

*Aproximaciones al embarazo en la adolescencia en Guanajuato:
Un abordaje integral*

COORDINADORA
Gabriela Rodríguez Ramírez

INVESTIGADORA
Beatriz Mayén Hernández

COLABORADOR
Fabio Alejandro Ramírez



*Aproximaciones al embarazo en la adolescencia en Guanajuato:
Un abordaje integral*

Primera edición, en PDF, 2006.
Instituto de la Mujer Guanajuatense
Gobierno del Estado de Guanajuato
Paseo de la Presa Núm. 97
C.P. 36000, Guanajuato, Gto., México
Tels. (473)731 23 11 y 731 23 12
www.guanajuato.gob.mx/imug/
imug@guanajuato.gob.mx

Coordinadora: Gabriela Rodríguez Ramírez
Investigadora: Beatriz Mayén Hernández
Colaborador: Fabio Alejandro Ramírez
Directora General: Irene Victoria López
Unidad de Investigación: Ma. Rita Chiwo Gallegos
Comunicación Social: Jaqueline Campos García
Revisión a cargo de: Heddy Villaseñor Hernández y Ma. Rita Chiwo Gallegos.

ISBN en trámite.

Impreso en México.

Los contenidos que se vierten en este documento son responsabilidad exclusiva de su autora.

Consejo Directivo del IMUG

Juan Carlos Romero Hicks
Gobernador del Estado

José Justino Arriaga Silva
Secretario de Desarrollo Social y Humano

Víctor Manuel Ramírez Valenzuela
Secretario de Educación de Guanajuato

Jorge Alberto Romero Hidalgo
Secretario de la Gestión Pública del Estado de Guanajuato

Gerardo Ortega Martínez
Secretario de Salud de Guanajuato

Héctor López Santillana
Secretario de Desarrollo Económico Sustentable

José Luis Mario Aguilar y Maya Medrano
Secretario de Finanzas y Administración

Samuel Alcocer Flores
Secretario de Gobierno

Manuel Vidaurri Aréchiga
Procurador de los Derechos Humanos

Daniel Federico Chowell Arenas
Procurador General de Justicia del Estado de Guanajuato

Ma. Emma Isabel Carreón Gamiño
Centro de Estudios Humanos, A.C.

Irma Leticia Rosado Soto
Proyección Cultural San Miguelense, A.C.

Maribel Arellanes Almazán
Centro de Equidad y Género, A.C.

María Elena Espino Villafuerte
Facultad de Enfermería de Celaya, Universidad de Guanajuato.

INDICE

1. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO		
1.1	Justificación	7
1.2	Objetivos	9
1.3	Metodología	9
1.4	Tópicos de contenidos	12
1.5	Consideraciones metodológicas	13
2. SALUD SEXUAL DE LAS Y LOS ADOLESCENTES		
2.1	Presencia de adolescentes en el mundo	14
2.2	Relaciones sexuales en las y los jóvenes	14
2.3	VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual	15
2.4	Violencia de género	16
2.5	Aborto	17
3. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA		
3.1	Estadísticas	18
3.2	Resultados de investigaciones	19
3.2.1	Estudios centrados en la salud de la madre y el hijo	19
3.2.2	Estudios psicosociales y culturales	21
3.2.3	Estudios con enfoque de género	22
3.3	Estudios sobre la violencia a las mujeres embarazadas	24
4. IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA ADOLESCENTES		
4.1	La evaluación: una medida necesaria	29
5. HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN EN SAN MIGUEL ALLENDE, GUANAJUATO		
5.1 Personal de medicina y psicología		
5.1.1	Problemas de educación sexual	29
5.1.2	Miedos en torno a la educación sexual	30
5.1.3	Percepción del embarazo en la adolescencia	31
5.1.4	Atención prenatal: médica y psicológica	31

5.1.5	Violencia sexual durante el embarazo	32
5.1.6	Aborto	33
5.1.7	Anticoncepción de emergencia.	33
5.1.8	Obstáculos para el uso del condón	34
5.1.9	Situaciones de discriminación a las madres adolescentes	34
5.1.10	Servicios de salud para los y las adolescentes	35
5.2 Personal de enfermería, trabajo social y promotores de salud		
5.2.1	Problemas de educación sexual	37
5.2.2	Miedos en torno a la educación sexual	37
5.2.3	Motivos de consulta u orientación	39
5.2.4	Aborto	39
5.2.5	Anticoncepción de emergencia	40
5.2.6	Obstáculos para el uso del condón	40
5.2.7	Violencia sexual durante el embarazo	40
5.2.8	Discriminación a las y los adolescentes	41
5.2.9	Servicios de salud para los y las adolescentes	42
5.3 Madres y padres de familia		
5.3.1	Importancia de la educación sexual	43
5.3.2	Mensajes en torno a la sexualidad	43
5.3.3	Miedos ante la educación sexual	44
5.3.4	Creencias religiosas	45
5.3.5	Problemas de sexualidad	46
5.3.6	Métodos anticonceptivos	47
5.3.7	Consejos para sus hijos e hijas si estuviesen esperando un bebé	47
5.3.8	Recomendaciones para otros padres y madres de familia	48
5.4 Madres adolescentes		
5.4.1	Generalidades	49
5.4.2	Significado del embarazo	49
5.4.3	Vida sexual	50
5.4.4	Métodos anticonceptivos	51
5.4.5	Violencia hacia las madres adolescentes	51
5.4.6	Situaciones de discriminación	52
5.4.7	Autoestima	53
5.4.8	Expectativas futuras	53

6. CONCLUSIONES

6.1	La cultura institucional y la atención del embarazo en la adolescencia	55
6.2	Conceptualización del embarazo en la adolescencia	56
6.3	Las prácticas discriminatorias no exclusivas a las madres adolescentes	57
6.4	La violencia en el embarazo es una práctica silenciada	58
6.5	La urgencia de una alianza padres-madres de familia/personal de salud	59
6.6	Referentes para una educación sexual preventiva	59
6.7	La orientación de programas para adolescentes	60
6.7.1	Recomendaciones a la capacitación de los proveedores	61
6.7.2	Recomendaciones para fortalecer la capacidad técnica	62
6.7.3	Recomendaciones a la gestión de los programas con adolescentes	63
6.7.4	Recomendaciones para elevar la calidad de los servicios	63

7. BIBLIOGRAFÍA

Listado	65
---------	----

ANEXO 1. Instrumentos: fichas de identificación, guías de discusión y cuestionario	68
---	----

1. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

1.1 Justificación

El estudio del embarazo en la adolescencia ha sido un tema recurrente de investigación en nuestro país desde los años setentas, en que la transición demográfica llegó a las tasas más altas de crecimiento y el sector salud desarrolló amplios programas de planificación familiar y el cuidado de la salud de la madre y el hijo. Su abordaje está estrechamente relacionado con el acceso de a los métodos anticonceptivos y el impulso a los programas de educación sexual. En las últimas décadas, el abordaje de estos temas se ha diversificado para aportar otros ángulos que permitan una comprensión más amplia. El embarazo adolescente va más allá del número de nacimientos anuales de madres menores de 20 años, que ahora es de 366 000, la comprensión de este problema exige analizar el contexto social y cultural en el que viven los y las adolescentes, su territorio y tiempo, las relaciones entre los géneros y así como el acceso a los servicios de educación y salud.

Como en casi todo el mundo, la mayoría de jóvenes mexicanos inician su actividad sexual durante la adolescencia, y se ha encontrado que a mayor educación e información, el inicio es más tardío y las prácticas preventivas más recurrentes. En los países donde las jóvenes tienen más escolaridad, más información y mayor acceso a servicios de anticoncepción, la tasa de embarazo entre adolescentes es también menor.

El Programa de colaboración de las Naciones Unidas ONUSIDA y la Organización Panamericana de la Salud han documentado los beneficios de la educación sexual dirigida a los adolescentes. Un estudio de ONUSIDA encontró que el 42% de los casos revisados, quienes reciben educación en salud sexual y VIH/SIDA retrasan el inicio de las relaciones sexuales, reducen el número de parejas sexuales, el número de embarazos no planificados y las infecciones de transmisión sexual. Entre los principales hallazgos se destacan: los y las jóvenes entre 16 y 19 años que tomaron cursos de educación sexual no aumentaron su actividad sexual ni el número de parejas; quienes eran sexualmente activos incrementaron el uso del condón.¹ El cuidado de la salud sexual de adolescentes no puede dejar de lado la prevención del embarazo, se trata de un problema que se ha reducido proporcionalmente, pero el avance es más lento y se ve agudizado entre quienes viven en condiciones más precarias y sufren la falta de servicios de educación y salud.

El embarazo en la adolescencia es un problema social y de salud pública mundial. Representa el 10% de los nacimientos en el mundo: 14 millones de mujeres dan a luz entre los 15 y 20 años de edad. La fecundidad de las mujeres mexicanas de 15 a 19 años ha disminuido a la mitad en tres décadas debido al incremento en el uso de métodos anticonceptivos. Actualmente, una de cada catorce mujeres se embaraza antes de los 20 años a diferencia de 1974, en que la proporción era de

¹ ONUSIDA/OMS. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA.1997.

una por cada ocho. Pero las disparidades continúan y se asocian a la desigualdad social y económica; 28.3% de las adolescentes embarazadas no llegaron a terminar la primaria y sólo el 3.02% tiene estudios superiores.² En números absolutos se pasa de 450 000 nacimientos de madres adolescentes en 1995 a 366 000 en el 2000³. La proporción de nacimientos antes de los 20 años es de 17% del total de nacimientos en el país.

En cuanto al inicio de relaciones sexuales existen diferencias también por escolaridad, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Juventud 2000, casi el 40% de quienes se inician antes de los 19 años han abandonado la escuela. Entre los jóvenes guanajuatenses el 23.7% tuvo relaciones sexuales antes de los 20 años.

En el Estado de Guanajuato la población joven entre los 15 y 29 años corresponde al 28.4% de la población total. De acuerdo a un estudio sobre fecundidad realizado en esta entidad, la proporción de nacimientos antes de los 20 años es de 12,7%, de los 15 337 casos, el 99% tuvieron a su hijo entre los 15 y 19 años, el 1% en los 14 años y unos cuantos casos en menores de esta edad.⁴

Ante esta realidad estatal y considerando la importancia de la prevención del embarazo, el Instituto de la Mujer Guanajuatense (IMUG) a través de la Unidad de Género, Salud y Desarrollo y la Unidad de Investigación, diseñaron conjuntamente con la sociedad civil AFLUENTES S.C. el Proyecto de Investigación: *“Aproximaciones al embarazo en la adolescencia en Guanajuato: un abordaje integral”*.

Este estudio de corte cualitativo, pretende comprender el fenómeno y desarrollar acciones de capacitación y brindar fundamentos para reorientar las políticas de salud, particularmente de salud sexual y reproductiva dirigidas a la población adolescente. Con una visión integral se busca conocer la complejidad del embarazo en la adolescencia en Guanajuato donde confluyen rasgos culturales, tradiciones y costumbres que interactúan con factores demográficos y económicos, así mismo códigos de comportamiento sexual de hombres y de mujeres propician inequidad y embarazos en la adolescencia.

El objetivo es conocer las diferentes aristas del embarazo en la adolescencia para que las instituciones formales e informales del sector salud, educación y social, e informales puedan actuar desde diferentes ámbitos, puedan prevenir y brindar opciones acordes a sus necesidades, en el marco de los derechos humanos.

A continuación se señalan los objetivos y metodología en que se basó el estudio:

² ENADID, 1997.

³ CONAPO.V Informe de avances del Programa Nacional de Población 1995-2000. México, 2000.

⁴ Weltri Carlos. La fecundidad adolescente en Guanajuato.

COESPO, Guanajuato, Serie Salud Reproductiva, México, 2001

1.2 Objetivos

Objetivo general

- Analizar los principales factores de riesgo implicados en el embarazo en la adolescencia, a fin de contribuir al diseño de políticas, que incidan en una atención de primer y segundo nivel que responda a las necesidades de la población en el estado de Guanajuato.

Objetivos específicos

1. Contextualizar las condiciones sociodemográficas y culturales del embarazo adolescente, a partir de los principales resultados de estudios y encuestas realizadas en el país.
2. Indagar las percepciones que los proveedores de servicios de salud: médicos(as), enfermeras, psicólogos(as), trabajadoras sociales y promotores(as) comunitarios tienen acerca del embarazo adolescente.
3. Identificar las actitudes, valores y creencias de los padres de familia y de prestadores de servicios de salud ante la educación sexual y los servicios de salud para adolescentes.
4. Explorar la relación de la violencia sexual y el embarazo adolescente a través de estudios de caso.
5. Generar recomendaciones en las áreas de enseñanza, para fortalecer la formación técnica de los proveedores de los servicios de salud sexual y reproductiva que trabajan con adolescentes.

1.3 Metodología

Tomando en cuenta las características del estudio se aplicará una metodología de corte cualitativo cuyos marcos teóricos parten de la perspectiva fenomenológica y se nutren de las corrientes del interaccionismo simbólico y la etnometodología. Este enfoque tiene sus antecedentes en la Escuela de Chicago en 1910 y se da relevancia a la observación participante.

Para los estudios cualitativos, la fuente de estudio principal son los discursos de los hablantes es decir, las propias palabras habladas o escritas y que marcarán desde que referentes del mundo empírico, se posicionan los entrevistados. Este tipo de metodología permite conocer con mayor profundidad sus respuestas, además de sus actitudes, creencias y percepciones.

Algunos de los principios de la metodología cualitativa⁵ son:

⁵ Taylor S,J, et al. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paídos, México 1998

- El investigador ve al escenario y a las personas desde una perspectiva holística; las personas, los escenarios y los grupos son estudiados desde su contexto y tiempo histórico como parte de un todo.
- Es fundamental comprender a las personas dentro del marco de referencia en que se ubican. Es preciso experimentar la realidad tal como otros la experimentan.
- El investigador es sensible a reconocer los efectos que ellos mismos causan en los informantes. Se parte de una interacción natural y no intrusiva, a la vez de poder separar sus propias creencias y perspectivas.
- Las dos técnicas principales de la investigación cualitativa son: las entrevistas individuales y las entrevistas grupales.

De acuerdo a los objetivos y las características de los informantes se realizaron los siguientes grupos focales y entrevistas individuales:

ENTREVISTAS GRUPALES

TIPO DE GRUPO	NO. DE GRUPOS	NO. DE PARTICIPANTES	INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA
Médicos(as) y psicólogos	2	10	Centros de Salud y Jurisdicción Sanitaria de la Secretaría de Salud, Mexfam.
Promotoras(es) de salud	2	9	Secretaría de Salud, Instituto de Salud Pública y Extensión Cobertura, ISSSTE y Mexfam.
Enfermeras y trabajadoras sociales	1	5	Secretaría de Salud
Directivos	1	9	Directores Municipales y Jefes de Jurisdicción. Secretaría de Salud.
Organizaciones de la sociedad civil	1	4	CASA, Fundación de apoyo infantil de Guanajuato, Palemo México A.C.
Madres adolescentes	1	5	Población que atiende el DIF Estatal.
Madres de familia	2	8	Población abierta
Padres de familia	1	2	Población abierta
TOTAL	11	52	

ENTREVISTAS INDIVIDUALES

TIPO DE POBLACIÓN	ENTREVISTAS INDIVIDUALES
Padre adolescente	1
Madre adolescente	1
TOTAL	2

Los Proveedores de Servicios de Salud pertenecen a centros de salud ó jurisdicciones sanitarias de la Secretaría de Salud, ubicadas en San Miguel Allende, San José Iturbide, Dr. Mora, Santa Catarina, Atarjea, Xichú en Guanajuato. Los padres y madres de familia tienen hijos adolescentes y las madres adolescentes conforman la población abierta de los programas del DIF Municipal de San Miguel Allende.

Para tomar en cuenta el contexto local del Estado de Guanajuato y las implicaciones en la comprensión del mismo, se comenzó con una revisión documental sobre el tema y después un trabajo de campo de corte cualitativo en el que se aplicaron entrevistas de grupo e individuales para conocer desde diferentes ángulos de visión la percepción del embarazo en la adolescencia, su significado y relación con la vida sexual y la influencia del equipo de salud en la atención del embarazo temprano.

El equipo de investigación estuvo conformado por especialistas en el campo de la educación sexual y profesionales de la pedagogía, la antropología social y la psicología. Considerando que una de las variables a tomar en cuenta son las distintas visiones desde el género se conformó un equipo de conductores de grupo tanto del sexo femenino como masculino para realizar las entrevistas directamente en campo y posteriormente analizaron y discutieron los hallazgos.

Una de las características claves de esta investigación fueron las acciones de comunicación y enlace con el Instituto de la Mujer Guanajuatense. A cargo del IMUG estuvo la selección de la sede para el trabajo de campo y la convocatoria a los grupos. La experiencia del IMUG llevó a seleccionar a San Miguel Allende como la sede para la aplicación de campo⁶. Al mismo tiempo, el potencial de trabajo desarrollado con el personal de la zona, que se ha realizado con los centros de salud de esta zona. El trabajo en campo, es decir, en escenario se realizó del 6 al 8 de noviembre de 2002. El equipo de investigación participó en los Seminarios de Investigación que organiza el IMUG, al que asistió un grupo más amplio de investigadores tanto del Instituto como de otras organizaciones y universidades, estos seminarios contribuyeron a precisar algunos aspectos del proyecto.

Con base en la metodología señalada al principio de este apartado, se diseñaron guías de discusión para cada grupo de informantes y cuestionarios que se presentan en el anexo uno.

⁶ El municipio de Allende en el año 2000 el municipio contaba con una población de 134.9 mil habitantes, 64.5 mil hombres (47.8%) y 70.4 mil mujeres (52.2%), con un índice de feminidad de 109 mujeres por cada 100 hombres. La tasa de crecimiento anual del 2.7%, la cual se ha reducido en la última década por la migración y disminución de nacimientos. Poco más de la mitad habita en localidades rurales de menos de 2,500 habitantes. El 38% de las mujeres y el 42% de los hombres tiene menos de 15 años. El 22.2% de las mujeres y el 13.3% de los hombres son analfabetas. El 14.6% de las mujeres y el 15.2% de los hombres menores de 15 años son derechohabientes y el 85% de la población total cuenta con educación básica.

1.4 Tópicos de contenidos

Las categorías analizadas en los grupos quedaron conformadas de acuerdo a la siguiente matriz de contenidos:

PROVEEDORES DE SERVICIOS
I. Sexualidad adolescente <ul style="list-style-type: none">◆ Problemas de educación sexual◆ Beneficios de la educación sexual◆ Inicio de vida sexual◆ Temores ante la educación sexual◆ Anticoncepción de emergencia◆ Uso de condón
II. Embarazo en la adolescencia <ul style="list-style-type: none">◆ Atención prenatal: médica y psicológica◆ Métodos anticonceptivos◆ Situaciones de discriminación
III. Violencia Sexual <ul style="list-style-type: none">◆ Embarazos por violencia sexual◆ Práctica del aborto por violación
IV. Servicios de Salud <ul style="list-style-type: none">◆ Tipos de programas para adolescentes◆ Programas de formación

PADRES Y MADRES DE FAMILIA
I. Educación sexual <ul style="list-style-type: none">◆ Agentes sociales y educación sexual◆ Miedos ante la educación sexual◆ Beneficios de la educación sexual◆ Creencias religiosas
.II. Vida sexual <ul style="list-style-type: none">◆ Problemas de sexualidad en jóvenes◆ Métodos anticonceptivos◆ Creencias religiosas y sexualidad
◆ III. Embarazo en la Adolescencia <ul style="list-style-type: none">◆ Consejería◆ Recomendaciones

MADRES ADOLESCENTES

- ◆ Significado del embarazo
- ◆ Vida sexual
- ◆ Uso de Métodos anticonceptivos
- ◆ Violencia intrafamiliar
- ◆ Situaciones de discriminación
- ◆ Autoestima
- ◆ Expectativas futuras

1.5 Consideraciones metodológicas

El estudio cumplió los objetivos planteados, se integraron todos los grupos previstos aunque el de madres y padres de familia con dificultad; se pudo trabajar cómodamente en las entrevistas grupales y los datos que aportan permiten una aproximación a la problemática, según estaba previsto. Las principales limitaciones que determinaron en algún grado los resultados encontrados fueron:

- ◆ Este fue un proyecto que une dos potenciales: la experiencia de las consultoras de AFLUENTES S.C. en el ámbito de los programas de educación sexual, la profesionalización de educadores sexuales y la evaluación cualitativa, por un lado y por otro, el interés del Instituto de la Mujer Guanajuatense por abordar un tema urgente para derivar políticas públicas, para la prevención del embarazo adolescente desde una perspectiva de género en el contexto de la sociedad guanajuatense. Esta combinación llevó a la apertura de espacios de discusión y análisis de las realidades institucionales y la dinámica social del estado.
- ◆ La convocatoria y selección de los grupos para el trabajo siempre es un reto que se ve cruzado por otras actividades de los responsables institucionales de operar el proyecto, lo cual impidió reunir al grupo de padres adolescentes y lograr un mayor acercamiento con las madres jóvenes para enriquecer el proceso.
- ◆ El tiempo y los recursos financieros siempre son limitantes importantes, en la medida que condicionan los alcances del proceso y las intervenciones directas en campo. Sin embargo, consideramos que los resultados obtenidos contribuyen a la comprensión del embarazo adolescente en Guanajuato y a puntualizar algunos retos para la atención y el diseño de programas, en particular formativos, para los equipos de salud que atienden a las madres adolescentes.

2. SALUD SEXUAL DE LAS Y LOS ADOLESCENTES

2.1 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 no desarrollados. En nuestro país, la población adolescente se ha duplicado en los últimos 30 años, pasando del 11.4 por ciento en 1970 al 21.3% en 1999. El rápido crecimiento demográfico propició una distribución por edades marcadamente joven, con una elevada proporción de niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Entre el año 2000 y el 2020 el grupo más grande de población será el de 10 y 19 años⁷.

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 CONAPO⁸ 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.

2.2 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 cualitativas⁹ 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 sexuales, de estos el 21% las tuvieron 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 que el 34.1% de los jóvenes reconocen a la escuela como el medio del cual más han aprendido acerca de la sexualidad y en segundo lugar a padres y madres de familia (24.4%)¹⁰.

⁷ SSA: Programa Nacional de Salud 2001-2006, México, 2001.

⁸ CONAPO:V Informe de avances del Programa Nacional de Población 1995-2000. México, 2000.

⁹ Mayén Beatriz, et al. Género y embarazo entre jóvenes. MEXFAM, AFLUENTES, INSAD, México, 2002.

¹⁰ SEP/IMJ (2002) Encuesta Nacional de Juventud 2000..Jóvenes mexicanos del siglo XXI..México.

La comunicación y la calidad de las relaciones familiares son fundamentales para que los jóvenes hagan frente a situaciones de la vida personal y en el ámbito de la sexualidad se eviten embarazos no 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 pueden representar un factor de riesgo, en la medida que se podrían favorecer prácticas de riesgo en encuentros sexuales ocasionales y desprotegidos.

2.3 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.

SIDA EN MEXICO, SEPTIEMBRE 2002

Casos acumulados SIDA nacional	56,933
Casos acumulados SIDA Guanajuato	1, 249
Casos estimados (+ subregistro y notificación)	64,000
Registrados a septiembre 2002	5, 019
Personas infectadas vih	Entre 116,000 y 177,000
Casos entre 15 y 44 años	39,064
Menores de 15 años	1, 324

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA. CENSIDA. Septiembre, 2002.

La vía de transmisión sexual es la más importante, a la cual corresponde el 88.4% de los casos, la mitad de estos corresponde a la categoría homo y bisexual y más de la tercera parte son entre heterosexuales. Por vía sanguínea se transmiten el 9.2% de casos, un 1.9% por vía perinatal y por uso de drogas el 0.5%.¹¹ 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. A la fecha los casos acumulados de SIDA a nivel nacional suman 56 933 y el estado de Guanajuato ocupa el lugar doce con 1 249 casos.

¹¹ CENSIDA. El SIDA en México. Categorías de transmisión. Registro Nacional. Septiembre, 2002.

2.4 Violencia de género

La violencia contra la mujer representa un grave problema de salud en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que en el mundo entre el 16% y el 52% de las mujeres experimentan violencia física por parte de sus compañeros y por lo menos una de cada cinco mujeres son objeto de violación o de intento de ésta en el transcurso de su vida. Esto trae como consecuencia muertes o incapacidad femenina durante la edad reproductiva.

En el caso de los jóvenes entre el 40% y el 60% de los casos de abuso sexual ocurren en mujeres menores de 16 años. En estudios realizados en 19 países entre los que se encuentran República Dominicana; Suecia y Sudáfrica se reportaron abusos sexuales entre el 7 y el 34% de las niñas y entre el 3 y el 29% de los niños. Otra encuesta a adolescentes destaca que en México el 50% de los delitos sexuales se habían perpetrado a niñas y mujeres adolescentes.¹²

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 en su totalidad de la dimensión de la violencia a las mujeres; se han realizado estudios locales, algunos de los cuales se presentan en el siguiente recuadro:

VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LAS MUJERES EN MÉXICO¹³

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

¹² IPAS. Notas informativas. Enero 2001, México.

¹³ 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.

Encuesta sobre violencia intrafamiliar(ENVIF-INEGI 1999) Área metropolitana del D.F. ¹⁴	meses. 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 realizó 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 26,240 mujeres y posteriormente se desarrollarán grupos focales, entrevistas y observación para aportar a la mirada cualitativa de la violencia. Los resultados preliminares de esta 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. De acuerdo a estos datos, se sabe que el tipo de violencia más frecuente es la violencia psicológica en un 17% de los casos y le sigue la violencia física en el 11% de los casos. La violencia sexual ocupa el tercer sitio y en la infancia el abuso sexual se presenta en el 8.3% de los casos, en donde el agresor es un hombre que pertenece a la familia.

2.5 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 autoinducirlo 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 las adolescentes que recurren a esta opción cuenten con muy poca información. 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 que 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.

3. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

¹⁴ INEGI_INMUJERES. Mujeres y Hombres 2002. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México, 2002

3.1 Estadísticas

El cuidado de la salud sexual de los adolescentes no puede dejar de lado la prevención del embarazo, problema que, en general, 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 52 por cada mil, en tanto que en Francia y en Alemania sólo 9 y 4 de cada mil adolescentes, respectivamente, presentan embarazos¹⁵.

TASA DE EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA Por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años

País	Taza de embarazo
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 en el 2000¹⁶. 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 era 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 y las jóvenes guanajuatenses entre 12 y 29 años ya han tenido relaciones sexuales, de estos, el 23.7% las tuvieron antes de los 20 años.

En el Estado de Guanajuato la población joven entre los 15 y 29 años corresponde al 28.4% de la población total. De acuerdo a Welti,¹⁷ la proporción de nacimientos antes de los 20 años, corresponde a un 12,7% del total de nacimientos del

¹⁵ 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)

¹⁶ CONAPO: V Informe de avances del Programa Nacional de Población 1995-2000. México, 2000.

¹⁷ Welti Carlos et al. La fecundidad adolescente en Guanajuato. COESPO, Guanajuato, Serie Salud Reproductiva, México, 2001.

estado, es decir son 15 337 la gran mayoría de madres entre los 15 y 19 años de edad y solamente algunos ocurren antes de los 14 años.

En algunos municipios del Estado, las madres menores de 20 años supera el 15% como se observa en la tabla siguiente:

PORCENTAJE DE NACIMIENTOS SUPERIORES AL 15% DE MADRES ADOLESCENTES

MUNICIPIO	% DE NACIMIENTOS
Cortazar	16.0
Cuerámara	15.6
Jaral del Progreso	17.1
Santa Catarina	18.8
Silao	15.2
Tarandacuao	15.6
Villagrán	15.7

Fuente: Welti Carlos et al. La fecundidad adolescente en Guanajuato, México 2001.

Según datos de XII Censo General de Población y Vivienda de INEGI, en el estado de Guanajuato, del total de mujeres de 12 a 19 años (430,445), el 5.8% (25,210) tiene al menos un hijo. En el municipio de Allende, del total de mujeres de 12 a 19 años (12,607), el 6.2% (783) tiene al menos un hijo, proporción que coloca a este municipio por arriba del promedio estatal.

3.2 Principales resultados de investigaciones sobre embarazo en la etapa adolescente.

3.2.1 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)¹⁸, 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 importantes. Los estudios publicados en México desde 1967 enfatizan los efectos negativos del embarazo en

¹⁸ 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 investigación acción. Claudio Stern y Elizabeth García. Colegio de México, Cuaderno de trabajo No.6, 2001

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 biomédicos; dentro de los problemas de salud que se identifican están toxemia, preeclampsia, eclampsia y desnutrición; en sus hijos/hijas bajo peso al nacer y puntajes bajos en el examen Apgar (escala para medir en recién nacidos su pulso, respiración, movimientos, color de la piel y reflejos). Se reconoce por un lado, que la morbimortalidad materna e infantil en las adolescentes es igual o menor a la reportada en adultas y por otro, 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.

Al análisis de los riesgos biomédicos se sumó la contribución a la tasa global de fecundidad. Los datos aportados por las encuestas reforzaron las políticas de salud y población y el embarazo se definió como un problema de salud pública con implicaciones sobre el bienestar de la población, justo cuando la planificación familiar se formalizaba a través de la práctica médica.¹⁹

A principios de los años noventa²⁰ los estudios se centraron en el estado nutricional para analizar los cambios en la composición corporal de las adolescentes durante el puerperio. A diferencia de las mujeres adultas, el estado de salud de las adolescentes se deterioró en el periodo del postparto, se presentó un desgaste en la composición corporal asociado a la lactancia materna, pero sin impactar la salud y el peso del niño. El estado de nutrición después del parto ha sido poco estudiado.

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.

¹⁹ Gustavo Cabrera. El Estado mexicano y las políticas de población citado por Rosario Roman en Riesgos biológicos del embarazo adolescente: Una paradoja social y biológica en Sexualidad y Salud Reproductiva de adolescentes y jóvenes en México.

²⁰ Op.cit.

3.2.2 Estudios psicosociales y culturales.

Se han incorporado otros enfoques que buscan ampliar la visión y establecer su vinculación a partir de los valores y las formaciones culturales, los efectos de los programas de educación sexual y el impacto de los métodos anticonceptivos en las prácticas sexuales de las y los adolescentes. En esta tarea la labor de las Organizaciones Civiles ha sido muy importante.

El embarazo en la adolescencia representa grandes obstáculos en la vida de la pareja y en especial para las mujeres. Su impacto se ve influido por el contexto social y cultural en el que las mujeres y sus familias viven y las grandes diferencias regionales y geográficas. En la mayoría de los casos el embarazo ocurre sin que la pareja lo haya planeado 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 suma 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 de los amigos o compañeros no es la más adecuada y era un asunto que despertaba poco interés. Sin embargo 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. Frecuentemente 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 se integran a las familias de origen lo que representa una mayor carga para el grupo familiar. Los estudios de género, ya plantea que el apoyo a la futura madre no es ajeno a las costumbres familiares y a una cultura donde la maternidad define el ser y el deber ser de las mujeres. La proximidad de ser madre les adscribe otro estatus, independientemente de que la familia considere que se adelantó de acuerdo a su edad, y haya tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio o no haya logrado tener una pareja.

Otros estudios revelan que se conoce poco sobre la situación emocional y afectiva de las mujeres durante y después del parto, su actitud hacia el embarazo, su auto percepción e influencia con personas cercanas a ella sea: madre, suegra, padre, compañero, amigas o amigos y las repercusiones en la vida emocional de hijos e hijas²¹.

²¹ Ibáñez-Brambila, Berenice. *Factores psicológicos relacionados con el embarazo en la adolescencia en Sexualidad y Salud Reproductiva para adolescentes y jóvenes en México*. Claudio Stern y Elizabeth García. Documento de trabajo No.6, Colegio de México. Programa de Salud Reproductiva y Sociedad. México, 2001.

Alatorre y Atkin²² 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. 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 debido a diversos factores. Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de pertenecer a hogares más pobres que trae a la par baja escolaridad y limitada capacitación para su desarrollo personal. Un segundo factor es que en los hogares pobres es más frecuente el embarazo adolescente y en los contextos de maternidad adolescente es más probable que esta se repita en las generaciones subsecuentes. Finalmente, es más frecuente entre las madres adolescentes tener uniones inestables o ser madres solteras, así como dentro del ámbito laboral enfrentarse a problemas de inequidad con respecto a los hombres como menor salario y menor disponibilidad de trabajo y recursos.

3.2.3 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.²³

Con el nuevo marco internacional, los Programas de Adolescentes impulsados por la Organización Mundial de la Salud (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) salud y desarrollo, b) salud mental, suicidio y drogas c) sexualidad y salud reproductiva d) accidentes y violencia.²⁴

Cada vez más investigaciones y programas de trabajo buscan incorporar el enfoque de género para explicar la desigualdad presente entre hombres y mujeres

²² 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

²³ Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD1994) Cairo.

²⁴ 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.

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.

A diferencia del sexo, que se basa en las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, el género se refiere al modo en que lo femenino y lo masculino se construyen social y culturalmente. Se expresa en los atributos asignados a hombres y mujeres y toma en cuenta la interacción entre los significados, las creencias y los valores presentes en la vida individual y en la organización social.

De acuerdo a Scott²⁵ 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. 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 hombres²⁶.

Otros estudios identifican los estilos “neomachistas” 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 jóvenes²⁷.

En la investigación realizada por Rosario Román 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

²⁵ 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.

²⁶ 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.

²⁷ *Ibidem*

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.²⁸

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 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”.²⁹

3.3 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 con frecuencia 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) realizaron 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 inició 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.³⁰

Los efectos del maltrato en el embarazo son en su mayoría, físicos y emocionales. Muchas mujeres desarrollan un cuadro de estrés asociado a depresión, angustia y sentimientos de aislamiento. Se detecta 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.

²⁸ Román Rosario. Del primer vals al primer bebé. Vivencias del embarazo en las jóvenes. SEP-IMJ. México 2000.

²⁹ 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.

³⁰ 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.

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

IMPACTO DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD DE LA MADRE Y EL BEBÉ³¹

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 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.

³¹ Ibidem

4. IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA ADOLESCENTES

4.1 La *evaluación*: una medida necesaria

La atención formal 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 de Cairo (1994) y de 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.

Los estudios dirigidos a la evaluación de los servicios de adolescentes son relativamente recientes. Se inicia en los noventa en el contexto de las políticas internacionales del Banco Mundial, a partir de las cuales la evaluación es una actividad central en la transformación de los programas.

A partir de una revisión documental realizada por Claudio Stern y Diana Reartes 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 la perspectiva de los prestadores de servicios.³² 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 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 (Stern y Reartes, 2001).

Los mismos autores sostienen que 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 Salud³³ reconoce entre los factores que dificultan la atención:

- ◆ Las actitudes de los profesionales de la salud que se rehusan a brindar servicios a menores de edad, no obstante la existencia de leyes que así lo permiten.

³² 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.

³³ IPAS. Notas informativas. Enero,2001.México

- ◆ La incompatibilidad de horarios para que las/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.

Otro estudio de corte cualitativo realizado al Programa Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (2002)³⁴ 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 que 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.

Por su parte el IMSS-Oportunidades atiende a adolescentes en el área rural a través de los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARAS), realizó una evaluación (2000) en que se destacan importantes avances en la cobertura de los servicios y se puntualizan sobre las actitudes de los proveedores de servicios. Con respecto a las actitudes de médicos y enfermeras de los CARAS los adolescentes reportan³⁵ que se establece una relación incómoda con el 22.9% con médicos y 17.6 % de las enfermeras, además se les dificulta comprender el lenguaje en que se les habla y les produce nerviosismo.

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.

³⁴ ³⁴ Mayén Beatriz et al. Género y embarazo entre jóvenes. MEXFAM, AFLUENTES, INSAD, México, 2002.

³⁵ IMSS. Diagnóstico de salud de las zonas marginadas rurales en México. 1991-1999. Programa IMSS-Solidaridad, México, 2001.

5. HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN EN SAN MIGUEL ALLENDE, GUANAJUATO

5.1 Personal de medicina y psicología

Los resultados presentados en esta sección dan cuenta de las entrevistas grupales realizadas a proveedores de servicios de salud que laboran en los centros de salud y jurisdicciones sanitarias de San Miguel Allende, San José Iturbide, Dr. Mora, Santa Catarina, Atarjea, Xichú en Guanajuato. En un primer bloque se presentan los resultados con el personal médico y de psicología y en una segunda sección lo referente al equipo de enfermería, trabajadores sociales y promotoras(res) de salud. La intención es explorar acerca de los conocimientos, valores y actitudes respecto a la educación sexual, las relaciones sexuales, el embarazo en la adolescencia y conocer su percepción de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

5.1.1 La educación sexual en la juventud

Al interrogar al personal acerca de los problemas de educación sexual que tienen las y los jóvenes coinciden en afirmar que la falta de información y capacitación en temas sexuales es el problema más grave. De ello se deriva que los y las jóvenes cuenten con información parcial y sesgada, que los limita para ejercer una sexualidad con responsabilidad. Esta problemática se explica por diferentes razones, médicas y psicólogas lo refieren a la actitud negativa de los adultos para hablar de temas sexuales y la falta de una metodología adecuada para transmitir la información *“la verdad, no tenemos una buena educación sexual, para transmitirla a ellos y no sabemos como transmitírselas”*, además se quejan de la influencia de la televisión al promover expresiones de violencia en la juventud. Médicos y psicólogos hablan también de la deficiente comunicación entre adultos y adolescentes y la carencia de una formación profesional para educar en estos temas.

En opinión de las profesionales de la salud entrevistados, la falta de información va unida a sus propias restricciones, muchas veces se acompaña de sentimientos de vergüenza e incomodidad en la que interviene *“la moral del educador”* y desde la cual imponen sus puntos de vista *“se le olvida entender en ese momento al adolescente...desde un punto de vista natural y algo más abiertos”*. Médicos y psicólogos hacen alusión a la compleja relación con los adolescentes, por un lado no se sienten aceptados y a su vez, descalifican a los y las jóvenes *“ se portan caprichosos y cerrados”*.

De manera particular las médicas destacan la influencia de la iglesia y de los sacerdotes en la población, sin importar la edad y la condición social, aunque saben es más fácil influir en *“quienes no tienen educación.”* Señalan que son los líderes religiosos quienes han favorecido la desinformación acerca del condón, prohíben hablar de relaciones sexuales y métodos anticonceptivos y también han enfrentado a la comunidad contra del personal de salud. Por ejemplo se cita el

caso de la campaña de vacunación de la cual se tergiversó su sentido informando que las vacunas provocaban infertilidad y abortos en las mujeres *“en el caso de las vacunas también desinformaron a la gente ¿no? Se empezó a poner toxoide tetánico a las niñas y el sacerdote empezó a decir que la inyección era para abortar o para que no tuvieran hijos...y lo hacen abiertamente, públicamente”*

5.1.2 Miedos en torno a la educación sexual

Al explorar acerca de los temores que los médicos(as) y psicólogos(as) tienen hacia la educación sexual, hay claras diferencias a partir del género. Para las mujeres, hablar acerca de sus temores les resultará relativamente sencillo y hasta familiar, a diferencia de los médicos a quienes les molesta hablar de miedos ya que *“miedo solo a la muerte”* y entonces es preferible hablar de *“preocupaciones”*.

Médicas y psicólogas aceptan que sus temores se forman a partir de referentes inmediatos: sus hijos y pacientes. Les preocupa no sólo transmitir la información adecuada sino con una actitud positiva y asumen con gran responsabilidad la formación y crianza de sus hijos *“como que siento que la responsabilidad ahorita es con ellos [refiriéndose a sus hijos] y lo que te puede dar más temor en lo personal”*. *“saberles transmitir a nuestros hijos algo positivo que los ayude”*

En su rol profesional están interesadas en brindar a los y las adolescentes información clara y completa, aunque temen que esta favorecerá que decidan por sí mismos, se trata de un temor que les es difícil reconocer. La actitud es ambivalente, por un lado se sienten responsables de brindar a los jóvenes información acerca del embarazo, las relaciones sexuales y las infecciones de transmisión sexual, pero por otro lado, saben que al hacerlo favorecen la autonomía de sus decisiones. De manera definitiva, colocan el temor afuera de sí mismos, en “lo social” es decir, en los padres y madres de familia *“el miedo que tiene la sociedad es el miedo al embarazo y eso de que tengan relaciones, porque dicen que se va a embarazar”*; *“sus padres, las personas con las que conviven, las reprimen muchísimo y tienen miedo ellos a empezar a involucrarse en la sexualidad”*.

Médicas y psicólogas están de acuerdo que la sexualidad no sólo se refiere a las relaciones sexuales sino que en ella están implicadas las emociones, los afectos, el reconocimiento del cuerpo. Sin embargo prevalecen en ellas prejuicios y lagunas de conocimiento como considerar la dimensión política de la sexualidad como algo “malo” o *“no saber como transmitirles esa información para decirles que la sexualidad no es nada malo ni político sino que es algo que podemos hacer hermosamente”*

Los médicos son afirmativos en sus opiniones, ellos descartan hablar de miedos y prefieren hablar de preocupaciones. Consideran que es prioritario lograr la confianza del “usuario”, aunque son poco sensibles para reconocer que el trato con los adolescentes requiere de una actitud especial de los adultos. Como parte de una cultura institucional del sector salud, están familiarizados con reproducir una relación vertical que limita un acercamiento empático con los jóvenes *“me*

preocupa que me vean como un desconocido mal encarado, que les dé desconfianza” “que entiendan mal cuando deben tomarse la píldora”.

5.1.3 Percepción del embarazo en la adolescencia

El personal entrevistado coincide en que el embarazo en la adolescencia es una situación que afecta directamente a las jóvenes en la medida que son ellas la que “cargan” con toda la responsabilidad, aún cuando su familia las apoye. Si bien en esto coinciden, se dan matices diferentes según la percepción de género. La discusión en los médicos se centran en su interés acerca de los riesgos a la salud de la madre y del producto; en tanto que las médicas y psicólogas reflexionan acerca de las causas de orden cultural y social que favorecen el embarazo.

Para los médicos, el embarazo a temprana edad representa un alto riesgo a la salud de las mujeres *“estos son embarazos de alto riesgo con hijos de bajo peso y aumento de probabilidad de muertes maternas”*. Las médicas y psicólogas entrevistadas consideran que en muchas ocasiones la joven busca embarazarse como un medio para salir del núcleo familiar y retener a la pareja *“...muchas chicas me llegan a consulta y me dicen: ‘yo creo que estoy embarazada’ y apenas lleva diez días o dos de retraso y ‘es que ya me tengo que casar porque yo sé que estoy embarazada’... y toman el embarazo como algo para retener a su novio...es una forma de atrapar al chico”*. También se argumenta la influencia de la televisión en los estilos de vida de las jóvenes, que a veces posiciona al embarazo adolescente como una situación ventajosa *“...en la novela de Azteca la de Súbete a mi moto, sale un grupito de niñas y niños y se pelean por los novios y salen embarazadas...y finalmente la que sale ganando es la niña que manipula a los demás y se embaraza”*.

5.1.4 Atención prenatal: médica y psicológica

La situación más común que refieren médicas y médicos es que las jóvenes llegan a consulta después del tercero o cuarto mes del embarazo y sólo en muy contados casos acuden en los primeros meses. Esto sucede cuando la joven “espera estar embarazada” ó en los que por un malestar gripal-estomacal es posible detectar el embarazo. Es común que acudan en compañía de su madre quien, por lo regular, intuye que su hija está embarazada *“cuando llegan son embarazos avanzados, seguramente la mamá les checan su calzoncito o algo así o van viendo que no les han pedido toallas...conocen a sus hijas y se dan cuenta”*. En otras ocasiones refieren que la chica llega obligada por ambos padres *“...me ha tocado que llegaran amenazadas por sus padres que las confrontan”*. El motivo de consulta puede ser también una hemorragia o haber ingerido alguna sustancia para provocarse un aborto.

No obstante que el personal médico detecta que las jóvenes llegan en ocasiones con crisis emocionales u otros problemas como baja autoestima, problemas económicos, depresión, la atención se centra en la valoración de la salud física. Toda vez que el cuidado de la salud mental y sus implicaciones no es una

prioridad para las instituciones de salud, son escasos los recursos económicos y el personal disponible para brindar ésta atención. Los médicos se muestran indiferentes y si bien aceptan que desde su formación académica deberían adquirir algunos elementos básicos para el abordaje de la salud mental *“se ve (la salud mental) como algo que no importa tanto como podría ser un malestar físico”*.

Las médicas del sexo femenino son más enfáticas al respecto, refieren problemas serios ante la ausencia de psicólogos, de orientadores y de espacios académicos, así como la urgencia de brindar atención no sólo a las madres adolescentes sino a niños, niñas y mujeres adultas: *“Dentro de la Secretaría de Salud la prioridad es prever aunque hay muchos casos que ya no puedes prever y tienes que dar un tratamiento”, “nosotros sabemos que la mayor parte de los problemas físicos que se desencadenan no son realmente físicos sino que son secundarios a un problema psicológico”*. Otra de las limitaciones es el esquema de consultas que implica la alta demanda del servicio, lo cual condiciona los tiempos limitados y la presión para cubrir metas de productividad.

5.1.5 Violencia sexual durante el embarazo

La violencia intrafamiliar y sexual es una de las situaciones comunes en la vida de las mujeres independientemente de la edad, el ciclo de vida y la condición social. Las médicas reconocen la frecuencia de embarazos por abuso sexual del padre, del padrastro o de hermanos mayores; sin embargo, son situaciones que no se denuncian y ante las cuales hay indiferencia de madres, maestras y hasta de parte de los propios médicos. Los principales argumentos para no intervenir son considerar que la denuncia corresponde a la familia por ser un asunto de la vida privada, además se señala la falta de información y estrategias para atender estos casos y el temor a la respuesta del agresor *“Una vez vino conmigo una maestra y me platicó que una niña de 10 años estaba siendo abusada por su papá, que todo el mundo lo sabía...me fueron a poner la queja y se fueron a quejar al DIF...ella (la maestra) no quiso hacer nada y de hecho yo no puedo llegar y decir que la niña fue abusada...ahí se quedó y nadie hizo nada, ni la maestra en quien confían ni yo que tenía la obligación, ni las autoridades y nadie se metía con el señor”*. Reconocen que muchas veces son los padres quienes llevan a consulta a la joven y encubren la situación, sin importar las implicaciones que esto tenga para la joven y para el bebé *“una vez llegó una chica de 15 años, el padre me preguntó si estaba embarazada, la revise y sí estaba y gritaba ¿quién fue?. Ella no decía nada después se corrieron rumores que el padre había abusado de ella ya que la chica ni novio tenía. Cuando nació estaba con muchas malformaciones, el bebé duró nada más nueve meses”*

En otros casos, la pareja obliga a la joven a tener relaciones sexuales durante el embarazo *“...lo que pasa es que él quiere estar con ella y ella no lo desea y aún así tienen relaciones. Por otro lado cuando ya nace y es hombrecito entonces sí lo quieren”*. La familia que rechaza un embarazo, es quien muchas veces maltrata a la joven obligándola a trabajos pesados y la agrede *“ya que andas así vete por el agua hasta no sé dónde” “yo fui madre soltera y sí influye aquel desprecio, aquella mirada o aquel silencio que te hacen sentir chinche aplastada o lo que*

sea”. Otra expresión de la violencia, aunque menos frecuente, es el abuso sexual a hombres adolescentes, situación en la cual hay gran hermetismo y dificultad para que asistan a consulta *“me han tocado casos de hombres que abusan de su hijo ¿no? ...han sido chicos entre los 11 y 13 años, aunque se piensa que por lo regular la persona abusada es una niña”*.

5.1.6 Aborto

El aborto es un asunto polémico en el que, muchas veces, prevalece una doble moral en la sociedad en general y en el personal de salud en particular. En el caso de estos últimos, se muestran comprensivos y lo aprueban en casos de violación, pero al mismo tiempo cuestionan su práctica y a la mujer que lo ejerce. Aceptan que desconocen lo relativo a la legislación nacional y estatal del tema, además de que hay resistencias personales que dificultan su reflexión.

Si la mujer fue violada, los médicos están de acuerdo que se practique el aborto, antes de la cuarta semana, aludiendo razones “humanitarias”: *“estoy de acuerdo siempre y cuando sea en un periodo adecuado o sea de la tercera o cuarta semana (de gestación). El corazón se forma hasta la sexta semana y antes de esa formación, la mujer debe de tomar la decisión.”*

En el caso de las mujeres, las médicas y psicólogas también aceptan que se recurra al aborto en casos de violación, pero ellas enfatizan que es una decisión compleja en la que no sólo interfieren riesgos a la salud sino el valor de la maternidad y sus propios sentimientos de culpa muestran una intensidad rebasa su trabajo profesional *“la mujer tiene derecho a pedir, a solicitar un aborto...y tras esto hay consecuencias ¿no? yo creo que no hay aborto que no deje huella...la culpa, la culpa sino en ese momento más adelante”*. Les causa conflicto pensar que ellas puedan llegar a influir en la decisión de una mujer y en consecuencia a establecer alianzas que, en el mejor de los casos, dan muestra de su compromiso profesional, lo viven como una complicidad de la que se culpan y optan por una doble moral *“ella iba más que nada a que yo le diera un método para que abortara y lógicamente no se lo podía dar, tenía 21 años y tenía dos hijos entonces que mensaje le puedo dar”*.

En muchas ocasiones demuestran dificultad para orientar sobre el tema y reproducen argumentos que ponen en tela de juicio la capacidad del personal médico y su desconocimiento de las técnicas más avanzadas y seguras que se aplican actualmente: *“es algo muy duro y muy difícil...porque a la mejor puede morir ella ¿no?...el legrado es un riesgo...sí corre un riesgo, siempre que haya un legrado, el riesgo es la hemorragia y una hemorragia en este caso es difícilísimo controlar”*

5.1.7 Anticoncepción de emergencia

Existe acuerdo entre médicos y médicas respecto a la anticoncepción de emergencia (A/E). Aceptan y aprueban su uso entre jóvenes, aunque les preocupa que se use como un anticonceptivo regular y no ante situaciones excepcionales *“...es buena mientras no se haga un hábito y se utilice solo en casos de*

emergencia". Coinciden que es importante sensibilizar a los jóvenes y proporcionar mayor información acerca del funcionamiento y uso de la A/E. Las médicas valoran más sus ventajas y enfatizan los problemas futuros que evitan, como las relaciones de pareja forzadas. Algunos de los médicos consideran como desventaja que *"puede provocar un desequilibrio hormonal en la mujer con consecuencias graves para su salud física y mental"*, como si esta reacción se diera en todos los casos.

5.1.8 Obstáculos para el uso del condón

Existe acuerdo acerca de que uno de los principales obstáculos que tienen los y las jóvenes para usar el condón es la actitud negativa que tienen los adultos, dígase padres de familia, maestros, médicos o farmacéuticos para tratar estos temas. Médicas y médicos reconocen que hay resistencia para hablar de temas que involucren la vida sexual y muchas de las veces ellos mismos han sido objeto de comentarios o actitudes negativas por parte de los empleados de la farmacia *"a mí me paso una vez que iba con mi esposo y pidió unos condones y la muchacha se nos quedo viendo como que si vas con tu esposo no tienes porque usar condón...y más porque la muchacha nos conocía, mi esposo se molestó mucho"* Reconocen que en el caso de los jóvenes la situación es más complicada, no tienen la confianza suficiente para solicitar un condón, hay falta de información y las creencias de que el condón disminuye el placer sexual y que se utiliza en relaciones casuales *"se piensa que los condones se usan en relaciones esporádicas y clandestinas"*

Las mujeres médicas son más autocríticas, refieren sus propias limitaciones para explicarles a los y las jóvenes cómo usar el condón y reconocen que intervienen sus valores, temores y creencias: *"las pláticas que damos de cómo utilizar el condón, no son adecuadas casi todo lo hacemos de manera expositiva"* *"cuando damos pláticas sobre el condón no explicamos de manera práctica cómo se usa, porque es difícil colocarlo y ellos igual no saben ni cuando es una erección, no saben como colocarlo"* Algunas de ellas refieren que el costo del condón es una limitante, si se considera que los jóvenes dependen de sus padres económicamente.

5.1.9 Situaciones de discriminación a las madres adolescentes

Al ser interrogado el personal de salud sobre las situaciones de discriminación a las que se enfrentan los y las adolescentes, se muestran claras diferencias en la opinión según el género. Los médicos se expresan con cautela y adoptan una actitud defensiva *"...en las instituciones de salud yo veo que las procuran más, ven a una chavita embarazada y tratan de que más rápido acceda, yo creo que no hay discriminación"*. No hacen ningún otro comentario a partir del cual se evidencie su compromiso con las jóvenes, prefieren responsabilizar a la familia del maltrato o discriminación que las y los jóvenes tengan.

Las médicas y psicólogas expresan importantes críticas al sistema de salud pública, si bien en un principio tratan de salir lo mejor libradas y depositan en el personal de enfermería situaciones de maltrato, durante la entrevista esta postura

fue cambiando hasta asumir sus propias limitaciones. Diversas situaciones se refieren a enfermeras que maltratan a las adolescentes, aunque lo más sorprendente es la actitud pasiva e indiferente del personal médico y no confrontar la situación *“yo estuve con una enfermera en la atención de una cesárea y le dijo que si era tan buena para haberlo metido tenía que ser tan buena para sacarlo”*; *“en otra ocasión en el momento de estar colocando un suero expresa [refiriéndose a la enfermera] “le dijo que si ella quería la mataba o sea son situaciones de poder en el momento de la atención del parto”, “nadie le dijo nada a la enfermera... entonces el personal médico no lo hace pero deja que lo hagan”*.

Se detallan situaciones personales en donde la atención del personal médico ha puesto en tela de juicio el código ético y la desatención no sólo es hacia las madres adolescentes sino hacia las mujeres adultas, niñas y niños *“en una ocasión me paso precisamente... en la Secretaria de Salud fue una situación de urgencias y realmente el trato fue deshumano y confundir que hay un criterio médico y que sabemos que un dolor existe ¿no?...para esto fue con mi hija y un médico especialista que haya anotado un diagnóstico sin ni siquiera sacarle una radiografía...preferí no llegar a la agresión...pero se trata de niños y se les olvida que los niños sienten”* Por ello, ellas mismas prefieren recurrir a servicios de salud privados.

5.1.10 Servicios de salud para los y las adolescentes

Al ser interrogados acerca de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, médicas y médicos refieren las limitaciones que en la práctica enfrentan: a) la ausencia de un programa nacional que verdaderamente se interese por atender a los jóvenes, b) la desvinculación de sectores gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil para el cuidado de la salud sexual c) la falta de personal capacitado y de un cuidadoso proceso de selección d) las deficiencias del sistema de capacitación y actualización en el sector salud y la falta de interés y motivación de los médicos para capacitarse *“el sistema que tenemos en la Secretaria de Salud para bajar la información o capacitarnos es pésima”* e) la actitud negativa de la iglesia y los sacerdotes, además del machismo en la sociedad guanajuatense.

En su opinión el centro de salud requiere una acción conjunta de los médicos y psicólogos para dar una atención integral y diferenciada en donde el médico se aboque a la salud física y los psicólogos al cuidado de la salud mental *“lo mejor es que en cada municipio exista un equipo que se distingan las actividades intramuros y las comunitarias y esto va a dar muchas posibilidades y así habrá quienes necesiten atención médica y quienes requieran tratamiento psicológico son de las cosas básicas”*.

Una de las propuestas de los médicos es dirigir estrategias de trabajo con los padres de familia por considerar que la opinión de los varones tiene una fuerte influencia en la familia ante el machismo de la sociedad guanajuatense *“porque finalmente son los hombres quienes autorizan la planificación familiar y hablan más fuerte con los hijos varones”*. Por otro lado, las médicas plantean la urgencia

de actualizar los currícula en la Universidad o crear una especialidad con adolescentes en la que se habilite a los profesionales en un amplio conocimiento de los enfoques hacia la sexualidad y los métodos de enseñanza.

Los contenidos del curriculum que proponen marca coincidencias y también diferencias a partir del género, las mujeres están más interesadas en contenidos educativos. En cuanto a los temas que les parecen importantes en la transformación curricular se destacan: a) atención psicológica a pacientes que viven violencia intrafamiliar, violación y embarazo no deseado b) enfoque de género en los servicios de salud c) orientación sexual d) sexualidad y religión. Los temas específicos que proponen las mujeres médicas son: métodos y técnicas educativas de educación sexual y orientaciones didácticas para padres de familia y maestros. Más acotados a un enfoque biomédico, los hombres médicos proponen los temas de anticoncepción de emergencia, implantes subdérmicos y asesoría en aspectos legales y salud.

5.2 Personal de enfermería, trabajo social y promotoras/es de salud

5.2.1 Problemas de educación sexual en la juventud

En opinión de enfermeras y promotoras(res) los problemas de salud sexual que afectan a los y las jóvenes se ven influidos por una cultura conservadora, en la que prevalecen los dogmas religiosos, una actitud negativa de madres y padres de familia para tratar temas sexuales, falta de información y de medidas preventivas en el cuidado de la salud sexual, entre otros problemas.

Los/as entrevistados reconocen que hablar de sexualidad en una sociedad como Guanajuato representa una gran dificultad en la medida que es un tema prohibido, que compete a la vida privada y en el mejor de los casos, el tema se trata previo al matrimonio. La sexualidad está rodeada de silencio y es una práctica que se asume sin cuestionarse *“es una educación que traemos de siempre”* *“la sexualidad es un tema fuerte”* *“...de sexo no se habla en esta casa ¡porque no!”*. Enfermeras y promotoras consideran que la religión y los sacerdotes ejercen una fuerte influencia en la vida personal, en la medida que guían la conducta de las personas: promueven la abstinencia hasta el matrimonio y se oponen al uso de anticonceptivos *“Todavía ellos dicen {refiriéndose a los sacerdotes} que reciban los hijos que dios les mande”*. Consideran que es tal su influencia que no importa si la persona tiene una formación profesional o no para apegarse a los principios religiosos *“la religión es todo ¿no?”* *“Todos los integrantes tienen una profesión, aunque sean maestros y enfermeras, como ellos fueron muchos y alcanzaron a tenerlo todo y a estudiar y ellos siguen pensando eso [refiriéndose a los hijos que dios les dé] aunque tengan esa preparación, incluso una de ellas es enfermera”*

Consideran que padres y madres de familia evitan tratar temas sexuales, porque no tienen la preparación suficiente y muchas veces no les interesa abordarlos *“la gente que no tienen estudios es la que más trata de encerrar a sus hijos en este círculo y no hablan del tema”*. A esta actitud de cerrazón y de falta de interés, se suman relaciones familiares conflictivas, divorcios y deficiente comunicación entre padres e hijos como causales de que los y las jóvenes recurran a las drogas o al alcohol para evadir sus problemas *“el vino me hace olvidar los problemas que tengo”* *“el más grande tiene 17 años, el ahorita pues es alcohólico...dura una o dos semanas sin tomar, el muchacho no convivió ni con su papa, ni con la mamá sino con los abuelitos”*. Estas situaciones se consideran factores que propician matrimonios forzados, embarazos tempranos o el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA *“o sea es una vida reproductiva que también es un peligro a la salud”*

5.2.2 Miedos en torno a la educación sexual

Los temores que los/as entrevistados expresan para dar educación sexual, se relaciona con la visión de género y el ámbito disciplinario. Para las promotoras su temor está puesto en el rechazo de la comunidad, para las enfermeras en promover las relaciones sexuales a temprana edad y encuentros sexuales no

heterosexuales; y para los promotores, el incremento de la prostitución en las jóvenes.

Promotoras y enfermeras expresan con libertad sus argumentos y buscan dar respuestas más explicativas a la par de la fuerte carga emotiva de sus respuestas. Para el personal de enfermería y trabajo social sus miedos se relacionan con el cuidado y la crianza de sus propios hijos y en saber transmitirles en forma adecuada y oportuna la información de temas sexuales *“que no sepa explicarle y en lugar de ayudarlo, no sé que a lo mejor le despierte curiosidad y que empiece a descubrir cosas que todavía no conocía ¿no?”, “como que uno les estuviera invitando a que probarán y es una manera que no se les está ayudando, que al contrario se les está perjudicando a querer practicarla”*. Por demás les preocupa que por el interés de descubrir nuevas sensaciones, consuman drogas o experimenten encuentros sexuales distintos a la heterosexualidad *“ahorita de tantos casos que se ven de sexualidad, como es lo homosexual por más que se pueda hablar para que ellos vayan viendo” “el niño estaba tan acostumbrado a él, que ahora le gustaba y ya no lo veía como algo malo, ahora le gustaba”*

Las promotoras reconocen el temor de que la comunidad las rechace por la influencia de los sacerdotes. Saben bien que tratar asuntos propios de la vida sexual de las personas es complejo por los valores y las emociones que movilizan hasta cambiar o preservar sus costumbres: *“esto viene de atrás desde los abuelos, la educación para muchos lo relacionan con el pecado, si yo hablo de eso es malo”, “si voy y tengo relaciones, mejor ya no voy a misa, porque sé que ayer estuve haciendo cosas malas”*. A pesar de que ellas reconocen la importancia de informar a los jóvenes en estos temas, no se desprenden de creencias, que más que las confunde y las hace dudar de su labor.

La respuesta de la comunidad para ellas es vital, en la medida que puede ser su aliada o su *enemiga* *“me da miedo el que van a decir y el señalamiento con dedo de fuego”*. Los líderes más influyentes son maestros y sacerdotes, quienes si simpatizan con su labor, las apoyan o de lo contrario obstaculizan su trabajo *“pasa que en las escuelas no quieren que se dé un preservativo porque dicen: ‘no es que les están dando el arma o les están dando el medio para que tengan relaciones”*. La promoción comunitaria de casa en casa es la labor más dura y el espacio más amenazante e incierto, las mujeres de este segmento de entrevistadas (TS, enfermeras y promotoras) se sienten más vulnerables sobre todo si las rechazan *“no se como va a reaccionar el sacerdote y me va a echar a la gente encima...me da miedo porque es un enemigo muy fuerte”* Para algunas de ellas, la idea de dios les ayuda a dar un sentido a su trabajo y a su vida, las fortalece y se muestran convincentes de saber porque trabajan para el cuidado de la salud sexual *“si dios permitió esto [refiriéndose a los anticonceptivos] según nuestras creencias, él dejo que se inventara todo esto para ayudarnos porque él dijo: ayúdame que yo te ayudaré”*.

Los promotores hombres comparten con las mujeres, el temor de que la comunidad rechace su trabajo por no comprender que su labor es preventiva,

además la desconfianza de las mujeres para aceptar consejería de un orientador varón “*aquí todo se sabe y todo mundo se conoce*”. Desde su visión, les alarma el incremento de la prostitución juvenil y la falta de un programa de salud que atienda a hombres y mujeres jóvenes “*La autopista que viene de México y va hacia el norte cruza varios municipios de Guanajuato: San José Iturbide, San Luis de la Paz...y en las noches cualquiera que pase por ahí puede encontrar a mujeres jóvenes de las comunidades vecinas prostituyéndose, esto ha ido en aumento y hasta el momento no hay ningún plan de la Secretaría que busque apoyar esta población y menos aún prevenir a las jovencitas, me preocupa lo que vaya a pasar*”

5.2.3 Motivos de consulta u orientación

El personal entrevistado reconoce que atienden en la consulta a mujeres adultas y adolescentes. A las mayores les interesa saber sobre métodos anticonceptivos: inyectables, pastillas y condón; para las adolescentes su inquietud está en saber cuándo y cómo tener relaciones sexuales “*a que edad puedo iniciar mis relaciones sexuales*” o “*van jóvenes y mujeres para eso ‘oiga ¿me da una pastilla?’ es que no me quiero volver a embarazar*”. También atienden otros problemas de salud sexual como las infecciones de transmisión sexual y reconocen que la limitación principal para emprender acciones preventivas es el temor al rechazo social “*el mes pasado me llegaron varios niños de 15 años con una alergia horrible, unos tenían excoriaciones, manchas en las piernas... me decían que era una infección de transmisión sexual y los pase al médico*”.

La atención a las jóvenes embarazadas se centra en el seguimiento al embarazo y en pocos casos las mujeres llegan para confirmar su gravidez, ya que por lo regular se presentan después del primer trimestre de gestación. Durante la consulta enfatizan los beneficios del Programa Oportunidades y la atención del parto sin ningún costo “*ya cuando la mamá la ve así toda decaída, con náuseas, dolor de cabeza y estómago es cuando le dice vamos al médico*”. Sin embargo, también expresan una mirada crítica y aceptan la ausencia de una atención integral que aborde aspectos médicos y de carácter emocional y psicológico.

5.2.4 Aborto

Hay un acuerdo generalizado de que la práctica del aborto es un derecho que tiene la mujer si fue violada, aceptan que se le informe sobre esta opción y ella decida lo que hay que hacer. La violencia sexual es un secreto a voces, aunque la familia se empeñe en ocultarla “*estoy de acuerdo que tenga libertad para decidir*”, “*yo pienso que aunque la iglesia lo tenga prohibido, muchas veces es bueno, la muchacha ya sufrió un daño psicológico y al momento de tener al bebé se va acordar de todo lo que paso, yo pienso que es una decisión de ella y es la mejor. Estoy de acuerdo*”

Sin embargo en esta relativa aceptación, prevalecen en muchos casos, prejuicios y lagunas de información hasta llegar a pensar que las mujeres de escasos recursos económicos o las que tuvieron relaciones sexuales placenteras, son las que abortan con lo que contribuyen a estigmatizan esta práctica “*es muy acercado*”

para quienes son de bajos recursos... es diferente a la adolescente acomodada... ella va a tener el apoyo de sus padres para que siga estudiando y ayudarle con la criatura”

5.2.5 Anticoncepción de emergencia

Los y las entrevistadas expresan su rechazo y falta de conocimientos acerca de la anticoncepción de emergencia, argumentan que no es un método 100% seguro y consideran que promueve la irresponsabilidad en los jóvenes *“es abrirles una puerta a los jóvenes para que tengan relaciones sexuales sin protección”*. Hay resistencia para tratar el tema a pesar de que se les explica cómo funciona y prefieren referir que su uso es indiscriminado sin tener suficientes elementos para tal argumento *“está bien siempre y cuando se tome con responsabilidad, su uso indiscriminado nos está sonando a alarma de que algo anda mal...se la están tomando como aspirina para el dolor de cabeza y no se vale, es de emergencia, entiendan lo que es la palabra emergencia”* Puntualizan como respuesta a su temor, la necesidad de dar seguimiento a las mujeres que han recurrido a esta opción.

5.2.6 Obstáculos para el uso del condón

Enfermeras y promotoras aceptan que son diversos los obstáculos que tienen los y las jóvenes para usar el condón. Muchos de estos se explican en una cultura machista, las relaciones de poder en la pareja y la dificultad para acceder a servicios de salud que los dote de anticonceptivos. Reconocen que la relación con la pareja es determinante para aceptar su uso y la posibilidad que la mujer cuide su salud se subordina a la relación con su pareja. *“...considera de su propiedad a la mujer ¿no? entonces a la hora de utilizar el condón con su esposa, él tiene miedo de que si le enseña a su esposa como cuidarse, moraleja: cuídate que ella lo va a hacer”* Saben también que la baja autoestima de muchas mujeres, así como el no sentirse merecedoras de protección les resta posibilidades para negociar el uso del condón *“...es que esta necesidad de darle al hombre lo que él quiere ¿no? y no nos atrevemos a valorarnos, a que vamos a tener relaciones pero yo también pongo mis condiciones”*

En este contexto, las creencias y la falta de información juegan un papel decisivo para el uso del condón. Se tiene una actitud negativa que se asocia en los hombres a disminuir el placer sexual y en las mujeres al temor de que el condón se quede dentro de la vagina, además de la solvencia económica que se requiere para comprar condones con la frecuencia que se requiera *“no hay dinero para comprarlos”*. Se limitan a enfatizar las barreras más que tomar una actitud propositiva que los lleva a informarse y a capacitarse en cómo usar el condón.

5.2.7 Violencia sexual durante el embarazo

Para las entrevistadas hablar de la violencia en la familia es uno de los temas más sensibles y con el que se involucran emocionalmente, sea porque recuerdan experiencias personales o por ser uno de los problemas comunes en las mujeres de su comunidad.

Reconocen que mujeres, niñas y niños son víctimas de violencia independientemente de la edad, sin embargo aceptan que no se denuncia por el temor de las mujeres al rechazo social y a la dependencia emocional que tienen con el agresor del que esperan irónicamente protección.

El silencio y la no denuncia es el mayor riesgo para su salud física y emocional de la mujer y muchas veces de sus hijas quienes están expuestas a la agresión del varón y la imposibilidad de separarse emocionalmente *“a veces tienen miedo de perder la imagen del macho y me da mucho coraje con esas señoras que todavía que las golpean, las ponen a trabajar, mantienen a los hombres y se sienten muy dependientes de esas personas”* *“esos miedos las hacen seguir callando, seguir tapándolos y siendo encubridoras de los que las atacan”*

Las entrevistadas llaman la atención para reconocer que cada vez es más frecuente que la violencia se reproduzca en otros espacios como sucede con el hostigamiento sexual de los maestros. Desafortunadamente las jóvenes no denuncian por temor a la respuesta de padres de familia, directivos y el propio agresor. La baja autoestima, la desinformación y la falta de una cultura de la denuncia lleva a que las mujeres oculten la agresión y hasta sentirse responsables de la violencia de los otros *“ellas no lo dicen por miedo, por vergüenza, más que todo vergüenza, sí”*

5.2.8 Situaciones discriminación a las y los jóvenes

Para las entrevistadas hablar de la discriminación en los servicios de salud es un asunto delicado y por momentos prefieren guardar silencio antes que aceptar que es posible el maltrato hacia las jóvenes *“la sociedad ve muy mal a una madre soltera”* *“...entre los mismos muchachos, si en los mismos muchachos se empiezan a discriminar mucho”*. Sin embargo, son las mujeres promotoras quienes aceptan que médicos, vigilantes y administradores asumen una actitud hostil y autoritaria con las jóvenes, que propicia desconfianza y temor hasta evitar que regresen a las consultas de seguimiento *“es mala la atención médica que se da en las instituciones y no porque trabajo ahí digo que trabajamos bien. Nosotros estamos dando una mala atención desde la entrada hasta el consultorio, está mal la atención del vigilante, la del archivo”* *“imaginemos una niña que llega por primera vez y solicita atención...si yo creo que no trae más que diez pesos y entonces todo mundo le empieza a gritar o que nos sentimos con derecho de exigir”*

No obstante que se reconoce la importancia de que se promueva la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, se muestran ambivalentes ante un papel más activo de las jóvenes, sobretodo si se trata de una relación de noviazgo *“ahorita esas chicas son bien aventadas más que el hombre”* *“ya cuando es madre y tiene hijos de esas edades yo creo que a uno no le gusta ¿verdad? Porque se le va el hijo con la chamaca”*. Esto demuestra la necesidad de seguir trabajando con las mujeres adultas y en el legado hacia las nuevas generaciones.

5.2.9 Servicios de Salud para los y las adolescentes

Las entrevistadas reconocen que los servicios de salud para adolescentes enfrentan serios problemas que se identifican en: a) falta de personal capacitado para trabajar con adolescentes b) inadecuada selección de personal c) deficiencia técnica de los programas de capacitación d) conservadurismo de la sociedad guanajuatenses e) falta de coordinación entre las instituciones.

Consideran que es necesario ampliar la cobertura y atender a los y las jóvenes que viven en ciudades, municipios y comunidades rurales, sin embargo se requiere de una estrategia organizada que atienda a grupos de diferentes rangos de edad, empezando por las más pequeñas (7 u 8 años) Recomiendan que al curriculum de la capacitación se integren temas de interés común como adolescencia, métodos anticonceptivos, género, violencia intrafamiliar, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. Como temas específicos que proponen los varones están: anatomía y fisiología masculina y femenina, orientación sexual, sexualidad y cultura; las mujeres sugieren pareja, autoestima, embarazo en la adolescencia y recomendaciones educativas para trabajar con padres y madres de familia.

5.3 Madres y padres de familia

Los resultados presentados en esta sección dan cuenta de las entrevistas grupales realizadas a madres y padres de familia que actualmente tienen hijos e hijas adolescentes y jóvenes. Se trata de población abierta cuya escolaridad comprende de primaria incompleta a estudios universitarios. La intención es explorar acerca de los conocimientos, valores y actitudes que tienen acerca de la educación sexual, las relaciones sexuales, el embarazo en la adolescencia y conocer su percepción de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

5.3.1 Importancia de la educación sexual con jóvenes

Madres y padres de familia reconocen que es la familia donde se crean las bases para una adecuada comunicación y la confianza necesaria para tratar temas sexuales. Afirman que la escuela y los medios de comunicación complementan esta labor *“la familia es la base, para crear la confianza de una buena educación sexual ¿sí? apoyada en la escuela, pero también en los medios de comunicación como un factor importantísimo”*. Sin embargo, expresan su desacuerdo en la forma en como la televisión maneja la información y la apertura del cine en escenas sexuales *“manejan mucho la erotización y todo pero mal enfocada por los medios de comunicación”* *“los chavos van a ver películas que tienen escenas no sé qué... y van con la novia, pues cuando salen ya van a tener relaciones sexuales”* Les preocupa que los jóvenes tengan relaciones sexuales tempranas y que de ello se deriven: embarazos o infecciones de transmisión sexual. Aisladamente una de las madres advierte que no desean *“aventarlos al libertinaje”* sino la conveniencia de que estén bien informados para que no tomen riesgos innecesarios.

Padres y madres manifiestan que la educación sexual debe darse por igual a hombres y mujeres para estar informados, aunque si precisan tomar en cuenta la edad y el ciclo de vida *“lo mismo que se les enseña a los niños también se les debe enseñar a las niñas”* *“se les debe hablar por igual, de acuerdo a la etapa que van viviendo, tienen que informarse”*. En ningún momento refieren qué tan preparados se sienten para hablar con sus hijos de temas sexuales, aunque en un afán de mostrar su buen desempeño afirman que sí han hablado con ellos y ellas.

5.3.2 Mensajes en torno a la sexualidad

Los mensajes que las mujeres recibieron en torno a la sexualidad tienen una connotación negativa se asocia al pecado y la culpa. Las primeras expresiones se relacionan con sentimientos de dolor, enojo, confusión, silencio y un gran desconocimiento de su persona. La información que las mujeres recibían era por lo regular de abuelas, madre, hermanas mayores y ocasionalmente de amigas.

Para ellas hubo tres hechos que indistintamente las remiten al tema, la aparición de la menarca, la proximidad del matrimonio o el embarazo de su madre. Algunas de ellas tenían información parcial sobre la menstruación y las relaciones sexuales, aunque esta era insuficiente ante la fuerza de las vivencias y la

incapacidad de los adultos para orientarlas trátense de madres y/o maestros. Esto llevo a que muchas de las jóvenes vivieran con temor, soledad e incertidumbre hechos tan trascendentes como la menarca, sin embargo, también se hace presente su fortaleza interior para hacer frente a esto *“cuando yo tuve mi primera regla, me paso en la escuela, la maestra me mando a mi casa porque tenía el vestido manchado...en mi casa en un estuve usando hojitas de papel, pero yo veía que me lastimaba mucho...no sabía a quien decirle. No quiero que eso le pase a mi hija. ¡No!”*

Las relaciones sexuales es tema obligado si las mujeres iban a casarse, ellas refieren que sus madres se mostraban evasivas y se limitaban a decirles que era su marido quien *“les iba a enseñar”* o en otros casos las mujeres vivieron el encuentro sexual con gran ignorancia de lo que les sucedía, aunque de lo que no tenían duda es que el acto sexual tenía como fin la reproducción *“uno se imagina muchas cosas, pero ya cuando lo vive uno es algo muy diferente, se siente curiosidad ¿no? cómo, por dónde era la penetración yo no conocía esa parte por donde es la penetración”* En otros casos las mujeres hacían eco de las creencias y costumbres de las que hacían una dura rutina en los hábitos para dormir y se prohibía estimular los órganos sexuales, luego entonces todo acto que no tuviese como fin la reproducción estaba prohibido y ante la menor sospecha de no seguir la costumbre, se imponían los golpes que las obligaban a obedecer *“Hubo cosas que me quedaron muy grabadas...a nosotras como mujeres nos decían que nunca podíamos acostarnos boca abajo en la cama. . porque era pecado y si nos encontraban boca abajo, nos pegaban, eso me quedó muy grabado”*. En un afán de buscar una explicación a la imposición de las normas sexuales, algunas de las mujeres se los explicaban en un intento de comprender las respuestas de las madres *“Ellos [refiriéndose a padres y madres] pensaban que nosotros al rozar nuestro cuerpo con la cama, que nos tallábamos... yo me imagino que eso era lo que estaba mal, que era malo”*

En otros casos desde muy pequeñas, las jóvenes fueron testigos del embarazo de sus madres y las precarias condiciones de salud de ésta, lo que las llevo a sensibilizarse del sentido de tener tantos hijos en tales condiciones de adversidad. El mensaje que quedaba presente era de sufrimiento, pobreza, dolor, soledad y la incapacidad de compartir sus sentimientos *“yo soy la mayor de nueve hijos, me di cuenta muchas veces cuando mi mamá estaba embarazada. Cuando empecé a tener uso de razón me molestaba de que mi madre estuviera embarazada, nosotros éramos de escasos recursos...sentía a veces coraje y más como la veía sufrir ¿no? con sus hemorragias muy fuertes y eso me asustaba y no podíamos hablar de eso yo era muy tímida”*

5.3.3 Miedos ante la educación sexual

Padres y madres temen que sus hijos e hijas se enfrenten a situaciones que los coloque en la disyuntiva de dejar sus estudios a causa de un embarazo. Tienen muy claro que la mejor herencia que les dejarán a sus hijos son sus estudios como un medio para salir adelante y un embarazo vendría a truncar esos proyectos *“no es el momento de que tengan hijos, primero hay que estudiar”*.

Uno de los temores de las madres es favorecer el inicio de la vida sexual como consecuencia de hablar de temas sexuales a edades tempranas, en este sentido limitan el cuidado de la salud sexual y el autocuidado *“yo pienso que el temor de a la educación sexual es que empiecen a la primera y desde temprana edad empiezan a actuar uno es estar tratando de que se apresuren”*. En consecuencia, el embarazo en la adolescencia se vive como una amenaza y el fracaso de la familia. Aisladamente una de las madres muestra su rechazo para apoyar a su hija si se embaraza *“el embarazo les hecha a perder la vida, ya no pueden terminar su carrera por atender al bebito...ya hable con ella y le deje: conmigo no cuentas como con tus amigas de la escuela, te lo digo de una vez, porque sí quieres tener bebes que él trabaje y que te mantenga aunque vivas en un cuarto de azotea; pero no cuentas conmigo”*

Las situaciones que asustan a las madres son la evidencia del noviazgo de su hijo varón y la apertura e iniciativas de las jóvenes en el cortejo. Las madres aceptan desde la razón que sus hijos ya son mayores, que necesitan independencia y autonomía en sus decisiones; sin embargo se manejan desde una doble moral se dicen abiertas y comprensivas a que sus hijos tengan un noviazgo “formal” y por otro lado, buscan mantener el control en la vida íntima de sus hijos y a toda costa tratan de que los novios estén en casa para saber qué hacen *“...hay que cuidarlos verdad ¿verdad? pero yo tengo cosas que hacer pero como quiera siempre procuro que haya alguien en la casa cuando yo salgo y si voy a salir y no hay nadie, les pido cortésmente que se vayan”*. La comunicación de la madre es ambigua, se empeñan en negar que las medidas de control no tienen sentido, aún ante la posibilidad de que la pareja tenga relaciones sexuales en casa *“en una ocasión vino su novia y le dije: mira tú te quedas en tu cuarto y ella que se quede en el cuarto de mi hija y resulta que amanecieron en el mismo cuarto; pero él en el colchón del piso y ella en la cama y la puerta abierta y mi esposo, pues si se molesto ¿no? ¡Ah Dios!”*. Sin duda, las madres tienen pocos recursos para manejar cualquier situación que evidencie la actividad sexual de sus hijos e hijas, esto las angustia y tensiona las relaciones familiares *“yo le dije que no me gusta que la niña esté aquí, ella puede venir, pero ¡no la quiero todo el día aquí!, ni que estén metidos en su cuarto, está la sala, el comedor...la casa es muy grande”*.

Los padres son menos expresivos con respecto a sus temores, aunque muy brevemente expresan que su preocupación es que sus hijos recurran a información equivocada a través de videos y revistas pornográficas y tomen riesgos que los lleve a un embarazo o a contraer una infección de transmisión sexual *“el único miedo que tengo es que no sigan las enseñanzas que les hemos dado y que algún día salgan con una enfermedad venérea o un embarazo involuntario”*.

Padres y madres reconocen la necesidad de dar información sexual a sus hijos e hijas en la medida que esto traerá beneficios a las nuevas generaciones entre ellas decidir sobre el número de hijos que desean, logra más apertura para hablar de sexualidad, tomar decisiones de manera informada y con ello contrarrestar la

influencia de la iglesia en su vida sexual *“que sepan cuidarse, que mejore la comunicación con su marido y ponerse de acuerdo sobre los hijos, no nada más así porque sí y eso de que el “curita” dice que nada más el mismo [refiriéndose al anticonceptivo] pues no, no funciona”.*

5.3.4 Creencias religiosas

Madres y padres reconocen que la religión católica ha sido importante en su formación espiritual, las creencias religiosas tiene una influencia decisiva en la familia; aunque se presentan diferencias de género, es decir, en la manera en que mujeres y hombres perciben las creencias religiosas.

La secularización de los adultos se muestra como una permanencia de las creencias religiosas es un proceso complejo que se combinan con la denuncia de los ministros de la iglesia. En una misma persona sea hombre o mujer coexiste el apego irrestricto a las creencias y valores religiosos al tiempo que se expresan duras críticas a la doctrina religiosa. Las madres ponen mayor énfasis en educar a sus hijos con la idea del temor a dios y la necesidad de someterse y los padres les preocupa más que sus que hijos se aparten del ideal heterosexual que marca la Iglesia: *“Pues que tengan temor a Dios, porque como quiera los frena un poco, de que vayan a distraerse, que tengan un consejo”(madre) “la religión nos enseña que las relaciones deben ser entre un hombre y una mujer y no es que esté mal, la religión es así “.*

Padres y madres encuentran en las creencias religiosas un recurso para regular a la familia, se recurre a la imagen de un ser supremo al que hay que mostrar obediencia y es también un recurso para marcar límites en el hogar *“están de acuerdo en lo que les estoy enseñando y lo aceptan, yo no sé, bueno siempre he criticado a la iglesia y eso ¿verdad?, pero a mí en lo particular me tranquiliza mucho los sermones de los sacerdotes...sí los muchachos los escuchan son muy productivos para ellos, aunque no participen al cien por ciento”* Su creencia en Dios no les impide denunciar los excesos y los casos de abuso sexual por parte de los sacerdotes que ha escuchado: *“ya nos da miedo mandar a los niños van a confesarse ¿no? con todo lo que se está viendo ya no se puede” “[refiriéndose al abuso sexual] es que en las niñas es mayor, pero también en los niños...como no hay consecuencias, lo estamos viendo también con los mismos sacerdotes que hasta abusan de los niños “*

5.3.5 Problemas de sexualidad en las y los jóvenes

La percepción que padres y madres tienen sobre los problemas que afectan la vida sexual de los y las jóvenes, expresan claras diferencias de género. Las madres tienen una visión más amplia, hacen referencia a situaciones económicas y sociales que afectan a los jóvenes y también las relacionadas con la sexualidad. Desde su punto de vista, la pobreza es lo que más les preocupa y el que da origen a otros problemas como el bajo nivel educativo, el hacinamiento, la promiscuidad, el machismo, la violencia intrafamiliar, el alcoholismo a lo que se suma los embarazos en la adolescencia, el abuso sexual, la falta de información y la ausencia de servicios para dar orientación sexual a los y las jóvenes *“la pobreza y*

el hacinamiento en que viven es un problema porque llega el padre borracho, el tío borracho y se meten con la primera que se encuentran ¿no? y lo hacen delante de los niños”, “la mala orientación y el que no hay lugares abiertos para ellos, para que puedan informarse, que hubiese lugares inclusive en las escuelas”

Por su parte los padres de familia argumentan menos y se limitan a decir que los problemas se centran en “*la pérdida de valores*”, de lo que se derivan relaciones familiares conflictivas, descuido a los hijos, parejas ocasionales y el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual.

5.3.6 Métodos anticonceptivos

En relación con las prácticas anticonceptivas los padres de familia entrevistados, expresan su acuerdo para que los y las jóvenes usen anticonceptivos. Aunque las madres evitan dar su opinión abiertamente, reconocen su utilidad y la relevancia de tratar el tema y se muestran evasivas para reconocer la actividad sexual de sus hijos e hijas. Madres y padres reconocen que no se sienten preparados para hablar anticonceptivos con sus hijos. En palabras de una de las madres: “*con mi hijo nada más, un día le lleve a su cuarto su paquetito de condones y le digo: ahí te dejo por si acaso...andaba con una de esas disques novias, mucho más grande que él, que podía ser su mamá y le dí un paquetito de condones, cómo le voy a decir como usarlos no puede uno*”. Los padres de familia son aún más reservados, se limitan a decir que están de acuerdo en que sus hijos e hijas usen anticonceptivos como una medida preventiva para evitar infecciones de transmisión sexual o un embarazo “*Son muy buenos y hay que promoverlos en los hijos” “a ningún padre y creo que a ningún muchacho le gustaría tener una infección y eso con el uso del condón lo pueden evitar nuestros hijos e hijas”*

5.3.7 Consejos para hijos e hijas si estuviesen esperando un bebé

Al ser cuestionados ante la posibilidad de que su hija estuviese embarazada o su hijo hubiese embarazado, los sentimientos son diversos. Hay quien demuestra enojo y decepción por el proceder de sus hijos, quienes aceptan que no tiene sentido reprochar acciones sino dar su apoyo, hasta quienes desconocen como reaccionarían “*no francamente no puedo opinar, porque no sé la reacción que tendría*”.

Padres y madres rechazan el aborto como alternativa, por ningún motivo lo aceptan como una opción válida y existe un gran apego a la defensa de la vida desde la concepción. Prevalecen actitudes maternas y paternalistas que dan muestras del arraigo a sus creencias. Las madres expresan “*hay que ayudarla, orientarla y de ninguna manera que se hiciera un aborto, tampoco si ya esta embarazada” “yo lo apoyaría moralmente ¿no? económicamente sería imposible y su papá ya dijo que no...ya le dije que si llegara a haber consecuencias yo con el aborto no estoy de acuerdo*”. Los padres enfatizan “*yo en primer lugar le diría que no aborte y si no lo quiere que me lo de y yo lo cuido” “Que tuviera a su bebé, mi esposa lo cuida y yo lo mantengo, si se quiere casar es cosa de ella”*.”

5.3.8 Recomendaciones para otros padres y madres de familia

Las madres reconocen la importancia de mejorar la comunicación en la familia y en particular tratar estos temas con más apertura y de estar mejor informada. Proponen que se creen lugares específicos para los jóvenes donde reciban información sobre sexualidad y tengan la opción de asistir a consulta médica o psicológica. Consideran que lo más importante es tratar de identificar la problemática de los jóvenes con la ayuda de un especialista.

Por su parte los padres consideran que además de que se mejore la comunicación, se favorezca en la familia una relación de confianza y apertura para expresar sus puntos de vista sin temor a ser rechazado. Consideran que es necesario que los padres se interesen más por lo que les sucede a sus hijos, qué problemas tienen *“hay que estar mucho más con ellos, hablar constantemente con los hijos, saber con quién andan, a donde van, ir por ellos, enterarse de lo que hacen”*

5.4 Madres adolescentes

5.4.1 Generalidades

Los hallazgos presentados en esta sección dan cuenta de las entrevistas grupales realizadas a madres adolescentes entre 14 y 21 años que viven en San Miguel Allende, Guanajuato. El propósito es explorar las transformaciones del ciclo de vida de las madres adolescentes y en particular conocer la relación de la violencia sexual y el embarazo en la adolescencia.

Las jóvenes provienen de grupos altamente marginados en donde prevalecen condiciones de precariedad y dificultad para resolver sus necesidades básicas de vivienda, alimentación, educación y salud. Forman parte de la población abierta que atiende el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Municipal de San Miguel Allende. El nivel de escolaridad es bajo, la mayoría de las jóvenes no concluyeron la primaria, en otros abandonaron la secundaria una vez que se embarazaron y hasta quien no sabe leer ni escribir.

A los bajos ingresos económicos se suman otras carencias como la dificultad emocional y psicológica que ellas mismas manifiestan para educar a sus hijos/hijas y que va a la par de una baja autoestima *“...como luego llega el pago de la cuenta...no tengo dinero, nos llega el pago de la renta, el agua, no sé”*. Si bien las adolescentes entrevistadas saben que son muy jóvenes para tener hijos, quienes ya son madres lo viven con mucha angustia y tensión ante la imposibilidad de saber cómo resolver sus problemas *“yo veía que otras muchacha ya tenían [refiriéndose a los hijos] y ahora que yo lo tengo me pongo a llorar”*.

5.4.2 Significado del embarazo

La presencia de embarazos en la adolescencia no es una situación nueva en la historia familiar, sus madres también se embarazaron antes de los 20 años y las jóvenes lo hicieron entre los 13 y 17 años. Les es difícil clarificar si deseaban ser madres, tener hijo no es precisamente una elección sino una consecuencia propia de ser mujer; ven en la maternidad una posibilidad de realización en la medida que forman una familia propia *“Yo no quería y veía a otras muchachas y pues yo quería tener un niño”*. Sin embargo, la cotidianidad les muestra que ser madre es una labor compleja para la que no se sienten del todo preparadas y para la que necesitan apoyo *“no sé, es que de primero uno quiere tener hijos y piensa que es fácil pero no es fácil...pues no pensé que tan fácil, pero no es fácil”*

Poco hablan de cómo viven el embarazo, si bien la idea de ser madres en un principio les agrada, cuentan con poca información acerca de lo que les ocurre. Uno de los medios que más valoran es la televisión, a través de la cual han recibido información acerca de temas sexuales. De las telenovelas han aprendido a reconocer su propio embarazo y a socializar sus experiencias *“a mi nadie me explicó...por las novelas sabía que me podía embarazar...en la tele sale que cuando ya empiezas con ascos y no me daba hambre”*

Admiten que el cambio de vida más fuerte sucede después del nacimiento del bebé, poco a poco se hacen cargo de cuidarlo, la mayoría de las veces apoyadas en su madre o suegra. La restricción en sus tiempos y la libertad para desplazarse de un lugar a otro es una de las pérdidas más importantes *“Ya no es como antes, salía a la calle a donde quería, ya no puedo porque tengo a mi bebé”*. Comprenden que educar a un hijo no es una tarea sencilla *“Es una gran responsabilidad tener un hijo, tener que cuidarlo y quererlo y darle lo que necesita”*

5.4.3 Vida sexual

El inicio de su actividad sexual en la mayoría de los casos alrededor de los 15 años entre desinformación, creencias erróneas, doble moral y falta de medidas anticonceptivas. Alguna de ellas recuerda que los mensajes maternos que recibían, se limitaban a decirles lo que no debían hacer ó muchas veces se mantenían a la expectativa ante el temor de que su madre se enterará de su vida sexual *“Mi mamá me platicaba de eso... pues con sus palabras, ella me decía que era capaz hasta de matarnos, que quien sabe que... hasta me pegaba, yo me peleaba con ella”, “A mi nadie me explicó... luego mi hermana me decía nunca vayas a hacer esto [refiriéndose a las relaciones sexuales] porque vas a tener un hijo”*

Después del nacimiento de su hijo, algunas mujeres pierden el interés por relacionarse sexualmente, se muestran hostiles con su pareja y evitan la cercanía; lo que propicia que la comunicación entre ellos sea deficiente y se creen rencillas y enojos. *“casi yo no siento bonito” “me molesta que me agarre, la mera verdad”*. Los encuentros sexuales les generan culpa, vergüenza y prefieren hablar de su temor por embarazarse en una segunda ocasión: *“no sé, antes de que yo tuviera a mi niña si me gustaba; pero ahora ya no, no sé por qué” “ahora siento como que ya no, no sé me da pena, no quiero que me abrace, no quiero que me bese”*

La resistencia se explica a partir de las creencias sobre las relaciones sexuales y la maternidad, pareciera que su condición de madres anula el derecho a sentir placer *“...dicen que las mujeres cuando no tienen relaciones están cerradas y ya después como que ya están abiertas y ya no sentimos nada” “a mí me dijeron que a uno se le van las ganas, porque ahora le da pecho al niño.*

En su visión, el contacto sexual genera más problemas que soluciones. En muchas ocasiones las obligan a tener relaciones sexuales con violencia y ante parejas alcoholizadas. *“ya no quisiera estar con él y no me gusta; pero él se enoja ...ahora siento como que si me lastimara, me dan ganas de gritar y me aguanto, me da pena decirle”* La frecuencia de relaciones sexuales puede aumentar después del nacimiento del hijo *“él quiere que tengamos diario, diario, porque si no se enoja”* La mayoría dice que durante la menstruación se abstienen, en otros casos ellas buscan excusas para evitarlos *“a veces me voy y me acuesto con mis hijos y los abrazo”*

5.4.4 Métodos Anticonceptivos

Entre las jóvenes entrevistadas, el uso de métodos anticonceptivos es una práctica que se formaliza después del nacimiento de su hijo, una vez que les fue colocado el DIU. Pues en sus primeras experiencias sexuales no utilizaron anticonceptivos, a raíz de la desinformación y ante la creencia de que en las primeras relaciones no iban a quedar embarazadas.

A pesar de que todas ellas utilizan el DIU tienen dificultad para acudir a revisiones periódicas como un medio efectivo para valorar la reacción ante el método. Algunas presentan señales claras de infección vaginal y sangrados frecuentes *“tengo el dispositivo y la verdad me molesta, llego a sangrar y me lastima por dentro” “me sigue bajando y hay veces que pasan semanas y me vuelve”*. Acudir al médico no es una práctica común y más aún cuando ellas refieren que no asisten por falta de recursos económicos *“...en el hospital cobran muy caro la consulta”* Para referirse al condón se muestran reservadas y hasta herméticas, saben que es un método anticonceptivo y en ningún momento lo ubican como una medida preventiva de las infecciones de transmisión sexual.

La dificultad para acceder a los servicios de salud propicia que la automedicación sea una práctica recurrente y en otros casos se recurre a la opinión de los farmacéuticos en búsqueda de información *“Yo les tenía miedo a las pastillas, porque una vez tome unas, una amiga me dijo...y después me dolía la cabeza como si me quisiera desmayar y me dolían las piernas”*.

5.4.5 Violencia hacia las madres adolescentes

La presencia de la violencia es una situación común en la vida de las jóvenes sea porque ellas fueron violentadas en la infancia, porque ellas son agredidas por su pareja o porque establecen una relación de violencia con sus hijos. Es frecuente escuchar que han sufrido maltrato durante la niñez sea a través de golpes, insultos y regaños y esto las lleva a suponer que es una situación común en su vida, con la que llegan a tener cierta familiaridad.

Saben que el uso de la violencia implica el control del otro y un medio para imponerse ante el más débil, en algunos casos, ellas mismas cuando son maltratadas por su pareja. En contraste, se les dificulta reconocer que su propia violencia es un medio para someter a sus hijos y crear una relación basada en el temor y la desconfianza. La violencia es una práctica que se extiende entre las mujeres y ante la que no tienen elementos para transformar esta forma de vincularse *“Yo siento que fuera como mi mamá, que nos pegaba, no me controlo, me entra un coraje, no sé” “Si me enojo, pero no les pego, [refiriéndose a sus hijos] cuando me enojo porque limpien esto o lo otro, agarro una vara y les pego. Mi hermana les pega mucho a sus niños”*.

La reacción de las jóvenes ante la violencia, en algunos casos es reactiva se lían a golpes con su pareja, en otros ellas ejercen una relación violenta con sus hijos como medio de control *“yo soy muy agresiva con ellos, es por lo mismo que jalo con tanto niño y me desespero” “a mí también me pegaba...pero dijo mi mamá que*

la próxima vez que me volviera a golpear lo demandábamos...y una vez yo lo golpeé también y ya no me pega”.

La violencia no es producto del consumo de alcohol, pero ambos hechos están frecuentemente relacionados. Aunque su ingesta es más común en los hombres, las mujeres jóvenes están recurriendo a esta práctica, aunque en menor proporción que ellos y tienen mayor posibilidad de poner límites a su consumo *“...es muy difícil porque yo tomaba mucho, uno no se imagina que también uno va a tomar...y ya lo dejé, así si uno quiere dar un consejo, ya no se lo voy a poder dar [refiriéndose a su hijo]”*. Alcoholizarse es un medio para que los padres evadan las responsabilidades que tienen con sus hijos y también facilita las expresiones de violencia en la pareja *“ nos peleamos porque a él le gusta tomar cada ocho días y entonces él también me tiene que dar dinero cada ocho días, no me ayuda con los niños”, “Nada más llega borracho y me empieza a decir...y a veces sí me pega”*

Ya habíamos mencionado que es común que sus parejas las obliguen a tener relaciones sexuales, aunque en algunos casos las mujeres den muestras de tener alguna infección de transmisión sexual. La relación sexual por lo regular no se negocia y sí se impone.

5.4.6 Situaciones de discriminación

La discriminación que viven las jóvenes en los servicios de salud es recurrente. Muchos son los momentos en que esto sucede sea a través de las consultas de revisión prenatal, la atención del parto y las consultas de seguimiento tanto del personal médico como de enfermería. Expresan su temor y rechazo a la atención que han recibido y han optado por no asistir al centro de salud, una vez que ha dado a luz *“le tengo temor a los doctores y no quisiera ir”*.

Las jóvenes que asisten con temor y desconfianza a los servicios médicos llegan muchas veces con varios meses de gestación. La respuesta que han recibido del personal es de maltrato y rechazo que las obliga a asistir sólo en situaciones extremas. No obstante que los médicos afirman atenderlas con prontitud y cuidado por ser menores de edad, la situación que ellas manifiestan es contraria, se presenta tanto maltrato verbal y psicológico, que repercute en la autoestima de la mujer, *“ me sentí muy mal, me gritaba muy feo, cuando me gritó, sentí que no valía nada, ella (la doctora) era la que mandaba ahí”*.

Prevalece una relación vertical y arbitraria por parte de los y las médicas situaciones de abuso de poder que atenta contra su dignidad como personas, una de las mujeres expresa: *“la doctora me decía, no debes de llorar ni de gritar, cómo no llorabas así, cuando lo estabas haciendo ¿verdad?”*, *“ A mi la doctora me agarró mi mano, me dolió al ponerme la aguja, se enojó y me dijo: ‘ espérese señora, que no entiende, o qué ”*

De acuerdo a los relatos de las mujeres una de las situaciones más delicadas, es la imposición del Dispositivo Intrauterino (DIU) que violenta el Derecho al Consentimiento Informado. En un afán de convencerlas, se opta por la amenaza e

intimidación como un medio efectivo para que la mujer acepte que le sea colocado el DIU; *“yo no quería tener el dispositivo y me dijo que le iban a hablar a mi esposo para que él viera todo lo que me hicieron y él no quería que me lo pusieran” “a mí me dijeron ...piensa que tener otro hijo y si te deja, quién te va a mantener”.*

Toda vez que este maltrato se inicia en la familia, la violencia en el consultorio aumenta la vulnerabilidad de las jóvenes, quienes no tienen la posibilidad de poner límites y exigir ser tratadas con respeto.

Otra limitante para acceder a los servicios médicos es el costo de la consulta, aunque sean usuarias del DIF no asisten por la dificultad de pagar la consulta *“a mí me dijo el doctor que uno tienen que pagar para que lo vea el médico...no sé cuanto cueste la consulta pero va subiendo”, “como dicen que en el hospital cobran muy cara la consulta, yo he querido ir pero no..”.*

5.4.7 Autoestima

La percepción que tienen de sí mismas y el valor de sí es central en la manera como se relacionan consigo mismas y con los demás, dígase: padres, madres, pareja, hijos, médicos, enfermeras etcétera. Ser madres les da la posibilidad de formar una familia y adquirir el prestigio de pertenecer al mundo adulto, pero esto también tiene un costo que la mujer está dispuesta a pagar. Procesos muy complejos se combinan con la humillación y el maltrato del personal de salud durante el parto y la poca capacidad de disfrutar la vida en pareja y la vida sexual. Una de las jóvenes lo expresa con claridad *“la primera vez sentía rico, sentía bonito; pero ya después ya no, ahora siento que ya no sirvo”.*

Otra muestra clara de su baja autoestima, es que en dos casos en los cuales las jóvenes no tienen un registro de nacimiento que las legitime y por tanto sus hijos tampoco están registrados. Su invisibilidad llega al extremo de no reconocer su existencia como personas ni como ciudadanas ni como madres: *“El niño no lo registré porque yo no estoy registrada, porque me dijeron que me iban a ayudar, pero no, nomás me dicen que tal día y nada”* Ellas no existen ni son merecedoras de recibir atención, cuidado y un espacio de existencia propia.

5.4.8 Expectativas futuras

La visión que las jóvenes entrevistadas tienen sobre su futuro es sombrío y complicado. La primera palabra que apuntan en común es *“difícil, muy difícil”*. Sus preocupaciones estriban en la educación y crianza de las/los hijas/hijos, en particular refieren el temor a problemas como el consumo de drogas *“tenemos que cuidarlos que no se salgan a la calle y que no anden con amigos, hay que andar cuidándolos, que no sean drogadictos, tenemos la responsabilidad de cuidarlos”*. Otros problemas son las fuertes carencias económicas y la aspiración de tener un trabajo que les permita solventar gastos, obtener un crédito para comprar un terreno o construir una casa, como una medida para independizarse de los padres *“quisiera trabajar y que nos dieran un crédito y en abonos para tener una casa, aunque uno no haya estudiado”*. No saben en que trabajo podrían desempeñarse,

aunque alguna de ellas cuidan a sus hermanos para generar ingresos *“ahorita yo trabajo porque mi mamá viene y trae a mis hermanos y los cuido y gano treinta pesos y con eso me ayuda”*.

Ellas se viven con cierta soledad ante la responsabilidad de sacar adelante a sus hijos pues aunque tienen una pareja tan joven como ellas (20 y 21 años) con la que viven en unión libre, ellos no figuran como la fuerza en su futuro y mucho menos, se vislumbra un proyecto de pareja.

6. CONCLUSIONES

Los hallazgos de esta investigación confirman al Embarazo en la Adolescencia como un problema complejo que tiene múltiples aristas. Las acciones de prevención exigen medidas de fondo que se articulen al contexto local, a la idiosincrasia de las comunidades, a las diferencias de género y a los servicios de salud y educación dirigidos específicamente a los y las adolescentes.

Actualmente no puede abordarse el problema del Embarazo en la Adolescencia con un enfoque médico únicamente, que centre la atención exclusivamente en los riesgos de salud en la madre y el hijo, ni desde los estudios demográficos que centraban su interés en el control de la natalidad. Con el paso del tiempo se ha ampliado el horizonte de comprensión ante el reconocimiento de la perspectiva de género en las transformaciones sociales, culturales y tecnológicas. Otros factores a considerar son los efectos del empobrecimiento de los sectores marginales y rurales en el inicio de la vida sexual, la influencia de los medios de comunicación y la responsabilidad del Estado en el acceso a los servicios de salud y de educación para las nuevas generaciones.

Los resultados encontrados en este trabajo favorecen una mayor comprensión del Embarazo en la Adolescencia (E/A) y permiten generar un conjunto de recomendaciones para acciones de prevención que sintetizamos en los siguientes párrafos:

6.1 La cultura institucional y la atención del embarazo en la adolescencia

Es incipiente una cultura que privilegie la atención a la salud de las y los adolescentes, no obstante que se trata de un derecho con el respaldo en el marco internacional (Conferencias de Cairo y Beijing) y en las normas jurídicas que regulan la salud sexual y reproductiva en nuestro país³⁶.

Aunque hay esfuerzos que se realizan para prevenir el E/A existen vacíos que dificultan brindar un servicio de calidad y buena atención. Las/los entrevistados refieren la desvinculación entre las organizaciones gubernamentales entre sí (en particular los sectores salud y educación) y de éstas con las organizaciones de la sociedad civil.

Las/los proveedores de servicios entrevistados reconocen las dificultades que enfrenta el sector salud, así como la ausencia de un programa nacional que tome acciones articuladas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes centrada en las necesidades reales y sentidas de la población destinataria. Al respecto habría que agregar un contexto local que evidencia la fuerza de tradiciones y valoraciones conservadoras de la sociedad

³⁶ Art. 4º Constitucional, Ley General de Salud, Ley General de Población, leyes estatales y normas oficiales en la materia.

guanajuatense, que se expresan en rasgos como: el machismo, las relaciones inequitativas, la violencia hacia las mujeres, adolescentes y niñas, y la postura de los sacerdotes para apoyar la toma de decisiones responsables e informadas necesarias para el cuidado de la vida sexual.

Es comprensible que la atención se encuentra inmersa dentro de una dinámica institucional permeada por las contradicciones que intenta responder a la fuerte demanda de servicios médicos, el cumplimiento de metas/usuarios/productividad, la falta de personal capacitado y actualizado en los aspectos sociopsicológicos, de género y de derechos humanos que hoy se requiere para la atención de calidad. Así mismo, la inercia de prácticas rutinarias que limitan un abordaje integral a la salud de los y las adolescentes. Las condiciones y requerimientos institucionales impactan el ánimo y disposición del personal quienes reconocen limitaciones como la falta de capacitación especializada en metodologías para trabajar con adolescentes que favorezcan intervenciones más exitosas. La atención a las madres adolescentes es un asunto más dentro de la agenda diaria que se ve rebasada por otro tipo de demandas.

Desafortunadamente no existen espacios institucionales ni formas mediáticas de organización en que los proveedores de servicios ventilen sus desacuerdos o disputas. La situación propicia una actitud pasiva, indiferente y negadora de conflictos, que los lleva a guardar silencio o convalidar algunas situaciones discriminatorias hacia jóvenes y madres adolescentes.

6.2 Conceptualización del embarazo en la adolescencia

La percepción que el personal de salud tiene del embarazo en la adolescencia se construye con base en un discurso institucional que lo posiciona como un problema de salud cuya prioridad es el cuidado de la salud física de la mujer y del bebé; en el que prevalece un sesgo de género: “es la mujer quien se embaraza” y en consecuencia el padre adolescente queda excluido de esta situación. Para el personal de salud el embarazo en la adolescencia es uno entre muchos asuntos de rutina, se da atención médica a las madres jóvenes que lo solicitan, limitándose al seguimiento prenatal e informado sobre las ventajas que ofrecen algunas instituciones del sector en la atención del parto sin ningún costo.

La mayoría de médicas, psicólogas y enfermeras entrevistadas, consideran el embarazo en la adolescencia como un problema multicausal que se relaciona con la vida familiar, las condiciones sociales, el vínculo con la pareja y muy en especial con el valor de la maternidad, y se asocia como un asunto de la mujer excluyendo nuevamente al padre adolescente.

A manera de conclusión de este estudio, podemos afirmar que el Embarazo Adolescente es producto de un conjunto de inequidades que tienen como un punto de partida las condiciones de precariedad y pobreza en la que viven las jóvenes lo cual se combina con la falta de información sobre como tener relaciones sexuales protegidas y la dificultad para acceder a servicios de salud, entre otros aspectos. Desde el ámbito institucional se observa que el personal de salud pierde de vista

que la adolescencia es una etapa diferente a otras etapas de vida y crucial porque en ella suele darse el inicio de la vida sexual y en un buen *porcentaje* el inicio de la vida reproductiva. Es necesaria una visión que tome en cuenta la complejidad y la diversidad de factores vinculados al embarazo en la adolescencia, y buscar transformar la visión negativa de la adolescencia en la que sólo se reconocen conflictos, carencias y riesgos a otro enfoque en el que se busque potenciar las posibilidades, los factores de protección y la comunicación.

A esta situación se suma que madres y padres de familia consideran que un embarazo en la adolescencia es un fracaso colectivo y una amenaza que desestabiliza a la familia. Los sentimientos que se refieren durante la entrevista de investigación, pasan del enojo a la resignación en el caso de las madres y en el caso de los padres, se muestran distantes y se limitan a reconocer la necesidad de mejorar la comunicación con sus hijos e hijas. En otros momentos, madres y padres reproducen el maltrato a las jóvenes. Ante estas actitudes familiares, cabe preguntarse ¿Qué capacidad de respuesta puede tener el personal de salud?

Paralelamente, la visión biomédica sobre el embarazo trae como consecuencia limitaciones para la atención integral de la madre adolescente, lo que supone un vacío para la efectividad en la atención y por tanto un gran hueco para la institución de salud. Los proveedores de servicios destacan que es común que durante el embarazo en adolescentes frecuentemente se presenten crisis emocionales, depresión y maltrato psicológico y sexual, ante la cual su capacidad de respuesta es limitada o inexistente. Luego entonces el personal de salud entrevistado, reconoce que la problemática demanda contar con servicios de salud mental integrados a la atención de este grupo de población, esto es, se requiere contar con presupuesto para la instrumentación de programas integrales de atención que considere el trabajo en equipo de personal capacitado y actualizado, en los que se considere además del trabajo con población adolescente se involucre a sus familias y a diversos grupo comunitarios relacionados con su desarrollo, con la participación de personal de psicología que requiere mayor presencia en las instituciones de salud.

6.3 Situaciones de discriminación hacia madres adolescentes

La discriminación a las adolescentes es un asunto por demás álgido, existe un gran temor y resistencia del equipo de salud, en particular, de los médicos a sentirse expuestos y reconocer que ellos/ellas mismos(as), favorecen el maltrato hacia las jóvenes, sea de forma activa o consintiendo que esta ocurra.

Las promotoras comunitarias, enfermeras y trabajadoras sociales se muestran autocríticas y aceptan que la discriminación no se dirige exclusivamente a las y los adolescentes sino a la población en general: mujeres, niñas y niños. Refieren que el mismo sistema de salud genera este tipo de violencia muchas veces cuando se niega el servicio a quien no tiene posibilidad de pagarlo o cuando se recibe maltrato de personal de las unidades de salud.

No hay una toma de conciencia que frene esta situación, que confronte a quienes la ejercen y muchos menos una cultura de la denuncia. Permea la desconfianza en la medida que se expresan situaciones personales en que han recibido un trato "inhumano", de ahí que quienes tienen la posibilidad económica, optan por asistir a los servicios médicos privados, como presuponiendo que en estos últimos no ocurriese también la transgresión a los derechos humanos.

Cabe señalar que los actos discriminatorios no son privativos de los centros de salud, también en los servicios médicos de instituciones asistenciales se instauran prácticas excluyentes que ejercen las y los médicos o enfermeras. Las madres adolescentes entrevistadas refieren su temor por asistir a consulta ante el maltrato que reciben, particularmente cuando médicas o médicos tratan de acallar llanto o gritos insinuando que no tenían esa respuesta en la relación sexual que causó el embarazo, ejemplos hay muchos con lo que se puede ver que se establece una relación de poder entre médicos(as) y enfermeras y las adolescentes en donde una vez que la mujer da a luz, es difícil que regrese.

Los y las médicos se muestran poco sensibles a comprender que en parte son los responsables de que las jóvenes no vuelvan a consulta. Es urgente la revisión de un código ético que conscientice al personal de los centros de salud, de los alcances y los límites de su labor. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) ha avanzado en este sentido al definir los derechos de personal médico y de los usuarios, su abordaje y discusión es urgente en este caso.

5.4 La violencia en el embarazo es una práctica silenciada

La violencia hacia la mujer es una situación común que no se limita a la edad, el ciclo de vida, la condición social y menos al embarazo. Los hallazgos encontrados demuestran que la violencia forma parte de una herencia cultural que se ve favorecida por un sistema patriarcal en donde el hombre sea padre, padrastro o hermanos mayores imponen su poder y control a esposas, hijas o hermanas. Por ello, es común que las mujeres tengan una historia de violencia que se inició en la infancia.

El personal de salud entrevistado reconoce que es difícil que, en su caso, las jóvenes acepten que su embarazo fue producto de una violación o abuso sexual, por lo que se puede afirmar que la violencia sexual es una práctica que se silencia tanto por las mujeres como por la indiferencia del personal de salud quienes consideran que no es necesario indagar más, se instaura como un secreto a voces. La actitud de los médicos es apática y reconocen que no existen estrategias para atender estos casos, lo catalogan como un asunto privado que compete a la familia y con ello buscan justificar su falta de compromiso.

A pesar de que enfermeras, trabajadoras sociales y promotoras se muestran más sensibles debido a que algunas de ellas han sido violentadas, reconocen que la denuncia es casi imposible en un régimen dominante en que se impone el control masculino asumido socialmente por hombres y mujeres y que constituye un eje transformación social. Ellas destacan que la violencia se reproduce en otros

espacios como las escuelas, donde cada vez son más los casos de hostigamiento sexual por los maestros.

6.5 La urgencia de una alianza padres-madres de familia/personal de salud

Una gran distancia se impone entre padres y madres de familia y el personal de salud. Los testimonios expresan una relación basada en la autoridad de “quienes saben” contra “quienes no saben” es decir, entre personal de salud y madres y padres de familia, los cuales muchas veces se sienten culpables y avergonzados del embarazo de su hija; o en otros casos la relación es precaria y se limita a seguir un trámite mientras la joven da a luz. Quienes trabajan en la comunidad se muestran más sensibles a la escucha y en ocasiones se rebasan ciertos límites que los lleva a tomar como propio el problema del embarazo, admiten que esto es un exceso. Sin embargo estas acciones quedan a la deriva si no se plantean estrategias coordinadas entre estos grupos. Es muy necesaria una alianza para actuar conjuntamente con el personal de los servicios de salud para que padres y madres lleguen empoderadas(os), es decir, con mayor poder personal y social para relacionarse y ejercer sus derechos con mayores posibilidades de simetría social con otros grupos de edad o de cualquier condición humana.

6.6 Referentes para una educación sexual preventiva

Los hallazgos de esta investigación señalan que es necesario revertir los efectos de una educación conservadora en la que prevalece la visión de una sexualidad reproductiva, basada en la culpa y en una doble moral de los adultos, ante lo cual es impostergable la promoción de una educación sexual científica, actualizada, laica y apegada al marco de derechos humanos. Es fundamental que los adultos reconozcan que la prevención del embarazo adolescente y el cuidado de la salud sexual es un asunto que el conjunto de las instituciones debe enfrentar como una parte de sus responsabilidades.

La aproximación a temas que implican la vida sexual y el embarazo en la adolescencia, llevan a considerar la complejidad de los adultos para mirarse a sí mismos con una vida sexual activa y a su vez mirar al otro, en este caso la madre y el padre adolescente. Esto pone en juego muchos aspectos que van más allá del diseño de un programa educativo y que se explican en los valores y tradiciones de una sociedad.

Es preciso que reconozcan que de no asumir su labor de educadores de la sexualidad, la están dejando en manos de la escuela, los medios de comunicación y la iglesia, deslindándose de un importante papel en el cuidado de la salud. Los testimonios de madres de familia y de las promotoras comunitarias ponen en tela de juicio el comportamiento de los líderes religiosos y su influencia para frenar acciones educativas que promuevan los métodos anticonceptivos y el condón.

Si bien es comprensible la resistencia que tienen los adultos para hablar de temas sexuales habría que tomar en cuenta desde dónde se explican esas resistencias. En sus narrativas padres, madres de familia y aún el personal de salud cuestionan temas tan polémicos como el uso del condón, la anticoncepción de emergencia y

no se diga el aborto. a ellos se suma el uso del condón. En la base de sus argumentos existe un amplio desconocimiento de los temas y de los beneficios que aportan para el cuidado de la salud sexual. Se aprecia además la influencia de los dogmas religiosos que promueven la abstinencia sexual ignorando que no todos los adolescentes toman esa opción.

Una de las dificultades que conlleva la tarea de educar en temas sexuales es la toma de decisiones, se trata de actos que llevan implícito que lleva implícito el reconocimiento de las fronteras entre una y otra persona, así como la intervención de los adultos sea de la familia o de la institución de salud. Es importante que tengan claro que como proveedores de salud, ellos deben acompañar a los y las jóvenes en este proceso, más no tomar la decisión por ellos. Padres, madres y el mismo personal de salud tienen temor de alentar las relaciones sexuales en la medida que brinden información desconociendo los estudios que demuestran que la información no sólo retrasa la edad de inicio de las relaciones sexuales, sino que hace más probable que cuando se inicia recurran a prácticas *más* preventivas.

Otro plano que es urgente considerar es el momento en que se imbrica la toma de decisiones de un funcionario público a partir de sus valores personales. Esta es una situación por demás delicada y en nuestro país desafortunadamente existen experiencias como el caso Paulina y recientemente en Guanajuato la discusión sobre la posible negligencia de las autoridades para practicar un aborto legal a una joven con discapacidad que fue violada. El personal de salud no conoce las leyes ni los derechos sexuales y reproductivos de las usuarias ni del propio personal.

6.7 La orientación de los programas a adolescentes

El trabajo preventivo deberá tener como eje la construcción de una cultura del cuidado de la salud que vaya más allá de un decreto o de un periodo de gobierno. Implica un trabajo comprometido y decidido que rebase el enfoque de los programas remediales con un sentido más amplio del cuidado de la salud adolescente y de la salud sexual y reproductiva.

El tema de salud del adolescente está avanzando y se convierte en una prioridad ligada a la sustentabilidad del planeta, desde diversos puntos de vista (demográfico, económico, ecológico, antropológico, legal, etc.) incluyendo los abordajes evidentemente ligados al tema de la salud (bio, psico, social), por ello investigar, reflexionar y actuar por la salud de las y los adolescentes, exige ampliar los enfoques que han limitado su comprensión. El trabajo interinstitucional e intersectorial dirigido a la población joven, es consecuencia obligada de estudiarlo interdisciplinariamente. Pensar los temas globalmente, pero estudiarlos localmente facilita evidencias para diseñar políticas públicas con bases sólidas en cada contexto.

Los temas de salud son responsabilidad del sector salud como parte del ejecutivo, sin embargo, son corresponsables el resto de los sectores que directa o indirectamente coconstruyen condiciones para el cuidado de la salud. Del mismo

modo la sociedad en su conjunto y los individuos en particular coconstruyen condiciones para vivirse saludablemente, transformar la realidad en materia de embarazo en la adolescencia involucra a muchos actores sociales, entre ellos las instituciones abocadas a la promoción y defensa de los derechos humanos de las mujeres, aportando la perspectiva de género como herramienta para la transformación social, por tanto el trabajo con jóvenes debe incluir esta herramienta.

Importancia del trabajo interdisciplinario e interinstitucional para abordar la problemática.

Toda vez que las instituciones de salud y educación son campos de incidencia fundamentales para que las y los adolescentes desarrollen habilidades y actitudes positivas para el ejercicio de una vida sexual responsable. Los hallazgos de esta investigación demuestran la urgencia de trabajar intensamente en el interior de estas instituciones.

Es necesario realizar una reflexión profunda tanto de directivos como con el personal de salud sobre su disposición y voluntad para trabajar con jóvenes y en particular con las madres y padres adolescentes. Una mirada crítica exige ir más allá del diseño de un programa de capacitación a proveedores. Es preciso reconocer la necesidad de estrategias articuladas de educación, gestión y evaluación en el que incorporen distintas miradas de jóvenes, madres y padres de familia, proveedores de servicios y la percepción de las propias adolescentes embarazadas.

Finalmente, se presentan una serie de recomendaciones a partir de los hallazgos de este estudio, como punto de partida para los programas con adolescentes en salud sexual del Estado de Guanajuato.

6.7.1 Recomendaciones a la capacitación de los proveedores

- Es necesario profundizar en los talleres de capacitación, el concepto de salud sexual. Además de abordar la aplicación de medidas higiénicas, favorecer el interés por el cuidado del cuerpo y el valor de la salud en el marco de una cultura preventiva.
- Incluir el tema de noviazgo, relaciones sexuales, eficacia y ventajas del uso consistente del condón, así como sobre anticoncepción de emergencia.
- Es imperativo sensibilizar sobre el riesgo de adquirir ITS tanto en hombres como en mujeres jóvenes, y favorecer actitudes no discriminatorias a quienes las padecen.
- Incorporar información sobre los Derechos Reproductivos y reproducción elegida así como otros problemas de salud pública, y revisar las leyes y las

condiciones en que la ley tiene despenalizada la posibilidad de interrumpir un embarazo legalmente.

- Incorporar el tema de abuso sexual y hostigamiento sexual.
- Actualizar al personal en las temáticas emergentes y transversales: la salud sexual, las diferencias de género, la influencia sociocultural en las prácticas sexuales de los/las jóvenes y los derechos sexuales y reproductivos.
- Abordar de manera directa los efectos de la migración nacional e internacional en el noviazgo, las relaciones sexuales y la vida en pareja y analizar sus implicaciones en el desarrollo personal, laboral y familiar.
- Sensibilizar a los hombres jóvenes sobre la importancia del autocuidado y su incorporación a la vida cotidiana, para revertir la vinculación cultural del riesgo en la construcción de la masculinidad.
- El conocimiento y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos podría ser un eje clave para desarrollar el trabajo educativo, de promoción social o de capacitación incluidos en cualquier proceso de sensibilización o formación de madres y padres adolescentes. La perspectiva de género puede ser la base para empoderar a las madres embarazadas, favorecer la denuncia del maltrato y la exigibilidad de servicios de calidad en las consultas de vigilancia de embarazo y parto.
- Enfocar calidad y ciclo de vida entre madres y padres adolescentes, y en el caso de las mujeres retomar tres momentos: el vínculo de la pareja, el embarazo y los primeros tres años de vida de sus hijos e hijas.
- Abrir talleres para compartir experiencias de vida entre padres, madres e hijos/hijas adolescentes, que permitan fortalecer la comunicación y los vínculos afectivos y la identidad femenina y masculina.

6.7.2 Recomendaciones para fortalecer la capacidad técnica

- Sistematizar los criterios de selección del personal operativo y docente que trabaje con adolescentes que repercuta en estímulos que promuevan una mayor motivación hacia ese grupo de edad.
- Establecer comités que analicen las estrategias de intervención de primer y segundo nivel de atención, para programas dirigidos a la población adolescente los cuales consideren las situaciones particulares de esa zona. Creo que este punto se vincula con el siguiente ¿cómo se podría enlazar?.
- Incorporar en modelos y materiales educativos los hallazgos encontrados en éste y otros estudios, tomando en cuenta las percepciones de género en cada una de las categorías estudiadas, las conductas y prácticas preventivas, así como los derechos sexuales y reproductivos.

- Construir un paquete educativo/informativo para padres y madres adolescentes que tomen en cuenta las diferencias de género y el ciclo de vida de la pareja y/o mujer.
- Elaborar material para padres y madres de familia que tomen la vinculación con hijos e hijas a partir de las diferencias de género y avanzar en crear un puente de comunicación.

6.7.3 Recomendaciones a la gestión de los programas con adolescentes

- Fortalecer la supervisión técnica del Programa con adolescentes incluyendo un acompañamiento al personal operativo en que se analicen conjuntamente los problemas y se incorporen las diferentes percepciones al orientar y corregir deficiencias.
- Continuar impulsando la evaluación y seguimiento del Programa con Adolescentes en la medida que se incorporen los hallazgos encontrados de las recientes investigaciones y se identifiquen nuevos nichos de estudio.
- Difundir los resultados de esta investigación en reuniones de trabajo en que se discutan los hallazgos y recomendaciones a partir de ejercicios reflexivos y discusiones de grupo.

6.7.4 Recomendaciones para elevar la calidad de los servicios

- Diseñar programas de intervención específicos para las diferentes instituciones que trabajan con población adolescente orientados a evitar la discriminación y garantizar el acceso a los servicios requeridos (de salud, psicológicos, medicamentos, etc.)
- Realizar reuniones de trabajo con los prestadores de servicios y con farmacéuticos para analizar los hallazgos encontrados en relación con sus valores y creencias sobre la anticoncepción de emergencia, el uso del condón masculino, la discriminación por género, el aborto y los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes.
- Favorecer en ejercicios vivenciales la toma de conciencia de actitudes cerradas: la negación de información y de anticonceptivos y revisar una actitud que favorezca los comportamientos preventivos a la luz de su compromiso personal y profesional.)
- Diseñar un programa de capacitación con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos centrados en aspectos psicoafectivos, sociales y médicos de las madres adolescentes, promover la importancia de la atención personalizada y el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes.

- Ampliar las estrategias para la distribución del condón y buscar los mecanismos que contribuyan a que el uso del condón sea efectivo y continuado.
- Elaborar muestrarios atractivos para que los jóvenes conozcan todos los tipos de condones e instructivos de uso.
- Ampliar las actividades de colaboración entre instituciones de los sectores de salud y educación para sensibilizar a los prestadores de servicios que son parte de un movimiento hacia la construcción de una cultura preventiva a favor de la educación y salud sexual de los jóvenes.
- Impulsar el desarrollo de investigaciones, de corte cuantitativo y cualitativo, sobre la temática a fin de enriquecer el saber y los avances en el tema.
- Diseñar una estrategia de grupos de autoayuda para madres adolescentes para que a través del acompañamiento y la consejería personalizada se fortalezca la autoestima, la educación y crianza de los hijos, y en su caso apoyar para que regularicen su situación legal.

7. BIBLIOGRAFIA

Advocates for Youth (2000). Adolescent Sexual Health in Europe and the US. Why the Difference? Washington D.C.

Con formato: Numeración y viñetas

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.

Con formato: Numeración y viñetas

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.

Con formato: Numeración y viñetas

CENSIDA.(2002). El SIDA en México. Categorías de transmisión. Registro Nacional. Septiembre (Reporte).

CONAPO. (2000) V Informe de avances del Programa Nacional de Población 1995-2000. México, 2000.

CONAPO.(2001) La Población de México en el nuevo siglo, México.

Debus M. (1988) Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales. Health Com, USAID.

Denzin K. Norman, et al.(1994) Handbook of Quality Research.Sage Publications, USA.

Elú María del Carmen, Santos Elsa etal. (2000) Carpeta de apoyo para la atención de los Servicios de Salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia. México.

Greene Margaret etal. (2002) En esta generación: políticas de salud sexual y reproductiva para un mundo joven. Population Action International. Washington, D.C.

Con formato: Numeración y viñetas

IMSS. (2001) Diagnóstico de salud de las zonas marginadas rurales en México. 1991-1999.Programa IMSS-Solidaridad, México.

INEGI. Encuesta Nacional para la Dinámica Demográfica, 1992. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México.

INEGI. Encuesta Nacional para la Dinámica Demográfica, 1997. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México.

INEGI_INMUJERES.(2002) Mujeres y Hombres 2002.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México.

INSAD (1999) Informe de la Encuesta Gente Joven'99.
Mexfam, Investigación y Salud en Demografía S.C. México.

IPAS.(2001) Notas informativas. México.

Krueger A.R. (1991) El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada Pirámide., Madrid.

Mayén Beatriz, etal. (2002) Género y embarazo entre jóvenes. MEXFAM, AFLUENTES, INSAD, México.

ONU. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD1994) Cairo, Egipto, septiembre.

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

Román Rosario etal. (2001) Riesgos biológicos del embarazo adolescente: Una paradoja social y biológica en Sexualidad y Salud Reproductiva de adolescentes y jóvenes en México. Aportaciones para la investigación acción. Claudio Stern y Elizabeth García. Colegio de México, Cuaderno de trabajo No.6.

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.

Rodríguez Gabriela. (2000) La sexualidad en los procesos de cortejo: contrastes de género y generacionales en una comunidad rural. Tesis de Maestría. Agosto.

Rodríguez Gabriela, Mayén Beatriz.(2000) Los caminos de la vida. Manual de capacitación de sexualidad e infecciones de transmisión sexual para jóvenes campesinas y campesinos. CONASIDA, ONUSIDA, AFLUENTES, IMSS Solidaridad, SSA, México.

Rodríguez Gabriela. (2000) Sexualidad y salud reproductiva de jóvenes: Experiencias de intervención en las ONG mexicanas en ONG con Programas de Juventud. Instituto Mexicano de la Juventud. Colección Experiencias jóvenes, lecciones aprendidas. Leslie Serna y Luis Sánchez (coord.) México.

Scott Joan etal. (1997) El concepto de género en El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. Marta Lamas, Compiladora. PUEG_UNAM, México.

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

S.J. Taylor/R. Bogdan. (1998) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós. España.

SSA. (2001) Programa Nacional de Salud 2001-2006, México.

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.

Con formato: Numeración y viñetas

Walti Carlos etal. (2001) La fecundidad adolescente en Guanajuato. COESPO, Guanajuato, Serie Salud Reproductiva, México.

Walti C. (1989)“La fecundidad en las adolescentes mexicanas” en DEMOS Carta Demográfica sobre México. No. 2, UNAM-IIS, México

ANEXO 1

**LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE: EL CASO DE LOS
PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD DE GUANAJUATO**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
TIPO DE GRUPO: MADRES Y PADRES ADOLESCENTES	
Nombre: _____	
Edad: _____	Sexo: Femenino () Masculino ()
Estado civil: _____ Teléfono: _____	
Edad del primer embarazo: _____	
Vive con: _____	
Escolaridad: _____ Anotar el último año que curso	
¿Estudia actualmente?: Si () No ()	
Indique qué estudia: _____	
¿Trabaja actualmente?: Si () No ()	
Indique la ocupación en caso de que trabaje: _____	
Mencione dos actividades que realiza en su tiempo libre: _____	
Nombre se su canción favorita: _____	

LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE: EL CASO DE LOS
PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD DE GUANAJUATO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

TIPO DE GRUPO: PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

Nombre: _____

Edad: _____ Femenino () Masculino ()

Estado civil: _____ Número de hijos(as): _____

Institución en la que colabora: _____

Cargo que desempeña: _____

Municipio y localidad en la que trabaja: _____

Antigüedad en la institución: _____

Teléfono: _____ Profesión: _____

Especialidad: _____

¿Estudia actualmente?: Si () No ()

Indique qué estudia: _____

Pasatiempo favorito: _____

Indique el tiempo (años) de experiencia con programas de salud con
adolescentes: _____

Mencione dos de los problemas de salud sexual que afectan a los
jóvenes: _____

LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE: EL CASO DE LOS
PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD DE GUANAJUATO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

TIPO DE GRUPO: MADRES Y PADRES DE FAMILIA

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: Femenino () Masculino ()

Estado civil: _____

Número de hijos: _____

Edad del hijo(a) mayor: _____

Edad del hijo(a) menor: _____

Teléfono: _____

Escolaridad: _____
Anotar el último año que curso

¿Trabaja actualmente?: Si () No ()

Indique la ocupación en caso de que trabaje: _____

Mencione dos actividades que realiza en su tiempo libre: _____

Nombre de su canción favorita: _____

GUÍA DE DISCUSIÓN A PADRES Y MADRES DE FAMILIA

EDUCACIÓN SEXUAL

1. ¿Quién debe dar educación sexual?
2. ¿La educación sexual debe ser diferenciada entre hombres y mujeres?
3. ¿Cuándo es necesario hablar de sexualidad con sus hijos e hijas?*
4. ¿Qué le han dicho de la sexualidad?
5. ¿Cuáles son sus miedos ante la educación sexual?
6. ¿Qué beneficios tiene hablar de temas sexuales con los hijos e hijas?
7. ¿Qué ha hecho usted para hablar de sexualidad con sus hijos e hijas?
8. ¿Qué creencias religiosas ha inculcado en sus hijos e hijas?

VIDA SEXUAL

9. ¿Cuáles son los problemas de sexualidad que tienen los y las jóvenes de hoy?
10. ¿Qué opina de que los y las jóvenes usen anticonceptivos?*
11. ¿Qué consejo les daría a los y las jóvenes en cuanto a su vida sexual?*
12. ¿Esperaría que las creencias religiosas influyan en la vida sexual de sus hijos e hijas?

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

13. ¿Si su hija se embarazara en este momento qué le aconsejaría?
14. ¿Qué consejo le daría a su hijo, si él embaraza a una chica actualmente?
15. ¿Qué recomendaciones daría a otros padres y madres para dar educación sexual a sus hijos?

* Explorar las opiniones diferenciadas por cada sexo.

SEXUALIDAD JUVENIL

1. ¿Cuáles son los problemas de educación sexual que tienen los y las jóvenes de hoy?*
2. ¿Qué beneficios tiene hablar con los y las jóvenes de temas sexuales?
3. ¿Qué piensa de que los y las adolescentes inicien su vida sexual en la juventud?
4. ¿Cuáles son los casos más comunes que en torno a la sexualidad atiende en la consulta y/o actividades diarias?
5. ¿Cuáles son sus miedos ante la educación sexual?
6. ¿Qué opina de la Anticoncepción de Emergencia como alternativa para los jóvenes?
7. ¿Qué obstáculos tienen los y las jóvenes para usar condón?*

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

8. ¿Cuál es la situación más común en la que acude a consulta una joven embarazada?
9. ¿Qué atención psicológica recibe la madre durante el embarazo y después del parto?
10. ¿Cuál es la responsabilidad de los profesionales de la salud ante un embarazo adolescente?
11. ¿Ante qué situaciones de discriminación se enfrenta la madre adolescente en los servicios de salud?

VIOLENCIA SEXUAL

12. ¿Qué tan frecuente son los embarazos en la adolescencia a raíz de una violación?
13. ¿Qué piensa de que la mujer adolescente está autorizada para solicitar la práctica de un aborto, si ella fue violada?
14. ¿Se han presentado casos de violencia y maltrato a la adolescente durante el embarazo?

SERVICIOS DE SALUD

15. ¿Qué servicios debiera ofrecer un programa de salud sexual con los y las adolescentes?*
16. ¿Qué tan preparados están los proveedores de servicios para dar atención integral a los y las adolescentes?

* Explorar las opiniones diferenciadas por cada sexo.

GUÍA DE ENTREVISTA PARA MADRES ADOLESCENTES

1. ¿Cuéntame acerca de ti, qué haces actualmente, a qué te dedicas?
2. ¿Háblame de tu familia? ¿Cómo es, con quién vives?
3. ¿Cómo sucedió lo de tu embarazo?
4. ¿Qué relación tienes con la persona que te embarazó?
5. ¿Actualmente sabes algo del padre de tu hijo, qué piensas de él.?
6. ¿Cómo te enteraste que estabas embarazada?
7. ¿Esperabas embarazarte en este momento de tu vida?
8. ¿Tu embarazo se originó por medio de una situación forzada o desagradable?
9. ¿Cómo se dió la situación?
10. ¿De qué manera reaccionaste, a quién se lo dijiste, lo denunciaste?
11. ¿En algún momento pensaste no continuar con el embarazo?
12. ¿A partir de qué momento acudes a consulta médica y en qué institución?
13. ¿Qué trato has recibido del personal médicos, enfermeras, trabajadoras sociales?
14. ¿Cuál es el mensaje que te ha quedado más grabado de lo que te ha dicho el personal de salud que te atiende?
15. ¿Qué sentimientos tienes hacia el bebé, cómo te lo imaginas?
16. ¿Cómo te imaginas tu vida de aquí en adelante?
17. ¿Qué apoyos necesitas, de aquí en adelante?
18. ¿Qué les dirías a otras jóvenes que como tu fueron forzadas a tener relaciones sexuales?

GUÍA DE ENTREVISTA PARA PADRES ADOLESCENTES

1. ¿Cuéntame acerca de ti, qué haces actualmente, a qué te dedicas?
2. ¿Háblame de tu familia? ¿Cómo es, con quién vives?
3. ¿Qué relación tienes con la joven que embarazarte?
4. ¿Actualmente sabes algo de la madre de tu hijo, qué piensas de ella?
5. ¿Cómo te enteraste que ella estaba embarazada?
6. ¿Esperabas un hijo en este momento de tu vida?
7. ¿En los encuentros sexuales en alguna medida tu forzas la situación?
8. ¿La mujer siempre tiene la obligación de acceder a tener relaciones sexuales cuando su compañero lo desee?
9. ¿En algún momento pensaste no continuar con el embarazo?
10. ¿Qué sentimientos tienes hacia el bebé, cómo te lo imaginas?
11. ¿Cómo te imaginas tu vida de aquí en adelante?
12. ¿Para ti es importante ser padre?
13. ¿Empleas algún método anticonceptivo actualmente?
14. ¿Qué apoyos necesitas, de aquí en adelante?

CUESTIONARIO A PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

Nombre: _____

Cargo: _____

1. ¿Cómo califica los programas de formación y actualización en Salud Sexual y Reproductiva del personal de salud?

2. Considera que los programas de formación y actualización en SSR responde a las necesidades actuales que usted tiene?

3. ¿Mencione por orden de importancia, tres tópicos en los que le gustaría recibir actualización en SSR?

4. ¿Qué temas deberían ser eliminados de los programas de capacitación?

5. ¿Cuáles son los obstáculos más comunes para la actualización del personal en el tema de SSR?

6. ¿Qué opina del sistema de certificación y capacitación del personal?

7. ¿Qué recomendaciones daría a otros profesionales para orientar en los y las adolescentes en cuanto a SSR?

Fecha: _____