



ICHMUJERES

INSTITUTO
**CHIHUAHUENSE
DE LAS MUJERES**

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE LAS MUJERES

ESTUDIO SOBRE DIADAS DE EMBARAZO ADOLESCENTE (MADRES E HIJAS CON EMBARAZO ADOLESCENTE), 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



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
Diagnóstico	3
1.1. Adolescencia, embarazo y género, conceptos básicos	3
1.2. El embarazo adolescente como un problema social	4
1.3. El embarazo adolescente en México	6
1.4. Causales del embarazo adolescente	6
1.5. Cambios en las tendencias de la fecundidad adolescente en México	8
1.6. Perspectivas teóricas	10
1.7. Marco jurídico normativo con relación al embarazo adolescente	12
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	13
1.8. Embarazo adolescente en diadas	14
2. Modelo de implementación	16
2.3. Datos cuantitativos.	18
3.1. Perfil sociodemográfico de las adolescentes con embarazo subsecuente	18
3.2. Hallazgos del instrumento cualitativo	24
3.2.1. Sexualidad, conocimiento y uso de métodos	24
3.2.2. Planeación del embarazo	27
3.2.3. Proyecto de vida y el impacto de los embarazos en el mismo	30
3.2.4. Estereotipos de género	36
3.2.5. Presencia de violencia en la familia de origen y en la de convivencia	39
3.2.6. Discusión	40
3.3. Programas vinculados a la prevención del embarazo adolescente	42
3.4. Identificación de problemas prioritarios	46
Modelo de implementación/proceso operativo	50
Conclusiones	51
Referencias bibliográficas	53
Anexos.	56

Introducción

Un embarazo adolescente o a temprana edad es el que ocurre antes de los 19 años; implica riesgos para la salud y la vida de las madres y su descendencia; esta situación implica además complicaciones a nivel psicológico y familiar y suele tener repercusiones negativas sociales y económicas para las adolescentes y la sociedad.

El embarazo en las adolescentes tiene múltiples causas: educativas, culturales, de salud sexual y reproductiva, de violencia, de orden legal y económico, entre muchas otras. Los factores de prevalencia son individuales, familiares y sociales. Entender todas las dimensiones del problema permite comprender que el fenómeno del embarazo en las adolescentes y jóvenes, es estructural. Esto evita pensamientos simplistas que adjudican a las sujetas, la responsabilidad unilateral de las decisiones. Ellas responden, nunca de manera unilateral pero si con un peso estructural, a los mandatos sociales que se les designan. Asimismo, tienen implicaciones negativas en su salud y vida por las consecuencias médicas que originan los embarazos a temprana edad. De manera lógica, cuando una niña que apenas comienza su desarrollo personal se enfrenta a esta problemática se truncan muchas de sus actividades normales. Esto hace que la trayectoria escolar se estanque, que su vida está envuelta en situaciones de violencia, discriminación, pobreza y marginación.

En los sistemas de los Derechos Humanos de las Mujeres, mundial e interamericano, el fenómeno ha estado presente y se han realizado acuerdos importantes que delinear políticas, en donde los Estados firmantes se comprometen llevar a cabo. México asume estas recomendaciones a través de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

(ENAPEA) publicada en el 2015, el cual tiene por objetivo la disminuir el 50% la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años y erradicar los embarazos en menores de 14 años. Asimismo, en cumplimiento de la ENAPEA se establece el Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en Chihuahua, mismo que ha realizado un trabajo especializado en el tema y del cual se colaboró para la realización de este estudio.

En este trabajo se discute el riesgo de embarazo adolescente en hijas de madres que iniciaron su maternidad en la adolescencia y posibles alternativas para su disminución.

Los objetivos sobre los que se centra el trabajo son en el control y disminución de la fecundidad en las madres adolescentes hijas de madres que fueron a su vez madres adolescentes así como la prevención del embarazo precoz en hijas de mujeres que debutaron en la maternidad cuando fueron adolescentes. En la parte del Diagnóstico, se proporciona información sobre este estudio en relación al marco teórico, el contexto, se proporcionan los hallazgos de algunos estudios sobre los riesgos para un embarazo temprano asociado al hecho de ser hija de una madre que debutó en la maternidad cuando era adolescente, se describe la metodología y se comentan los hallazgos del trabajo de campo en Juárez sobre los ejes planteados sobre el embarazo en díadas, posteriormente 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 prevención del embarazo adolescente en poblaciones con factores de riesgo vinculado al pertenecer a las díadas ya mencionadas y el análisis del problema 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 y la prevención de aquellas que aún no lo son, ambas perteneciendo a las dñadas señaladas; el documento termina con la bibliografía consultada y los anexos sobre evidencia de las reuniones del equipo de trabajo.

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 el o la adolescente. Un adolescente desafiado de las instituciones educativas plantea un reto para la sociedad ya que presenta una

experiencia escolar truncada, 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 como 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).

En este trabajo se analizan los embarazos adolescentes en díadas, esto es, embarazos de adolescentes hijas de madres que a su vez fueron madres adolescentes también.

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. 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 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).

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 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

² Tasa media de natalidad mundial:

³ Tasa global de fecundidad:

⁴ Tasa de fecundidad adolescente:

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 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 inmedatista 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. Embarazo adolescente en dadas

Algunos estudios señalan que las hijas de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de experimentar una maternidad temprana (Kahn & Anderson, 1992; González y Molina, 2007) y que esta transmisión intergeneracional de la maternidad adolescente perpetúa las desventajas sociales y económicas en las hijas de estas mujeres; cuando se les compara con sus pares del mismo nivel socioeconómico que no han sido madres adolescentes presentan un menor nivel de escolaridad, menores expectativas de estudios, mayor deserción escolar y mayor presencia de roles tradicionales de género, así también, fueron madres incluso a edades menores que sus propias madres y menores proporciones de uniones con el padre del hijo en comparación con sus madres (González y Molina, 2007).

Otros estudios muestran que una vez que se incorporan al modelo variables como escolaridad de la adolescente o realización de tareas domésticas en el hogar (que podría equipararse al cumplimiento de roles tradicionales de género) pierde poder explicativo el tener una madre con experiencia de embarazo adolescente (de Almeida y Aquino, 2009). De forma similar, Kahn y Anderson (1992), señalan que el poder explicativo de la edad de la madre al primer hijo disminuye cuando se agregan variables sobre escolaridad de la madre y estructura del hogar, aunque el efecto no desaparece. Según un estudio desarrollado en Chile, las adolescentes hijas de madres adolescentes tienen el doble de riesgo de convertirse en madres adolescentes frente a otras adolescentes sin esa característica. El estudio da cuenta también de que las adolescentes (hijas) se embarazan siendo más jóvenes que sus propias madres.

La investigación se refiere a Chile, pero es una realidad que se ha podido constatar también en México (González, Leal, Molina y Chacón, 2013, p. 284).

El efecto de la maternidad temprana de la madre en el resultado de embarazo adolescente de la hija se considera que puede darse directamente mediante a) la socialización en una actitud de aceptación hacia la maternidad temprana, aceptación y fomento de los roles tradicionales de género e indirectamente mediante: b) condiciones estructurales de pobreza en el que creció la madre y la inestabilidad familiar, situaciones ambas que incrementan el riesgo del embarazo adolescente (Kahn y Anderson (1992).

Algunos estudios muestran que las chicas con embarazo temprano que continúan en la escuela durante el primer embarazo o regresan a ésta inmediatamente luego del parto tienen menos embarazos subsecuentes comparadas con aquellas sin estas oportunidades (Molina, González y Luengo, 2000 en (González, Leal, Molina, & Chacón, 2013).

González, Leal, Molina y Chacón (2013) identifican, en población chilena, que algunas características del embarazo adolescente de las hijas de madres precoces muestran desventajas en la situación en la que se presenta el embarazo de las hijas en comparación con las madres como son: embarazo de las hijas a edades más tempranas y un mayor número de parejas sexuales que las madres; así también al comparar las características de las hijas que no se embarazaron vs las que se embarazaron la única diferencia fue que las últimas tuvieron un mayor número de parejas sexuales. En el estudio de (González y Molina, 2007) encontraron que las hijas de madres adolescentes tenían menos aspiraciones de estudios universitarios, menor nivel de escolaridad y se dedicaban al hogar comparadas con las hijas de madres no adolescentes.

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: diadas madre – hija con embarazo adolescente.

Específicos

- 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, diadas 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" en el municipio 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 el 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. El total de madres adolescentes caracterizadas como díadas fueron 23 casos.

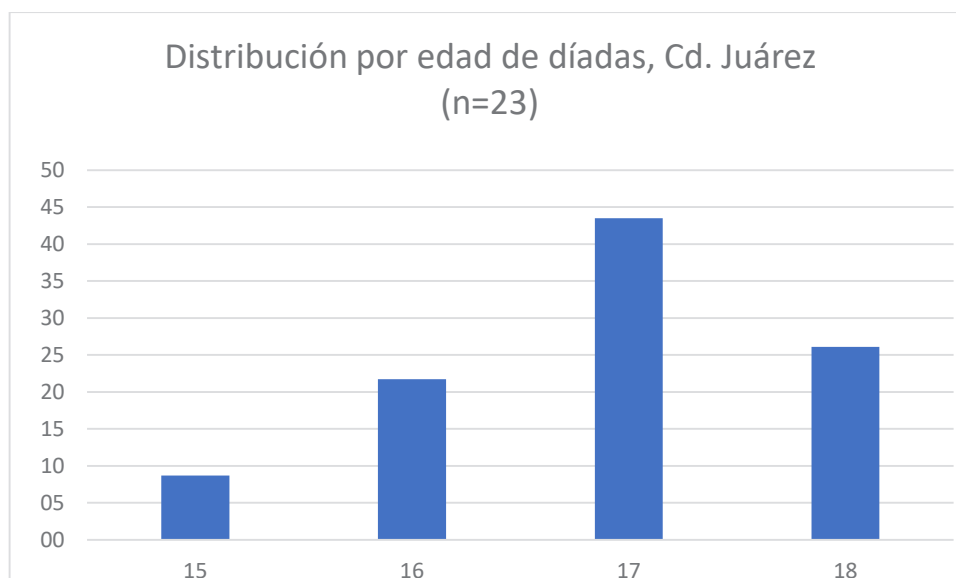
2.3.Datos cuantitativos.

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.

En los ejercicios para la recolección de información que se llevaron a cabo, se identificó un grupo de 31 mujeres que al igual que sus madres, habían cursado por un embarazo durante la adolescencia. Sin embargo se eliminó de este grupo a aquellas que ya se consideraron como participantes en el grupo de embarazos subsecuentes quedando un total de 23 casos.

3.1. Perfil sociodemográfico de las adolescentes con embarazo subsecuente

La distribución de las adolescentes por edad es: 2 de ellas tienen 15 años, 5 tienen 16 años, 10 adolescentes tienen 17 años y 6 cuentan con 18 años.



Un 74% declararon ser amas de casa y un 26% dijeron ser estudiantes.

En cuanto al estado civil, 60.9% se declararon en unión libre, un 30.4% solteras, 4.3% casadas y el 4.3% separada. El 87% de ellas son originarias de Ciudad Juárez, y 13% de otro estado (2 de Veracruz y una nacida en E.U.). En la distribución de escolaridad tenemos adolescentes que no terminaron la secundaria (17.4%), pero también con preparatoria completa (13.04%), el grueso de este grupo se encuentra en el nivel secundaria completa o incompleta.

Nueve participantes de las quince que declararon haber dejado de estudiar lo hicieron antes de embarazarse (39% del total de las díadas). De las que dejaron la escuela, un 60% dejó la escuela antes de cumplir 15 años.

Un 26.08% dijo que estudia actualmente y la mitad de las participantes ya tienen experiencia laboral, la edad de inicio a la vida laboral es en promedio bastante joven, ya que poco más del 40% de las que declararon haber trabajado lo hicieron por primera vez antes de los 15 años y el resto después de esta edad.

Tabla 1. Características demográficas de las madres adolescentes cuyas madres tuvieron a su vez un embarazo en la adolescencia (díadas), Cd. Juárez

Edad	16	16.10%
	17	35.50%
	18	25.80%
	19	12.90%
Actividad declarada		
	Ama de casa	74.0%
	Estudiante	26.0%
Estado civil		
	unida	60.90%
	soltera	30.40%
	casada	4.30%
	separada	4.3%
Lugar de nacimiento		
	Juárez	87.00%
	Otro	13.00%
Escolaridad		
	Menos que secundaria	17.39%
	Secundaria completa o incompleta	26.09%
	Prepa incompleta	34.78%
	Prepa completa	13.04%
	desconocido	8.70%
Estudia actualmente		
	Sí	26.08%
Experiencia laboral		
	Sí	52.20%
Edad inicio a la vida laboral (16 adolescentes)		%
	12	8.3
	13	16.7
	14	16.7
	15	25
	16	8.3
	17	25

Antes de embarazarse, sólo 5 de 23 (21.7%) adolescentes expresaron que ya convivían con su pareja o compañero, 17 (74%) adolescentes vivían con la madre/padre o pareja de la madre/padre y hermanos, lo que podría considerarse una familia nuclear. Actualmente, 8 (34.7%) participantes viven en pareja, 5 (21%) de ellas declararon vivir únicamente con su pareja en un espacio exclusivo y el resto convive con su pareja y otros familiares.

La edad media al embarazo es de 16 años. El 68% se embarazó antes de los 17 años.

De acuerdo con la información dada, poco más de la mitad de las madres tiene menos de 38 años, el resto tiene menos de 50. Un 50% de las madres tuvo su primer embarazo antes de los 17 años. Un 17.4% de las madres tiene preparatoria, un 30.4% tiene primaria y un 26.09% tiene secundaria y en otro 26.09% se desconoce la información.

La actividad económica más frecuente de los padres de las asistentes fue la de empleado en la industria maquiladora (21.7%), seguida de la de chofer (13%) y albañil (8.7%), un significativo 26% declaró no conocer a que se dedican sus padres.

Al preguntar sobre la actividad económica de sus parejas más entrevistadas que las que dijeron vivir en pareja contestaron esta pregunta. En total 11 entrevistadas reportaron la actividad de sus parejas. Cuatro de las parejas se dedica a trabajar como operador en maquila, que fue la ocupación más frecuente, dos son lavacarros, y el resto se reparte en actividades como cocinero, albañil, mecánico, y vendedor.

Al preguntarles sobre la edad en la que tuvieron su primera relación sexual, un 39% ya había debutado sexualmente a los 14 años o antes. La edad media de inicio a la vida sexual fue de 14.7 años y la edad menor al inicio fue de 12 años y la mayor a los 17 años.

Respecto a la edad de sus compañeros al inicio de su vida sexual tenemos que un 65.2% de las participantes tienen una diferencia de 3 años o menos con sus compañeros de inicio, mientras que para el resto las diferencias de edad van desde los 4 hasta los 10 años, por lo que tenemos a adultos iniciando a la vida sexual a adolescentes.

Tabla 2. Diferencia de edad de edad con sus parejas al inicio de la vida sexual de las dñadas, Cd. Juárez

diferencia	frecuencia	%	% acumulado
-1	2	8.7	8.7
0	4	17.39	26.09
1	3	13.04	39.13
2	4	17.39	56.52
3	2	8.7	65.22
4	3	13.04	78.26
5	2	8.7	86.96
7	1	4.35	91.3
8	1	4.35	95.65
10	1	4.35	100

Las relaciones sexuales al primer embarazo fueron consensuadas en su mayor parte, pero una de las adolescentes indicó que las relaciones sexuales en su primer embarazo no fue un acto voluntario y la misma adolescente contesta

afirmativamente a la pregunta de si en algún momento han tenido relaciones sexuales en contra de su voluntad.

Al referirnos a los métodos anticonceptivos, se les preguntó si en su inicio a la vida sexual usaron algún método y 56% contestó que sí. A la pregunta de si estaban usando algún método al momento del embarazo un 78.2% contestó que no.

De las condiciones de las viviendas en las que habitan ellas y sus familiares, el 78.3% están elaboradas con material resistente como tabique, ladrillo, block, etc.; el porcentaje de viviendas que cuenta con techo de madera es del 40%, el porcentaje de quienes los techos de material sólido como el cemento es de 52.2%. En cuanto al material de los pisos de las viviendas, el 82% son de cemento y el 8.7% están cubiertos de madera y/o mosaico, un 8.7% indicó vivir en viviendas con pisos de tierra.

En cuanto a los bienes con los que cuentan, el 65% señaló contar con lavadora y otro 30.4% cuenta con secadora en sus viviendas y el 82.6% dijo ser propietarias de teléfono celular; el 13% tiene computadora en casa. 26.08% tiene un microondas en su casa. Los servicios con los que dispone son: el 82.6% con regadera dentro de su vivienda; el drenaje se encuentra en el 65.2% de las viviendas; el agua potable dentro de las viviendas se encuentra en un 69.6%, el 21.7% indicó tener internet fijo, el 13% cuenta con calefacción y el 13% tiene televisión de paga contratado.

3.2. Hallazgos del instrumento cualitativo

En los grupos focales se recabaron datos de 20 adolescentes con las características de diada. Con base en este grupo se hace el análisis de los datos cualitativos.

3.2.1. Sexualidad, conocimiento y uso de métodos

A definir las relaciones sexuales 4 chicas, de 12 que participan en esta pregunta, hablan de una experiencia que se decide en pareja y que debe usarse protección. Una parte no se animan a definir las y manifiestan expresiones de vergüenza.

La iniciación sexual se da a los 15 años en promedio, la edad más joven de inicio es a los 12. Casi la mitad ya había debutado sexualmente a los 15 años. El inicio sexual se da con sus novios o parejas.

En una parte del grupo hay expresiones de vergüenza y dificultad para hablar sobre el tema de relaciones sexuales, pero otra parte habla de las relaciones sexuales como algo que se decide entre dos personas, algunas manifiestan la protección vs enfermedades de transmisión sexual y el embarazo como parte de las relaciones sexuales.

Al pedirles definir las relaciones sexuales manifiestan:

"Pues, sí ¿no? Cuando los dos están de acuerdo para tener relaciones, y pues si no quieren, pues se protegen para no tener infecciones y así."
(Keyla, GF3).

"las relaciones sexuales es, algo que una pareja deciden tener sexo, y lo experimentan." (Lorena, GF7).

“Y cuando los dos están de acuerdo y pues si no quieren tener un bebé usan métodos preventivos para cuidarse (Nancy, GF3).

Algunas otras dan una definición que alude únicamente al contacto físico o las emociones vinculadas a la relación sexual o a lo que se considera características del “amor romántico”, presente en los imaginarios de la adolescencia.

“Mucha pasión” (Adilene, GF4).

“Pues, como lo dicen las demás compañeras poder estar íntimamente en pareja.” (Daniela, GF5).

“Pues todo qué es eso, o sea este tener contacto físico con otra persona en una cama, desnudos.” (Liliana, GF5).

“pues... cariño ¿no?” (Brenda, GF6).

Al preguntarles las razones para iniciar relaciones sexuales algunas comentan la curiosidad, en otras se da en un contexto de vida en pareja.

Moderadora: *“A los 16 ¿y por qué decidiste empezar a tener relaciones? [risas] ¿por qué decidiste tener relaciones sexuales?” ---Adilene:* *“Pues quería saber nomás [risa]” (Adilene, GF4).* **Moderadora:** *“Porque querías saber. Ok ¿y qué querías saber?”---Jaqui:* *“Experimentar... A ver qué se sentía [risa] (Jaqui, GF4).*

Otras experimentan las relaciones sexuales como algo que sucede sin que puedan controlarlo, donde además permean perspectivas estereotipadas sobre los sexos: “el hombre llega hasta donde la mujer quiere” se usa para adjudicar la responsabilidad a las mujeres en diferentes circunstancias, pero generalmente en el ámbito de lo sexual. Este estereotipo quita responsabilidad al varón y la

asigna sobre la mujer, incluso para justificar abuso y violencia revictimizando así a las mujeres, sin embargo, llama la atención que en este caso Daniela asume abiertamente su deseo sexual, ya que los estereotipos tienden a reprimirla, ella lo usa para señalar que ella deseaba la relación sexual. Así también Liliana, acepta haber planeado el tener relaciones sexuales por la atracción que sentía hacia quien es su pareja.

“Pues, sinceramente me ganó la calentura... Y es cuando se hace lo que uno quiere, cuando uno está excitada es que la penetre el hombre. Entonces, en pocas palabras me entró la calentura [Risas]... Este, si lo pensé [Risas], hazte para allá mami [risa] lo pensé, pues lo pensé o sea uno como mujer sabe lo que va a pasar, el hombre llega hasta donde la mujer quiere.” (Daniela, GF5).

“Yo tenía 14 años y pues yo si lo planeé, pues porque me atraía la persona y yo le atraía y pues hasta la fecha seguimos juntos” (Liliana, GF5).

Sobre el conocimiento de métodos los más mencionados son las pastillas y el condón, algunas más mencionan el parche, el implante, el DIU y las inyecciones. Algunas mencionan también la pastilla del día después como método anticonceptivo. La mayoría señala haber usado los condones y las pastillas, pero no son constantes en el uso de éstos. El hecho de que varias de las chicas señalen que no usaban métodos anticonceptivos a pesar de conocerlos muestra que tienen una baja percepción del riesgo de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Aunque dicen conocer, la calidad de la información no parece ser la adecuada en el caso de Wendy y Daniela:

“No. Bueno, condones sí, pero pastillas no porque mis amigas me decían que con esas no podías tener hijos y no sé qué...porque una amiga también así su papá la cuidaba con pastillas, y creo que se le había secado la matriz, y no sé qué, y no podía tener bebés” (Wendy, GF3).

Daniela: *“Sí conocía la mayoría de los anticonceptivos, pero nunca usé uno.”* **Moderadora:** *“Nunca usaste uno, ¿por alguna razón en específico?”*

---Daniela: *“Pues es como comerte una paleta con envoltura [Risas].”*
(Daniela, GF5).

Paty señala que usaban condón ella y su pareja, pero en una ocasión no lo usaron por estar bajo los influjos del alcohol.

Paty: *“...pues es que andábamos en una fiesta y pues en ese momento no... andábamos tomando... sí pues cada vez que teníamos relaciones usábamos métodos, el condón, pero ya después, esta vez andábamos en una fiesta y ya no lo usamos”.* **Moderadora:** *“ah ok, entonces ya esta vez cuando quedaste embarazada es cuando andaban en la fiesta y no usaron método.”* (Paty, GF6).

3.2.2 Planeación del embarazo

Respecto a la planeación del embarazo, ya que una parte de las entrevistadas vivía en pareja antes del embarazo, una parte de ellos son buscados o planeados. En este grupo 8 chicas de 21 expresaron haber planeado su embarazo. 6 manifestaron no haberlo planeado e incluso 1 de ellas expresa haber pensado en el aborto.

Magaly: *“porque queríamos un hijo, mi esposo quería un bebé.”*

Moderadora: *“tu esposo quería un bebé”* **---Magaly:** *“Sí, y yo también”.*

(Magaly, GF2).

Algunas chicas que no vivían en pareja plantean su deseo de buscar el embarazo, razón por la cual dejaron de usar métodos anticonceptivos.

Mariana: “Yo desde que estaba morrilla yo decía que quería pero dos gemelitas, y al último cuando me di cuenta que estaba embarazada, yo quería niño y me salió niña” **Moderadora:** “Querías niño, y te salió niña, ¿pero entonces tú desde joven querías tener hijos? ¿A qué edad te hubiera gustado tener tu primer bebé?” ---**Mariana:** “Como a los 18 ... me adelanté.”

Moderadora: “Ok. Gracias. Nancy, dime, cuando te embarazaste ¿tú buscabas embarazarte? ¿Sí? ¿Por qué querías un bebé?” ---**Nancy:** “Pues no sé, tenía la sensación, de sentir qué se sentía ser mamá”.
(Nancy, GF3).

En otros casos el embarazo fue más bien accidental. Una de ellas señala que no quería tener hijos porque veía como batallaba su mamá con sus hermanos.

Wendy: “Yo la verdad no quería hijos, yo veía a mi amá que batallaba, y tengo dos hermanitos más chiquitos y decía “ay no” y pues cuando me di cuenta que estaba embarazada yo la verdad sí siempre salía a partys y todo, y cuando empecé que con ascos y yo decía ay no es que no estoy embarazada...” (Wendy, GF3).

En el caso de Paty, también un embarazo no planeado, ella decide no unirse a la pareja aunque el padre del bebé quiere que vivan juntos.

Paty: “yo lloré mucho... porque no sabía si de emoción o de miedo, y luego aparte porque cómo lo iban a tomar mis papás... que se fueran a enojar, que se emocionaran, o no sé, y luego como estoy estudiando también la pensaba mucho eso, y ya cuando le dije al muchacho pues me dijo que nos juntáramos pero no quise porque no, yo siento que no, prefiero estar sola...sí, bueno así ya que de hacerme yo cargo de algo, así por decir de la casa, pero es muy diferente estar en pareja con alguien y estarte nada más con él bebé.” (Paty, GF6).

Una de las participantes plantea que su novio la presionaba para que se unieran en pareja pero ella no quería, ella cree que el rompió el condón a propósito para presionarla a unirse.

Brenda: “yo este, yo me quería esperar, no más que mi pareja siempre me decía que ya se quería juntar, pero yo le decía que no, entonces me dijo que se rompió el condón y pues salí embarazada. . . pero si nos cuidábamos [risas] y pues nada salí embarazada [risas]”. **Moderadora:** “entonces sí usabas el condón pero se rompió en esa ocasión.” ---**Brenda:** “pues supuestamente él me dijo ... pues es que siempre decía que no y no, y no sé qué conmigo entonces si yo, yo le decía que no y supuestamente se le rompió [risas] y lo hizo de adrede.” (Brenda, GF6).

Lorena, Paty y Daniela expresan su frustración por un embarazo no deseado, aunque al final prevalece la aceptación ante una situación que no pueden modificar. Se plantea la idea del aborto, pero, en cierta parte la falta de acceso a éste hace que terminen aceptando el embarazo.

Lorena: “ah no pues me sentí enojada... porque no quería tener un bebé todavía... pues ya, ya, estuve pensando mucho y pues ya dije: “pues ya ni modo” (Lorena, GF7).

Daniela: “Yo cuando supe que estaba embarazada yo lloré, porque no sabía qué iba a hacer en ese momento, uno como madre pues nunca es experta como mamá y me quedé así de qué voy a hacer, cómo le voy a hacer, no sé ser madre yo quería llorar en ese momento y sí quería abortar... en ese momento yo no estaba bien con mi pareja y no quería tener un hijo tan rápido, por eso era el motivo, lloré pero no sabía qué hacer, sino pues ya con el tiempo, mire ahí está [risas] mi niña.”

Moderadora: “Bueno dices que tú sí querías abortar, pero dices que con el tiempo lo quisiste, ¿qué fue lo que te hizo quererlo con el tiempo?” ---

Daniela: “Pues al momento, cuando vas a visitas a los ultrasonidos y escuchas el corazoncito, al momento que empiezas viendo cómo va creciendo, cómo se va formando, es cuando lo empiezas a querer a sentir...” (Daniela, GF5).

Algunas de las adolescentes señalan la búsqueda del embarazo como algo deseado, como algo que “tocaba” por tener ya algún tiempo con su pareja. Estas chicas iniciaron el noviazgo a edades tempranas. Una de ellas señala que inició vida sexual a los 16 porque ya tenía 4 años de noviazgo, lo que indica que inició el noviazgo a los doce.

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

La mitad de las adolescentes ya estaba fuera de la escuela al momento del embarazo. Sin embargo en la otra mitad el embarazo trunca los estudios, son

pocas las que tienen un proyecto de vida en torno a una carrera. A veces es la presión que ejercen los familiares lo que lleva a las adolescentes a desear continuar o a continuar los estudios.

Arleth: *“Acabar la prepa, pero pues también salí embarazada”*

Magaly: *“Yo terminé el primer año de preparatoria, pero me salí porque me daba mucha hueva a veces que se me pasaba el camión de allá de arriba y pues tenía que irme caminando y ya no quise ir, y pues ya duré mucho sin ir, un año creo, y al año quedé embarazada, pero pues mi esposo me dice que siga estudiando. Me faltan dos años para terminar la prepa.”*

Moderadora: *“¿te gustaría terminarla?”* ---**Magaly:** *“Sí. De hecho lo voy a terminar en un examen... no sé, y luego ya después la universidad. Hacer una carrera.”*

Joselin: *“pues yo estaba estudiando en... cuando me embaracé estaba estudiando. Seguí estudiando, no me quise salir ni nada, vivía en la casa de mis suegros, ya después cuando tenía como cuatro meses ya decidí salirme de ahí, y ahora vivo sola y sigo estudiando, bueno, vivo con mi pareja, y sigo estudiando”* **Moderadora:** *“¿en qué grado vas?”* ---**Joselin:** *“En quinto semestre [de preparatoria]”. (Joselin, GF4).*

En algunos casos el embarazo viene con complicaciones, lo que fuerza a dejar la escuela y el trabajo, así también, las complicaciones económicas y el cuidado de los hijos dificultan el continuar estudiando a pesar de las intenciones de hacerlo.

Jaqui: “Estaba estudiando... Nomás terminé primer semestre de prepa... dejé de ir porque tuve amenaza de aborto, y trabajaba y estudiaba, y pues ya dejé de trabajar y de estudiar. (Jaqui, GF4).

Paty: “pues yo tengo carrera terminada como técnica en electromecánica, entonces ya iba a entrar a trabajar en una maquila en eso, y pues ya no pude, y entonces cuando terminé esa carrera, vine aquí al comunitario porque a mí me gusta mucho tratar con los niños, vine agarrar la de asistente educativo, pues ya yo quería trabajar en una maquila y ya con eso pagar los estudios y todo eso, y ya cuando supe que estaba embarazada, sentí como que ya el mundo se me cerraría y ya no podía hacer nada, hasta cuando mi mamá me dijo eso, y pos ahorita los planes son que ya cuando me alivie pos un mes, ¿es un mes, no?, la cuarentena algo así, y de ahí buscar trabajo en un maquila que está aquí... se llama... y ahí tiene guardería adentro, y ya en lo que termino de estudiar aquí, pues quisiera hacer la universidad en la UPN” **Moderadora:** “entonces sigues estudiando, tu plan es que entrarías a trabajar en una maquiladora donde tienen guardería y luego entrar a la UPN ¿sí? dices ¿consideras que tienes lo necesario para hacer tus planes?” ---**Paty:** “pues sí y no” **Moderadora:** “¿por qué sí y no?” ---**Paty:** “porque pues como no trabajo, se me...se me complica mucho por lo de los pagos de aquí como me graduó en junio y pues ya entrando el año pues es cuando van a empezar a pedir todo.” (Paty, GF6).

Moderadora: “Ok, Matilde ¿cómo te imaginabas tu vida?” ---**Matilde:** “Yo me imaginaba seguir estudiando, seguir yendo a la prepa”. **Moderadora:** “estabas en la prepa?” ---**Matilde:** “No, ya iba a la prepa”. **Moderadora:**

“ibas a entrar a la prepa, ok, pensabas seguir estudiando, ¿Hasta qué grado querías estudiar?” ---Matilde: “pues terminar todo, la prepa”. Moderadora: “terminar toda la prepa, y luego cuando te embarazaste ¿qué pasó con esos planes?” ---Matilde: “quedaron atrás”. Moderadora: “¿por qué quedaron atrás?” ---Matilde: “pues porque (...) no sé, nomas”. Moderadora: “¿ya no seguiste estudiando?” ---Matilde: “no”. Moderadora: “¿por qué?” ---Matilde: “porque no tengo quien me cuide a la niña”. Moderadora: no tienes quien cuide a tu bebé, ok, y ¿hay algo más que tú quisieras hacer? ---Matilde: “no”. (Matilde, GF7).

En otros casos las chicas ya no estudiaban, 40% ya estaba fuera de la escuela cuando se embarazó, no hay proyecto de vida vinculado a la educación.

Keyla: “Yo no hacía nada [antes de embarazarse], yo no trabajaba ni estudiaba”. Moderadora: “Ya no trabajabas ni estudiabas. Ok ¿algo de eso quieres hacer después?” ---Keyla: “No”. Moderadora: “Keyla... ¿algo que te gustaría hacer o algo que tú quisieras lograr a futuro, algún plan?” ---Keyla: “tener mi casa... porque pues yo vivo con mi mamá, entonces tener mi casa aparte, tener tu privacidad [risas]”. (Keyla, GF3).

Entre las que se plantean una carrera como proyecto de vida está Citlali, aunque no ha terminado aún la prepa y está por tener a su bebé y a Joseline, que continúa estudiando. Aunque, parece ser que la profesión se ve más como un seguro de vida (por si no funcionan las cosas con la pareja y tener con que sostenerse económicamente) que como una forma de realización personal.

Moderadora: “¿Qué te gustaría estudiar?” **Citlali:** “Administración”

Moderadora: “Administración. Si tú decides que quieres entrar a la uni

¿tienes el apoyo, los recursos?” **Citlali:** “Sí” **Moderadora:** “¿sí? ¿Cómo le

harías?” **Citlali:** “Ah, bueno, pues primero ahorita yo ya estoy en días para

que la bebé nazca, pos por lo pronto todavía no, o sea todavía no estudiaría

la... terminaría la prepa, pero me esperaría un año, porque quiero esperar

a que la niña crezca, y ya después del año, pues meterme a estudiarla

abierta en un horario que no me quite mucho tiempo y ya

acomodarme y ya entrar a trabajar.” (Citlali, GF4).

Moderadora: “¿Sabes qué te gustaría estudiar?” ---**Joselin:** “Derecho, y

pues cuento con... pues no necesito apoyo, yo estoy comprometida y yo

quiero terminar mis estudios. Pues ahorita no para trabajar ni nada, pero

por si un día... porque me dice mi mamá que no me confíe de mi pareja,

porque con él pues nunca he trabajado y gracias a Dios nunca me ha

faltado nada, y él me dice que él me apoya en todo lo que yo quiera hacer

y hasta donde se pueda. Él es el que me apoya económicamente y todo

¿verdad? El que me mantiene y también con la escuela, y pues también

echándole ganas porque no... me dan un buen apoyo de parte de la

preparatoria, y pues ese dinero no lo contaría y pues sería para mis

estudios, porque yo sé que es cara la universidad, y yo sé que se tiene que

pagar colegiatura, pero querer es poder y mi hijo no es impedimento.”

(Joseline, GF4).

En otros casos sólo se desea terminar la prepa para conseguir un mejor

trabajo.

Adilene: *“También terminar mis estudios y trabajar”* **Moderadora:** *“Terminar tus estudios y trabajar ¿hasta qué grado te gustaría llegar a estudiar?”* **Adilene:** *“Hasta la prepa”.* (Adilene, GF4).

En cuanto a la reacción de la familia al embarazo, en el caso de las solteras, si bien al inicio hay reacciones de enojo, en la totalidad de los casos los padres terminan aceptando el embarazo y, en algunos casos, haciéndose cargo de los gastos que esto implica.

Las reacciones de las parejas de las adolescentes fueron en general de aceptación o alegría. En dos de los casos aunque ellos quieren iniciar una vida juntos ellas deciden no unirse y quedarse con sus hijos. En otro caso, la chica vivía en unión libre con el padre del bebé pero al nacer su hija decide dejarlo. Otra de las adolescentes decide terminar el noviazgo con el padre de su hijo por infidelidades de la pareja, en ambos de estos casos la reacción de la pareja de la participante fue emotiva y positiva pero la relación termina.

Una de las chicas que no quiso unirse a pesar de las insistencias de su pareja, señala que era él el que quería tener un hijo y no quiere unirse porque lo ve mayor a ella (“ya está grande”, señala), y de hecho él tiene hijos ya, la madre le reprocha que por qué no pensó antes en las diferencias de edad.

Solo algunas adolescentes expresan que sus madres, basadas en su experiencia, les decían que se cuidaran de no embarazarse y se enfocaran en estudiar, las expectativas de algunos padres era la de que ellas continuaran estudiando. Dos participantes expresan que son sus padres, y no sus madres, eran quienes les insistían que no se fueran a embarazar.

3.2.4. Estereotipos de género

Una parte de las adolescentes plantea construcciones positivas sobre la construcción social del ser mujer en contraposición a las construcciones sobre los varones.

*“Ser mujer pues está padre porque eres más trabajadora que el hombre”
(Mariana, GF3).*

Hubo quienes plantearon percepciones equitativas en el cuidado de los hijos, pero las construcciones sociales sobre lo que significa ser hombre o ser mujer siguen siendo tradicionales, las mujeres al cuidado del hogar y de los hijos, los varones al trabajo fuera de la casa para proveer económicamente al hogar.

“Pues yo digo que la palabra hombre y mujer se hacen casi, casi igual porque los hombres tienen mucha responsabilidad, tienen desvelos, llegan cansados y luego todavía el niño quiere atenciones como que tienen que develarse y todavía pues estarse al pendiente del niño y pues ser madre también es una responsabilidad muy grande porque tienes que educarlo, tienes que saber formarlo como lo que es y pues darle educación, cumplir sus necesidades, ambos complementan una parte muy importante del crecimiento de un bebé.” (Liliana, GF5)

Valeria: *“pues también se me hace igual lo mismo que dijeron ellas dos, porque los dos pueden trabajar, el hombre ayudar a la mujer”*

Moderadora: *“el hombre le ayuda a la mujer ¿Como en qué?”* **Valeria:** *“pues en cuidar al niño cuando está cansada* **Moderadora:** *ok, y entonces*

¿qué es ser mujer?” **Valeria:** “pos también cuidar a los niños hacer el quehacer de la casa”. (Valeria, GF7).

“[Los hombres]Yo digo que los que son responsables, son los que tienen que sacar adelante el hogar ¿no? Es mi punto de vista, y ya la mujer ya si las dejan [cuando el hombre abandona a la mujer], pues ya la mujer es la que tiene que salir adelante con sus hijos, (...) porque pues la mayoría de las veces es la mujer la que saca adelante a sus hijos, o sea no es necesidad tener a un hombre al lado para salir adelante. Bueno, yo porque lo he visto en mi mamá, porque ella desde chicas nos ha sacado adelante. Somos cinco y nos ha sacado adelante y sola, ha estado mi papá ahí, pero mi papá nunca ha aportado nada como mi mamá.” **Moderadora:** “¿qué tendría que hacer un hombre para sacar adelante a sus hijos?” ---
Magaly: “Trabajar”. (Magaly, GF2).

En el grupo están presentes también las construcciones sociales tradicionales negativas de los varones:

Moderadora: “Cuando piensas en la palabra hombre, ¿en qué piensas? ¿qué es ser hombre? ¿Cómo qué?” ---**Keyla:** “Un machista... pero pos también hay hombres que tienen responsabilidades y que les importa su familia y pos trabajan para mantener a su familia”. (Keyla, GF3).

Moderadora: “Ok. Gracias ¿alguien más que me quiera decir en qué piensan cuando escuchamos la palabra hombre?” ---**Wendy:** “Pues a mí se me hace que es chido, le he preguntado a un primo y me dice “ay tú piensas eso pero...” “ay sí porque a ustedes todo les vale madre””

Moderadora: “A tu primo, ¿tú piensas que es chido ser hombre, pero él

te dice que...?” Wendy: “y dice: “ay, no, pos si trabajamos y nos chingamos”, y yo le digo: “pos sí”, nomás eso... nosotras también podemos trabajar y nos chingamos, pero a nosotros que en la regla, parir un hijo, y ellos no, o sea ahorita como ahorita un bebé, y ellos no lo cuidan, ni les dan pecho.” (Wendy, GF3).

“Pero pues los cólicos los aguantamos, la regla ay no, que se anda uno rozando y luego andarme cambiando, y que andas manchada, y luego pues ya, que a un hombre le bajara pues qué chido, [risas] [hablan varios... que ellos se embarazaran... y nosotros como ellos haciéndonos, según haciéndonos allá trabajar, haciéndonos mensas allá en el trabajo, yo pienso, pues sí ¿verdad? Andar allá de borrachas y...” (Wendy, GF3)

Hubo quienes se plantearon construcciones equitativas en algunos aspectos como el trabajo y el cuidado de los hijos y el hogar pero prevalecen estereotipos en otros aspectos donde se percibe a la mujer como sensible y cariñosa y el hombre como fuerte y que no muestra sus emociones.

“Pero pues un hombre es igual que una mujer. Yo pienso que es igual que una mujer, porque no hay... no se define con características de que él trabaja y la muchacha en la casa. No, porque la mujer puede trabajar y él puede estar en la casa, entonces el ser hombre es también ser... yo pienso que también lo mismo que una mujer, nada más que la mujer pues es más sensible, es más cariñosa, esas son las características que yo se me hacen la diferencia, y un hombre es más fuerte, no demuestra su debilidad, y un hombre es más... Yo pienso, verdad, con mi pareja, que él es muy presumido ¿no? O no sé, con su bebé, que ya lo tiene y todo, y él

le da más ánimos, y no sé, pues yo pienso que es lo mismo que la mujer”
(Joselin, GF4).

3.2.5. Presencia de violencia en la familia de origen y en la de convivencia

En este grupo parece haber una menor presencia de violencia que en el grupo de las subsecuentes. Sólo 6 de 21 chicas aceptaron haber vivido situaciones de violencia, sin embargo sólo 2 fueron violencia física: en un caso son peleas entre hermanas y en otro caso violencia del hermano hacia la cuñada, en los otros 4 casos expresan como situaciones de violencia el ser ignoradas por los miembros de su familia o no recibir atención para expresar sus emociones.

Moderadora: *“En algún momento ustedes se sintieron ignoradas? ¿Alguien? A ver”* ---**Magaly:** *Pues yo siempre me iba por mi lado, ya todos agarrábamos nuestro rumbo, ya hasta que pues sí ya en la noche que llegaban todos pues ya nos veíamos todos, pero pues no... de que estuviéramos así unidos, nada. (Magaly, GF2).*

“Pues es que mi familia no... yo era para mi familia como si no existiera, pos porque yo era... mi papá se tuvo que hacer cargo de nosotros, pero realmente él solamente trabajaba, nunca nos dedicaba tiempo, y la... con la que nos tuvimos que quedar fue con mi abuelita, y mi abuelita, o sea, mi abuelita quería más... como tengo dos hermanas que son del paso, las quería más a ellas y las consentía, más a ellas y yo era como que no... pues no me tomaban en cuenta y pues siempre fui así ignorada por ella.” (Jaqui, GF4).

3.2.6. Discusión

Los métodos más enunciados son las pastillas anticonceptivas y el condón, señalan haberse protegido al inicio de las relaciones sexuales con alguno de estos dos, pero no hicieron un uso consistente de los métodos, lo que en algunos casos llevó al embarazo. Existe información errónea sobre los métodos en algunos casos (“porque una amiga también así su papá la cuidaba con pastillas, y creo que se le había secado la matriz, y no sé qué, y no podía tener bebés”, expresa una de las chicas) y probablemente falta de acceso efectivo en otros casos, ya que algunas chicas comentan que conocen pero no usaron métodos aunque no declararon desear el embarazo. Persiste también una falta de percepción de riesgo hacia ETS además del embarazo.

Identificamos una falta de agencia y empoderamiento sexual en una parte del grupo de participantes, ya que algunas chicas asumen el coito como algo que “les pasó”, el deseo sexual como irrefrenable y no señalan una causa para no usar métodos a pesar de conocerlos, lo que pudiera indicar también una falta de poder de negociación en la decisión de usar métodos con sus parejas sexuales (una señala que su pareja sí quería hijos y ella no e insinúa que él pudiera haber provocado el embarazo no usando el condón) y una falta de percepción de riesgo. En este grupo se menciona menos la carencia afectiva que en el grupo de las participantes con embarazo subsecuente. La carencia afectiva puede ser aprovechada por las parejas, particularmente por las parejas adultas, para ejercer coerción sobre las jóvenes para tener relaciones sexuales.

Especial atención merecen los casos con diferencias de edades de más de 3 años y donde la adolescente es menor de 14 años al inicio de la vida sexual, aunque en todos los casos mencionan relaciones consensuadas se pone en

entredicho el consenso cuando hay un menor y un adulto involucrados. Algo que llama la atención es la ausencia de mención de conflicto de los padres sobre las diferencias de edad ya que ninguna comenta ni en este grupo ni en las subsecuentes, haber tenido problemas en sus familias que, o bien no sabían de estas diferencias de edad, o bien lo aceptan como algo normal. Parece ser que el contexto en el que se desenvuelven las jóvenes normaliza estas diferencias y el inicio temprano al noviazgo y a la vida sexual.

En esta población parece haber insuficiente información sobre métodos anticonceptivos, imaginarios sobre “el ideal del amor romántico” y una baja percepción de riesgo, todos ellos factores que favorecen el embarazo adolescente.

Una parte del grupo plantea concepciones tradicionales y estereotipadas negativas sobre la masculinidad (patán...) 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 y de crianza). Algunas hablan ya de la necesidad de la convivencia entre el padre y sus hijos. Otra parte del grupo habla de mujeres y hombres como equivalentes en valor y donde ambos pueden trabajar y colaborar en la casa. Adicionalmente, algunas chicas expresan el trabajar como un plan futuro o deseo, lo que plantea la presencia de otras construcciones sobre el ser mujer ya no sólo en el ámbito de lo doméstico sino también en la esfera pública.

En algunas chicas sigue presente 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; sin embargo, un grupo de ellas habla de

las dificultades que implica el ser madre y las renunciaciones que han debido hacer para cumplir con el rol materno, lo que de alguna manera señala una percepción más realista y menos romántica de la maternidad.

En el grupo de díadas se perciben mayores expectativas de estudio y trabajo en comparación con las subsecuentes, la realización personal pareciera tener un abanico más amplio de posibilidades que únicamente la maternidad. Algunas participantes plantean el trabajar como un plan de vida y señalan su frustración por posponer o modificar sus planes debido al embarazo.

Sólo en dos casos las chicas expresan la falta de aceptación del embarazo en su familia o relaciones afectivas cercanas, la mayoría expresa, si bien enojo inicial de los padres, sobre todo del padre, luego señalan la aceptación y alegría por la llegada del nuevo miembro a la familia.

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.

Los mensajes que se transmiten de madres (e incluso padres) hacia las hijas es de cuidarse de un embarazo, de la gran responsabilidad que implica el tener un hijo, les recomiendan estudiar y aprovechar el apoyo para continuar preparándose, sin embargo, el contexto y las carencias de información y recursos rebasa los buenos deseos de las madres para sus hijas. No hay en estas familias un modelo previo de escolaridad, ya que en ninguno de los casos los padres tienen estudios universitarios.

[3.3. Programas vinculados a la prevención del embarazo adolescente](#)

Actualmente no existe un programa que se enfoque en una población con alto riesgo de embarazo adolescente como lo son las adolescentes hijas de madres

con embarazo temprano. Sin embargo, existen algunos programas que pueden vincularse a la prevención del embarazo adolescente en general o de la prevención o disminución de las consecuencias negativas del embarazo temprano. 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 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 médica 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).

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). 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 sus embarazos fueron no planeados.

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.

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 prevenir el embarazo de hijas cuyas madres iniciaron la maternidad en la adolescencia y de controlar la fecundidad en las hijas adolescentes que ya son madres.
2. Población. Mujeres de 15 a 19 años con o sin embarazo adolescente que son hijas de madres que iniciaron su maternidad en la adolescencia.
3. Priorizar las zonas de vulnerabilidad social del Municipio de Juárez. Identificar las zonas en las que a través del índice de rezago social del CONEVAL muestren mayor vulnerabilidad.

La ilustración 1 describe el problema que se identifica con relación al embarazo en diadas 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.

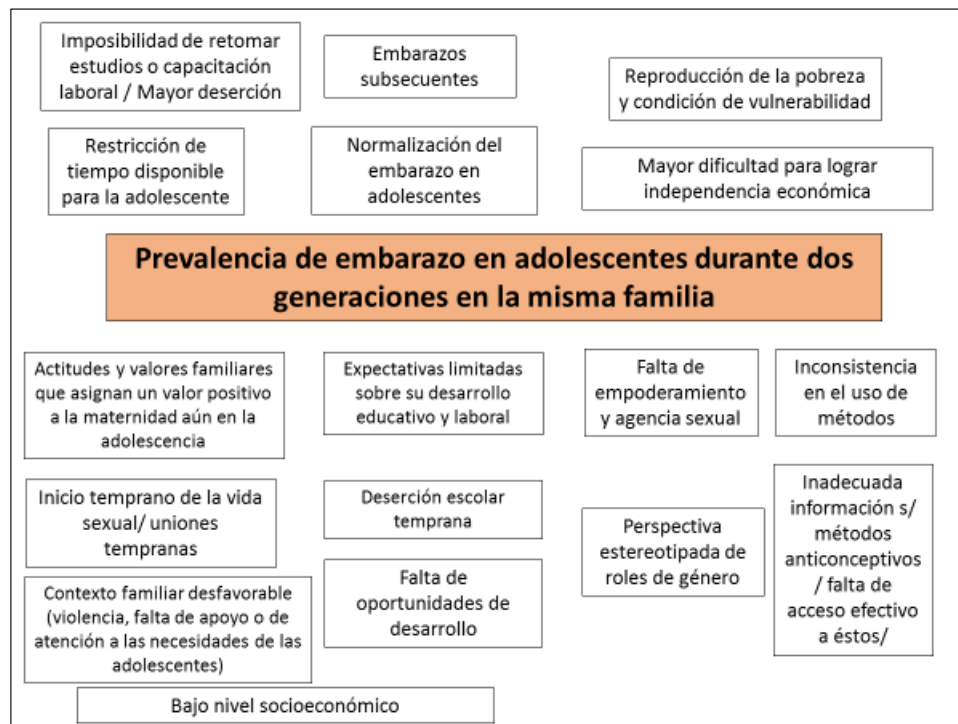


Ilustración 1. Identificación del problema y las causas y consecuencias de la prevalencia del embarazo en adolescentes cuya madre a su vez fue madre adolescente.

En la ilustración 2 se realiza la identificación de objetivos y metas, planteándose como objetivo disminución/eliminación del embarazo en adolescentes cuya madre a su vez fue madre adolescente.

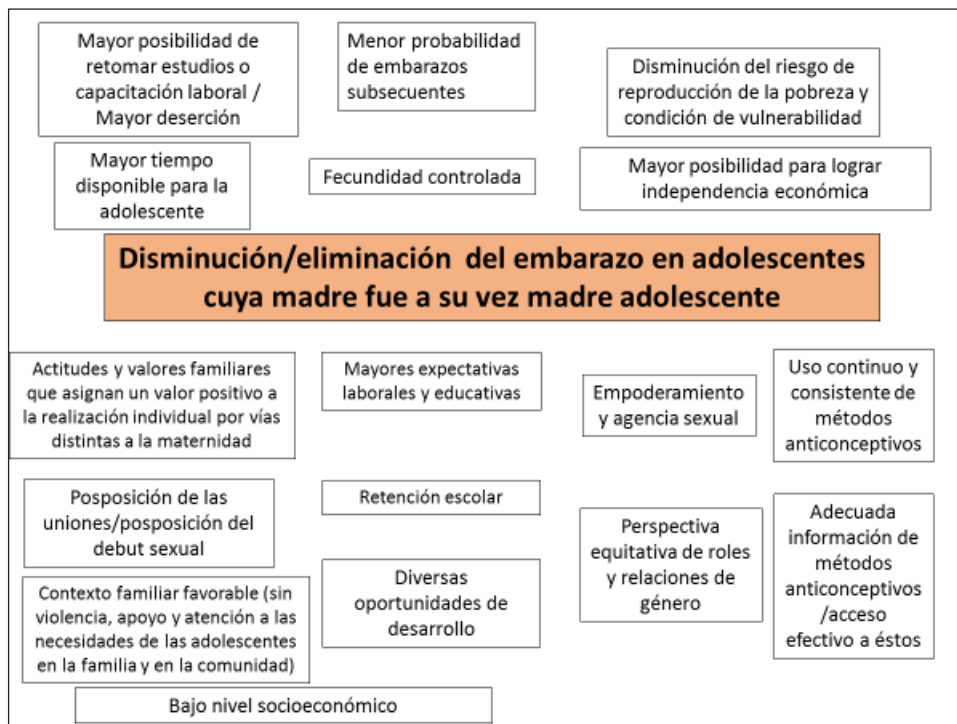


Ilustración 2. Identificación de objetivos y metas para la disminución/eliminación del embarazo en adolescentes cuya madre a su vez fue madre adolescente.

En la ilustración 3 se plantean alternativas que pueden ayudar a cumplir el objetivo para la disminución/eliminación del embarazo en adolescentes cuya madre a su vez fue madre adolescente.

La solución que se sugiere es un programa de reinserción escolar enfocado en reinsertar a todas las desertoras, con un programa complementario de apoyo de cuidado infantil para quienes ya son madres adolescentes. Otro programa complementario a éste sería un programa de retención de estudiantes con riesgos sociales para el embarazo adolescente, incluyendo en esta población a aquellas que provienen de hogares donde la madre fue a su vez madre adolescente.

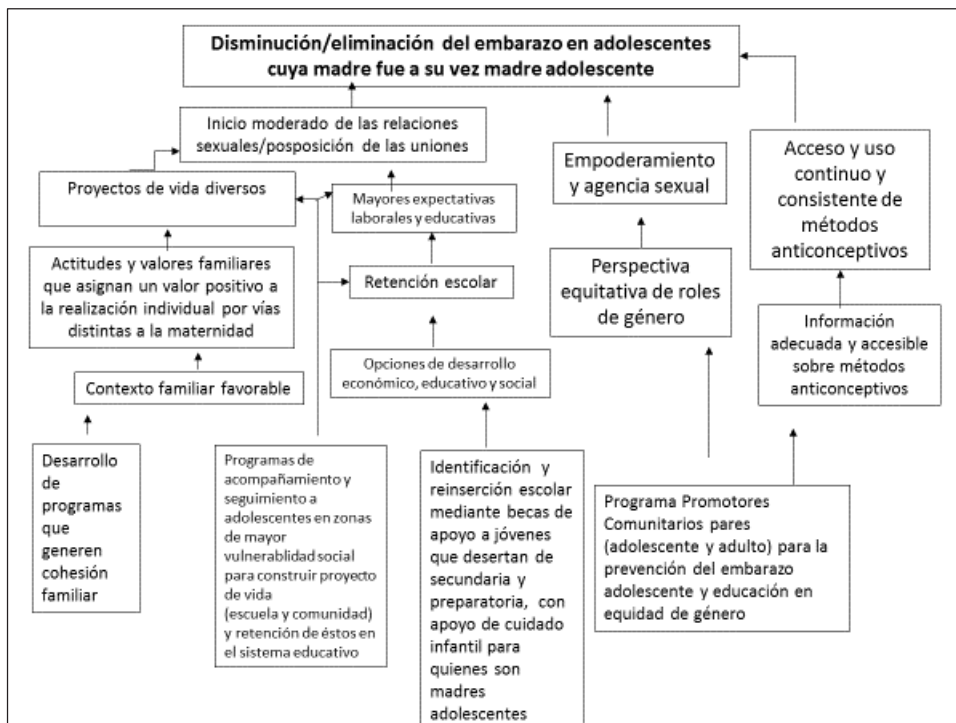


Ilustración 3. Alternativas de solución para la disminución/eliminación del embarazo en adolescentes cuya madre fue a su vez madre adolescente.

Modelo de implementación/proceso operativo

El objetivo del programa es prevenir un embarazo en familias de alto riesgo que se considera son aquellas donde hay antecedentes de embarazo adolescente en la madre y prevenir embarazos subsecuentes en aquellas que ya son madres adolescentes.

La identificación de las desertoras se puede realizar a través del sistema educativo, ya sea de las que desertan en el mismo nivel o las que desertan en la transición al siguiente nivel educativo. El programa se sugiere para todas las desertoras y no sólo para aquellas que son madres, ya que una vez fuera de la escuela el riesgo para un embarazo temprano se incrementa para las desertoras. Para aquellas que se busca reinsertar y que ya son madres debe establecerse un programa de apoyo al cuidado de sus hijos, complementario al programa de

reinserción, ya que difícilmente regresarán si no se resuelve el problema del cuidado infantil, para ellos pudieran establecerse ciertas escuelas en la ciudad que presten este apoyo donde además se trabaje en un clima de respeto y apoyo para quienes ya son madres. Este programa puede ser administrado desde la Secretaría de Educación Pública a través de los sistemas de secundaria y preparatoria. Para el programa complementario de retención de población con riesgos sociales para el embarazo temprano se puede identificar a la población en riesgo mediante el llenado de una ficha en el sistema escolar, donde uno de los riesgos identificados sería el provenir de una familia donde la madre experimentó un embarazo adolescente.

La medición del cumplimiento de las metas pudiera evaluarse desde el número de estudiantes reingresadas al sistema educativo, las diferencias entre ingreso y egreso y el número de madres adolescentes que reingresaron y completaron el nivel académico.

Conclusiones

El embarazo adolescente es multicausal, las adolescentes con mayor vulnerabilidad social se ven expuestas a un mayor riesgo de embarazos adolescentes; algunas de estas adolescentes viven en familias cuya madre fue a su vez madre adolescente y se caracterizan por menores recursos educativos y económicos. Lo anterior puede dar lugar a un inicio más temprano a la sexualidad y menos opciones de proyectos alternativos de vida distintos a la maternidad, por una parte, al estar insertas en un contexto familiar y comunitario que tiene normalizada la maternidad en mujeres de corta edad y que reproduce roles y estereotipos tradicionales de género; por otra, al vivir mayoritariamente en contextos en los que priva la falta de oportunidades. La deserción escolar

incrementa la vulnerabilidad y con ello el riesgo de embarazo temprano. Conforme se incrementan las vulnerabilidades sociales el riesgo se hace mayor, por ello se sugiere trabajar en la reinserción escolar de las adolescentes en general, en particular de las adolescentes que ya son madres y retener a aquellas cuyas madres fueron madres adolescentes, para disminuir el riesgo de un embarazo temprano o bien embarazos subsecuentes, así como reproducir el ciclo de pobreza intergeneracional.

Referencias bibliográficas

- 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 Almeida, M. da C. C., & Aquino, E. M. L. (2009). The role of education level in the intergenerational pattern of adolescent pregnancy in Brazil. *International Family Planning Perspectives, 35*(3), 139–146. <https://doi.org/10.1363/3513909>
- 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-iefas-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>
- González A, E., & Molina G, T. (2007). CARACTERÍSTICAS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE DE MADRES A HIJAS. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 72*(6), 374–382.
<https://doi.org/10.4067/s0717-75262007000600004>

- González, E., Leal, I. F., Molina, T. G., & Chacón, P. (2013). Patrón intergeneracional del embarazo adolescente en las hijas de una cohorte de mujeres que controlaron su primer embarazo en un centro integral para adolescentes embarazadas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78(4), 282–289. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262013000400006>
- 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
- Kahn, J. R., & Anderson, K. E. (1992). Intergenerational patterns of teenage fertility. *Demography*, 29(1), 39–57. <https://doi.org/10.2307/2061362>
- 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 Pública de México*, 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 México*, 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%0AADOLESCENCIA.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.

INMUJERES

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

PROEQUIDAD

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Avances de Estudio sobre Embarazo Adolescente en Diadas Madre e Hija	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	daguilars@uacj.mx	
M	GEORGINA MARTINEZ CANIZALES	49	1848856	gmartine@uacj.mx	
M	ELDA B. AGUILAR RODRIGUEZ	32	656 3056241	elda.aguilars@uacj.mx	Elda
M	BEATRIZ DIAZ TORRES		638-1981	bdiaz@uacj.mx	
M	OLGA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ		652-236955	ohernand@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: _____

PROEQUIDAD

MINUTA DE REUNIÓN

NOMBRE DE LA REUNIÓN: Reunión de Discusión de avances del Estudio sobre Embarazo adolescente en diadas madre e hija, en el Municipio de Juárez	
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

- Avance de las actividades para la integración del Estudio sobre Embarazo Adolescente en diadas Madre e Hija, en el Municipio de Juárez, Chihuahua
- Entrega del Estudio sobre Embarazo Adolescente en Diadas de Madre e Hija en el Municipio de Juárez, Chihuahua
- Inicio de las actividades para el estudio del Embarazo Adolescente en Diadas de Madre e Hija, en el Municipio de Chihuahua.

ACUERDOS Y COMPROMISOS

- Hacer el esfuerzo por convocar a las participantes de los grupos focales en los municipios pendientes, de acuerdo al eje metodológico que se analiza para profundizar en el mismo:
 - Que, al hacer nuevamente la convocatoria para los grupos focales en Chihuahua y Delicias, se tenga el cuidado de identificar en un primer momento cuales adolescentes se encuentran en el supuesto de una diada madre e hija embarazadas en la adolescencia
 - 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.
- Se iniciarán las actividades para la recolección de información para los Municipios de Chihuahua y Delicias los días del 10 al 12 de febrero, y en el Municipio de Delicias en los días 13 y 14 del mismo mes.
- Pedir apoyo para la organización y logística de los grupos focales, a las instituciones asistentes a la reunión del 31 de enero en Chihuahua
- Debido a la reunión en Chihuahua el mismo día que se entregará el Estudio sobre Embarazo Adolescente en diadas de Madre e Hija, se acuerda negociar una prórroga para la entrega hasta el 3 de febrero del 2020.

* 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: