



ICHMUJERES

INSTITUTO
**CHIHUAHUENSE
DE LAS MUJERES**

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE LAS MUJERES

ESTUDIO SOBRE EL EMBARAZO SUBSECUENTE EN ADOLESCENTES, DERIVADO DE LA META 8MT. SITUACION DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y MUNICIPIOS CON TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE ALTA Y MUY ALTA.

31 DE DICIEMBRE DE 2019



PROEQUIDAD



Chihuahua
GOBIERNO DEL ESTADO



**UNIDOS
con VALOR**



ICHMUJERES

INSTITUTO
**CHIHUAHUENSE
DE LAS MUJERES**

"Este material se realizó con recursos de Proequidad 2019 del Instituto Nacional de las Mujeres, empero, este no necesariamente comparte los puntos de vista expresados por las (os) autoras (es) del presente trabajo."

Índice

Índice	0
Introducción	1
1. Diagnóstico	2
1.1. Adolescencia, embarazo y género, conceptos básicos	2
1.2. El embarazo adolescente como un problema social	3
1.3. El embarazo adolescente en México	4
1.4. Causales del embarazo adolescente	5
1.5. Cambios en las tendencias de la fecundidad adolescente en México	7
1.6. Perspectivas teóricas	9
1.7. Marco jurídico normativo con relación al embarazo adolescente	11
1.7.1. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad	11
1.8. Embarazos de segundo orden o más en adolescentes	12
2. Modelo de implementación	14
2.3. Datos cuantitativos.	16
3. Resultados	16
3.1. Perfil sociodemográfico de las adolescentes con embarazo subsecuente	16
3.2. Hallazgos del instrumento cualitativo	22
3.2.1. Sexualidad, conocimiento y uso de métodos	22
3.2.2. Deseabilidad de los embarazos y el contexto en el que ocurrieron	24
3.2.3. Proyecto de vida y el impacto de los embarazos en el mismo,	26
3.2.4. Presencia de violencia en la familia de origen y en la de convivencia y estereotipos de género.	30
3.2.5. Discusión	34
3.3. Programas que atienden a población adolescente en el municipio de Juárez	37
3.4. Identificación de problemas prioritarios	43
3.5. Metodología del marco lógico para la identificación de las causas y consecuencias del problema.	43
4. Modelo de implementación/proceso operativo	46
5. Conclusiones	48
Referencias	50
Anexos	53

Introducción

En este trabajo se discute el tema del embarazo adolescente subsecuente y posibles alternativas para su disminución. El objetivo sobre el que se centra el trabajo es en el control y disminución de la fecundidad en las madres adolescentes. En la parte del Diagnóstico, se proporciona información sobre este estudio en relación al marco teórico, el contexto y algunos datos sobre el embarazo subsecuente y sus características, se describe la metodología y se comentan los hallazgos del trabajo de campo en Juárez sobre los ejes planteados sobre el embarazo subsecuente, se enuncian los programas implementados a nivel federal, estatal y municipal que se vinculan al tema y los aspectos que falta desarrollar con relación a la limitación del embarazo subsecuente y el análisis del problema del embarazo subsecuente en el contexto del marco lógico. En la sección de modelo operativo, se plantea una propuesta y su implementación para el control y disminución de la fecundidad en las adolescentes que ya son madres, el documento termina con la bibliografía consultada y los anexos sobre evidencia de las reuniones del equipo de trabajo.

1. Diagnóstico

1.1. Adolescencia, embarazo y género, conceptos básicos

Este trabajo parte de la concepción de la adolescencia como una construcción histórica, en el sentido que varía de sociedad a sociedad y que incluso en algunas sociedades no existe el concepto como tal. La aparición de la adolescencia como categoría social se asocia a la prolongación de la vida escolar y al mayor acceso a la educación de la población, la adolescencia se considera un producto del desarrollo de las sociedades (Philibert y Wiel, 1988, en Menkes & Suárez, 2003)

Así también, asume el concepto de adolescencia que proporciona la Organización Mundial de la Salud, quien considera la adolescencia como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años” (OMS, s/f).

La adolescencia es un periodo de transición de la infancia a la edad adulta en el que ocurren cambios físicos y psicológicos que preparan al adolescente para las responsabilidades que tendrá en la vida adulta. En la sociedad actual este periodo se torna muy importante porque es un periodo de capacitación para la vida laboral, por ello se asume que la escuela es el espacio donde, en primer lugar, debiese estar afiliado él o la adolescente. Un adolescente desafiado de las instituciones educativas plantea un reto para la sociedad ya que presenta una experiencia escolar troncada, que repercutirá negativamente en la vida misma del individuo y en la de la sociedad en su conjunto (Estrada, 2014).

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente, para la OMS (s/f) las edades de los 10 a los 19 años es el periodo considerado como adolescencia (Menéndez, Navas, Hidalgo, & Espert, 2012). El embarazo adolescente subsecuente es aquel o aquellos embarazos que le siguen al primer nacimiento de un hijo o hija en el periodo comprendido cómo adolescencia (UNICEF & UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, 2015)

El género es una construcción cultural que se refiere a las conductas, actitudes, roles, capacidades y atributos que cada sociedad considera apropiados para hombres y mujeres, basados en las diferencias sexuales, donde además se le adjudica un mayor valor a aquello considerado masculino por encima de lo que se considera femenino, dando lugar a desigualdades e inequidades que favorecen sistemáticamente a un grupo sobre otro (OMS, temas de salud, s/f).

1.2.El embarazo adolescente como un problema social

El embarazo adolescente se considera problemático por las desventajas y complicaciones que éste tiene para la madre y el bebé. En países de ingreso medio y bajo el riesgo de muerte prenatal o neonatal de los bebés de madres adolescentes es 50% mayor que el de los bebés nacidos a mujeres de 20 a 29 años. Los bebés de madres adolescentes tienen también un mayor riesgo de bajo peso al nacer con las implicaciones a largo plazo que esto conlleva¹.

¹ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se considera bajo peso al nacer cuando el bebé pesa menos de 2,500 gramos. El bajo peso al nacer incrementa el riesgo de morir en los primeros meses y años de la vida de un niño. Quienes sobreviven tienen más probabilidades de sufrir problemas de salud, de tener menores habilidades cognitivas y coeficiente intelectual en el curso de sus vidas, así como menor fuerza muscular y una mayor incidencia de diabetes y problemas del corazón (UNICEF, 2016).

También se considera que el embarazo adolescente contribuye al círculo de enfermedad y pobreza. Además, anualmente se realizan 3 millones de abortos entre jóvenes de 15 a 19 años, que en situaciones de atención inadecuada incrementa los indicadores de muerte materna, o bien dejan secuelas en la salud a largo plazo (OMS, 2014). En el grupo de 15 a 19 años se considera que el riesgo obstétrico parece estar asociado a factores sociales más que con la edad materna (Minuzzi et al., 2010; Stern, 1997; Vignoli, 2014).

Un embarazo no planeado obligará a los adolescentes y sus familias a lidiar con una serie de dificultades económicas, psicológicas y sociales para las cuales pudieran no estar preparados. Para las y los adolescentes de nivel socioeconómico bajo podría implicar dejar la escuela y probablemente ingresar al mercado laboral informal, lo cual limitará su capacitación para la vida y para el trabajo productivo (Reyes-Pablo, Navarrete-Hernández, Canún-Serrano, & Valdés-Hernández, 2015) y repercutirá en su bienestar y en el de su hijo/a en el corto y largo plazo. Villalobos-Hernández et al. (2015), señalan que el rezago educativo está vinculado al embarazo en la adolescencia y puede ser un factor para la reproducción de la pobreza.

1.3.El embarazo adolescente en México

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa media de natalidad mundial² entre las jóvenes de 15 a 19 años (referido de ahora en adelante como fecundidad adolescente) era de 49 por cada mil mujeres en ese grupo de edad para el 2014. A pesar de que la fecundidad en México ha venido en descenso desde hace ya varias décadas, la fecundidad adolescente

² Tasa media de natalidad mundial:

se ha incrementado para años recientes. En el 2009 México presentaba una Tasa Global de Fecundidad³ de 2.25, para el 2014 está se encontraba en 2.21, mientras que la fecundidad adolescente⁴ se situaba en 69.2 y 77.04, respectivamente (CONAPO, s/f), situándose en un nivel mayor que el de la tasa media mundial. Por tanto, mientras la tasa global de fecundidad sigue descendiendo, la tasa de fecundidad adolescente se incrementó en un 11.3% en un periodo de 5 años. Cabe mencionar que entre mediados de 1980 y el 2000 varios investigadores alertaban sobre una tendencia a la alza en la fecundidad adolescente en algunas regiones en América Latina, a pesar de la baja sostenida en las tasas globales de la fecundidad y del incremento de la urbanización y de la educación en la región (Vignoli, 2014).

1.4.Causales del embarazo adolescente

En México el embarazo adolescente se vincula a diversos factores sociales, económicos y culturales. Si bien una buena parte de estos son no planeados, hay otros que forman parte de un proyecto de vida. Las adolescentes de algunos contextos sociales ven en el embarazo la posibilidad de subir de estatus y validarse en el mundo adulto (Díaz-Sánchez, 2003), puede ser también un medio de realización personal porque no tienen acceso a otras posibilidades de realización como el estudio o el trabajo (Stern, 2004); en algunos grupos sociales es un camino usual hacia la vida en pareja, o pudiera ser una “falsa” salida a una situación de violencia en el hogar (Stern, 1997).

Stern (2004) advierte que es probable que el embarazo temprano no planeado sea más visible en los niveles socioeconómicos bajos por la falta de

³ Tasa global de fecundidad:

⁴ Tasa de fecundidad adolescente:

acceso a la interrupción del embarazo de manera segura (el cual es penalizado en el país, a excepción de la Ciudad de México donde además se presta este servicio desde el sistema de salud), mientras que en los sectores socioeconómicos altos la interrupción del embarazo es más accesible.

Los factores que inciden en la maternidad temprana podrían agruparse en 3 categorías, de acuerdo a León, Minassian, Borgoño, & Bustamante (2008, p. 44):

1. Factores de riesgo individuales: menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

A ello se agregan otros como la desigualdad social, la falta de oportunidades, la falta de información y acceso adecuado a métodos anticonceptivos (Vignoli, 2014), la pobreza, conductas de riesgo como el uso de alcohol y drogas, los estereotipos de género que dificultan la asertividad de las mujeres para decidir sobre su vida sexual y reproductiva (Díaz-Sánchez, 2003; Stern, 2007) y, en algunos contextos, el abuso sexual (Varea, 2008).

1.5. Cambios en las tendencias de la fecundidad adolescente en México

En entrevista para Excélsior, Carlos Welti, demógrafo de la UNAM, señala que los estados con menor desarrollo económico o con mayor población indígena como Oaxaca, Chiapas y Guerrero, históricamente han tenido altas tasas de fecundidad adolescente; sin embargo, en años recientes las tasas de fecundidad adolescente han repuntado en el norte del país y en los estados donde existe mayor violencia, así como en zonas urbanas (Gómez, 2016).

En Chihuahua, la tasa de fecundidad adolescente pasó de 88.9 a 72.5 entre 1990 y 2010. Sin embargo, para el 2014 Chihuahua se posiciona como el segundo estado del país con la mayor tasa de fecundidad adolescente, sólo después de Coahuila, con un valor de 86.2 (UNICEF, 2015), incrementándose en un 18.9% en menos de 5 años.

Más allá de una visión inmediatista y particular de las implicaciones que se generan cuando existe un embarazo a temprana edad, se originan una serie de condicionantes que limitan el desarrollo de una sociedad: las niñas y adolescentes se enfrentan de manera temprana al mundo adulto para el cual no están preparadas con los consabidos efectos desfavorables sobre su vida y la de sus hijas e hijos. El fenómeno ensancha las brechas de desigualdad en aspectos como: educación, proyecto de vida y salud, principalmente. Estas consideraciones toman mayor fuerza cuando la incidencia es tan alta como la que se presenta en nuestro país, entonces, adquiere características de pandemia.

Chihuahua es el estado con mayor extensión territorial de la República Mexicana, con 247 mil 455 kilómetros cuadrados, lo que constituye 12.6 por ciento de la superficie total del país. Su población representa el 3.2 por ciento

respecto a la población total del país, ya que según los resultados de la Encuesta Intercensal 2015, el estado contaba con una población que ascendía a los 3 millones 556 mil 574 habitantes, mientras que el país registró 119.5 millones.

En el Estado de Chihuahua, los resultados de la Encuesta Intercensal 2015, muestran que el total de población de 10 a 19 años ascendió a 665 mil 105 habitantes (336 mil 203 hombres y 328 mil 902 mujeres) que representa 18.7% de la estructura demográfica estatal.

La mayor cantidad de población entre 10 y 19 años se encuentra en el Municipio de Juárez con 135 mil 066 personas, seguido de Chihuahua, con 76 mil 330, Cuauhtémoc con 15 mil 726, Delicias con 13 mil 307 e Hidalgo del Parral con 10 mil 971. No obstante, los municipios con mayor proporción porcentual son Guadalupe y Calvo con 23.1%, Riva Palacio con 22.4%, Morelos y Guadalupe, ambos con 22.3%, Batopilas con 21.8%, Balleza y Guachochi, ambos con 21.6% y Galeana con 21.4%.

Chihuahua, se ubica en los primeros lugares de incidencia del embarazo en el país, por ello es necesario atender este indicador que evidencia la inequidad en aspectos estructurales, culturales, familiares e individuales que se traducen en embarazos de mujeres menores de 18 años.

Con información de los registros administrativos más recientes de natalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) se observa que el total de nacimientos registrados en el Estado de Chihuahua en el año 2015 ascendió a 63 mil 258; de los cuales, 338 corresponden a madres menores de 15 años (0.5%); 13 mil 022 a madres entre 15 y 19 años (20.6%).

En el ámbito de los municipios, la mayor cantidad de nacimientos de

menores de 15 años y de 15 a 19 años por municipio, se registró en Juárez con 5 mil 362; seguido de Chihuahua, con 2 mil 588; Delicias, con 621; Cuauhtémoc con 570; Hidalgo del Parral, con 364; y Guadalupe y Calvo, con 322. Ubicando a Juárez de los principales municipios para el desarrollo de nuevos estudios en la materia.

1.6. Perspectivas teóricas

En este trabajo se parte desde una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos, reconocidos a nivel internacional. Consideramos a la sexualidad como una parte esencial del ser humano y el ejercicio y disfrute de la misma como un derecho de adolescentes, jóvenes y adultos. Esta perspectiva está plasmada en la cartilla de los derechos sexuales y reproductivos de jóvenes y adolescentes para los jóvenes en México. Los derechos que ésta considera son: decidir de forma libre sobre su cuerpo y su sexualidad, ejercer y disfrutar plenamente su vida sexual, manifestar públicamente sus afectos, decidir con quien compartir su vida y su sexualidad, ser respetados en su intimidad y su vida privada, vivir libre de violencia sexual, a libertad reproductiva, a la igualdad de oportunidades y a la equidad, a vivir libre de discriminación, a obtener información completa, científica y laica sobre la sexualidad, a tener educación sexual, a acceder a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva y a participar en las políticas públicas sobre sexualidad. Esta cartilla fue creada en el 2001 a partir de la iniciativa del Instituto Mexicano de la Juventud, impulsada por la sociedad civil y avalada por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH, 2016) .

(Vignoli, 2014) señala que las desigualdades en el embarazo temprano plantean un ejercicio diferenciado de los derechos reproductivos, ya que hay

evidencia de encuestas en la región latinoamericana que dan cuenta de la experiencia de fecundidad no deseada y de las discordancias entre hijos tenidos e hijos deseados, más frecuentes entre población pobre y entre adolescentes; por lo que la reducción de las desigualdades reproductivas incidiría en el mejoramiento del ejercicio de los derechos de la población adolescente y en la disminución del círculo de pobreza por esta causa.

Stern (2004), propone el concepto de vulnerabilidad social, para explicar por qué el embarazo ocurre más en unos contextos que en otros y señala que es cuando se dan un conjunto de circunstancias que tienen que ver con la estructura social, que sitúan a ciertos grupos de población en situaciones de menores recursos de diversa índole (sociales, económicos, culturales y de capital social), con mayor dificultad para la resiliencia luego de situaciones adversas, la falta de aspiraciones académicas y la alta valoración por el matrimonio y la maternidad relativamente tempranos, que es cuando es más probable que ocurra un embarazo adolescente.

En esta investigación se considera necesario el enfoque de género para comprender los factores que favorecen el embarazo adolescente. La perspectiva o enfoque de género es una herramienta analítica que considera estas construcciones sociales que se hacen sobre hombres y mujeres para develar la desigualdad, discriminación, exclusiones e inequidades que se pretenden justificar con base en las diferencias biológicas, identificando los factores que favorecen la desigualdad y las acciones que deben emprenderse para avanzar hacia la construcción de relaciones de género más igualitarias y equitativas (Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres, 2018).

Otro de los ejes teóricos importante en esta investigación es la teoría de la interseccionalidad (Crenshaw, 1991) aplicado a la salud (Hankivsky, 2012). La interseccionalidad se enfoca en examinar cómo interactúan las estructuras sociales macro y micro para delinear las experiencias de los individuos. Este enfoque implica reconocer las jerarquías y sistemas de dominación que permean en una sociedad, por ello presta atención al poder y los procesos sociales en los niveles macro y micro social que han dado lugar a la formación de los sujetos. No sólo ayuda a mejorar nuestro entendimiento sobre los grupos en desventaja social, sino que en general ayuda a conocer cómo las estructuras sociales delinear nuestras vidas (Hankivsky, 2012). Desde una perspectiva de género es particularmente útil “como método de interpretación y abordaje de las desigualdades que afectan a las mujeres” (Expósito Molina, 2013: 204).

1.7. Marco jurídico normativo con relación al embarazo adolescente

En el modelo de atención para la salud sexual y reproductiva de adolescentes se plantea el marco jurídico para la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en el documento número 7 que lleva ese nombre. Consideramos que este mismo marco jurídico aplica al embarazo adolescente ya que éste se vincula a la salud sexual y reproductiva. Mencionaremos algunos de los que consideramos más relevantes en la prevención y atención del embarazo adolescente.

1.7.1. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad

“Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios que deben seguirse para brindar la atención integral a la salud, la prevención y el control de las

enfermedades prevalentes en las personas del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad y la promoción de la salud, con perspectiva de género, pertinencia cultural y respeto a sus derechos fundamentales.” (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, 2019).

“Es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para el personal de salud y las instituciones de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que presten servicios de salud a las personas del Grupo Etario.” (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, 2019).

Entre los aspectos de salud que se contemplan están la vigilancia del cumplimiento de la cartilla de vacunación, vigilancia de la nutrición, salud bucal, salud visual y auditiva, detección oportuna del cáncer, valoración del crecimiento y desarrollo corporal, valoración del desarrollo sexual con base a estadios de Tanner, salud sexual y reproductiva, prevención de la violencia y participación en la adquisición y promoción de estilos de vida saludable (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, 2019).

1.8. Embarazos de segundo orden o más en adolescentes

Datos en México de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018, señalan que, poco más del 20% de los nacimientos en adolescentes son del segundo orden o mayor y que esto se ha mantenido desde el 2006 (Hubert et al., 2018). Así también, se señala que más de dos tercios de los embarazos adolescentes subsecuentes, ocurre en un intervalo intergenésico menor a 27 meses. De acuerdo con la información de la Encuesta Intercensal 2015, un

19.6% de los embarazos en adolescentes en Juárez son del segundo orden y más, mientras en el municipio de Chihuahua es de un 16.6%.

Si un embarazo adolescente pudiera implicar menores oportunidades de desarrollo para la adolescente y su hijo, así como riesgos de salud para la madre y el producto, más de un embarazo incrementa aún más la limitación de tiempo y recursos para acceder a oportunidades de desarrollo, por lo que se aumenta el riesgo de la reproducción de la pobreza. Por un lado, implica para las madres un mayor riesgo para su salud, pero también menor tiempo para la madre, menos posibilidades de estudiar o de encontrar un trabajo y un mayor peso económico para ella y su familia. La educación en planificación para las madres adolescentes debiera ser una prioridad del sector salud para evitar los riesgos que implica la multiparidad en periodos tan cortos.

El estudio de Hubert et al. (2018), señala que una mayor proporción de las mujeres que tuvieron embarazos subsecuentes en la adolescencia alcanzaron un menor nivel de escolaridad en comparación con quienes no tuvieron hijos o tuvieron sólo un hijo siendo adolescentes.

En el reporte de investigación de Hubert et al. (2018), se señala algunas diferencias entre quienes no tuvieron hijos, tuvieron un solo hijo o tuvieron más de un hijo en la adolescencia, quienes tuvieron más de un hijo en la adolescencia muestran las siguientes características: una menor edad de inicio a la vida sexual, menor conocimiento de métodos anticonceptivos, un mayor uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada en comparación a los métodos hormonales, desean un mayor número de hijos, menor derechohabiencia a servicios de salud, menor acceso a servicios médicos y una mayor concentración

en los niveles socioeconómicos bajos y mayor proporción de residencia en zonas rurales.

2. Modelo de implementación

Los objetivos de este estudio fueron los siguientes

2.1 Objetivos:

General:

- Visualizar la situación general de embarazo adolescente en el municipio de Juárez a través del estudio en el temas de: embarazo subsecuente en adolescentes

Específicos:

- Conocer los factores que influyen para el embarazo adolescente subsecuente en las adolescentes en Ciudad Juárez.
- Conocer los factores que influyen para el embarazo adolescente en más de una generación de mujeres en una misma familia.
- Analizar el impacto que tiene el embarazo en la vida de las adolescentes de Juárez y sus familias.
- Analizar construcciones sociales de género presentes en las adolescentes con embarazo temprano

2.2. *Datos cualitativos.* Esta investigación tiene una aproximación primordialmente cualitativa. La investigación cualitativa busca entender las motivaciones, conductas y actitudes de los individuos en su contexto natural (Taylor y Bogdan, 1994). La recolección de información se realizó mediante

grupos focales. El grupo focal es un proceso colectivo que permite elaborar un fenómeno, en este caso el embarazo adolescente subsecuente (Powell en Gibas, 2004). La población objetivo fueron adolescentes mujeres de 15 a 19 años. Hubo dificultad para realizar los grupos focales separadamente por población de interés (subsecuentes, díadas e intergeneracionales) ya que se desconocía en qué categoría se encontraba cada participante más allá de identificarla como madre adolescente, por tanto se llevaron a cabo los 7 grupos y posteriormente se reunió la información de quienes, ya al obtener la información, se ubicaban en cada categoría de análisis. Los temas explorados fueron 1) Conocimiento y uso de métodos, 2) La deseabilidad de los embarazos y el contexto en el que ocurrieron, 3) Proyecto de vida y el impacto de los embarazos en el mismo, 4) estereotipos de género y 5) presencia de violencia en la familia de origen y en la de convivencia.

2.2.1. Tipo de muestra. La muestra fue no probabilística, por conveniencia, este tipo de muestra: "Permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador" (Otzen y Manterola, 2017), es decir, se captó a las adolescentes que cubrieran el criterio de edad y que fuesen madres de entre las participantes que acudieron a la convocatoria y que participan en el programa "Chihuahua crece contigo" y a aquellas que respondieron a la convocatoria que realizó el Instituto Municipal de las Mujeres.

2.2.2. Selección de la muestra. Se llevaron a cabo 7 grupos focales: 4 grupos focales se llevaron a cabo en la zona de Anapra, al poniente de la ciudad, 1 en el centro y 2 grupos focales se realizaron en el suroriente de la ciudad. La captación de las adolescentes para los grupos focales se realizó con la

coordinación del Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA) y el Subgrupo GEPEA Juárez, a través del apoyo de la coordinadora del programa Chihuahua crece contigo en Juárez, en 6 de los grupos las adolescentes entrevistadas participan en este programa, el grupo restante se llevó a cabo con el apoyo del Instituto Municipal de la Mujer, en este grupo participaron adolescentes de diversos puntos de la ciudad. El total de participantes en los grupos focales fueron 67, la mayoría se ubicaron en el grupo de embarazo de primera vez, que no entra en las categorías de análisis para este trabajo. El total de madres adolescentes con embarazo subsecuente fueron únicamente diez, de quienes se recogieron datos cuantitativos, pero en los grupos focales sólo participaron 9, recordemos que es una población de difícil acceso ya que sólo 2 de cada 10 madres adolescentes caen en esta categoría.

2.3. Datos cuantitativos.

Además del trabajo cualitativo se utilizó una entrevista estructurada que captó datos sociodemográficos básicos de las entrevistadas tales como edad, estado civil, lugar de nacimiento, nivel de escolaridad, etc. y datos relacionados con su sexualidad como la edad de inicio a la vida sexual, uso de métodos, número de hijos, edad de su pareja al inicio a la vida sexual, entre otros, así como datos sobre las condiciones de la vivienda.

3.Resultados

3.1. Perfil sociodemográfico de las adolescentes con embarazo subsecuente

En los ejercicios para la recolección de información que se llevaron a cabo, se identificó un grupo de 10 mujeres que se habían embarazado más de una vez durante la adolescencia. Sus edades fueron: 1 de 16 años, 1 de 17, 3 de 16 y 5 de 19 años. De este grupo, el 70% de ellas son originarias de Ciudad Juárez,

20% del Estado de Coahuila y 10% una de Durango. En cuanto al estado civil, el 50% se declararon en unión libre, el 30% solteras y 20% casadas. Seis chicas tienen estudios de secundaria, tres de preparatoria y sólo una de ellas estudió únicamente la primaria. Tres de ellas continúan estudiando. Seis de las adolescentes tienen experiencia laboral, una de ellas inició a trabajar desde los 11 años, dos a los 15 años y 3 a los 17 años.

Tabla 1. Características demográficas de las adolescentes con embarazo subsecuente en Ciudad Juárez		
Edad	16	10%
	17	10%
	18	30%
	19	50%
Actividad declarada		
	Ama de casa	90%
	trabajadora	10%
Estado civil		
	unida	50%
	soltera	20%
	casada	30%
Lugar de nacimiento		
	Juárez	70%
	Otro	30%
Escolaridad		
	Menos que secundaria	10%
	Secundaria completa o incompleta	60%
	Prepa incompleta	30%
Estudia actualmente		
	Sí	30%
Experiencia laboral		
	Sí	60%
Edad inicio a la vida laboral (n= 6 adolescentes)		
	11	1
	15	2
	17	3

Antes de embarazarse, el 30% de las chicas expresó que ya convivían con su pareja o compañero, además de otros parientes como su madre y hermanos. Solo una de ellas vivía en una familia nuclear, caracterizada por la convivencia del padre, la madre y sus hermanos. La convivencia del resto de las chicas en la casa familiar era con madre, hermanos, abuelos, pareja de la madre, en distintas composiciones. Actualmente, el 40% de las adolescentes dijeron vivir con su pareja en un espacio exclusivo, en tanto que el 30% manifestó vivir en un núcleo familiar compuesto por su madre, padre y hermanos. El resto de ellas conviven con distintos familiares en el mismo espacio familiar.

Para ser considerada dentro del Estudio sobre Embarazo Subsecuente, las mujeres participantes deberían haberse embarazado más de una vez, por lo que el 80% de las participantes se han embarazado dos veces y el resto 3 veces. Del total, el 40% ha sufrido un aborto. El 70% tiene dos hijos, 20% un hijo y un 10% tiene 3 hijos. La adolescente que reporta tener tres hijos tuvo un embarazo gemelar y uno sencillo. Las edades más frecuentes para los embarazos son: el primer embarazo ocurrió con mayor frecuencia a los 16 años (40%), seguido de un 30% que se embarazó por primera vez a los 15 y un 20% a los 13 años; el tercer embarazo ocurrió a los 16 años para una de las adolescentes, en tanto que la otra que manifestó haberse embarazado tres veces no indicó a qué edad ocurrió.

Tabla 2. Intervalo intergenésico en las adolescentes con embarazos subsecuentes	
< 1 año a 1 año	37.5
2 años	25
3-4 años	37.5

De las 8 adolescentes que reportaron la edad a la que ocurrió el segundo embarazo observamos que tres de ellas se embarazaron por segunda vez al año o menos, lo que las ubica en una situación de riesgos a la salud por lo corto del intervalo intergenésico.

De acuerdo con la información dada, el 40% de las madres de las adolescentes que participaron no son mayores de 39 años, otro 40% están en el rango de 40 a 49 años. No hubo reporte de la madre al embarazo en dos casos, en uno se reporta la madre como fallecida. En donde sí se conoce la información, todas las adolescentes con embarazo subsecuente tuvieron una madre que a su vez fue madre adolescente también. Destaca que, al preguntar alguna información sobre las abuelas, declaran no saber sus edades o la edad en que se embarazaron (el 60% no cuenta con esa información); de las que tenían esa información, dijeron que al menos 2 de las abuelas cursaron por un embarazo en la adolescencia.

El 60% de las madres y padres cursó algún nivel de la educación media y básica (40% y 30% la educación primaria, y 20% y 30% la educación secundaria, respectivamente). La mayor parte de ellas (90%) dijeron desconocer el nivel educativo de las abuelas.

Aunque un 40% declaró no conocer la actividad económica de sus padres, se declaró con mayor frecuencia la de chofer (30%), y en menor proporción la de comerciante, albañil y de payaso (10% cada uno, respectivamente). La actividad económica de las parejas de las adolescentes que declararon tenerla se concentra en la industria maquiladora, ya que un 40% se emplea en este sector,

en diferentes rubros como operador, jefe de grupo, etc.; un 20% de las parejas es chofer y un 10% albañil. El 30% de las participantes dijeron desconocer la actividad económica de sus compañeros de vida.

Al preguntarles sobre la edad en la que tuvieron su primera relación sexual, el 80% dijeron haberlo hecho entre los 13 y los 15 años (40% a los 13, 20% a los 14 y 20% a los 15). Un 10% expresó haber iniciado su vida sexual a los 12 años y otro 10% a los 17. En cuanto a la edad de los hombres con las que tuvieron su primera relación, el 70% tenían entre 15 y 17 años. Sin embargo, de las 10 adolescentes, en cuatro casos la edad de su pareja de inicio a la vida sexual fue mayor al de ella por más de 3 años y en 3 de éstos el inicio fue con un adulto.

Tabla 3. Edad inicio vida sexual de las adolescentes y sus parejas		
Ella	El	Diferencia edad
15	16	1
13	15	2
13	15	2
14	17	3
14	17	3
12	15	3
13	17	4
13	19	6
15	23	8
17	27	10

Las relaciones sexuales consensuadas prevalecieron al momento de cuestionarles al respecto: 100% dieron su consentimiento a tener relaciones antes del primer embarazo. Pero si consideramos las diferencias de edad en algunos casos el consenso se ve cuestionado, ya que al ser la pareja adulta pudo haber ejercido coerción sin que la adolescente la perciba como tal. El 20% de

ellas señalaron haber tenido en algún momento relaciones sexuales en contra de su voluntad, aunque no en el inicio de su vida sexual.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, se les preguntó si usaron algún método antes de embarazarse, 70% de ellas refirieron que no lo usaron al momento de embarazarse la primera vez, en tanto que para el segundo embarazo el 50% tampoco lo usaba. De las que dijeron usarlo, los métodos mencionados fueron el implante, la inyección y las pastillas orales. Una de las recomendaciones para evitar segundos embarazos en la adolescencia es el uso de métodos de largo plazo, se esperaría que desde el sistema de salud se hiciera esa recomendación, pero al parecer no se cumple ni siquiera con convencer a las adolescentes de usar algún método luego del primer embarazo en la mitad de los casos. Esta situación plantea una oportunidad para disminuir los embarazos subsecuentes.

Las viviendas en las que habitan ellas y sus familiares, el 70% están elaboradas con material resistente como tabique, ladrillo, block, etc.; el mismo porcentaje de viviendas cuenta con techo de madera. En cuanto al material de los pisos de las viviendas, el 60% son de cemento y el 30% están cubiertos de madera y/o mosaico. De los bienes con los que cuentan, el 90% señaló contar con lavadora en sus viviendas y ser propietarias de teléfono celular; y al menos el 50% cuenta con reproductor de DVD y microondas. Los servicios con los que dispone son: el 90% cuenta con regadera dentro de su vivienda; el drenaje se encuentra en el 70% de las viviendas; el agua potable dentro de las viviendas se encuentra en un 60% y el 30% manifestó contar con calefacción; solo el 20% indicó tener internet fijo y sólo el 10% tiene televisión de paga contratado.

3.2. Hallazgos del instrumento cualitativo

3.2.1. Sexualidad, conocimiento y uso de métodos

Existe un inicio muy temprano de las relaciones sexuales (a los 12 años como la edad más joven) y desconocimiento, en algunos casos, de las consecuencias de una relación sexual no protegida

“Yo a los 12 con mi actual pareja, a los 12 quedé embarazada de gemelos y nos juntamos, y los perdí y nos separamos, y ya hasta el día de hoy ya estamos juntados y tenemos dos hijos” (Joselin, Grupo focal 4)

Algunas chicas asumen la sexualidad como algo que ocurrirá invariablemente, como una necesidad del cuerpo y a este último como incontrolable.

“pues es cuando uno experimenta de hasta 11, o 13 años para tener relaciones con su novio o así” (Brisa, Grupo Focal 7).

“como una etapa de... de nuestra vida que tenemos que pasar ...pues más o menos a la edad de la pubertad de uno” (Rubí, grupo focal 7).

*“ammm, conocí a un muchacho, entonces nos gustamos, duramos mucho tiempo saliendo juntos, pos entonces dimos ese paso de tener relaciones sexuales, y pos ya...” (Rubí, GF7). **Moderadora:** “¿cuánto tiempo?” --- **Rubí:** “un año”. **Moderadora:** “un año, después de un año ¿es cuando decidieron tener relaciones? (participante asiente) y ¿cómo le hicieron para decidir eso? te dijo, le dijiste... qué... cómo...?” ----**Rubí:** “no pos la verdad no más pasó, no platicábamos de eso, no, no nada, nada más pos, estuvimos saliendo y... nos conocimos, y pues ya nos sentíamos con*

confianza, y así”. **Moderadora:** *pasó, entonces no fue propiamente que platicaran, si no pasó, ya después de que tenían un año* **Rubí:** *“sí”* **Moderadora:** *“ok, ¿era tu novio?”* **Rubí:** *“mi primer novio”* **Moderadora:** *“era tu primer novio, ok, y luego, a ver, ¿En ese tiempo cuántos años tenías tú?”* **Rubí:** *“tenía 13”*. **Moderadora:** *13 años ¿y tu novio?* **Rubí:** *“tenía 17”*. (Rubí, GF7).

“Nos fuimos a mi casa, y el primer día pasó lo que tenía que pasar, no me esperé un año [risas] (Priscila, GF6). **Moderadora:** *“ah, ¿el día que lo conociste ese día tuvieron relaciones?”* ---**Priscila:** *“sí” [a los 13 años] (Priscila, GF6).*

Presumimos una falta de acceso efectivo a métodos anticonceptivos, ya que, aunque mencionan conocerlos no estaban utilizando, la mayoría de ellas, ningún método al momento del embarazo. Todas reportaron conocer algún método. La mayoría reportó conocer al inicio de su vida sexual la pastilla anticonceptiva y el condón. Algunas otras mencionaron conocer la pastilla del día siguiente, las inyecciones y el implante transdérmico. Sólo 2 de las entrevistadas usaron ella o su pareja algún método en su inicio a la vida sexual. Sólo 5 de 9 reportan estar usando un método anticonceptivo antes de su segundo embarazo. Identificamos una falta de orientación y seguimiento de los servicios de salud con relación a uso de anticoncepción en madres adolescentes para prevenir un segundo embarazo. Ninguna menciona orientación o seguimiento de los servicios de salud para la prevención de segundos embarazos.

“Sí conocía métodos, conocía el anticonceptivo, el condón, el DIU, el implante, parche, las inyecciones, las pastillas, nomás y pues yo no usé”

(Yareli, GF2). **Moderadora:** “¿y los que conocías por qué no usaste cuando tenías relaciones?” --- **Yareli:** “Pues porque la verdad no... no me gustaba cuidarme y yo no... yo quería tener un hijo.” (Yareli, GF2).

3.2.2. Deseabilidad de los embarazos y el contexto en el que ocurrieron

Hay diferentes situaciones entre las entrevistadas en cuanto a la deseabilidad del embarazo. Una parte de estos embarazos se dieron en una unión de pareja, es decir, las chicas ya habían optado por unirse antes del embarazo. Este es el caso de 4 de las 10 adolescentes.

“yo me junté primero... luego después me dio curiosidad tener un hijo, y pasó, de hecho con él nunca me he cuidado.” (Priscila, GF6).

Algunas señalan la búsqueda del embarazo pese a no estar en unión, para algunas el embarazo es una salida a situaciones no deseadas en el hogar, para otras el embarazo fue algo incidental, no planeado o buscado.

“...bueno la verdad era porque yo quería salir embarazada para salirme. No quería estar en mi casa... Tenía tres meses y no me había dado cuenta que estaba embarazada, no sabía mucho, tenía 13 años, ya me di cuenta cuando lo perdí...me volví a embarazar a los dos meses y ya tuve al niño, pero sí nunca me cuidé y batallé mucho.” (Rubí, GF7).

-Moderadora: “¿y los que conocías [los métodos anticonceptivos] por qué no usaste cuando tenías relaciones?”---**Yareli:**“Pues porque la verdad no... no me gustaba cuidarme y yo no... yo quería tener un hijo” (Yareli, GF). **Moderadora:** ¿Tú sí querías tener un hijo? ---**Yareli:** “Sí, pero lo intentamos y pues no se pudo, y así, y ya pues nos dejamos, y yo seguí

con otra persona, y fue cuando de volada quedé embarazada.” (Yareli, GF2).

Varias de las participantes parecen plantean la búsqueda del embarazo como solución a una carencia afectiva.

Moderadora: *“Entonces sí usabas los métodos, pero ¿tú decidiste que querías un bebé y ya?”* --- **Cielo:** *“Ambas partes decidimos de que ya era tiempo de tener un bebé y pues ya”* **Moderadora:** *“¿por qué querías un bebé?”* --- **Cielo:** *“porque pues así amor, amor entre un hombre y una mujer, no existe. El amor verdadero es cuando tienes un hijo, es cuando en verdad conoces el amor.” (Cielo, GF3).*

Se percibe también una idealización de la maternidad:

“Pues porque yo miraba a mi hermana con su hijo ¿verdad? Y yo decía: “ay no, yo también quiero mi bebé” y así, o sea, la ilusión de sentir que era ser madre... Ajá yo decía: “ay no”, y como yo siempre cuidó a mi hermano, el más chiquito, creo que tiene 4 años, pues yo fui como su madre porque lo cuidé desde que él nació, mi mamá trabajaba y yo decía: “ay, no qué bonito se siente” y ya eso es lo que yo siento ahorita que tengo a mi hijo” (Yareli, GF3).

Otros estudios coinciden al señalar que fungir roles tradicionales de género cuidando a hermanos menores se encuentra presente en las chicas que debutaron temprano en la maternidad, en algunos estudios cuantitativos se plantea como un factor de riesgo para la maternidad temprana el cumplir roles estereotipados de género al interior del hogar.

Varias de las participantes comentaron haber tenido experiencia de aborto, sin embargo no podemos saber si éste fue voluntario o involuntario. En algunos casos pudiera haber sido voluntario, ya que Priscila, que se encontraba unida ya con un primer hijo, al enterarse del segundo embarazo decide utilizar medios a su alcance para provocarse un aborto, aunque sin éxito.

Moderadora: “ok, Paty ya te pregunté, sí verdad, alguien... alguna de ustedes consideró el aborto ¿no?, tú, Priscila, ¿por qué?” ---**Priscila:** “él es ruda”. **Moderadora:** “¿es tu primer bebé o tu segundo bebé?” ---**Priscila:** “segundo”. **Moderadora:** “de tu segundo bebé ¿por qué lo consideraste?”-- **Priscila:** “porque tenía al otro niño y no sabía qué iba hacer con los dos.” **Moderadora:** “porque no sabías qué ibas a hacer con los dos” ---**Priscila:** “sí, tenía una yerba que se llama ruda pero no se me vino, aquí está mi ruda [risas]” **Moderadora:** “entonces intentaste abortarlo, para eso tomaste la ruda, pero dices que no, no sirvió [risas].” (Priscila, GF6).

3.2.3. Proyecto de vida y el impacto de los embarazos en el mismo,

Algunas participantes perciben el embarazo y la unión como una alternativa de realización personal más viable que una carrera profesional o el estudio en general, dadas las condiciones de carencias económicas en las que se desenvuelven, ya que salieron de la escuela por falta de recursos, por las dificultades de tiempo para el cuidado del bebé, o bien porque no consideran la continuación de sus estudios en su plan de vida; si bien varias plantean el deseo de volver a la escuela, los medios para llevar esto a cabo no se tienen claros, se plantea más como un deseo que un plan de vida; algunas de las participantes continuaron estudiando y otras no se lo plantean.

Brisa: “pues yo, mi sueño era ser doctora, y pues si estudiar para doctora, y ya que salí embarazada ya no terminé mis estudios como eran, los hice en prepa abierta... y de hecho me quiero meter a seguir estudiando, y ahorita pos tengo el apoyo de mis papás hasta eso, pero no la puedo dejar así porque le sigo dando pecho y ta muy apegada a mí, me sigue más a mí”. **Moderadora:** “ok, si tú quieres entrar otra vez a la escuela ¿cómo le harías?” ---**Brisa:** “pos de hecho en donde me quería meter a estudiar ahí me permiten llevar a la niña” **Moderadora:** “ah, te permiten llevar a la niña ¿en dónde, perdón?” ---**Brisa:** “ay no me acuerdo como se llama, pero está allá por el 30” **Moderadora:** “por el 30, entonces llevarías a la niña cuando fueras a la escuela”---**Brisa:** “sí” (Brisa, GF7).

Algunas de las participantes dejaron la escuela desde antes del embarazo, como en el caso de Rubí, que sólo tiene la primaria.

Moderadora: “¿Cómo te imaginabas tu vida antes de saber que estabas embarazada?” --**Rubí:** “quería trabajar” **Moderadora:** “querías trabajar ¿en algo específico?” ---**Rubí:** “no, no, lo que sea”. **Moderadora:** “querías trabajar ¿por qué querías trabajar?” --- **Rubí:** “pues porque quería estudiar porque mi abuela no me dio secundaria y por eso, no me dio estudio y pues me pongo a trabajar y pagar mis cosas, pues yo las pago, pero no, no, la verdad no pude, estuve consiguiendo trabajo a los 13 años pero pues no me dieron trabajo en ningún lado.” (Rubí, GF7).

Rosalía: “Pues yo quería acabar mi prepa, y pues seguir con la universidad”. **Moderadora:** ¿y luego? ¿Lo hiciste? ---**Rosalía:** “No porque antes de que yo me casara me tuve que salir de la prepa porque mi papá pues ya no

pudo seguir pagando, y como tuvimos unos problemas, y todo, pues ya no pude seguir...”

En otros casos señalan como el embarazo truncó su preparación académica, la falta de prevención de un siguiente embarazo complica aún más las posibilidades de regresar a la escuela.

Moderadora: “¿Me dijiste que estabas estudiando en ese tiempo?” ---

Valeria: “Estudié pero dejé de estudiar”. **Moderadora:** “¿Por el

embarazo?” ---**Valeria:** “Por el embarazo”. **Moderadora:** “¿Hasta qué nivel

te quedaste?” ---**Valeria:** “Hasta segundo semestre de prepa”.

Moderadora: “De prepa, y porque tu embarazo era de alto riesgo, por eso

no regresaste ¿Después retomaste tus estudios?” ---**Valeria:** “No, porque

tenía los bebés chiquitos, o sea y no... era difícil despegarme de ellos y

luego pues ya cuando estaba creciendo dije: “pues me voy a meter a

estudiar cuando tengan un año”, y salí embarazada antes otra vez.

Entonces ahora va a ser más difícil estudiar, pero sí quiero terminar mi

escuela”. (Valeria, GF4).

Moderadora: “Aunque sea abierta... bueno. Cielo... ¿qué hacías tú cuando

te embarazaste?” ---**Cielo:** “Trabajaba y estudiaba”. **Moderadora:**

“Trabajabas y estudiabas, ok, ¿ya embarazada seguiste trabajando y

estudiando?” --- **Cielo:** “No. Nomás trabajaba. Trabajaba en un OXXO”.

Moderadora: “¿Te saliste de la escuela entonces?” ---**Cielo:** “Sí, porque o

era trabajar, o estudiar porque no alcanzaba como que los tiempos... me

quedé trunca en la prepa...Hasta cuarto semestre”. **Moderadora:** “Cuarto

semestre... ¿y luego?” ---**Cielo:** “Pos seguí trabajando.” **Moderadora:**

“¿Tú sigues trabajando?” --- **Cielo:** Orita no. Orita tengo como dos meses

que dejé de trabajar, pero ya en enero otra vez me meto a trabajar, y también quiero como que retomar mis estudios...” (Cielo, GF3).

Joseline: “Y pues yo quería ser doctora, estudiar para doctora, y luego ya cuando me embaracé dure como unos cuatro meses sin ir y luego ya después regresé como si nada y acabé la secundaria, la acabé en otra secundaria, y ya como al año de haberla terminado... no, ni al año, salí embarazada otra vez” **Moderadora:** “¿Bueno, y si querías ser doctora por qué no seguiste la prepa?” ---**Joseline:** “Pues es que quería ser, pero no... o sea, no... a mí se me hacía muy difícil la escuela pero yo trataba de echarle ganas por mi mamá porque eso era lo que ella quería. Por eso me metí a otra escuela para tratar de... pues sí, de echarle más ganas y aprender, y sí, pues sí aprendí más cosas en la prepa. Ya después mi mamá me dijo, ya cuando yo me gradué de la secundaria, decidí juntarme y...” **Moderadora:** “¿después pensaste en continuar estudiando o ya no?” ---**Joseline:** “No”.

En este grupo de adolescentes siete de las parejas reaccionaron positivamente ante el embarazo.

Moderadora: “ok, y ¿cuál fue la reacción de tu pareja cuando se dio cuenta que estabas embarazada?” ---“pues también se preocupó, pensó también que íbamos a perder al bebé...gracias a Dios todo salió bien.” (Rubí, GF7).

“Pues se emocionó mucho porque ya lo teníamos... lo esperábamos todos” (Rosalía, GF1).

Moderadora: “... y cuando le dijiste a tu pareja que estabas embarazada, ¿cuál fue su reacción?” --- “pues se emocionó” (Priscila, GF6).

“él se puso feliz ...Porque quería un bebé pero yo no” (Valeria, GF4).

Moderadora: Ok, ¿algo más? ¿Algo te dijo? --- *“Nada, que íbamos a estar juntos y que todo iba a salir bien, que no me preocupara, que mis papás lo iban a tomar bien, y ya.”* (Valeria, GF4).

En dos de los casos las parejas no se hicieron responsables del embarazo, y en el otro caso la pareja sugirió el aborto.

“Pues haz de cuenta que él dijo que lo abortara, que no...” (Cielo, GF3).

Moderadora: Él te pidió que lo abortaras... ¿y tú qué pensaste? --- *“Pues lo mandé a la chingada [risas], pues sí, le dije “estás pendejo” y no, y ya lo dejé de ver, y pa él [su hijo] mi papá es su papá, y mi mamá es su mamá.”* (Cielo, GF3).

“Pues lo mío fue casi similar a lo de ella. Yo tampoco... yo le dije al papá, pero él dijo pues que no era de él, para quitarse la bronca, pero pues él también tiene otra familia, y pues yo le dije, pero él no se quiso hacer cargo, y ya hasta ahorita, y hasta ahorita todavía no, mi bebé tiene dos meses y todavía no se ha hecho cargo, y pues yo ya no... lo bloqueé de Facebook y todo eso, y ya no hablo con él, y yo le dije, que pues mi papá me iba a ayudar y pues también así me ha estado apoyando mi papá, si ya me llega a buscar pues ya no porque yo le di la oportunidad de que estuviera con él, y no quiso y pues yo tampoco lo voy a forzar.” (Yareli, GF3).

3.2.4 Presencia de violencia en la familia de origen y en la de convivencia y estereotipos de género.

Todas las adolescentes declararon sufrir alguna forma de violencia, experiencias de violencia familiar vividas a través de ser testigos o receptores de la violencia

de padres a hijos, entre los padres y entre otros familiares. Otra de las manifestaciones de la violencia vivida por las jóvenes es la marginación, exclusión o rechazo por miembros de la familia nuclear o de la familia extendida y ausencia de atención por parte de los adultos cuidadores.

“Mi papá ...y pues él, o sea ahorita me dice que me pegaba así para corregirme, y de hecho aún así, aún juntada, como me quedo ahí con ellos me regaña y así, y a mí mamá pues antes sí le pegaba mucho, ya no... ya no se deja.” (Priscila, GF6).

Moderadora: *“ok gracias ¿alguien más chicas? ¿Alguna vez se sintieron ignoradas?”* **Moderadora:** *“Ok, Brisa.” --- “con mi mamá.” (Brisa, GF7).*

“Sí por mis... mis abuelos, bueno... mi abuela pues, yo no viví con mi mamá, vivía con mi abuela, éramos yo y una prima, y pos entonces siempre quería lo mejor para ella, para mi prima... compraba ropa y primero elegía ella, solamente me hacía caso cuando me llegaba a enfermar. Me tenía que llevar al doctor y así nada más... a veces decía, se escucha muy... muy mal ¿verdad?, pero a veces decía: ‘me gustaría estar enferma para que me sintiera querida’” (Rubí, GF7).

“Mi papá y mi mamá también. Sí, mi papá también era bien tomador, también, y pues también, mi abuelita... mi abuelita por parte de mi papá tampoco nos ha querido y le metía cizaña a mi papá, y mi papá le pegaba a mi mamá.” (Yareli, GF3).

Una de las chicas plantea que se unió de manera forzada con su pareja porque su padre la obligó, al considerar que ya habían tenido relaciones sexuales. Esto puede vincularse a una idea presente en la cultura mexicana, particularmente en

los sectores socioeconómicos bajos, de que una mujer una vez que ha perdido la virginidad deshonra a la familia, por lo que la forma de reparar la honra es con la unión de la hija a la pareja, aunque no sea deseado en ese momento.

“Bueno, yo me sentí ignorada porque cuando yo andaba de novia con el papá de mis hijos, mi papá hizo que yo me juntara con él casi a fuerzas, nosotros no queríamos irnos, y él hizo que nos juntáramos, porque un día fue a pedir permiso para que me dejaran ir a una comida de su casa, y ese día yo me tuve que quedar ahí con ellos porque estaba muy frío y no podía irme, y él pensó cosas que no [el papá pensó que habían tenido ya relaciones sexuales], y pues hizo que nos juntáramos.” (Rosalía, GF1).

Dos de las participantes declararon en el instrumento cuantitativo haber sufrido violencia sexual, sin embargo no hablan al respecto en el grupo focal.

Al cuestionárseles por sus concepciones sobre el ser hombre y ser mujeres las adolescentes plantean concepciones tradicionales y estereotipadas negativas sobre la masculinidad (borrachos, machistas, entre otros adjetivos negativos) y concepciones estereotipadas positivas sobre la femineidad y opuestas a la de la masculinidad (las mujeres como “más responsables” que los varones, que realizan mayor trabajo o más pesado que el de los varones, sin embargo circunscritas siempre al trabajo doméstico), el rol de los padres se plantea enfocado en la provisión o manutención pero alejado de las tareas de cuidado y crianza, padres lejanos afectivamente, así como una arraigada cultura positiva de la maternidad y un deseo de ser madre como un rol importante en sus vidas, ambos vinculados a las construcciones sociales de género sobre lo que significa ser mujer desde perspectivas tradicionales; sólo una adolescente

manifestó que los hombres deben involucrarse también en las actividades domésticas.

Respecto a concepciones de género las participantes enuncian las diferencias que se ejercen sobre el control de los hijos en las familias tradicionales, donde a las mujeres se les limita la movilidad por el hecho de ser mujeres y los hombres gozan de mayores libertades. Las chicas cuestionan estas diferencias ya que las perciben como injustas.

Moderadora: “ok, alguien, ahí les va otra pregunta, dos preguntitas ¿qué creen ustedes que es ser hombre? ¿Qué significa ser hombre? cómo lo podríamos definir” ---**Priscila:** “pues yo pienso que es más chida ¿no? ser hombre”. **Moderadora:** “más chida ser hombre ¿por qué?” ---**Priscila:** pueden hacer todo lo que sea”. **Moderadora:** “a ver ¿cómo qué? dime qué puede hacer un hombre que no puedan hacer las mujeres” ---**Priscila:** “salir tarde... este pues hacer lo que sea porque hay en veces que cuando yo antes no tenía hijos, yo le decía mi papá que quería ir a fiestas, y mi papá me decía que estaba muy peligroso, y yo le decía pero por qué a mi hermano sí, “ah es que él es hombre”, y pos yo dije que chida ser hombre” (Priscila, GF6).

Priscila refuerza esta perspectiva de los hombres con mayores ventajas que las mujeres.

“pues sí a parte porque no sufren de nada, ellos no más van y hacen un hijo y ya... pero yo pienso que es la misma responsabilidad de cuando ellos trabajan, yo pienso que es más pesado cuidar a un hijo, estar atenta que ir a trabajar”. **Moderadora:** “para ti es más pesado cuidar a un hijo que salir

a trabajar, ok y entonces los hombres ¿qué hacen?”. ---**Priscila:** “todo haces ahí, tú lavas, tú planchas, cuidas al niño, y ellos nada más van a trabajar y ya, ellos piensan que hacen todo y ya” (Priscila, GF6).

Brisa: “bueno... pues, al hombre se le hace muy fácil todo, porque perdón por la palabra pero se les hace muy peladita no más llegar con la vieja hacer lo que se hace, y si sale embarazada, pos salió, ella es la que aguanta los nueve meses, (...), y ellos se les hace muy fácil ir a trabajar y regresar y el dinero, y ya, pero pues ellos no saben lo que una mujer batalla con un niño” (Brisa, GF7).

3.2.5. Discusión

Identificamos una ausencia de educación sexual, hablar abiertamente sobre sexualidad sigue siendo un tabú (y en un grupo que además ya tenía experiencia puesto que son madres de más de un hijo). Similar a los hallazgos de Oviedo y García (2011). Observamos en la población que la construcción de la subjetividad femenina se construye alrededor de la maternidad puesto que no se ven otras opciones posibles o se ven lejanas (como el estudiar o trabajar, ya que hay que hacerse cargo de los hijos como una prioridad).

No está claro el papel de la educación como proyecto de vida. Sólo dos continuaban estudiando. Medina y González (2018) señalan que en las adolescentes de las zonas marginadas podría ser el embarazo la única opción a su alcance para construir un proyecto de vida.

Algunas de las chicas cumplieron tareas de cuidado de hermanos menores o de sobrinos antes del embarazo y mientras estaban en la escuela. Oviedo y García (2011) señala la mayor posibilidad de fallar en la escuela por otras

responsabilidades domésticas (cuidar hermanos, limpiar casa). El cumplimiento de roles tradicionales de género cuidando a hermanos menores se encuentra presente en las chicas que debutaron temprano en la maternidad en otros contextos (De Almeida y Aquino, 2009). En el contexto juarense es común, en los sectores más pobres, que si la madre trabaja las hermanas más grandes cuiden a los hermanos pequeños, esto establece el cumplimiento de roles tradicionales de género para las chicas y en las familias se torna a veces una prioridad incluso mayor que el asistir a la escuela.

El embarazo es deseado y planeado por casi la mitad de las entrevistadas, es a veces el camino usual hacia la vida en pareja. En otras el embarazo también como una “falsa” salida a una situación de violencia o una situación de malestar en el hogar (Stern, 1997) o una carencia afectiva. Dos participantes hablaron de la necesidad de tener un hijo para llenar vacíos afectivos luego de que ellas cuidaron a sus sobrino o hermanos o el “conocer el amor verdadero” con un hijo. Así también, las situaciones de violencia presentes en todos los casos señalan esta carencia de afecto. Las expresiones de necesidad afectiva que expresa este grupo pudieron ser aprovechadas por sus parejas, sobre todo cuando éste es un adulto, para ejercer coerción en el inicio de la relación, del no uso de métodos y el inicio de la vida sexual.

Identificamos lo que parece ser una falta de orientación y seguimiento de los servicios de salud con relación a uso de anticoncepción en madres adolescentes para prevenir un segundo embarazo. Sólo 5 de 9 usaban algún método antes del segundo embarazo y sólo una de ellas usaba un método de largo plazo. Una de las recomendaciones para la prevención de embarazos subsecuentes es el uso de métodos de largo plazo. Hay aquí una oportunidad

de mejorar los servicios de anticoncepción y prevenir segundos embarazos, ya que en el primer embarazo la adolescente entra en contacto con los servicios de salud.

En las adolescentes con embarazo temprano se ha identificado una intersección de clase y género como factores que desempoderan a las adolescentes, promueven la maternidad como modelo de vida y les dificulta prevenir embarazos no deseados (Geldstein y Pantelides, 2001; Medina y González, 2018). Esta misma situación se presenta en las experiencias de adolescentes con embarazo subsecuente, ya que, aunque algunas hablan de las aspiraciones que sus padres tienen para ellas, sus proyectos tienden a girar alrededor de la maternidad y la vida en pareja. Los estereotipos de género en el hogar las desempoderan al asignarles tareas domésticas y de cuidado, un mayor control que el que se tiene con los varones, no tomar en cuenta sus necesidades afectivas y modelos de pareja vinculados a la violencia de los varones.

Se identifican contextos de vulnerabilidad social vinculados a la violencia, la falta de solidaridad entre los miembros de la familia nuclear y la familia extendida, marginación de las relaciones familiares, muerte de algún familiar, padres separados, falta de comunicación y cohesión entre los miembros de la familia, falta de demostraciones de afecto en la familia, manifestaciones de rechazo o preferencias por otros miembros de la familia, en algunos casos falta de responsabilidad de la pareja ante el embarazo o negación de la paternidad, deserción escolar por razones económicas previo al embarazo o deserción a causa de éste, inicio de la vida laboral a edad temprana previo al embarazo, responsabilidad del cuidado de menores en el hogar, abortos involuntarios y dificultades para acceder a un aborto seguro, una parte de las entrevistadas vive

con sus familias de origen o la familia de su esposo y manifiestan el deseo de una vivienda propia.

Llama la atención que la mayor parte de los varones asumen la responsabilidad del embarazo, esta situación rompe con el estereotipo de la chica adolescente que enfrenta sola su embarazo, aunado al hecho de que cuatro adolescentes ya se habían unido antes del embarazo, podría indicar que para una parte de las adolescentes su proyecto de vida gira en torno a la vida en pareja y la maternidad, quizás porque sus opciones de realización personal son muy limitadas y además, desde su contexto, se fomentan los roles estereotipados de género.

3.3. Programas que atienden a población adolescente en el municipio de Juárez

Actualmente, no existe un programa que se enfoque en las adolescentes con embarazo subsecuente o a prevenir un segundo embarazo. Sin embargo, existen algunos programas que pueden vincularse a la prevención del embarazo adolescente en general.

Una de las acciones en el 2014 en defensa de los derechos de niños y niñas para disminuir el matrimonio infantil y sus consecuencias, fue establecer para las entidades federativas la edad mínima de 18 años para contraer matrimonio, sin embargo, esto no ha redundado en una disminución del embarazo adolescente ya que continuaron las uniones y el embarazo adolescente se incrementó (Meneses & Ramírez, 2019), la prohibición legal no ha impedido que continúen las uniones de hecho de niñas y adolescentes y con

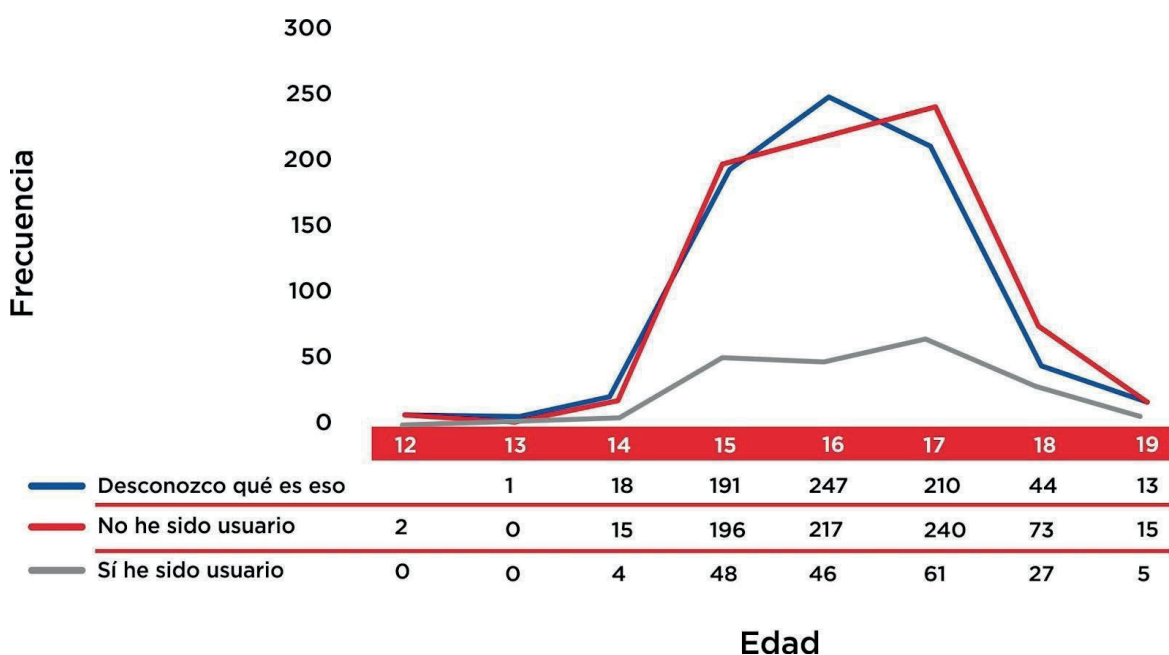
ello el embarazo temprano. Datos de la encuesta intercensal señalan que en México un 4.7% de las menores de edad viven con su pareja y de ellas un 81% viven en unión libre. Así también, 13% de las menores que han estado embarazadas están casadas, mientras que 64% viven en unión libre (ENADID, 2014 en GIRE, 2017). Para las madres de 15 a 19 años, en el caso de Juárez, mediante el análisis de la Encuesta Intercensal 2015 identificamos un 52.5% en unión libre, un 15.3% casadas y un 29% solteras. Estos datos muestran que poco afectará la prohibición del matrimonio antes de los 18 años al embarazo adolescente ya que el mayor porcentaje de las uniones no se formalizan legalmente.

Existe un programa llamado Servicios Amigables para Adolescentes, en éste se proporciona atención sobre salud sexual y reproductiva a los adolescentes de 10 a 19 años. Los Servicios Amigables para Adolescentes, son servicios diferenciados y especializados en las unidades de Salud, teniendo para su operación equipos de salud multidisciplinarios. Los espacios de este programa dan atención médica durante y después del embarazo, información, orientación, consejería y atención médica y psicológica, atención y prevención de enfermedades de transmisión sexual, así como dotación de métodos anticonceptivos a los jóvenes del grupo de edad mencionado en las unidades médicas de la Secretaría de Salud. Al 2018 existían 5 centros con Servicios Amigables en Juárez (Secretaría de Salud, 2018). Aunque todas las jóvenes entrevistadas dijeron conocer sobre algunos métodos, una parte de ellas no hacen uso de estos ni antes ni después del primer embarazo, lo cual pudiera reflejar información inadecuada o insuficiente sobre los métodos anticonceptivos para hacer uso de ellos o bien acceso deficiente a los métodos anticonceptivos.

Algunos estudios hablan sobre los problemas de las jóvenes para el acceso a los métodos, incluso para la compra de un condón, la pena o vergüenza las inhibe de acercarse a comprar o surtirse de los métodos porque se sienten juzgadas o estigmatizadas al incurrir en relaciones sexuales en edades tempranas (Gómez-Inclán & Durán-Arenas, 2017).

En los estudios realizados por el ICHMujeres, se hace visible el desconocimiento que la población adolescente tiene sobre los Servicios Amigables que ofrece el sector salud. El 43.27% de las y los adolescentes no conocen qué son los servicios de salud amigables, el 45.3% no ha sido usuario, solo el 11.41% lo ha hecho. Estos datos son alarmantes pues hace visible la falta de difusión de los servicios que este sector brinda a la población adolescente. El lugar donde se enteraron los informantes que sí conocen de los servicios son, el 55% en la escuela, el 15% en la casa, el 25% no sabía de su existencia y el 4% con sus amigos y amigas. (PEPEACH, 2018).

Uso de los Servicios de Salud Amigables del Sector Salud, por edad.



Fuente: Encuesta de monitoreo de percepción entre grupo de adolescentes de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), ICHMUJERES 2017.

De los datos sobre afiliación a servicios de salud de las madres adolescentes en Juárez, por la Encuesta Intercensal 2015 conocemos que un 40.2% estaba afiliada al Seguro Popular, un 41.7% estaba afiliada al IMSS, 4.4% estaba afiliada a otro servicio de salud y un 13% no se encontraba afiliada a servicio alguno (Martínez, Almada, & Martínez, 2017). Esto nos inclinaría a pensar que tienen acceso a consejería sobre anticoncepción y a los métodos mismos. Sin embargo el que 2 de cada 10 tengan un segundo embarazo en la adolescencia puede señalar deficiencias en los servicios de anticoncepción o reflejar la falta de acceso de las no afiliadas. El estudio de Núñez-Urquiza, Hernández-Prado, García-Barrios, González, & Walker (2003) identifica que aquellas que no se encuentran afiliadas al IMSS o al ISSSTE son más propensas a incurrir en un embarazo no deseado. Algunas de las jóvenes de los grupos focales, señalan que buscaban el embarazo aún antes de la unión y por ello no usaron anticoncepción o dejaron de usarla, pero hubo quienes señalaron que ninguno de sus embarazos fue planeado. Quizás un programa enfocado en atender la prevención de un segundo embarazo en estas jóvenes limitaría los problemas que enfrentan para su futuro y el de sus hijos.

Promajoven, es un programa de apoyo mediante una beca, para la permanencia en la educación básica de madres adolescentes y adolescentes embarazadas, que tiene como objetivo favorecer el acceso, permanencia y/o egreso de las estudiantes inscritas en el Sistema Educativo Nacional. Este es un programa federal administrado por los estados. Aunque su objetivo no es

directamente la prevención de embarazos subsecuentes puede incidir en la disminución de éstos mediante la construcción de proyecto de vida vinculado a la educación de las madres adolescentes.

Según datos de la ENADID 2014, en el Estado de Chihuahua, 98.6 por ciento de las mujeres en edad fértil conocen al menos un método anticonceptivo; 59.3 por ciento declararon ser usuarias actuales de algún tipo de método; 15.5 por ciento lo utilizaron, pero actualmente ya no lo hacen, y 25.1 por ciento declararon nunca haber utilizado métodos anticonceptivos.

Es necesario recalcar que la atención a la SSR de la población adolescente constituye una necesidad inaplazable. Desde una perspectiva completa enmarcada en el reconocimiento de la interculturalidad, la igualdad de género y los derechos sexuales y reproductivos, tal atención requiere acciones de promoción de la demanda temprana y la prestación de servicios integrales y sin barreras. Para esto, es indispensable que los servicios de salud sigan fortaleciendo los servicios amigables y específicos para adolescentes. (PEPACH, 2018).

A nivel estatal, se presenta el Programa Especial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes del Estado de Chihuahua (PEPEACH). En Este se plantea trabajar en distintas actividades con las y los adolescentes de diversos municipios con relación al desarrollo humano, oportunidades y proyecto de vida. En este contexto se enmarcan algunos de los siguientes programas del Gobierno del Estado.

Desde la Subsecretaría de Desarrollo Social del gobierno del estado de Chihuahua, se implementaron el programa Sumando valor al cuidado y

Chihuahua crece contigo. Chihuahua crece contigo es un programa que proporciona apoyo económico a mujeres menores de 19 años, embarazadas o madres solteras, a quienes funjan como principales cuidadoras y responsables económicos de al menos una niña o niño de menos de cinco años, o de algún adolescente entre 11 y 15 años, así como cumplir con los criterios de situación de pobreza extrema del CONEVAL, entre los que se encuentran el rezago educativo, poco o nulo acceso a servicios de salud, seguridad social, calidad y espacios de vivienda o servicios básicos de la misma (Gobierno del Estado de Chihuahua, 2019).

El programa Sumando Valor al Cuidado, proporciona información sobre educación inicial, se les enseña a las madres los cuidados que debe tener el bebé y a través de grupos se reflexiona para prevenir un segundo embarazo, se estimula para que continúen estudiando y para que construyan un proyecto de vida. Se les canaliza a becas del ICHEA o Promajoven, se les brinda también acompañamiento psicosocial, se reflexiona sobre la crianza amorosa y cómo enfrentar la maternidad y paternidad. También se les vincula a programas alimenticios, de cuidado y estimulación temprana para sus hijos y se les apoya en especie, proporcionándoles pañales y productos higiénicos para el bebé como un kit de bienvenida (De la Paz, 2019).

Desde el gobierno municipal de Juárez se ofrece el programa Médico a tu Puerta, éste brinda atención médica en el domicilio de pobladores de bajos recursos, mayormente del suroriente de la ciudad, en este programa se localizan y atienden también a adolescentes embarazadas. La atención que brindan es respecto al proceso de embarazo, a quienes no cuentan con servicios de salud, con la intención de disminuir la mortalidad materna y cuidar la salud del producto.

Como vemos, no es un programa de prevención del embarazo temprano sino de atención al embarazo.

3.4. Identificación de problemas prioritarios

1. Problema. Necesidad de controlar la fecundidad de adolescentes con embarazos subsecuentes.
2. Población. Mujeres de 15 a 19 años que tienen más de un hijo y que se encuentran en riesgo de nuevos embarazos, que no tienen afiliación al IMSS o ISSSTE y que se encuentran en zonas con mayor vulnerabilidad social.
3. Esta población puede ser identificada geográficamente a través del censo con la pregunta sobre el número de hijos y la edad de la entrevistada. A través de estas variables se puede identificar las zonas donde se concentra la población en riesgo y se puede focalizar la atención en las zonas con mayor concentración.

3.5. Metodología del marco lógico para la identificación de las causas y consecuencias del problema.

La ilustración 1 describe el problema que se identifica con relación al embarazo subsecuente así como sus causas diversas y sus consecuencias, este problema es la alta fecundidad en adolescentes que ya son madres. Como vemos es un problema multicausal con diferentes niveles de causalidad, aglutinados en factores diferenciados. Por un lado, se aglutinan los factores socioeconómicos que afectan las oportunidades y el contexto en el que se desenvuelve la adolescente, por otro la falta de acceso al conocimiento y uso efectivo de métodos anticonceptivos y un tercer bloque vinculado a las construcciones

sociales de género. Entre las consecuencias de la alta fecundidad se encuentran desde restricciones de tiempo para la adolescente hasta incrementos en el riesgo de muerte tanto para la madre como para el bebé.

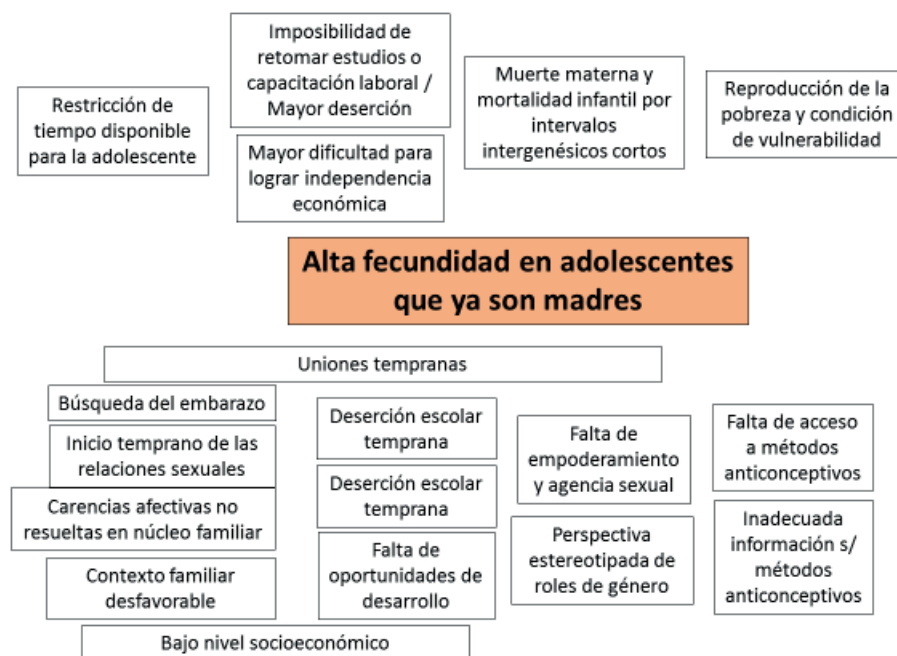


Ilustración 1. Identificación del problema y las causas y consecuencias de la alta fecundidad en adolescentes que son madres

En la ilustración 2 se realiza la identificación de objetivos y metas, planteándose como objetivo el control de la fecundidad en adolescentes que son madres.

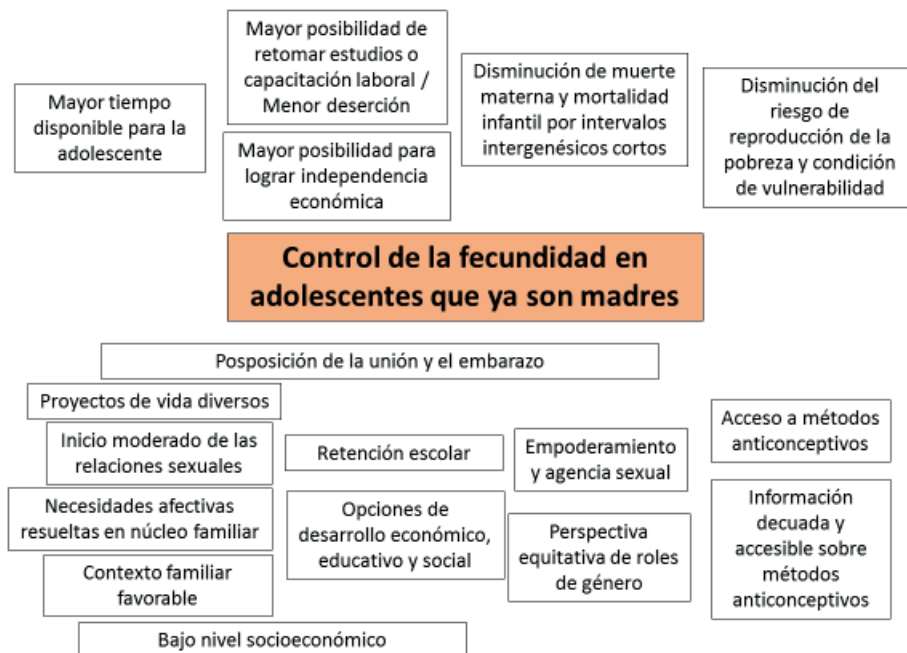


Ilustración 2. Identificación de objetivos y metas para el control de la fecundidad en madres adolescentes

En la ilustración 3 se plantean alternativas que pueden ayudar a cumplir el objetivo del control de la fecundidad en madres adolescentes para evitar embarazos subsecuentes.

La solución que se sugiere, como óptima en el sentido de la factibilidad de su implementación y el efecto directo en el control de la fecundidad, es un programa de promotores comunitarios pares que incluyan un supervisor o coordinador por zona y adolescentes que promuevan la educación sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, así como educación en la equidad de género, consideramos que estas acciones se complementan en la consecución del objetivo que es el control de la fecundidad. Mientras la información y acceso a métodos son imprescindibles para el control de la fecundidad, la educación en equidad de género le permitiría a la adolescente incrementar su agencia sexual

y con ello empoderarla sobre su cuerpo, su placer y su habilidad de tomar control del cuidado sobre éste, así como confianza para negociar con su pareja y tomar decisiones responsables sobre el uso de métodos anticonceptivos.

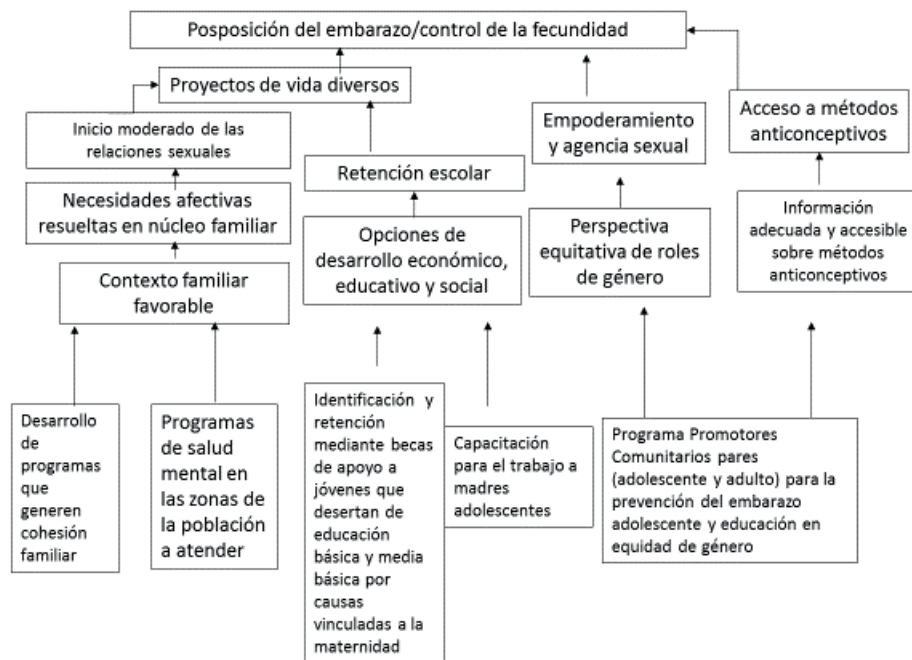


Ilustración 3. Alternativas a la alta fecundidad en adolescentes con embarazo temprano.

4. Modelo de implementación/proceso operativo

Se sugiere se trabaje en un Programa de Promotores Comunitarios pares (adolescente y adulto) para la prevención del embarazo adolescente subsecuente y educación en equidad de género.

Objetivo: prevención del embarazo subsecuente en madres adolescentes.

Como se planteó anteriormente en las zonas geográficas que se identifiquen con mayor concentración de madres adolescentes (a través del cen2. so y la

identificación de los AGEBs, las variables que vinculan a los hijos con la madre y la edad de la madre) se puede implementar un programa de promotores comunitarios pares integrado por un adulto y un grupo de adolescentes. Esto puede ser administrado desde la Secretaría de Salud e integrado por adolescentes miembros de la comunidad donde existe el problema del embarazo adolescente para promover tanto la equidad de género (a través de talleres educativos y vivenciales) como promover la educación en sexualidad y métodos anticonceptivos (para todas las adolescentes, independientemente de su afiliación a servicios de salud), así como proveer de métodos anticonceptivos a las madres adolescentes que no tienen afiliación al IMSS o al ISSSTE. Consideramos que la idea de trabajar con sus pares adolescentes incrementa la posibilidad de las madres adolescentes y de los adolescentes en general de escuchar y aceptar las propuestas, el trabajo estaría supervisados por un trabajador de la Secretaría de Salud que fungiría como coordinador de zona.

La Secretaría de Salud (SS), tiene un programa similar donde se pretende promover la educación en salud entre pares, es decir, adolescentes que se capacitan como promotores comunitarios para educar a otros jóvenes en salud, el programa se nombra Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud, al parecer en algunas regiones se encuentra funcionando este programa y en otras no. Desde la Secretaría de Salud se provee de un coordinador de grupos que capacita a los adolescentes y luego de ello se convierten en promotores de la salud en sus comunidades, se realizan acciones coordinadas con otras instituciones y organizaciones de la Sociedad Civil, como por ejemplo escuelas para la educación y promoción de la salud (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, 2018). Por esta razón consideramos que se puede

aprovechar la infraestructura que ya se había implementado y la experiencia de ese trabajo, además la provisión de métodos es algo que finalmente es tarea de la SS para población abierta y no implica un gasto distinto al que ya se tiene.

La medición del cumplimiento de las metas pudiera evaluarse desde el número de zonas atendidas, el número de madres adolescentes atendidas y el número de madres adolescentes que están utilizando un método anticonceptivo de corto y largo plazo.

5.Conclusiones

El embarazo adolescente es multicausal, sin embargo, las adolescentes con mayor vulnerabilidad social se ven expuestas a una mayor riesgo de embarazos adolescentes subsecuentes, algunas de estas adolescentes viven en familias con experiencias de embarazos adolescentes desde la madre e incluso embarazos adolescentes en generaciones anteriores, tienen menores recursos educativos y económicos, mayor desintegración familiar, un inicio más temprano a la sexualidad y menos opciones de proyectos alternativos de vida distintos a la maternidad. Si bien las madres adolescentes ya se encuentran en una situación de vulnerabilidad social, esta situación puede complicarse aún más con embarazos subsecuentes, por ello, atender a las adolescentes que ya son madres y prevenir futuros embarazos, sobre todo en plazos intergenésicos cortos, es una tarea que se torna obligatoria para que las adolescentes disminuyan los riesgos de salud que implican embarazos consecutivos en cortos intervalos, tanto para ella como para el bebé, y disminuir también el riesgo de reproducir el ciclo de pobreza.

La educación en equidad de género y el acceso efectivo a los métodos anticonceptivos provisto desde sus pares adolescentes puede ser mejor aceptado que la información que se oferta desde los adultos, esto puede ser una alternativa viable para lograr el empoderamiento de las adolescentes sobre su cuerpo, su salud y su vida misma y puede ayudarle también a desarrollar proyectos de vida alternativos a la maternidad.

Referencias

- Aubrey, J. S., Behm-Morawitz, E., & Kim, K. (2014). Understanding the effects of MTV's 16 and Pregnant on adolescent girls' beliefs, attitudes, and behavioral intentions toward teen pregnancy. *Journal of Health Communication, 19*(10), 1145–1160.
<https://doi.org/10.1080/10810730.2013.872721>
- CNDH. (2016). *Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes (2a.)*. Ciudad de México: CNDH.
- CONAPO. (n.d.). Tasa Global de Fecundidad y Tasa de Fecundidad Adolescente, 2009 y 2014 - CONAPO.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. *Stanford Law Review, 43*:1241, 1241–1299.
- De la Paz, P. (2019). Apoya Desarrollo Social a 210 madres adolescentes de bajos recursos | Juárez. Retrieved January 27, 2020, from [https://netnoticias.mx/juarez/apoya-desarrollo-social-a-210-madres-adolescentes-de-bajos-recursos/Gobierno del Estado de Chihuahua](https://netnoticias.mx/juarez/apoya-desarrollo-social-a-210-madres-adolescentes-de-bajos-recursos/Gobierno%20del%20Estado%20de%20Chihuahua)
<http://www.chihuahua.gob.mx/contenidos/alista-chihuahua-crece-contigo-1-240-apoyos-economicos-unicos-para-jefas-de-familia-de-9> (fecha de consulta 11-7-2019).
- Díaz-Sánchez, V. (2003). El embarazo de las adolescentes en México. *Gaceta Médica de México, 139*(1), 23–28.
- Estrada, M. J. (2014). Afiliación juvenil y desafiliación institucional: El entramado complejo de la deserción en la educación media. *Revista Mexicana de Investigación Educativa, 19*(61), 431–453.
- GIRE (2017). Prohibir sin proteger: el matrimonio adolescente en México, Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.Data Cívica, IPPF y MexFam
- Gómez-Inclán, S., & Durán-Arenas, L. (2017). Access to contraceptive methods In adolescents from Mexico City. *Salud Publica de Mexico, 59*(3), 236–247.
<https://doi.org/10.21149/7891>
- Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science & Medicine, 74*(11), 1712–1720.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.029>
- Hubert-López, C., Estrada-Márquez, F., Villalobos-Hernández, A., Sánchez-Pájaro, A., De Castro, F., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2018). *Trazando la ruta : embarazos subsecuentes en adolescentes*. Retrieved from
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101316.pdf
- León, P., Minassian, M., Borgoño, R., & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Rev.*

- Ped. Elec.[En Línea]*, 5(1), 42–52.
- Martínez, G., Almada, L., & Martínez, V. (2017). *Maternidad temprana en adolescentes de Juárez y Chihuahua*.
- Menéndez, G. E., Navas, I., Hidalgo, Y., & Espert, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3), 333–342. <https://doi.org/10.1016/j.gde.2017.07.011>
- Meneses, E., & Ramírez, M. (2019). Niveles y tendencias de la fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años en México y características de las menores y de los padres de sus hijos e hijas, a partir de las estadísticas vitales de nacimientos de 1990 a 2016. *Notas de Población*, 45(106), 117–151. <https://doi.org/10.18356/cff735fd-es>
- Menkes, C., & Suárez, L. (2003). Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*, 9(35), 9–262.
- Minuzzi, M. G., Giorgetti, M., González, M., Sartori, M., Rey, P., Pomata, J., & Meritano, J. (2010). Embarazo adolescente? ¿una población de riesgo? *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, 29(4).
- Núñez-Urquiza, R. M., Hernández-Prado, B., García-Barrios, C., González, D., & Walker, D. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Publica de Mexico*, 45(SUPPL. 1), 92–102. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342003000700012>
- OMS. (2014). El embarazo en la adolescencia.
- Reyes-Pablo, A. E., Navarrete-Hernández, E., Canún-Serrano, S., & Valdés-Hernández, J. (2015). Porcentaje de nacimientos y tasas de fecundidad en adolescentes de México (2008-2012): estratificación y priorización de municipios con alto riesgo. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 83(12).
- Secretaría de Salud (2018). Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Directorio de Servicios Amigables, Chihuahua. Consultado en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/405606/DIRECTORIO_CHIHUAHUA_06_2018.pdf
- Stern, C. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública de México*, 39(2), 137–143.
- Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*, 10(39), 129–158.
- UNICEF, & ANDES, U. D. L. (2015). *Embarazo subsecuente en la adolescencia*. UNICEF. Retrieved from file:///C:/Users/jorgev/AppData/Local/Temp/EMBARAZO%0AEN%0ALA%0AADOLESCEN

CIA.htm

UNICEF. (2015). Los derechos de la infancia y la adolescencia en Chihuahua. UNICEF, FECHAC.

Varea, S. (2008). *Maternidad adolescente: entre el deseo y la violencia*. Flacso-Sede Ecuador.

Vignoli, J. R. (2014). Fecundidad adolescente en América Latina. In *Comportamiento reproductivo* (1a., p. 33). Río de Janeiro: ALAP.

Villalobos-Hernández, A., Campero, L., Suárez-López, L., Atienzo, E. E., Estrada, F., & la Vara-Salazar, D. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México*, 57(2), 135–143.

Anexos

a) Lista de asistencia

INMUJERES
INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

PROEQUIDAD

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Avances de Estudio sobre Embarazo Adolescente Subsecuente	TOTALES POR ACTIVIDAD (Número de participantes)		
FACILITADOR(A) O RESPONSABLE: MTRA. DORA AGUILAR S./ DRA. BEATRIZ DIAZ T.	Mujeres	Hombres	Total
LUGAR Y FECHA: 17 ENERO DEL 2020 SALA DE JUNTAS COORD. GRAL. DE INV. Y POSGRADO, RECTORIA UACJ	6	0	6

SEXO M/H	NOMBRE*	EDAD	TELÉFONO	CORREO	FIRMA
M	DORA MARIA AGUILAR SALDIVAR		1501795	daguilare@uacj.mx	
M	GEORGINA MARTINEZ CANIZALES	49	1841856	gmartinec@uacj.mx	
M	ELDA B. AGUILAR RODRIGUEZ	32	656 3056241	elda.aguibr@uacj.mx	
M	BEATRIZ DIAZ TORRES		656-638198	bdiaz@uacj.mx	
M	OLGA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ		656 2636953	Ormaud@uacj.mx	
M	MA DE LOURDES ALMADA M.	49	333-9874	maria.almada@uacj.mx	

* La IMEF es la responsable del tratamiento de los datos personales proporcionados por la población beneficiada, así como cumplir a cabalidad lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Usted podrá consultar el aviso de privacidad integral en: _____

b) Minuta de Reunión

PROEQUIDAD

MINUTA DE REUNIÓN

NOMBRE DE LA REUNIÓN: Avances del Estudio sobre Embarazo adolescente subsecuente, en el Municipio de Juárez, Chihuahua	
FECHA Y LUGAR DE LA REUNIÓN: 17 de Enero del 2020, Sala de Juntas de la CGIP en la UACJ	
HORA DE INICIO: 8:00 Hrs	HORA DE TERMINACIÓN: 9:45 Horas

ASISTENTES A LA REUNIÓN*
Mtra. Elda B. Aguilar r. Mtra. Ma. De Lourdes Almada M. Mtra. Dora M. Aguilar S. Dra. Georgina Martínez Canizales Dra. Beatriz Díaz Torres Dra. Olga Hernández H.

AGENDA DE LA REUNIÓN
a) Avance de las actividades para la integración del Estudio sobre Embarazo subsecuente en adolescentes, en el Municipio de Juárez, Chihuahua b) Entrega del Estudio sobre Embarazo subsecuente en adolescentes c) Inicio de las actividades para el estudio del Embarazo subsecuente en adolescentes en el Municipio de Chihuahua y Delicias

ACUERDOS Y COMPROMISOS
1. Para los siguientes estudios, hacer el esfuerzo por agrupar a las participantes de los grupos focales de acuerdo al eje metodológico que se analiza para profundizar en el mismo: a) Pedir a la GEPEA el apoyo en la selección de las informantes y proseguir con la estrategia de los grupos focales para la obtención de la información y que, al hacer la convocatoria, se tenga el cuidado de identificar en un primer momento cuales adolescentes se encuentran en el supuesto de dos o más embarazos en la adolescencia. 2. Programar las actividades de recolección de información los días del 10 al 12 de febrero para el Municipio de Chihuahua, y los días del 13 y 14 del mismo mes en Delicias. 3. Ver la posibilidad de que el GEPEA apoye en la organización y logística para llevar a cabo los grupos focales. 4. Pedir prórroga para la entrega del Estudio sobre Embarazo Subsecuente en el Municipio de Ciudad Juárez, debido a que se asistirá a la reunión en Chihuahua el mismo día. Se sugiere el lunes 3 de febrero.

* La IMEF es la responsable del tratamiento de los datos personales proporcionados por la población beneficiada, así como cumplir a cabalidad lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Usted podrá consultar el aviso de privacidad integral en: