja quién lleva a la mujer con la partera. Alguna de las adolescentes manifiestan que a la llegada de su primer hijo “no tenía ni idea” de lo que era cuidar a un hijo y mucho menos en el ámbito de sus emociones; a diferencia del hijo que espera, pues al describir la parte de su sentir alguna lo expresa con mucha euforia, pero también preocupación.

- “¿Cómo te sientes?... porque tu cambio fue tan rápido (de tipo emocional) de niña a mujer. Tuviste que madurar muy rápido...
- Ella: bueno hay preocupación, angustia, porque siento que hay mucho trabajo o sea en el aspecto de mucho cuidado para mis hijitos...
- Si porque sólo cuidar a un hijo ya es muy complicado, cuesta cuidar a uno y a dos mucho más ...
- Ella: ajá sí, sí. Y el que ya viene en camino (con expresión de angustia en su rostro)
- Sí, porque tu niño aún esta chiquito
- Ella: sí porque necesita cuidado y eso me tensa, porque ya viene otro”.

(Adolescente de 18 años de edad)

Al preguntarles a las madres de las entrevistadas, que si ellas fueron madres a temprana edad, en su mayoría refirieron afirmativamente. Así sucede que de las madres que en su tiempo histórico se embarazaron tempranamente es muy posible que se repita el fenómeno de que sus hijas también se embarazarán en la adolescencia, en la actualidad.

- “¿Qué dijeron tus padres cuándo saliste embarazada? (a lo que inmediatamente la madre de la entrevistada responde)
- Madre: no, yo soy soltera... bueno madre soltera. Yo también me case a los 17 años, a los 18 tuve mi primer hijo”.

(Adolescente de 17 años de edad).

No es lo mismo vivir el hecho del embarazo, que en el imaginario de las adolescentes ellas describen como “maravilloso” y que las hace sentirse “felices”, que vivir la responsabilidad y el gasto de energía que implica la crianza, sobre todo cuando se lleva a cabo en soledad, a veces sin el compromiso de la pareja y sin ningún apoyo social cuando se vive en la pobreza, lo cual solo pueden evaluar las adolescentes de más edad que ya han tenido hijos. La maternidad en este grupo social, no fue fruto de un proceso personal de autodeterminación consciente. Tenían la expectativa de las relaciones sexuales como descubrimiento y de la relación de pareja como compromiso una vez que ellas resultaran embarazadas. Sobre ellas pesó el imaginario de la maternidad como hecho social que se vive desde el mito religioso judeocristiano de “la madre”, hasta la oscuridad de las costumbres que con sus mandatos sociales, presionan a las mujeres hacia el hecho de tener hijos e involucrarse en la crianza como “buenas madres” que se “responsabilizan de los cuidados; asumiéndolo sin cuestionarlo y apenas tocando la responsabilidad que le toca a los varones en ello, más allá de ser proveedores.

2.4 Los padres y el apoyo a la hija adolescente.

En lo que refiere al origen familiar de las entrevistadas, en su mayoría provienen de padres separados, y en dos de ellas la figura paterna corresponde al padrastro, por lo que el apoyo del padre resultó negativo; es con la madre con quien generalmente viven las

adolescentes y una de ellas con la abuelita. Sólo en un solo caso la menor vivía con el padre.

- “¿Y que dijeron tus padres? ¿tu mami fue la única que supo...?
(entrevistadora volteando a ver a la madre de la adolescente) ¿y su esposo? ¿él qué dijo?”
- Madre: no, yo soy soltera...bueno madre soltera”.
(Adolescente de 17 años de edad)

- “¿Pero tú mami vive con tú papá o es madre soltera?”
- Abuelita: lo que pasa es que ella (la madre de la adolescente) ya se juntó con otro hombre
- ¡Ah ya es su segunda pareja! (entrevistadora)
- Abuelita: sí, es que del primero son nueve hijos
- Abuelita: sí, y ya con este último marido tiene un niño de cuatro años”.
(Adolescente de 15 años de edad)

- Él padre es quien se encarga de cuidar a sus dos hijos, él no quería que ella se juntara con él, no quería que se juntara con su novio porque estaba muy pequeña para tener esa responsabilidad (nota del cuaderno de campo de la entrevistadora)
(Adolescente de 12 años de edad)

Cuando las adolescentes se van con la pareja, algunas se van a la casa de la suegra, quien puede o no aceptarlas; sólo hubo un caso donde la pareja de jóvenes se separó por la no aceptación de la suegra. Una vez que la pareja “pide perdón” generalmente la adolescente regresa a vivir a la casa de la madre,

- “¿Viven solos? ¿viven aparte?”
- Ella: ahorita estamos viviendo con mi mamá
- Ella: entonces este, pues estábamos de que en este mes nos íbamos a ir a rentar”.
(Adolescente de 19 años de edad)

- “Le pregunto nuevamente
- ¿Pero que dicen tus papas cuando van a pedir perdón?
- Ella: bueno mi mamá se enojó mucho, de hecho me dejo de hablar unos días
- Y tú papa que te dijo ¿también él se enojó contigo?
- Ella: no, de hecho él fue más comprensible conmigo, trato entenderme...”
(Adolescente de 14 años de edad)

2.5 La red de apoyo y el ahora (la situación actual durante la entrevista)

Con respecto a su situación actual, las entrevistadas en su mayoría se encuentran en su casa, ocupándose de las labores domésticas; sólo una adolescente trabaja de animadora (payasita de fiestas). La red de apoyo está conformada por la madre, a veces la abuela, que es la encargada de cuidar a la adolescente, quien la lleva a sus citas de control prenatal; y la pareja en los casos en que ellas cuentan con ésta; aunque es común que tampoco las acompaña a la consulta de control prenatal porque tienen que ir a trabajar, por eso casi siempre llegaron acompañadas por otra mujer de la familia (madre, abuela, cuñada, suegra, prima).

- “¿Actualmente dónde vives? Ella: estoy viviendo en casa de mi mamá...ahí me dio un lugarcito
- ¿Vives con tu papá y tus hermanos?
- Ella: no, mi papá la dejo desde que yo estaba chiquita...ahorita ella vive con su tercer pareja
- Ella: pero él dice que me va apoyar, que le va hablar a un su amigo de ahí de su trabajo para que me ayude a entrar a trabajar una vez que ya tenga yo a mi hijo”.
(Adolescente de 17 años de edad)

En el grupo social de las adolescentes que acuden a la clínica de Patria Nueva, los roles de género son muy manifiestos. Las labores del hogar van ocupando el centro de la vida de las jóvenes, mientras que los varones (en los casos en que aún permanecen) son los proveedores con un trabajo remunerado, para la sobrevivencia de la familia que van conformando. El hecho de que aún vivan en el “lugarcito” que les proporciona la madre o la cuñada, etc., muestra la precariedad de la vida de estas parejas.

- “¿Qué sientes ahora que ya vas hacer mamá por tercera vez?
 - Ella: “Se siente bonito”, pero yo ya me acostumbre a cuidar a mis hijitos?
 - ¿Te ayuda tu esposo?
 - Ella: no, porque se va a trabajar todo el día...y ya llega como a las seis de la tarde y ya tengo que servirle su comida y ahí vuelven a comer mis hijitos con él
 - En cuanto a tus gastos de la casa ¿cómo le haces?
 - Ella: no, ya me da mi semana y con eso yo voy comprando las cosas para la comida y para pagar el agua, la luz...
 - ¿Ya tienen su casita?
 - Ella: no, aún seguimos viviendo en la casa de mi cuñada”.
- (Adolescente de 19 años de edad).

En la entrevista que se le hizo a una de las dos parejas, una de las adolescentes expresó que su marido aún quería seguir saliendo (a pasear) como si no tuviera ya la responsabilidad de mantener a una mujer y a un bebé que viene en camino. Se observa sin embargo que los hombres también restringen su libertad y tal vez éste es uno de los motivos por lo que más tarde abandonen a las jóvenes sin asumir la responsabilidad que les toca; son las madres quienes finalmente continúan apoyando a sus hijas, como ya se ha mencionado.

2.6 Los estudios y posible proyecto de vida

Las entrevistadas tenían generalmente secundaria incompleta o terminada; e incluso alguna de ellas dejaron la prepa inconclusa o bien terminada; una de ellas dejó sus estudios en el sexto semestre porque ya se encontraba embarazada. Algunas manifestaron que tenían la expectativa de seguir estudiando una licenciatura (arquitectura, enfermería, etc.). Dos adolescentes, las más jóvenes ni siquiera terminaron la primaria y las parejas de éstas, según lo que ellas mismas refieren, tenían un menor grado de estudio; ellas ya sabían que los varones trabajaban. Algunos tuvieron que empezar a trabajar al iniciar la unión.

- “¿Pero entonces tú que querías hacer?
- Agachándose un poco se ríe y tímidamente contesta...

- Ella: yo quería estudiar... (hace un espacio y se queda pensativa)
- Entonces prácticamente ya... ahí se truncaron tus sueños
- Ella: Sí
- ¿Qué soñabas ser? bueno de hecho si tú quieres puedes seguir estudiando...
- Ella: quería estudiar una licenciatura en enfermería”
- (Adolescente de 16 años de edad)

- “¿Y qué piensas estudiar?
- Ella: pues la mera verdad no sé, la verdad ni idea, al principio quería ser abogada
- ¿Y después ya no?, ¿pero en qué grado te quedaste?
- Ella: me quedé en segundo grado de secundaria
- ¿Pero tú si la apoyarías, para que ella pueda seguir estudiando más adelante? (preguntándole a la pareja)
- Él: en lo que se pueda. Sí porque ya con un hijo ya no es tan fácil hacer las cosas
- Él: tampoco le voy a dar lo que no puedo.”
- (Adolescente de 16 años de edad)

- “¿No has llegado a pensar...“¿me hubiera gustado seguir estudiando?”
- Ella: sí a mí me hubiera gustado seguir estudiando, por lo menos terminar la prepa.
- ¿Te hubiera gustado terminar una carrera?
- Ella: sí, arquitectura, si me gustaba mucho las matemáticas, hacer dibujos”.
- (Adolescente de 18 años de edad)

2.7 La exposición a la violencia como una constante en la vida

Aunque solamente en dos casos se menciona violencia explícita: una porque fue abusada sexualmente por el padrastro y otra porque fue maltratada por la suegra; sin embargo en las historias de las adolescentes se deja ver el abandono de que fueron objeto desde niñas, pues en algunos casos los padres abandonaron a la mujer, las que llevaron solas la crianza y se convirtieron en jefas de familia. A veces éstas consiguieron otra pareja, una o varias parejas, lo que en algunas ocasiones puso en riesgo a las adolescentes. En un

caso la madre abandonó a todos los hijos dejándolos con la madre de ella (la abuela), sin ninguna responsabilidad por ellos por lo que éstos no tuvieron educación primaria; con el consiguiente abandono de la hija adolescente. Algunas madres de las jóvenes presentaban problemas de alcoholismo e incluso una de ellas llegó abandonar a sus hijos por combinar el alcoholismo con el trabajo sexual. A veces también las jóvenes se enfrentaron al alcoholismo de la propia pareja y a su abandono. El maltrato, el abandono y la falta de oportunidades, se repiten con frecuencia en las vivencias de las adolescentes embarazadas de este grupo social.

- “Ella: yo me fui de mi casa porque su otra pareja de mi mamá abusaba de mí
- ¿abusaba de ti?, pero sí apenas eras una niña, pero ¿tu mamá que decía?, ¿por lo menos si te creía?
- Ella: sí, pero yo me fui... Ya con el tiempo lo dejó ese señor, por eso ella volvió a encontrar otro marido porque ya estaba sola...pero este su marido dice que me va apoyar ahora que estoy embarazada”.

(Adolescente de 17 años de edad)

- “Empecé agarrar el cigarro, mi amiga Luisa me enseñó (nombre ficticio).
- Ella: Sí, yo solita aprendí a fumar, al principio me ahogaba, no sabía yo pues!
- ¿Ah bueno.....entonces en esta segunda vez que tomas ya fumas tu cigarro?
- Ella: ya.
- Ella: pero tomaba mucho, casi toda la semana, Ella: Si, y también se drogaba (acerca de su segunda pareja, el padre de su bebé).

(Adolescente de 12 años de edad)

- ¿Ah las empezó a cuidar más a ustedes? (refiriéndonos a la mamá)
- Ella: Sí si...ya cuando quede embarazada la primera vez...empezó hacer lo mismo con mi hermanita más chica.
- Si porque estabas repitiendo lo mismo que hizo tú hermana
- Ella: y ya en este caso por lo menos, nosotras dos que ya nos embarazamos, yo que fui mamá muy chica, si por lo menos Yo si le empecé hablar, le empecé hablar tanto a mi mamá como a ella....porque mi mamá se encerraba en su mundo (se

refiere a que se dedicaba al vicio y a la prostitución), pues mi hermanita es quien me daba más lastima.”

(Adolescente de 18 años de edad)

Algunas de las adolescentes se confrontaron con la realidad de la maternidad de sus propias madres que aquellas vivieron como hijas, es decir; frente al imaginario de “la madre” como abnegación, sacrificio, cuidado y protección, la realidad las confrontó con el hecho de que sus propias madres las abandonaron a ellas y sus hermanos por un hombre, al iniciar una nueva vida de pareja, lo que desde las costumbres las colocaría como “malas madres”, sin que socialmente se cuestione el que vivieran su maternidad desde la ausencia o el poco compromiso del padre de sus hijos; y sin políticas públicas que las apoyaran en la reproducción social de la especie. Así es que en este grupo social algunas de las adolescentes se expusieron a la violencia del abandono desde niñas; en otros casos no fue así pues las madres asumieron “su papel social” si bien en condiciones precarias, como madres solas.

2.8 La paternidad y la responsabilidad de los varones

En cuanto a la paternidad se observan varios casos en que él adolescente se desentiende de contribuir al bienestar de la futura madre, así como de su propio hijo. Sólo en dos casos se observó el compromiso de los varones, ya que asistieron con ellas a la revisión del ultrasonido para compartir la experiencia de ver a su bebé, por primera vez.

- “¿Dejaron de usar el preservativo?, ¿quiere decir que ya pensaban en tener bebé?
- Ella: no, yo no
- ¿Ya querían ser papas entonces?
- La pareja responde por ella: sí, ya quería ser mamá (volviendo la mirada hacia ella)
- ¿A poco tú ya querías ser mamá? (entrevistadora)
- Ella: sí ya lo habíamos platicado”.

(Adolescente de 18 años de edad)

- “¿Tu pareja te comentó alguna vez si ya quería tener un hijo?
- Ella: no; como novios nos dejamos llevar por el momento.
- ¿Le preguntaste alguna vez, que si tú te quedabas embarazada él se quedaría a vivir contigo?
- Ella: él me dijo que si le tenía un hijo, viviríamos juntos, que se haría responsable de su hijo, que viviríamos juntos”
- (Adolescente de 15 años de edad)

2.9 Condiciones de vida del grupo social y familiar.

Al referirse a las adolescentes es imposible no referirse a la familia, más si la consideramos como la moldeadora de las características generales de sus miembros. Se considera entonces la familia como elemento fundamental para el desarrollo de éstos.

Las adolescentes en estado de gravidez que acudieron al centro de salud eran personas de condiciones humildes, ya que a juzgar por sus condiciones de vestimenta son personas, son personas con ropa sencillas, nunca descalzas, pero si con calzados sencillos (sandalias de plástico, tenis); el cabello amarrado con coletas, o medio peinadas, en relación a quien las acompaña en el momento de la consulta, la mayor parte de ellas va acompañada con la madre, en un caso va acompañado por la abuelita, en dos casos van acompañadas por la suegra, en un caso una niña va acompañada por su prima (otra niña menor de edad que lleva en brazos a su pequeño hijo). Fueron pocas las embarazadas que se veía que pertenecían a la clase media.

Sólo se acudió al domicilio de tres adolescentes embarazadas, y ahí se observó las condiciones de sus viviendas que son muy humildes: casita pequeña que no cuenta con las asignaciones necesarias, como lo son el de cuartos, baños, cocina, las divisiones que hacen son de cortinas, no cuentan con piso firme, las dos tienen piso de tierra y una si tenía piso firme; no hay hacinamiento para todos los integrantes de la familia; en una de ellas tienen que cocinar con leña por falta de estufa.

2.10 Educación sexual

En cuanto a la educación sexual, se pudo constatar que a las adolescentes no se les toca el tema de sexualidad, sólo se observó un caso en donde la madre le confirma a la adolescente que si le daban temas de sexualidad en forma de talleres en el programa de prospera. En su gran mayoría las madres no hablan de sexualidad con sus hijas, generalmente ellas van aprendiendo con el grupo de amigas de su nivel escolar (secundaria y preparatoria). Para el caso de las niñas que solo estudiaron la primaria a ellas nunca les tocaron este tipo de temas.

- “¿Pero cuando te das cuenta de que estas embarazada? ...
- ¿No te habías dado cuenta, porque seguías menstruando? ¿o no sabías cómo se embaraza uno? Dirigiéndonos a la madre la cuestionamos y usted nunca les hablo de eso a ellas, de cómo se embaraza uno, a lo que nos responde:
- Madre: Sí, sí ya sabía que podía tener bebé.....se los explicaban en los talleres de Prospera.”

(Adolescente de 17 años de edad)

- “¿Ya sabías que cuando uno menstrua y si tienes relaciones existe la posibilidad de quedar embarazada?
- Ella: Sí
- Ya te habían hablado de este teme en la escuela?
- Ella: Si
- Quizás entre amigas siempre platica uno de esos temas
- Ella: Sí, pues ya ve que siempre lo platican en la escuela, pues yo lo supe en la escuela porque como mi mamá trabaja no tenía tiempo de platicar conmigo...”

(Adolescente de 16 años de edad)

CAPITULO 6

DISCUSIÓN

6. Discusión

Demográficamente, la población de adolescentes ha aumentado en todo el mundo en las últimas décadas, sobre todo en los países pobres, esperándose que continúe así en términos absolutos hasta 2030; no obstante lo anterior su proporción ya se encuentra en descenso con respecto a la población mundial (UNFPA, 2018: 20).

De acuerdo con información de CONAPO, aunque en México la población joven aumentó numéricamente, constituyendo en el 2013 casi un tercio de la población del país (32.1%), ya comenzó su descenso en términos relativos (Hernández MF, López R y Valverde S, 2013). Según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) del 2018, hay 30.7 millones de jóvenes entre 15 a 29 años (50.8% hombres y 49.2% mujeres), los cuales constituían el 28.5% en el 2000 para pasar a 24.6% en el 2018. Dicha cohorte de población sin embargo mantiene su importancia como fuerza laboral y como demandante de satisfactores como educación, salud, trabajo, entre otros (INEGI 2019 juventud). Chiapas, es uno de los estados con una importante proporción de jóvenes, a juzgar por la mediana de edad de su población, de 23 años (a nivel nacional es de 27 años) (INEGI 2015; INEGI Chiapas 8)

Si bien todos los seres humanos pasan por los cambios biológicos que les posibilitan reproducirse, es importante mencionar que la adolescencia como etapa por la cual se transita es una construcción social e histórica, que convencionalmente marca edades y roles sociales. Hay diferentes maneras de ser adolescente según clase social, etnicidad, ámbito rural o urbano, género, generación, según cada contexto sociocultural; en algunas sociedades no hay límites definidos entre la infancia y la adolescencia pues en realidad muchos adolescentes pobres ya tienen responsabilidades de adultos (UNICEF 2011).

Después de las guerras mundiales, en el siglo XX, comenzó la defensa de los derechos de los niños y los adolescentes hasta su reconocimiento pleno como titulares de derechos, que buscan salvaguardar su bienestar. Implica que en nuestras sociedades capitalistas, progresivamente ha habido más conciencia de esa etapa de la vida, como un lapso para recibir educación y preparación para constituirse como fuerza de trabajo y tener un empleo; y para enfrentar los retos de la vida adulta en las sociedades donde habitan (UNICEF 2011, Delgado V y López O. 2015). Contradictoriamente, en la era de la

globalización neoliberal, existen cada vez más dificultades para el acceso de los jóvenes a un empleo que les posibilite un futuro con una vida digna, pues según datos de la OIT (2017) la tasa de participación juvenil en el trabajo ha ido disminuyendo progresivamente.

El embarazo temprano, como problema social y de salud pública, es también un fenómeno histórico. En México, en décadas anteriores, era más frecuente que las adolescentes se embarazaran, lo que culturalmente era más aceptado en la medida que de acuerdo a los roles sociales, los hombres se encargaría de ser los proveedores y las mujeres las encargadas de los cuidados familiares. De acuerdo con datos que cita Stern de Palma y Echarri de 1992 y del INEGI de 1994 (1997:2) en el pasado la tasa específica de fecundidad para el intervalo de 15 a 19 años era de 130 hijos por cada mil mujeres en 1974, de 105 en 1982 y de 82 en 1991. A medida que los roles sociales de género se han modificado impuesto por los cambios económicos como socioculturales, con la salida de las mujeres al mercado de trabajo remunerado, se ha vuelto cada vez más necesario que tanto hombres como mujeres se posicionen mejor en dicho mercado laboral, por medio del acceso a mayores grados de escolaridad, como una exigencia de vida.

Por otro lado, en nuestro país la población se incrementó en la década de los 60^s lo que hizo necesaria la instauración de una política demográfica en los 70^s; los adolescentes y jóvenes aumentaron numéricamente y si bien en las décadas siguientes su proporción comenzó a descender, las cohortes de mujeres adolescentes aún eran numerosas por el efecto del llamado bono demográfico; de modo que comenzó a visibilizarse el fenómeno del embarazo en la adolescencia. Las tasas de fecundidad específica (TEF) de 15 a 19 años por 1000 mujeres, en el lapso de 40 años comenzaron a descender (de 107 en 1975 a 64 en el 2000), con leves repuntes en el lapso del 2003 al 2008 (64.8 y 69.5 respectivamente) que registraron las encuestas de población de esos años (Reyes y González 2014: 106); de modo que la TEF en la adolescencia se habría mantenido relativamente estable. Posteriormente ésta ha descendido poco (de 69.2 en el 2009, 77.0 en el 2014 y 70.6 en el 2018) (INEGI35 2019, ENADID25 2018), si se compara con las tasas de otros grupos de edad en los que la disminución es más evidente; como el de las mujeres de 20 a 29 años, que en realidad son las mujeres que más contribuyen a la fecundidad (Reyes y González 2014).

Es importante mencionar que en México, de acuerdo con la ENADID 2018, de 30.7 millones de jóvenes, 17.4 millones (56.5%) son parte de la población económicamente activa; el 96% con un empleo. Del total de jóvenes, 13.3 millones, que son población no económicamente activa, llama la atención que cuando se refiere a la actividad, el 84.4% de los varones son estudiantes, mientras el 54% de las mujeres se dedica a las labores del hogar (INEGI juventud 2019). Es decir; no parece haber oportunidades para que los jóvenes, sobre todo mujeres, se integren exitosamente al mercado laboral.

En Chiapas el 77.1% de su población vive en pobreza y de esa proporción el 28.1% vive en pobreza extrema (CONEVAL 2018). También es uno de las entidades con la más alta tasa global de fecundidad (TGF), de 2.80 hijos por mujer (ENADID 2018); y con una de las medianas de edad más bajas en el país, según fue ya referido, es decir que la mitad de su población es menor de 23 años (INEGI Chiapas 2015). Más de la mitad de la población del estado es rural y está dispersa en su territorio, donde predominan las actividades agropecuarias. La otra parte se concentra en centros urbanos que han seguido creciendo como Tuxtla Gutiérrez, donde el comercio y los servicios son los que dan empleo a sus habitantes. La población económicamente activa en el estado es de 44.5% representado por 74.5% de hombres y sólo 25.5% de mujeres, quienes se siguen haciendo cargo en su mayoría de las actividades domésticas como población económicamente no activa (INEGI 2015; 16). La ausencia de alternativas económicas reales que hagan entrever proyectos de vida alternativos, aunado al peso de los roles de género tradicionales como costumbre, sugiere que para las adolescentes su proyecto de vida continua siendo el de la maternidad, por lo menos para ciertos grupos sociales

Tuxtla Gutiérrez y la ciudad capital del mismo nombre, es el municipio chiapaneco con el más bajo nivel de marginación y el más alto nivel de desarrollo humano (Gobierno del estado. Chiapas, 2010). La población del municipio se ha formado de sucesivas migraciones, que se ha ido acomodando en su periferia, de modo que es justamente en la periferia donde se ubica la marginación de algún grado; en una de cuyas zonas se ubica el centro de salud urbano de Patria Nueva, el cual proporciona un primer nivel de atención como la consulta de atención prenatal, a la que acudieron las 25 adolescentes entrevistadas.

El grupo social de las entrevistadas estaba conformado generalmente por adolescentes de pocos recursos económicos, a juzgar por la sencillez de su ropa al momento de la atención en el centro de salud, por su historia de vida así como de la zona de la ciudad de dónde procedían. La mayoría en el rango de edad de 12 a 19 años y 3 niñas de 12 años, quienes comenzaron a asistir al control de su embarazo entre el segundo y tercer trimestre. Más de la mitad tenía con estudios de educación básica incompletos. La mayoría ya no se encontraba estudiando pues casi todas se dedicaban a las labores del hogar. Más de la mitad vivían en unión libre al momento de la entrevista, aunque en consultas posteriores algunas fueron revelando que ya no tenían pareja.

¿Por qué se embarazaron a tan temprana edad? ¿Qué las llevo a esa gran responsabilidad?

Las familias de las adolescentes estaban formadas casi siempre por la madre como jefa de familia y los hermanos, con un padre ausente por separación o abandono y a veces con la figura de un padrastro. Algunas adolescentes se expusieron también al abandono de la madre, quien inició su vida con otra pareja; o al abuso del padrastro. Se trata de hogares que si bien expresan los cambios socioculturales que han tenido lugar en México desde hace algunas décadas hasta la actualidad, como lo registra el CONAPO, donde existen más separaciones y más jefas de familia que solventan las necesidades familiares (Aguilar Lorena 2016); justamente se expresa la precariedad en que las madres de las adolescentes han vivido la crianza de sus hijas e hijos.

En general, no podía ser de otra manera, los varones parejas de las adolescentes eran de su mismo entorno social, generalmente de la misma edad, jóvenes con poca escolaridad y empleos con escasa remuneración. En dos casos se trató de hombres adultos (de 42 y 36 años de edad). Aunque se puede decir que las adolescentes tenían la expectativa del descubrimiento sexual, deseado, los varones indujeron la situación para tener relaciones sexuales con ellas, en la medida que éstos tienen “permiso social” para disfrutar de su sexualidad, sin riesgo. Las promesas de ellos en caso de que las jóvenes resultaran embarazadas estuvieron presentes.

El varón se llevó a la adolescente o ellas se fueron con ellos; en estas uniones no hubo ninguna formalización de tipo legal. De acuerdo con la ENADID 2018, la proporción de jóvenes que actualmente vive en unión libre es mayor (20.1%) que quienes están casados

(11.9%); lo que según el INEGI es un indicador de la transición de relaciones basadas en los roles de género tradicionales hacia otras “más igualitarias”, además de que una relación “sin papeles” es más fácil de terminar que un divorcio legal (INEGI juventud 2019); afirmación que debe criticarse en la medida que implica que los roles de género se han mantenido bajo otras condiciones, pues las mujeres embarazadas en general y las adolescentes embarazadas o con un hijo pequeño en particular, pueden ser abandonadas, sin responsabilidad para los varones que fueron sus parejas, como lo registrado en este estudio

Al respecto es mayor la proporción de mujeres casadas (14.4%) o en unión libre (23.9%), que de hombres en esa condición (9,4% casados y 16.4% en unión libre) los cuales tienden más frecuentemente a “permanecer” solteros (INEGI juventud 2019); quienes cuentan con la anuencia social para tener relaciones sexuales (múltiples) y cuyo responsabilidad en el uso del condón es baja. Chiapas es una de las entidades donde se registra la más baja participación masculina, en la prevalencia anticonceptiva de las mujeres en edad fértil sexualmente activas (INEGI h y m 2018).

Si bien fue difícil que expresaran por qué se embarazaron a tan temprana edad o lo que pensaban y sentían con respecto a su embarazo, todas manifestaron estar “felices” con su estado, pues tendrían “algo de su propia sangre” (aun cuando para pocas se tratara de un embarazo inoportuno). Las adolescentes que ya tenían hijos, podían comparar y mencionar lo que implicaba hacerse cargo de la crianza y las dificultades que representaba un segundo hijo. Según algunos autores el embarazo está relacionado con querer tener “algo propio” para cuidar, amar, y no estar solas (Montgomeri 2002 citado por Barreto, Sáenz, Velandia Y Gómez 2013). No se cuestiona el deseo de tener hijos y socialmente se asume como propio de la “naturaleza de las mujeres” el tenerlos y que existe un “instinto femenino” que predispone a la maternidad. No se alcanza a ver que si bien la reproducción es biológica, pues intervienen hombres y mujeres, lleva en mucho la carga de los roles socioculturales y significados asignados a hombres y mujeres, donde éstas asumen casi en su totalidad la carga de la reproducción social de la especie. La maternidad es una construcción sociocultural, que esconde la desigualdad entre los géneros. En su imaginario intervienen el mito judeocristiano de la buena madre que cuida y protege, abnegada y sacrificada, que debe sentirse “feliz” y que sin embargo se confronta con el hecho real de la maternidad llevada en condiciones precarias para

muchas mujeres pobres, con un gran gasto de energía, y que puede implicar la infelicidad y la enfermedad (Palomar 2004).

Las niñas y adolescentes deberían vivir su infancia y adolescencia cuidadas y apoyadas por su familia; en el marco de los derechos para su bienestar y para el desarrollo de sus proyectos de futuro garantizados por el Estado mexicano; más allá de los programas de anticoncepción a los que debieran de tener acceso sin restricciones y también más allá de la mera educación sexual, aun cuando esta sea científica.

Si los Estados no brindan suficientes oportunidades a su población, pues la estructura del empleo absorbe cada vez menos la fuerza de trabajo y las potencialidades de las y los jóvenes, según ha quedado explicitado por la OIT; si los lazos de convivencia en las sociedades se han deteriorado producto de la falta de oportunidades, la marginación y la violencia, y sus miembros experimentan importantes niveles de malestar emocional como la ansiedad y la depresión; entonces no es difícil inferir que para las jóvenes no hay sentido más caro en la vida que el “ser madres” en detrimento de proyectos de vida alternativos, que ni siquiera se plantean porque subjetivamente se perciben como no realizables.

En general, los resultados de nuestro estudio coinciden con otras investigaciones, por ejemplo, un estudio realizado en Venezuela menciona que el embarazo más prevalente fue en la adolescencia tardía; en nuestro estudio el 88% (22 casos) correspondió a las edades de 15 a 19 años, mientras que en edades tempranas fue un 12% (3 casos). La información de la UNFPA 2013 ya mencionaba cifras más altas de adolescentes embarazadas entre las edades entre 16 a 19 años y una proporción mucho menor de niñas menores de 15 años, reconociendo que en las encuestas demográficas, hay más dificultades para estudiar el problema en las menores de esa edad.

Respecto a la condición de unión el estudio en Venezuela mostró que la mayoría eran casadas, mientras que algunos estudios en México han mostrado lo contrario, como uno realizado en Oaxaca (Rodríguez et al 2012) de tipo cuantitativo y cualitativo, donde hubo más madres solteras hasta en un 60.7%, probablemente sin pareja también durante el embarazo. En nuestro estudio en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, prevaleció la unión libre durante el embarazo en un 60 % (más de la mitad de las adolescentes) y el resto como solteras. Sin embargo es importante mencionar, producto de la observación en las

consultas subsecuentes, que algunas de las adolescentes refirieron haber sido abandonadas por parte de la pareja avanzado el embarazo. De acuerdo con datos del UNFPA (2013: 14) en países poco desarrollados sería más frecuente el embarazo dentro del matrimonio, mientras que en los países desarrollados ocurriría cada vez más frecuentemente fuera del matrimonio; sin embargo es importante considerar los contextos socioculturales, que muestran diferencias a nivel regional y local como es el caso de nuestro estudio, donde la mayoría estaba en unión libre.

En relación al conocimiento y utilización de los métodos de planificación familiar, el estudio de Rodríguez G.A et al (2013) en Venezuela encontró poco conocimiento de los mismos, mientras que en México aunque casi todas las entrevistadas conocían de métodos anticonceptivos, sin embargo no tuvieron la motivación para usarlos en su primera relación y de manera subsecuente, de modo que se embarazaron.

Se ha documentado que las mujeres adolescentes tienen más riesgos obstétricos y perinatales, que están más expuestas a grandes pérdidas de densidad mineral ósea y sangrado, que ocupan mayor tiempo de recuperación postparto comparado con la mujeres adolescentes y que incluso la mortalidad materna sería mayor (Díaz, Sanhueza & Yaksic, 2002; Sámano et al, 2011). Otros estudios mencionan que las complicaciones en el embarazo en mujeres de este grupo de edad no son mayores a las de mujeres de más de 20 años, si existe una buena nutrición, revisiones prenatales, condiciones sociales no precarias, y que los riesgos no serían superiores y no se darían diferencias con mujeres del grupo de 20 a 39 años; sin embargo consideramos que mencion aparte merecería el embarazo en el caso de las menores de 14 años, sobre todo si viven en condiciones de pobreza. Existe una controversia en este punto, y quizá de manera general podríamos aventurar que, en mayores de 15 años, la edad en sí misma no sería un factor de riesgo para el embarazo sino lo serían más las condiciones socioeconómicas en las que viven las adolescentes; no así en el caso de las niñas (Shlaepfer & Infante, 1996; Coll, 2001; Stern 2003, Gullaume y Lerner 2007).

Las evidencias de que el embarazo durante la adolescencia muchas veces trunca posibilidades de desarrollo y pérdida de un proyecto de vida, han sido demostradas en diversos contextos de México y de América Latina, con las consecuencias antes mencionadas. No obstante puesto que las y los adolescentes no conforman grupos

homogéneos y su diversidad es tan amplia, es imposible generalizar dichos comportamientos al total de este grupo etario a nivel nacional; por lo tanto el grupo de estudio debe especificarse de acuerdo al contexto, clase social y cultura, entre otros, puesto que el embarazo adolescente tiene características y significados particulares según la clase social y circunstancias de vida, como lo menciona Stern y la misma UNFPA del 2013 acerca de la maternidad en la niñez. De acuerdo con Stern, las condiciones de vida de las adolescentes de las clases populares con respecto a las de la clase medias sobre todo la alta, configuran formas específicas de ser mujeres y hombres en esos medios sociales, creando también vulnerabilidades específicas que alejan a las jóvenes de la escuela y de proyectos de vida alternativos, conduciéndolas a la “maternidad” como destino; lo que es notorio en las adolescentes pobres y que expresa la enorme desigualdad según clase y su dificultad para enfrentar las adversidades y para el acceso a mejores oportunidades de vida (Stern 2003). En el caso de nuestro estudio en Tuxtla Gutiérrez, las adolescentes procedían de las colonias periféricas en el nororiente de la ciudad, zona de alta marginación y alto rezago social, es decir adolescentes pobres en general; sin posibilidades de comparación con otro grupo social.

En México y en América, la población que muestra los más altos rezagos y deserción escolar, es la población femenina, lo cual se asocia con situaciones de precariedad socioeconómica, pero también con un patrón cultural que valora menos la escolaridad de las mujeres por considerar que su papel principal se circunscribe al ámbito doméstico y reproductivo. Es común que una adolescente deserte de la escuela por el valor cultural que cobra la maternidad, ya que se valora más la condición de tener hijos y de cuidar de la familia que un proyecto universitario. Las adolescentes más pequeñas tienen vulnerabilidades especiales, y se ha hecho muy poco para comprender los enormes desafíos a que se enfrentan y darles respuesta.

Podemos finalizar, afirmando de acuerdo con la UNFPA del 2013, que las adolescentes embarazadas necesitan apoyo, no estigma. Los gobiernos, las instituciones internacionales, la sociedad civil, las comunidades, las familias, los líderes religiosos, el Estado en su conjunto, y las mismas adolescentes tienen una función importante para llevar a cabo el cambio. Todos ganaríamos si se construyeran las oportunidades para los adolescentes en lo general y las adolescentes en particular, sin ningún distingo de clase social, “raza”, cultura u orientación sexual.

CAPITULO 7

PROPUESTAS

7. Propuestas

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública, como lo afirma la ONU y diversas organizaciones. Para continuar en la lucha de la prevención y/o disminución de éste problema social, como también se le ha denominado, se necesitan esfuerzos deliberados para reconocer las circunstancias diversas de las adolescentes e identificar a las niñas con un riesgo más alto de embarazo adolescente, así como las malas consecuencias a la salud reproductivas.

Se necesitan programas multisectoriales a fin de crear recursos globales para las niñas, en salud, educación y subsistencia y facultarlas a través de redes de seguridad social y mejorar su posición en el hogar, en la familia, en la comunidad y en las relaciones.

La unificación de criterios que deben manejar todas y cada una de las instituciones para la resolución y/o control de los casos de embarazos en las adolescentes sería una buena estrategia para dar los primeros resultados en esta problemática que se viene suscitando desde hace más de dos décadas.

Todas tendrán una gran importancia, pero creo que una de las más importantes es el aspecto educativo, se tiene que empezar a manejar de manera más natural el tema de la sexualidad, desde el hogar hasta las instituciones de educación, haciendo mucho más énfasis a nivel primaria, y mucho más a nivel secundaria, donde se encuentran los y las adolescentes que quiere devorarse al mundo; necesitamos cambiar la cultura del aspecto “pudor” en el interior de las familiar, para que cuando toquen el tema en las diferentes instituciones educativas (públicas y privadas) no se vea de modo morboso, las personas tienen que, tenemos que familiarizarnos con esta temática, o quizás ya lo están con el uso excesivo del celular donde te informa de los diferentes temas sobre sexualidad, pero desafortunadamente el temor de hablar con nuestros padres de este tema aún resulta falta de respeto, cuando en realidad ya deban ser temas cotidianos. Los medios de comunicación como (la radio, televisión, y el internet, etc.), serán buenos medios que nos servirían para lograr mucha más información, ya que será vista o escuchada cuantas veces sea necesaria hasta llegar a ser visto como algo tan normal, algo que se quedara tan inherente a todos y a cada uno de los adolescentes que sabrán cómo actuar ante las diferentes circunstancia que se les presente en la vida.

CAPITULO 8
CONCLUSIONES

8. Conclusiones

El embarazo en la adolescencia se da tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, las condiciones donde más prospera es entre las niñas de hogares de ingresos más bajos, con niveles de educación muy bajos y que viven en zonas rurales, pero en los últimos años, las zonas urbanas también presentan casos con más frecuencia.

De acuerdo a nuestro estudios y a las diferentes referencias bibliográficas, podríamos decir que el embarazo en la adolescencia, es más bien el resultado de la combinación de las diferentes condiciones del medio, ya sea social, económico, familiar, y que desafortunadamente y que es algo que le determina su futuro de una adolescente embarazada, pero quizás la que más le dañe será económica ya que al no contar con un empleo bien remunerado difícilmente podrá obtener una vida digna y estable. Desafortunadamente la falta de recursos económicos trae consigo enfermedades al nuevo miembro de la familia, ya que al no poder brindarle una buena alimentación, y que a pesar que la adolescente cuente con los servicios médicos, como parte de sus derechos a la salud, no los utiliza, como por ejemplo para utilizar los diferentes métodos de planificación familiar que brindan las diferentes centros de salud. Algo que quedo claro en nuestro estudio fue que todas las adolescentes entrevistadas tuvieron relaciones de manera consensuada, y que en su gran mayoría sabedoras de que existen métodos de planificación familiar no las usan, lo que se podría decir que más bien son sus parejas quienes deciden el uso o no de los métodos anticonceptivos.

En relación al deseo de ser madres, más de la mitad de nuestras entrevistadas deseaban tener un hijo, y fueron las adolescentes que se encontraban estudiando las que no esperaban el embarazo ya que éste fue motivo de dejar su estudio y que al preguntarles si después de tener a sus hijos volverían a estudiar, las ocho adolescentes respondieron que ya no podrían, lo que confirma que el embarazo es motivo de deserción escolar. Desafortunadamente podemos concluir que ser padres tan jóvenes, les traerá un sinnúmero de responsabilidades, y que no quede duda que abran madres jóvenes que salgan adelante con su hijo o hijos, pero el reto para ellos y ellas será el doble de esfuerzo.

Referencias Bibliográficas

Acevedo MM; Gómez AD; Arbelo LD; Rodríguez TI (2010). Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el Hogar Materno Municipal “Tamara Bunke” rev, med vol 114 N. 7, Santiago de Cuba, 29.

Acevedo MM (2010). Embarazo en adolescentes: Problema de Salud Pública y prioridades para el médico familiar, Hogar Materno Infantil “Tamara Bunke”, Santiago de Cuba, 14 de abril, 2010

Acevedo Matos (1997). Morbilidad por embarazo en la adolescente en el Hogar Materno Municipal “Tamara Bunke” , rev Cubana de Ginecología y Obstetricia.

Aguilar Lorena (2015). Mujeres jefas de hogar y algunas características de los hogares que dirigen. Una visión sociodemográfica. En: La situación demográfica de México 2016. Pp. 109-129.

Barreto-Hauzer E, Sáenz-Lozada M.L, Velandia-Sepulveda F., Gómez González J (2013) El embarazo en adolescentes Bogotanas: significado relacional en el Sistema Familiar. Rev. Salud Pública vol 15 no 6. Pp 2-5.

CEPAL (2017). Síntesis y capítulo 1. La desigualdad en América Latina: un desafío clave para el desarrollo sostenible. En: Panorama social de América Latina 2016. Pp. 11-19.

CEPAL (2019). Resumen ejecutivo. En: Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe 2018. Pp. 11-16.

Colomer RJ; Cortés RO; Esparza OA; Sánchez VJ; García AJ; Martínez RA; Mengual GJ; Merino MM; Pallás AC; Sánchez RC.Y, grupo provincia/APPAS (2013). Infancia y adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia, Rev pediatr Aten primaria;15: 261-9

CONAPO (2010). Mapa de la zona Metropolitana de Tuxtla Gutiérrez: Grado de marginación urbana por AGEB, 2010. En: índice de marginación urbana 2010. www.conapo.gob.mx.(descargado el 10 de enero del 2019).

CONAPO (2017). Capítulo 2. Panorama demográfico y principales características de las mujeres en edad reproductiva. En: Situación de la salud sexual y reproductiva. Entidades federativas. Chiapas. Pp. 59-76.

CONAPO (2017). Capítulo 3. Principales transiciones a la vida sexual y reproductiva. En: Situación de la salud sexual y reproductiva. Entidades federativas. Chiapas. Pp. 45-38.

CONEVAL (2018). Población en situación de pobreza por entidad federativa, 2018 (mapa digital). Disponible en: <http://sistemas.coneval.org.mx> (consultado el 18 de mayo del 2019).

CONEVAL (2018). Pobreza en Chiapas 2008-2016. En: Informe de pobreza y evolución 2018. Chiapas. Pp. 11-34.

COPLAMAR (1987). 1. Marco de referencia. En: Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000. Geografía de la marginación. 4ed. Siglo XXI. Pp. 19-24.

COPLAMAR (1987). 3. Entidades federativas y regiones según grado de marginación. En: Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000. Geografía de la marginación. 4ed. Siglo XXI. Pp. 29-49.

Delgado Campos Victoria Ixshel y López Arellano Oliva (2015). En: El derecho a la salud de la población joven. En: López Arellano Oliva y López Moreno Sergio (coord.) El derecho a la salud en México. UAM. Pp. 2019-229.

Echarri Cánovas Carlos Javier (2009). Estructura y composición de los hogares en la Endifam 2005. En: Rabell Romero Cecilia (coord). Tramas familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva demográfica. UNAM. Instituto de Investigaciones Sociales: El Colegio de México. Pp. 143-175.

Garduño Ma. de los Ángeles, Salinas Addis Abeba y González de León Deyanira (2015). El derecho de las mujeres a la salud. En: López Arellano Oliva y López Moreno Sergio (coord.) El derecho a la salud en México. UAM. 1ra. Ed. Pp. 187-208.

Guillaume Agnés y Lerner Susana (2007). Capítulo 3. El aborto en la adolescencia. ¿Es un problema el embarazo en la adolescencia? Disponible en: <https://www.ceped.org/fr/publications-ressources/editions-du-ceped-1988-2011/les->

numeriques-du-ceped/article/el-aborto-en-america-latina-y-en (consultado el 18 de mayo del 2019)

Gobierno del estado. Chiapas (2010). Índice de dispersión poblacional para Chiapas. Nota metodológica. Dirección de Geografía, Estadística e Información. Subsecretaría de Planeación, Presupuesto y Egresos. Secretaría de Hacienda. Pp. 1-48.

Gobierno de la República (2015). Resumen ejecutivo. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia. Pp. 15-17.

González SY; Hernández SI; Conde MM; Hernández RR; Brizuela PS (2010). AMC vol 14, Camaguey, ene/feb.

Govea B Julián (2013). Introducción. Estancamiento del descenso de la fecundidad en países de fecundidad intermedia. Evidencias del caso argentino. El Colegio de México. 1ra. Ed. Pp. 11-13.

Hernández López María Felipa, López Vega Rafael y Velaverde Villalobos Sergio I (2013). La situación demográfica en México. Panorama desde las proyecciones de población. En: La situación demográfica de México 2013. Pp. 11-19.

Hernández López María Felipa, Muradás María de la Cruz y Sánchez Miguel (2015). Panorama de la salud sexual y reproductiva 2014. En: La situación sociodemográfica de México 2015. CONAPO. Pp. 43-71.

Hernández López María Felipa, Tapia Graciela, Alarcón Xochitl y Muradás María de la Cruz (2015). Aproximaciones al nivel de la fecundidad en México 1990-2014. En: La situación sociodemográfica de México 2015. CONAPO. Pp. 17-42.

Hospital Infantil de Estado de Sonora. Evaluar la relación que existe entre los factores de deserción escolar y el embarazo en la adolescencia, p 24-32, 2013

Ibarra Mustelier L. (2003): Adolescencia y Maternidad. Impacto psicológico en la mujer. Revista cubana de psicología. Vol. 20, N0.1, 2003. pp 43

INEGI (2013). Resumen ejecutivo. En: Los objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de avances 2013. Pp. 1-37.}

INEGI (2015). 101 Tuxtla Gutiérrez. En: Panorama Sociodemográfico de Chiapas 2015:16-262.

INEGI (2015). Características demográficas. En: Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015. Estados Unidos Mexicanos. Pp. 1-25

INEGI (2015). Características demográficas. En: Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015. Chiapas. Pp. 1-21

INEGI (2015). Características económicas. Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015. Chiapas. Pp. 56 a 62.

INEGI (2015). Características de los hogares. En: Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015. Chiapas. Pp. 63-68.

INEGI (2017). Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer (25 de noviembre). 23 de noviembre del 2017.

INEGI (2017). Estadísticas a propósito del día de muertos (2 de noviembre). Datos nacionales. 30 de octubre del 2017. Pp. 1-12.

INEGI Y CONAPO (2015). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Boletín de prensa No. 271/15. 9 de julio del 2015. Pp. 1-41.

INEGI (2018). Fecundidad. En: Hombres y mujeres en México 2018. Pp. 17-30.

INEGI (2019). Estadísticas a propósito del día del niño (30 de abril). Datos nacionales. En: Comunicado de prensa 201/19. 29 de abril 2019.

INEGI (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Principales resultados. Pp. 2-26.

INEGI (2012), Día Internacional de la Niña (11 de octubre), Aguascalientes, Aguascalientes, México, 6 de oct, 2012.

INEGI (2019). Cuéntame. Población. Hogares. <http://cuentame.inegi.org.mx> (Consultado el 28 de septiembre 2019).

INEGI (2019). Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud (12 de agosto). Datos nacionales. Comunicado de prensa No. 396/19. Del 8 de agosto del 2019.

INEGI (2019). Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Población (11 de julio). Datos nacionales. Comunicado de prensa No. 337/19. 10 de julio del 2019.

Mejía Mendoza Martha Leticia, Laureano Eugenio Jorge, Gil Hernández Elisa, Ortiz Villalobos Roberto Carlos, Blackaller Ayala Jorge y Benítez Morales Ricardo (2015). Condiciones socioculturales en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol 66, No. 4. Pp.242-252.

Issler JR; <http://med.unne.edu.ar/revista/Tapa.htm#tapas,2015>; 5 de enero del 2017

Menéndez GG; Navas CI; Hidalgo RY; Espert CJ. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente, revista cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012, p 38 (3) 333-342

Mora CA; Hernández VM; El embarazo en la adolescencia: como ocurre en la sociedad; Hospital General de Ecatepec Dr. José María Rodríguez, Instituto de salud del Estado de México. Revista de perinatología y reproducción humana vol 29, Issue 2, jun-2015, p 76-82

Observatorio de Mortalidad Materna en México (2015). Parte 2. Según entidad de residencia habitual. En: Indicadores de la mortalidad materna en México 2015. Pp. 41-74.

OIT (2017). Resumen ejecutivo. Tendencias mundiales del empleo juvenil 2017. Pp. 1-4.

OMS, 2019. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Disponible en (consultado el 25 de octubre del 2019)

OMS. Adolescent pregnancy. Fact sheets. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> (consultado el 8 de mayo del 2019).

OMS. Adolescent pregnancy. Fact sheets. Disponible en: <https://www.who> (consultado el 16 de junio del 2019).

OMS (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva. Un enfoque operativo. Pp. 1-12.

Palomar Vereá Cristina (2004). Malas madres: la construcción social de la maternidad. En: DEBATE FEMINISTA. Año 15, vol. 30. Pp. 12-34.

Pardiñas ML; Valencia ZB (2014). Determinantes sociales del embarazo en adolescentes en la Jurisdicción Sanitaria No 1 del Estado de Querétaro.

Rangel J.L. Valerio L., Patiño M (2004). Funcionalidad Familiar en la adolescente embarazada. . Rev. Fac Med. UNAM Vol. 47 no. 1. Enero-febrero: 24-25

Reyes David de Jesús y González Almontes Esmeralda (2014). Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. En: Sexualidad y sociedad. Revista latinoamericana. Pp. 98-123.

Rojas Betancourt Mauricio; Méndez Villamizar Raquel (2016). El embarazo en la adolescente: una lectura social en la clave cuantitativa, Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud vol 48. 1. Pp. 81-90

Rodríguez GA; Rodríguez GJ, Marlen VE; Infante ER (2012). Factores predisponentes de embarazo en adolescentes de Nuevo Turulo. Venezuela. Rev. Habana Cien. Med. Vol. 12, Ciudad de la Habana.

Soto MI; Durán de VM (2008). Experiencias y vivencias del embarazo en adolescentes explicadas desde lo social, av Enferm vol 26, no 2, Bogotá.

Stern Claudio (1997). El embarazo en la adolescencia un problema público: una visión crítica. En: Salud pública de México. Pp. 137-143.

Stern Claudio (2003). Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso. En: Estudios Sociológicos, Vol XXI, No. 3. Pp. 725-745.

Tapia MH; Jiménez MA; Pérez CI (2012) Perfil Obstétrico de las Adolescentes embarazadas; atendidas en un Hospital Público de la Ciudad de México; Instituto de Salud Pública. Facultad de Medicina Universidad de Colombia, vol 9, N 3.

UNICEF (2011). Capítulo 1, La nueva generación. En: Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia, Una época de oportunidades. Pp. 1-15.

UNICEF (2011). Capítulo 2, Hacer efectivos los derechos de los adolescentes. En: Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia, Una época de oportunidades. Pp. 16-39.

UNICEF (2011). Capítulo 3, Desafíos mundiales para los adolescentes. En: Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia, Una época de oportunidades. Pp. 40-59.

UNFPA (2013). Un desafío mundial. En: Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Pp. 1-15.

UNFPA (2013). Efecto en la salud, la educación y la productividad de las niñas. En: Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Pp. 17-30.

UNFPA (2014). Capítulo 3. Obstáculos para el crecimiento y el potencial de los jóvenes. En: El poder de 1800 millones. Los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro. Pp. 31-45.

UNFPA (2014). Capítulo 1. Juventud: grandes cifras, grandes desafíos, grandes posibilidades. En: El poder de 1800 millones. Los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro. Pp. 1-12.

UNFPA (2018). Capítulo 1. La tendencia global hacia la creación de familias menos numerosas. En: El poder de decidir. Derechos reproductivos y transición demográfica. Pp. 12-26.

Villalobos HA; Campero L; Suárez LL; Atienzo EE; Estrada F; De la Vara SE (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México; rev salud pública de México, vol 57, no 2.

Welti Chanes (2012). Análisis de los datos de la fecundidad en México con los datos del Censo de Población y Vivienda 2010. UNAM. Pp. 1-31.

Yiri Pascacio. La voz del Sureste, 18 de julio, 2014

ANEXOS

Anexo No.1 EMBARADAS ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD PATRIA NUEVA, SUBSECUENTES Y DE NUEVO INGRESO 2015-2016.

Mes	Embarazadas adolescentes de patria nueva Atención médica 1ra. Vez		2015 Atención Subsecuente	
	Frecuencia		Frecuencia	
	Menor de 15 años	15 a 19 años	Menor de 15 años	15 a 19 años
Enero	15	3	3	40
Febrero	1	11	3	36
Marzo	2	21	4	39
Abril	1	10	5	49
Mayo	2	7	5	49
Junio	0	7	7	55
Julio	0	7	6	46
Agosto	0	8	2	33
Septiembre	0	9	0	9
Octubre	2	6	0	26
Noviembre	0	8	2	25
Diciembre	1	5	1	15
Enero 2016	1	4	2	20
Total	126		507	

Fuente: Base de datos del centro de salud de la colonia patria nueva; años 2015 y enero 2016.

Anexo 2

GUÍA PRELIMNAR DE PREGUNTAS

Categoría. Identificación

Nombre.

Edad

Estado civil

Semanas de gestación

Domicilio.

Categoría: Experiencia sexual

- 1.- ¿A qué edad fue tú primera relación sexual?
- 2.- ¿Usaron preservativo con tu pareja?
- 3.- ¿Tú experiencia fue agradables, placentero o totalmente desagradable?
- 4.- ¿Tenias idea de lo que estabas haciendo (relación sexual)?
- 5.- Consideraste la posibilidad de quedar embarazada?

Categoría. El embarazo

- 6.- Tú pareja era: novio, concubino, esposo?
- 7.- Deseabas tener un bebé?
- 8.- ¿Tú pareja, te planteo la pregunta de qué pasaría, si tú quedaras embarazada?
- 9.- Cuándo quedaste embarazada ¿A quién le diste la noticia?
- 10.- Hablaron de casarse, juntarse, o definitivamente separase

Categoría. Los padres

- 11.- ¿Qué dijeron tus padres, cuando se dieron cuenta que estas embarazada?
a).- Te regañaron b).-Te golpearon c).- Te corrieron de tú casa e).- Te pidieron que abortaras?, Otros:
- 12.- Tu mamá o tú suegra, te han dicho cómo se debe cuidar a un bebé?
- 13.-¿Quién fue más comprensible con tu situación? Papá o mamá

14.- ¿Alguna vez tus padres de hablaron sexualidad o de tú desarrollo?

Categoría: el Hoy

¿Cómo te sientes, ahora que estas embarazada?

15.- ¿Qué sentiste al saber que estabas embarazada?

15.- ¿Cómo te sientes ahora, que estas a punto de ser mamá?

12.- ¿Te hubiera gustado seguir jugando una muñeca como bebé o ya deseabas tener un bebé en tus brazos?

13.- ¿Cómo te imaginas, cuando tengas en tus brazos a tú hijo?

14.- ¿Sigues en casa de tus papás o la suegra, para que te apoyen durante tú embarazo?

Categoría. Los estudios

15.- Te siguen apoyando para que continúes con tus estudios, ahora que estas embarazada?

16.- ¿Cuándo vas a revisión médica, quién te acompaña?

a).- esposo, pareja b).- mamá c).- suegra d).- cuñada e).-hermana f). Nadie, g). una amiga

17.- ¿Tenías el recurso para hacerte tus estudios, cuándo te lo solicita el médico?

18.- ¿Tienes algún apoyo del programa prospera o de seguro popular y/o ambas?

19.- ¿Cómo crees tú, que saldrás adelante con tú bebé?

20.-¿Con toda esta experiencia, cuando volverías a ser mamá?