

UN ACERCAMIENTO AL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA: DE LA VISIÓN MÉDICA A LOS ESTUDIOS DE GÉNERO

Por: **Beatriz Mayén Hernández**¹

2004

En este ensayo se sistematizan algunos estudios que enmarcan el análisis del Embarazo Adolescente en nuestro país, se parte de un panorama general de la salud sexual juvenil enfatizando lo relativo a las relaciones sexuales, el VIH/SIDA y la violencia de género. En un segundo momento se recorre la trama desde las investigaciones médicas centradas en el cuidado de la salud de la madre y el hijo hasta los estudios de género, particularizando en la violencia a las mujeres embarazadas. Se concluye con los resultados de la evaluación a los programas de adolescentes, focalizando la atención en el desempeño de los proveedores de servicios de salud.

La intención es reactualizar la trama en la que se reconozca que el Derecho a la Salud es una garantía individual, cuyo reconocimiento se inicia en 1910 y se formaliza en el artículo 4º. de la Constitución Mexicana. Por esta razón, la atención a las madres adolescentes es una prioridad y obligación de Estado, como una prerrogativa del derecho a la salud que se fundamenta en los Tratados Internacionales y el Derecho a la libre determinación sobre el cuerpo.

1. LOS ADOLESCENTES Y LA SALUD SEXUAL

1.1 Presencia de adolescentes en el mundo

Actualmente en el mundo se cuenta con más de mil millones de adolescentes entre los 10 y 19 años de edad, 85% de los cuales viven en países en vías de desarrollo. En nuestro país, la población adolescente se ha duplicado en los últimos 30 años,

¹ Pedagoga, especialista en el diseño de modelos educativos. Maestrante en Pedagogía especialización en Diversidad Cultural, División de Estudios de Posgrado de la UNAM. Coordina los Programas Educativos de Afluentes, S.C.

pasando del 11.4% en 1970 al 21.3% millones en 1999. El rápido crecimiento demográfico propicio una distribución por edades marcadamente joven, con una elevada proporción de niñas, niños, adolescentes y jóvenes. De acuerdo al INEGI (2002) la población joven entre los 15 y 29 años asciende a 27.2 millones que corresponde al 28.5% de la población total. De este volumen, el 48% son hombres y un 52% son mujeres.² Entre el año 2000 y el 2020 el grupo más grande de población será el de 10 y 19 años³.

Aproximadamente el 40% de las y los jóvenes mexicanos viven en el campo, lo que trae como consecuencia que sus demandas se relacionen con las oportunidades de acceso al sistema educativo y a la búsqueda de fuentes de trabajo que les permita mejorar sus condiciones de vida. De acuerdo con el CONAPO⁴ la tercera parte de la población joven (siete millones) vive en hogares en situación de pobreza, la mayoría abandona la escuela a edad temprana y la migración se constituye en un medio recurrente para mejorar sus ingresos. Casi tres de cada diez migrantes hacia los Estados Unidos (28.1%) tiene entre 15 y 24 años, muchos de estos jóvenes no han tenido experiencia previa de migración y tres cuartas partes, no cuentan con documentos para ingresar al país vecino.

1.2 Relaciones sexuales en las y los jóvenes

En cuanto a la salud sexual, a la par de lo que sucede en casi todo el mundo, una gran cantidad de jóvenes mexicanos inicia su actividad sexual en la adolescencia. Los hallazgos de investigaciones cualitativas⁵ en nuestro país confirman que el inicio de la vida sexual es una de las experiencias más significativas en la trayectoria de vida, un acto que está fuertemente influido por el género, los valores personales y las creencias. De acuerdo con la Encuesta Nacional del Instituto Mexicano de la Juventud (2000), el 54.9% de los jóvenes entre 12 y 29 años ya han tenido relaciones

² INEGI/INMUJERES. Mujeres y Hombres 2002. Instituto Nacional de Estadística, Geografía en Informática. México 2002.

³ SSA: Programa Nacional de Salud 2001-2006, México, 2001.

⁴ CONAPO: V Informe de avances del Programa Nacional de Población 1995-2000. México, 2000.

⁵ Mayén Beatriz, et al. Género y embarazo entre jóvenes. MEXFAM, AFLUENTES, INSAD, México, 2002.

sexuales, de estos, el 59.6% son hombres y el 50.6% mujeres. De esta proporción el 21% tuvo relaciones sexuales antes de los 20 años.

El inicio de la vida sexual no es un asunto trivial, se ve influido por las condiciones culturales y económicas en las que se desenvuelven los jóvenes y la presencia de los medios de comunicación. La televisión, las revistas y la escuela son las instancias que favorecen el acercamiento a temas sexuales. Además, sabemos el 34.1% de los jóvenes reconocen a la escuela como el medio del cual más han aprendido acerca de la sexualidad, en segundo lugar a padres y madres de familia con un 24.4% ⁶.

La comunicación y la calidad de las relaciones familiares son fundamentales para que los jóvenes hagan frente situaciones de la vida personal y en el ámbito de la sexualidad se eviten: embarazos deseados, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, abortos, uniones forzadas, relaciones sexuales sin protección, o ser víctimas de la violencia en la familia, abuso sexual, violación o discriminación por orientación sexual. Por otro lado los movimientos migratorios representan un factor de riesgo, en la medida que se favorecen encuentros sexuales ocasionales con parejas a las que se conoce poco.

1.3 VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en México ocurren anualmente siete millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables: tricomonas, clamidia, gonorrea y sífilis. El VIH/SIDA es la tercera causa de muerte entre los hombres de 25 a 34 años de edad y la sexta entre las mujeres de esa misma edad. Tomando en cuenta el largo periodo de incubación del virus puede afirmarse que la infección suele ocurrir durante *la adolescencia y juventud*, etapa en la cual deben concentrarse los esfuerzos de la prevención.

⁶ SEP/IMJ (2002) Encuesta Nacional de Juventud 2000. Jóvenes mexicanos del siglo XXI. México.

SIDA EN MEXICO, JUNIO 2003

CASOS ACUMULADOS SIDA Nacional	69,795
PERSONAS INFECTADAS VIH	De 116,000 a 177,000
CASOS ENTRE 15 y 44 años	39,064
MENORES DE 15 AÑOS	1,324
CASOS DE 45 AÑOS O MÁS	12,752

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA. CENSIDA. Junio, 2003.

La vía de transmisión sexual es la más importante, con un 89.4% de los casos de los cuales más de la mitad corresponde a la categoría homo y bisexual y una tercera parte a heterosexuales. Por vía sanguínea, se transmiten el 8.3% de casos, un 1.9% por vía perinatal, por otras vías no especificadas el 0.4%.⁷ La relación hombre-mujer, en las zonas urbanas, es de una mujer infectada por cada seis hombres y de una mujer por cada cuatro hombres en las zonas rurales.

1.4 Violencia de género

La violencia contra la mujer representa un grave problema de salud en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año más de 1.6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal y colectiva. La violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, para la población de 15 a 44 años.

La OMS destaca que la violencia juvenil es una de las formas de violencia más visibles en el mundo. En casi todos los países, los adolescentes y los adultos jóvenes son las principales víctimas como los principales ejecutores de la violencia. En el año

⁷ CENSIDA. El SIDA en México. Categorías de transmisión. Registro Nacional. Junio, 2003.

2000, se produjeron 199 000⁸ homicidios de jóvenes, lo que representa el 9.2 por 100 000 habitantes. Un promedio de 565 niños, adolescentes y adultos jóvenes de 10 a 29 años de edad, mueren cada día como resultado de la violencia interpersonal. En México, las agresiones con arma de fuego provocan el 50% de los homicidios de jóvenes, las tasas permanecieron altas y estables, aumentando del 14.7 por 100 000 habitantes al 15.6.

En torno a la violencia sexual ha sido un tema que poco se ha documentado, los datos disponibles por la OMS indican que una de cada cuatro mujeres, puede ser víctima de violencia sexual por parte de su pareja y hasta la tercera parte de las adolescentes (4 de 6), reporta que su primera experiencia sexual fue forzada. Sin duda, este tipo de violencia tiene efecto en la salud física y mental, además de asociarse a un mayor riesgo de problemas de salud reproductiva.

La literatura reporta que se da distinto tipo de violencia de género dependiendo del ciclo de vida de las personas. Se sabe que la violencia durante la adolescencia ocurre por compañeros del sexo opuesto y novios, ocurren relaciones sexuales forzadas por motivos económicos, abuso sexual en el trabajo, violación, hostigamiento y asedio sexual, la prostitución forzada y tráfico de mujeres.

En nuestro país, hasta el momento no existen estadísticas que den cuenta de dimensión de la violencia a las mujeres se han realizado estudios locales, algunos de los cuales se presentan en el siguiente recuadro:

⁸ OPS/OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, 2002.

VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LAS MUJERES EN MÉXICO⁹

FUENTE	RESULTADOS
Ramírez J.C. y Vázquez G. (1992) Mujer y violencia un hecho cotidiano en Salud Pública de México. Guadalajara; Jalisco	57% de las mujeres del área urbana y 44% de las mujeres del área rural reportan algún tipo de violencia.
Granados M. (1995) Salud reproductiva y violencia contra la mujer: una aproximación desde la perspectiva de género. El caso de la zona metropolitana de Monterrey, México citado por Venger.	46% de las mujeres sufren algún tipo de violencia. La prevalencia era superior en las de menor edad y en las de bajo nivel socioeconómico.
Encuesta de opinión pública sobre la violencia intrafamiliar en 9 ciudades del país. COVAC (1995).	21% conoce a alguna mujer que sufre de violencia en la familia y el 35% reconoció haber vivido un problema de violencia intrafamiliar en los últimos seis meses.
Encuesta sobre violencia intrafamiliar(ENVIF-INEGI 1999) Área metropolitana del D.F. ¹⁰	En el 1.3 millones de hogares se detecto violencia intrafamiliar, de los cuales el 99% corresponden a maltrato emocional, el 16% ocurre intimidación, el 11% violencia física y el 1% por abuso sexual.

La Secretaria de Salud a través del Programa Mujer y Salud realiza de manera conjunta con el Instituto Nacional de Salud Pública una Encuesta Nacional sobre Violencia Familiar en Centros de Salud y Hospitales con mujeres que asisten a los centros de salud de: IMSS; ISSSTE y SSA y con prestadores de servicios. Hasta el momento se ha realizado la fase cuantitativa a través de la aplicación de encuestas a

⁹ Elú María del Carmen, Santos Elsa et al. Carpeta de apoyo para la atención de los Servicios de Salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia. México, 2000.

¹⁰ INEGI_INMUJERES. Mujeres y Hombres 2002. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México,2002.

26, 240 mujeres y posteriormente se desarrollarán grupos focales, entrevistas y observación para aportar a la mirada cualitativa de la violencia. Los resultados de la encuesta destacan que el 35% de las mujeres manifiestan que alguna vez en su vida han sido objeto de violencia y el 21.5% reporta que en los últimos doce meses han sido violentadas por su pareja desde golpes hasta el intento de estrangulamiento. Es común que se presenten varios tipos de violencia a la vez, en el 21.8% de los casos ocurre violencia psicológica, física y sexual. Se sabe que el tipo de violencia más frecuente es la violencia psicológica en el 91.2 % de los casos, la violencia física en el 45.4% y la violencia sexual es del 32.6%.

1.5 Aborto

De acuerdo a la Red de Salud de las Mujeres en América Latina y el Caribe, se calcula que el 10% de los abortos que se practican en el mundo corresponden a mujeres entre los 15 y 20 años. La mayoría de ellos se realizan en condiciones riesgosas y en la clandestinidad. Quienes intentan autoinducirse se exponen a complicaciones que ponen en riesgo su vida al realizarse en condiciones antihigiénicas y con personal no capacitado.

Los estudios acerca del aborto en México son limitados debido a la dificultad que representa no estar legalizado. Es frecuente que los adolescentes que recurran esta opción cuenten con muy poca información y no exista un servicio de atención. De acuerdo a la ENADID (1992) de 100 mujeres embarazadas entre 15 y 19 años el 10% abortaron siendo este el grupo de edad en el menor número de abortos se practican. Cabe señalar que esta cifra se mantiene constante, para 1997 al reportar la ENADID que el 10.5% de las jóvenes entre 15 y 24 años se han practicado un aborto.

El Programa Nacional de Salud Reproductiva señala que diariamente ocurren aproximadamente 600 abortos y 1000 mujeres adolescentes. En las zonas rurales la población femenina tiene un riesgo tres veces mayor de morir a consecuencia de la falta de acceso de métodos anticonceptivos y de una deficiente atención médica. El rezago en estas áreas es de 16 años en comparación con las zonas urbanas.

2. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

2.1 Estadísticas

El cuidado de la salud sexual de los adolescentes no puede dejar de lado la prevención del embarazo, problema que se ve agudizado por las condiciones precarias y la falta de servicios de educación y salud.

El embarazo en la adolescencia es un problema social y de salud pública con diferencias sustanciales entre el mundo subdesarrollado y el industrializado. El 10% de los nacimientos en el mundo, cerca de 14 millones, corresponde a mujeres que dan a luz entre los 15 y 20 años de edad. En nuestro país, 70 de cada mil mujeres adolescentes están embarazadas, mientras que en los Estados Unidos la tasa es de 50 por cada mil, en tanto que en Francia y en Alemania sólo 9 y 4 de cada mil adolescentes, respectivamente, presentan embarazos¹¹.

TASA DE EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA

Por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años

PAIS	NO. DE EMBARAZOS
MÉXICO	70
ESTADOS UNIDOS	52
FRANCIA	9
ALEMANIA	4

De acuerdo al CONAPO la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años ha disminuido junto con el incremento de uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, continúan disparidades que se asocian a la desigualdad social y económica. En números absolutos se pasó de 450 000 nacimientos de madres adolescentes en 1995 a 366 000

¹¹ Advocates for Youth_ Adolescent Sexual Health in Europe and the US, Why the Difference?, Washington DC, 2000 citado por Rodríguez Gabriela en Beneficios de la Educación Sexual. México, 2002. (En prensa)

en el 2000¹². La proporción de nacimientos antes de los 20 años es de 17% del total de nacimientos en el país. Para el año 2000, una de cada catorce mujeres se embaraza antes de los 20 años a diferencia de 1974, en que una de cada ocho mujeres es madre a esta edad.

DESCENSO DE MADRES ADOLESCENTES MENORES DE 20 AÑOS

1974	1992	2000
1/cada 8 jóvenes	1/cada 12 jóvenes	1/cada 14 jóvenes

Fuente: CONAPO, La Población de México en el nuevo siglo, México, 2001

El 48.4% de los jóvenes guanajuatenses entre 12 y 29 años ya han tenido relaciones sexuales, de estos, el 52.0% son hombres y el 45.3% mujeres. De esta proporción el 23.7% tuvo relaciones sexuales antes de los 20 años.

2.2 Resultados de investigaciones

2.2.1 Los estudios centrados en la salud de la madre y el hijo

El Embarazo en la Adolescencia ha sido un tema de investigación recurrente en nuestro país (1960)¹³, los primeros estudios se abordaron desde una perspectiva biomédica y demográfica, y documentaron los riesgos de la reproducción en la salud de la madre adolescente y de su hijo. La mayoría de los estudios de este corte son de carácter descriptivo y contribuyen a caracterizar a las madres adolescentes a partir de: edad, origen urbano o rural, estado civil, escolaridad, fecundidad, edad ginecológica, estado de nutrición, peso pregestacional, peso durante el embarazo y asistencia prenatal entre los más importante. Los resultados publicados en México desde 1967 enfatizan los efectos negativos del embarazo en las jóvenes y se precisa sobre las principales complicaciones obstétricas de las mujeres menores de 16 años. De 1986 en adelante proliferaron los trabajos sobre los riesgos biológicos; dentro de

¹² CONAPO: V Informe de avances del Programa Nacional de Población 1995-2000. México, 2000.

¹³ Román Rosario Et al. Riesgos biológicos del embarazo adolescente: Una paradoja social y biológica en Sexualidad y Salud Reproductiva de adolescentes y jóvenes en México. Aportaciones para la

los problemas de salud que se identifican están toxemia, preeclampsia, eclampsia y desnutrición; en sus hijos bajo peso al nacer y puntales bajos en el examen APGAR. Se reconoce que la morbilidad materna e infantil en las adolescentes es igual o menor a la reportada en adultas y la escasez de información y registros de seguimiento.

Se sabe que es posible prevenir la morbilidad si se tiene una buena alimentación y cuidados prenatales oportunos y adecuados. Sin embargo, los problemas de salud se ven influidos por el nivel socioeconómico, la educación, el acceso y calidad de los servicios de salud.

En nuestro país se registra un avance importante en los estudios sobre los riesgos biológicos en las adolescentes embarazadas, pero es necesario realizar estudios que tomen en cuenta las condiciones sociales y culturales en que viven las madres adolescentes y la influencia de la vida emocional de la madre en el vínculo con su hijo o hija. Desde este enfoque médico, los estudios dejan de lado la influencia de factores sociales y culturales en la expresión de esta problemática, y se limitan a referirlo a un campo de la vida reproductiva.

2.2.2 Estudios psicosociales y culturales.

Otros estudios con enfoque social buscan ampliar la visión y establecer la vinculación entre el Embarazo Adolescente y el contexto social, las formaciones culturales, los programas de educación sexual y el impacto de los métodos anticonceptivos en las prácticas sexuales. En este marco, la labor de las Organizaciones Civiles ha sido fundamental para impulsar los programas de formación a capacitadores y educadores en el ámbito de la salud sexual.

El embarazo en la adolescencia representa grandes obstáculos en la vida de la pareja y en especial para la mujer. Su impacto se ve influido por el contexto social y cultural

investigación acción. Claudio Stern y Elizabeth García. Colegio de México, Cuaderno de trabajo No.6, 2001.

en el que la mujer y su familia viven y las grandes diferencias regionales y geográficas. En la mayoría de los casos el embarazo ocurre sin que la pareja se lo haya propuesto como producto de los primeros encuentros sexuales.

La relación entre el embarazo y la escolaridad se ve influida por un sesgo de género y la condición económica. El proceso es complejo, la carencia de recursos económicos dificulta sostener la educación de los hijos a la que se aúna la creencia de que el estudio y la educación en las mujeres son deseables, pero no indispensables para cumplir con una misión maternal. Muchas veces la actitud de los docentes y la censura social llevan a negar el problema y dejan en la desprotección a las madres adolescentes.

Se sabe que las madres más pobres y con menos escolaridad, no sólo tienen menos oportunidades de obtener trabajos bien remunerados sino sus posibilidades de mejorar a través de matrimonio son muy limitadas. Las adolescentes embarazadas se unen a hombres que no aportan lo suficiente económicamente para mantener a la familia y sus relaciones son inestables. Algunas de las mujeres después de que nace su hijo, se integran a las familias de origen, lo que representa una mayor carga para el grupo familiar. Ser madres tan jóvenes por paradójico que parezca, les brinda otro estatus a partir del cual son reconocidas socialmente, independientemente que la familia opine acerca de su vida sexual; sin duda la responsabilidad de tener un hijo les otorga ciertos privilegios como el valor de ser madre.

Alatorre y Atkin¹⁴ aportan al estudio de la relación intergeneracional en el embarazo adolescente. Destacan que las circunstancias desfavorables de las madres adolescentes tienden a ser repetidas, con efectos más severos en la vida de sus hijas, quienes por lo regular tienen problemas escolares y resultan embarazadas a edades tempranas como sus madres.

¹⁴ Alatorre J y Atkin L. *De abuela a madre, de madre a hijos: repetición intergeneracional del embarazo adolescente y la pobreza en Familias y relaciones de género* en Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe. Schmukler Beatriz (Coord). Population Council, EDAMEX, México, 1998.

Señalan que en las familias en que se repite la maternidad adolescente pueden existir normas o creencias culturales en las que intervienen otros factores como la longevidad, el acceso a oportunidades económicas y sociales, la pertenencia a organizaciones sociales entre otros. De acuerdo a este estudio, la repetición del embarazo adolescente contribuye a la reproducción de la pobreza a través de distintos factores: las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de pertenecer a hogares más pobres en consecuencia tienen baja escolaridad y limitada capacitación para su desarrollo personal, en segundo lugar, en los hogares pobres es más frecuente que el embarazo adolescente se repita en las generaciones subsecuentes; como tercer factor refieren que las madres solteras, enfrenten problemas de inequidad con respecto a los hombres, como menor salario y escasa disponibilidad de trabajo.

2.2.3 Los estudios con enfoque de género

A partir de la década de los noventa el reconocimiento internacional del Derecho a la Salud Reproductiva propició un cambio paulatino en el enfoque de la salud juvenil y del embarazo. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) Cairo 1994, la IV Conferencia Internacional de la Mujer (Beijing 1995) son el marco para intentar un replanteamiento en las investigaciones y servicios en salud reproductiva para asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes. *La salud sexual se define como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.*¹⁵

Con el nuevo marco internacional, los Programas de Adolescentes impulsados por la OMS se centran en la prevención del riesgo del embarazo y enfatizan la necesidad de trabajar también con varones jóvenes. Se puntualizan cuatro líneas de trabajo: a)

¹⁵ Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD1994) Cairo.

salud y desarrollo, b) salud mental, suicidio y drogas c) sexualidad y salud reproductiva d) accidentes y violencia.¹⁶

Cada vez más investigaciones buscan incorporar el enfoque de género para explicar la desigualdad presente entre hombres y mujeres y la que se da entre los grupos del mismo sexo. Es principalmente en el sector salud donde se inician estos esfuerzos a través de las actividades de educación, capacitación y difusión.

Cabe señalar que el género, no sólo se expresa en los atributos de lo femenino y masculino sino toma en cuenta la interacción entre estos y los significados, las creencias y los valores presentes en la vida individual y en la organización social de una sociedad. De acuerdo a Scott¹⁷ el estudio del género ha variado con el tiempo y con los territorios sociales y culturales en que se sitúen mujeres y hombres, por ello su estudio implica una conceptualización cultural y de la organización social. Ella abre un espectro más amplio en el que relaciona cuatro planos: la producción cultural, los conceptos normativos que se expresan en el lenguaje y las narrativas, los factores políticos y económicos y la identidad subjetiva.

De acuerdo a Sherry B.Ortner, el género, la sexualidad y la reproducción son construcciones culturales simbólicas cuyos significados se entienden dentro de un amplio contexto cultural que toma en cuenta las relaciones entre los símbolos y las relaciones sociales.¹⁸ Para Lorber, el género implica el estudio del mundo de las mujeres como parte del mundo de los hombres en un sentido relacional y contra la idea de interpretar las diferencias como esferas separadas. La hegemonía masculina sustenta las prácticas de poder que incluye la explotación de los hombres hacia las mujeres, así como la subordinación y denigración de otros hombres.

¹⁶ Paul Bloem. Los hombres jóvenes un panorama internacional ponencia presentada en el Seminario Latinoamericano Trabajando con Hombres Jóvenes: salud, sexualidad, género y prevención de violencia. Querétaro, México, 2000.

¹⁷ Scott Joan et al. *El concepto de género* en *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Marta Lamas, Compiladora. PUEG_UNAM, México, 1997.

Otros estudios identifican los estilos “neomachistas”¹⁹ que cuestionan las desigualdades de género entre las nuevas generaciones y se muestra una actitud más abierta hacia la sexualidad sobre todo en las clases medias. Trabajos posteriores señalan que la permanencia de una sexualidad reproductiva está presente en los embarazos juveniles y la resistencia para incorporar prácticas sexuales preventivas ya que se viven como una amenaza a la identidad de género. Se sabe que el noviazgo es un antecedente en las relaciones sexuales y la decisión se ve instigada por el novio aunque muchas es negociada y pasa por el consciente deseo de las jóvenes.

En la investigación realizada por Rosario Román²⁰ en las colonias populares de Hermosillo Sonora para las jóvenes estudiadas, la experiencia de la juventud se vincula con los cambios que ocurren en el cuerpo, la forma de pensar, las expectativas que de ellas tienen el padre y la madre; además de la violencia doméstica, el vandalismo y la drogadicción. Las relaciones sexuales y el embarazo fuera del matrimonio no era esperado, pero lo aceptaban como un “adelanto” de lo que se iba a ocurrir en sus vidas. El embarazo se constituye en una vía para lograr poder familiar y estatus y en otros casos la vía de salvación económica y un medio para redimir prácticas sexuales prematrimoniales.

Una de las investigaciones etnográficas más recientes realizada por Gabriela Rodríguez con jóvenes rurales destaca que actualmente ocurren transformaciones en las prácticas y representaciones de la sexualidad en el cortejo. El tema del embarazo suele vincularse con relaciones premaritales que propician uniones conyugales y matrimonio y en algunos casos las historias se remiten al incesto de sus padrastros o hermanos mayores. El significado de ser madres y padres confirma la división tajante de las responsabilidades familiares; la maternidad implica cubrir o cuidar a otros y la paternidad con ser el sostén económico. Esto favorece la cercanía de la madre con los

¹⁸ Citado por Rodríguez Gabriela en La sexualidad en los procesos de cortejo: contrastes de género y generacionales en una comunidad rural. Tesis de Maestría en Antropología Social. Agosto, 2000.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Román Rosario. Del primer vals al primer bebé. Vivencias del embarazo en las jóvenes. SEP-IMJ. México 2000.

hijos y la distancia con el padre. También se asocian con la realización personal desde un sentido determinista al considerar que “es una ley de la vida”.²¹

2.3 Estudios sobre la violencia a las mujeres embarazadas

El estudio de la violencia de género representa serios obstáculos en la identificación de fuentes directas para dimensionar el problema y más aún si se presenta durante el embarazo. Se sabe que el embarazo aumenta la desprotección de la mujer y la hace doblemente vulnerable en su condición de mujer y por estar embarazada.

La mayor incidencia de agresión hacia las mujeres ocurre entre los 15 y 29 años y durante el embarazo; se desconoce cuando el embarazo es producto del abuso sexual o violación durante la adolescencia. Valdez y Sanin (1996) realizan el estudio pionero para conocer la violencia doméstica contra mujeres embarazadas. De acuerdo a este estudio el 33.5% de las mujeres había sufrido algún tipo de maltrato. La violencia se inicio en el transcurso de la convivencia con la pareja, 9% durante el embarazo y 5.4% en el momento que la pareja supo del embarazo.²²

Los efectos del maltrato en el embarazo son físicos y emocionales. La mujer desarrolla un cuadro de estrés asociado a depresión, angustia y sentimientos de aislamiento. Se detecto que los factores de riesgo de homicidio son mayores en las mujeres maltratadas durante el embarazo que en las violentadas el año anterior del mismo. Aún cuando existen hipótesis, no se conoce con certeza por qué el embarazo aumenta. Se llama la atención a que los prestadores de servicios estén conscientes de que las mujeres embarazadas tienen mayor riesgo de ser maltratadas por lo que su vida y la de su hijo está en peligro.

Los efectos en la salud de las mujeres maltratadas y del bebé son múltiples como se muestra en el siguiente cuadro:

²¹ Rodríguez Gabriela, Keijzer Benno. La noche se hizo para los hombres. Sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes rurales. Population Council, EDAMEX, México, 2002.

²² Elú María del Carmen, Santos Elsa et al. Carpeta de apoyo para la atención de los Servicios de Salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia. México, 2000.

IMPACTO DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD DE LA MADRE Y EL BEBÉ²³

Madre	Bebé
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aborto espontáneo. ◆ Parto prematuro. ◆ Desprendimiento prematuro de placenta ◆ Ruptura de útero, hígado o bazo. ◆ Riesgo dos veces mayor de presentar inflamación de membranas amnióticas. ◆ Riesgo tres veces mayor de complicaciones en el parto y postparto inmediato. ◆ Riesgo mayor en el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. ◆ Riesgo dos veces mayor de tener problemas de salud mental. ◆ Mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA. ◆ Trastornos ginecológicos (leucorrea, dismenorrea y alteraciones menstruales) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Riesgo 40 veces mayor de morir en el primer año de vida. ◆ Riesgo cuatro veces mayor de tener bajo peso al nacer. ◆ Fracturas fetales. ◆ Anemia fetal. ◆ Hipovolemia fetal ◆ Hipoxia aguda y crónica fetal. ◆ Acidosis fetal. ◆ Muerte fetal.

En nuestro país la violencia hacia las mujeres embarazadas se agudiza ante la falta de servicios adecuados, la mala alimentación y el exceso de trabajo. Además de que la

²³ Ibidem.

consulta prenatal no se relaciona con los efectos de las violencias física o psicológica debido a la falta de preparación de los proveedores de servicios de salud.

3. EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA ADOLESCENTES

3.1 La evaluación: una medida necesaria

La atención a la salud reproductiva de los adolescentes comienza en 1993, cuando la Secretaría de Salud crea el Programa Nacional para la Atención de la Salud Reproductiva del Adolescente y logra su mayor impulso en 1995 con el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.

La base de este programa toma en cuenta las recomendaciones de las Conferencias Internacionales Cairo (1994) y Beijing (1995) a partir de la cual la salud reproductiva de los y las adolescentes considera necesario:

- ◆ Proteger y fomentar el derecho de los y las adolescentes a la salud mediante servicios adecuados, concretos y accesibles.
- ◆ Fomentar la protección y la promoción de la salud de los y las adolescentes en la que se incluye la salud sexual y reproductiva.
- ◆ Formular planes de acción para adolescentes y jóvenes con base en la equidad y la igualdad entre los sexos, la conducta sexual responsable, la prevención de infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, así como contrarrestar la violencia contra los y las adolescentes.
- ◆ Asegurar que los programas y las actitudes de los adultos no restrinjan el acceso a los y las adolescentes a los servicios adecuados y a la información que necesiten para la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA, la violencia y los abusos sexuales.

En nuestro país no existe una política gubernamental que aborde articuladamente la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Múltiples instituciones han contribuido en la prevención y descenso del embarazo adolescente, destacan las campañas del Consejo Nacional de Población, los libros de texto y programas de la Secretaría de Educación Pública, los módulos para adolescentes y los Centros de Salud de los Estados, los programas de la Secretaría de Salud y del el Instituto Mexicano del Seguro Social en el régimen ordinario y del Programa IMSS-Solidaridad, los Centros para la Prevención del SIDA, los servicios del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Instituciones académicas han realizado estudios sobre la temática y las Organizaciones Civiles han contribuido sustancialmente con la sensibilización de funcionarios y líderes del campo, la capacitación a educadores y proveedores de servicios, diseño de modelos de atención y la elaboración de materiales educativos, principalmente. Actualmente el Consejo Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CNSIA) busca impulsar estrategias que promuevan los programas educativos en educación sexual y brindar servicios de salud a los y las jóvenes a nivel nacional.

A partir de una revisión documental realizada por Claudio Stern y Diana Reartes²⁴ sobre los Programas de salud reproductiva para adolescentes en el Distrito Federal es posible destacar las dificultades para la operación de los servicios y muy en particular aborda la perspectiva de los prestadores de servicios. Los resultados de la evaluación del Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes (primer nivel de atención) y del Programa Educativo para Adolescentes (PERA) del Hospital de Nuestra Señora de la Salud (segundo nivel de atención) se destaca que si bien las Conferencias Internacionales favorecieron la incorporación del concepto de salud reproductiva a los planes de desarrollo y las políticas institucionales la operacionalización fue un proceso complejo. En el caso del PERA se detectó desconocimiento de los acuerdos tanto de las autoridades como de los

²⁴ Stern Claudio, Reartes Diana. Programas de Salud Reproductiva para adolescentes en el Distrito Federales estudio de dos servicios de atención. Documento de trabajo No.5, Colegio de México. Programa de Salud Reproductiva y Sociedad. México, 2001.

proveedores y se les dificultó reconocer que los y las adolescentes ameritan una atención especializada.

Con respecto al embarazo se considera un problema para los jóvenes en la medida que dificulta la conclusión de sus estudios u otras experiencias. Se desconoce la multiplicidad de significaciones que puede tener esta experiencia. Asimismo se sanciona y desalienta cualquier manifestación que se relacione con el deseo de interrumpir el embarazo.

Desde la percepción de los proveedores de servicios la salud sexual y reproductiva tiene como finalidad evitar el embarazo no planeado y las infecciones de transmisión sexual o el VIH/SIDA. Están ausentes de sus discursos lo relativo al goce y disfrute. Se reconoce como derechos de los adolescentes el recibir información, orientación y atención médica y psicológica. El género es percibido como los roles determinados en el ámbito de la reproducción que ocasiona desigualdades que afectan a mujeres y hombres.

Los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes enfrentan también otros aspectos que no nos son ajenos. La Organización Mundial de la Salud²⁵ reconoce entre los factores que dificultan la atención:

- ◆ Las actitudes de los profesionales de la salud que se rehúsan a brindar servicios a menores de edad a pesar de la existencia de leyes que así lo permiten.
- ◆ La incompatibilidad de horarios para que los jóvenes asistan a los servicios una vez que trabajan o estudian.
- ◆ La falta de recursos económicos para pagar los servicios.
- ◆ La renuencia de los adolescentes a centrar los servicios en ellos mismos.

²⁵ IPAS. Notas informativas. Enero,2001.México.

Otro estudio de corte cualitativo realizado al Programa Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (2002)²⁶ aporta a la percepción de los prestadores de servicios y maestros y recomienda la urgencia de una cuidadosa revisión acerca de la valoración de la sexualidad juvenil. Se señala es preciso transformar su visión negativa y en particular sus demostraciones de rechazo que la reducen a “actos irresponsables” o infracción que “favorece la promiscuidad y el desorden sexual”, con lo cual limita la comunicación intergeneracional. Hay una gran necesidad de abrir talleres de capacitación para brindar información confiable, que los conduzca a revisar sus propios referentes y considerar la importancia de su labor educativa. Que reconozcan que las y los jóvenes bien informados tienen la capacidad para tomar decisiones responsables sobre su vida sexual y es más factible que recurran a prácticas preventivas basadas en información científica y en diálogos abiertos.

Otro estudio realizado en el Estado de Guanajuato, refleja la percepción de los médicos acerca del embarazo en la adolescencia, se sitúa como un problema de salud cuya prioridad es el cuidado de la salud física de la madre y el hijo, desde esta visión se excluye lo que tenga que ver con la atención emocional a la mujer y aún más, el padre adolescente queda fuera de esta dinámica y esta lejos aún de mirar a la pareja adolescente.

Sin duda los prestadores de servicios de salud son actores centrales en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, por lo que es necesario focalizar la atención a los programas de formación y actualización vías su profesionalización, además de conocer las mediaciones que repercuten en la calidad del servicio tales como la institucionalización de los servicios, el status a los programas de adolescentes y la reflexión de valores y actitudes para el trabajo con adolescentes.

²⁶ Mayén Beatriz et al. Género y embarazo entre jóvenes. MEXFAM, AFLUENTES, INSAD, México, 2002.

REFLEXIÓN FINAL

El Embarazo en la Adolescencia es producto de un conjunto de inequidades que tienen como punto de partida las condiciones de precariedad y pobreza en la que viven los jóvenes, a lo que se suma la falta de información acerca de cómo tener relaciones sexuales protegidas y la dificultad para acceder a los servicios de salud. Se pierde de vista, que la adolescencia es una etapa diferente a otras del ciclo de vida y a la vez crucial en la medida que puede darse el inicio de la vida sexual, así como la reproducción. Lejos de una visión que tome en cuenta la complejidad y la diversidad de factores vinculados al embarazo temprano, prevalece el sentido de riesgo, vacíos y carencias en este ciclo de vida.

Es estudio del Embarazo en la adolescencia debe ir más allá que un problema de salud, debe ser analizado desde distintas ópticas que amplíen el horizonte de comprensión ante las transformaciones sociales, culturales y tecnológicas, los efectos del empobrecimiento de los sectores marginales y rurales, el inicio de la vida sexual edades más tempranas, la influencia de los medios de comunicación en las identidades femeninas y masculinas; sin dejar de lado la responsabilidad del Estado para que las nuevas generaciones de jóvenes tengan acceso a servicios de salud y educación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Advocates for Youth (2000). Adolescent Sexual Health in Europe and the US. Why the Difference? Washington D.C.
2. Alatorre J y Atkin L. (1998) De abuela a madre, de madre a hijos: repetición intergeneracional del embarazo adolescente y la pobreza en Familias y relaciones de género. Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe. Schmukler Beatriz (Coord). Population Council, EDAMEX, México.
3. Bloem Paul. (2000) Los hombres jóvenes un panorama internacional ponencia presentada en el Seminario Latinoamericano Trabajando con Hombres Jóvenes: salud, sexualidad, género y prevención de violencia. Querétaro, México.
4. CENSIDA. (2002). El SIDA en México. Categorías de transmisión. Registro Nacional. Septiembre (Reporte).
5. CONAPO. (2000) V Informe de avances del Programa Nacional de Población 1995-2000. México, 2000.
6. CONAPO. (2001) La Población de México en el nuevo siglo, México.
7. Elú María del Carmen, Santos Elsa et al. (2000) Carpeta de apoyo para la atención de los Servicios de Salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia. México.
8. Greene Margaret et al. (2002) En esta generación: políticas de salud sexual y reproductiva para un mundo joven. Population Action International. Washington, D.C.

9. INEGI. (1992) Encuesta Nacional para la Dinámica Demográfica, 1992 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México.
10. INEGI.(1997) Encuesta Nacional para la Dinámica Demográfica, 1997. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México.
11. INEGI_INMUJERES. (2002) Mujeres y Hombres 2002. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México.
12. INSAD (1999) Informe de la Encuesta Gente Joven'99. Mexfam, Investigación y Salud en Demografía S.C, México.
13. IPAS. Notas informativas. Enero, 2001.México.
14. Mayén Beatriz, et al. (2002) Género y embarazo entre jóvenes. MEXFAM AFLUENTES, INSAD, México.
15. ONU. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, (CIPD1994), Cairo, Egipto, septiembre.
16. OPS/OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D. C. 2003.
17. Román Rosario. (2000) Del primer vals al primer bebé. Vivencias del embarazo en las jóvenes. SEP-IMJ. México.
18. Román Rosario et al. (2001) Riesgos biológicos del embarazo adolescente: Una paradoja social y biológica en Sexualidad y Salud Reproductiva de adolescentes y jóvenes en México. Aportación para la investigación acción. Claudio Stern y

Elizabeth García. Colegio de México, Cuaderno de trabajo No.6.

19. Rodríguez G., De Keijzer B. (2002) La noche se hizo para los hombres: sexualidad en el cortejo entre jóvenes campesinas y campesinos. EDAMEX/ The Population Council, México.
20. Rodríguez Gabriela. (2000) La sexualidad en los procesos de cortejo: contrastes de género y generacionales en una comunidad rural. Tesis de Maestría. Agosto.
21. Scott Joan et al. (1997) El concepto de género en El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. Marta Lamas, Compiladora. PUEG_UNAM, México.
22. SEP/IMJ (2002) Encuesta Nacional de Juventud 2000. Jóvenes mexicanos del siglo XXI. México.
- 23.- SSA. (2001) Programa Nacional de Salud 2001-2006, México.
- 24.- Stern Claudio, Reartes Diana. (2001) Programas de Salud Reproductiva para adolescentes en el Distrito Federales estudio de dos servicios de atención. Documento de trabajo No.5, Colegio de México. Programa de Salud Reproductiva y Sociedad. México.