INSTITUTO
CHIHUAHUENSE
DE LAS MUJERES

ICHMUJERES

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE LAS MUJERES

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

31 DE DICIEMBRE DE 2019

INMUJERES
INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES
PROEQUIDAD
Chihuahua
GOBIERNO DEL ESTADO
UNIDOS conVALOR
ICHMUJERES
INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE LAS MUJERES

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

Índice

Índice 0
Introducción 1
1. Diagnóstico 2
1.1.Adolescencia, embarazo y género, conceptos básicos 2
1.2.El embarazo adolescente como un problema social 3
1.3.El embarazo adolescente en México 4
1.4. Causales del embarazo adolescente 5
1.5. Cambios en las tendencias de la fecundidad adolescente en México 7
1.6. Perspectivas teóricas 7
1.7. Marco jurídico normativo con relación al embarazo adolescente 10
1.7.1.Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad 10
1.8. Embarazos intergeneracionales 11
2. Modelo de implementación 15
2.3.Datos cuantitativos. 17
3.Resultados 18
3.1. Perfil sociodemográfico de las adolescentes con embarazo intergeneracional 18
3.2. Hallazgos del instrumento cualitativo 24
3.2.1. Sexualidad, conocimiento y uso de métodos 24
3.2.2. Deseabilidad de los embarazos 27
3.2.3. Proyecto de vida y el impacto de los embarazos en el mismo, 28
3.2.4. Reacción de la pareja ante el embarazo 35
3.2.5. Presencia de violencia en la familia de origen y en la de convivencia y estereotipos de género 37
3.3. Discusión 39
3.4. Programas que atienden a población adolescente en el municipio de Juárez 43
3.5. Identificación de problemas prioritarios 49
3.6. Metodología del marco lógico para la identificación de las causas y consecuencias del problema. 50
Modelo de implementación/proceso operativo 55
Conclusiones 56
Referencias bibliográficas 57
Anexos 61

Introducción

En este trabajo se discute el tema del embarazo adolescente intergeneracional, que ha estado presente en una misma familia por más de dos generaciones (adolescente, madre, abuela), así como posibles alternativas para su disminución. El objetivo sobre el que se centra el trabajo es en el control y disminución de la fecundidad en las madres adolescentes. En la parte del Diagnóstico, se proporcionan algunos datos sobre el embarazo intergeneracional y sus características, un resumen de los hallazgos del trabajo de campo realizado en Ciudad Juárez; se enuncian los programas implementados a nivel federal, estatal y municipal que se vinculan al tema y los aspectos que falta desarrollar con relación a la limitación del embarazo intergeneracional y el análisis del problema en el contexto del marco lógico. En la sección de modelo operativo, se plantea una propuesta y su implementación para el control y disminución de la fecundidad en adolescentes cuya madre y abuela fueron madres durante su propia adolescencia.

Se enfoca en la transmisión intergeneracional del embarazo en adolescentes y posibles alternativas para su disminución. Se plantea como objetivo la disminución del embarazo en adolescentes durante varias generaciones en la misma familia. En la parte del Diagnóstico se proporcionan algunos datos sobre el embarazo intergeneracional y sus características, un resumen de los hallazgos del trabajo de campo realizado en Ciudad Juárez sobre el embarazo intergeneracional, se enuncian los programas implementados a nivel federal, estatal y municipal que se vinculan al tema y los aspectos que falta desarrollar

con relación a la transmisión intergeneracional del embarazo en adolescentes, así como el análisis del problema mencionado con las herramientas denominadas árbol del problema, árbol de objetivos y árbol de soluciones. En la sección de modelo operativo se plantea una propuesta y su implementación para la disminución del embarazo adolescente en familias en que éste se ha transmitido por generaciones. Finalmente, se incorporan la bibliografía consultada y los anexos sobre las reuniones de trabajo que se han llevado a cabo para la elaboración del siguiente estudio.

1. Diagnóstico

1.1.Adolescencia, embarazo y género, conceptos básicos

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

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

La adolescencia es un periodo de transición de la infancia a la edad adulta en el que ocurren cambios físicos y psicológicos que preparan al adolescente para las responsabilidades que tendrá en la vida adulta. En la sociedad actual

este periodo se torna muy importante porque es un periodo de capacitación para la vida laboral, por ello se asume que la escuela es el espacio donde, en primer lugar, debiese estar afiliado el o la adolescente. Un adolescente desafiliado de las instituciones educativas plantea un reto para la sociedad ya que presenta una experiencia escolar truncada, que repercutirá negativamente en la vida misma del individuo y en la de la sociedad en su conjunto (Estrada, 2014).

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente, para la OMS (s/f) las edades de los 10 a los 19 años es el periodo considerado como adolescencia (Menéndez, Navas, Hidalgo, & Espert, 2012).

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

1.2.El embarazo adolescente como un problema social

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

bajo peso al nacer con las implicaciones a largo plazo que esto conlleva[1]. También se considera que el embarazo adolescente contribuye al círculo de enfermedad y pobreza. Además, anualmente se realizan 3 millones de abortos entre jóvenes de 15 a 19 años, que en situaciones de atención inadecuada incrementan los indicadores de muerte materna, o bien dejan secuelas en la salud a largo plazo (OMS, 2014). En el grupo de 15 a 19 años se considera que el riesgo obstétrico parece estar asociado a factores sociales más que con la edad materna (Minuzzi et al., 2010; Stern, 1997; Vignoli, 2014).

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

1.3.El embarazo adolescente en México

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa media de natalidad mundial[2] entre las jóvenes de 15 a 19 años (referido de ahora

---

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

[2] Tasa media de natalidad mundial:

en adelante como fecundidad adolescente) era de 49 por cada mil mujeres en ese grupo de edad para el 2014. A pesar de que la fecundidad en México ha venido en descenso desde hace ya varias décadas, la fecundidad adolescente se ha incrementado para años recientes. En el 2009 México presentaba una Tasa Global de Fecundidad[3] de 2.25, para el 2014 esta se encontraba en 2.21, mientras que la fecundidad adolescente[4] se situaba en 69.2 y 77.04, respectivamente (CONAPO, s/f), situándose en un nivel mayor que el de la tasa media mundial. Por tanto, mientras la tasa global de fecundidad sigue descendiendo, la tasa de fecundidad adolescente se incrementó en un 11.3% en un periodo de 5 años. Cabe mencionar que entre mediados de 1980 y el 2000 varios investigadores alertaban sobre una tendencia a la alza en la fecundidad adolescente en algunas regiones en América Latina, a pesar de la baja sostenida en las tasas globales de la fecundidad y del incremento de la urbanización y de la educación en la región (Vignoli, 2014).

1.4. Causales del embarazo adolescente

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

[3] Tasa global de fecundidad:

[4] Tasa de fecundidad adolescente:

es un camino usual hacia la vida en pareja, o pudiera ser una “falsa” salida a una situación de violencia en el hogar (Stern, 1997).

Stern (2004) advierte que es probable que el embarazo temprano no planeado sea más visible en los niveles socioeconómicos bajos por la falta de acceso a la interrupción del embarazo de manera segura (el cual es penalizado en el país, a excepción de la Ciudad de México donde además se presta este servicio desde el sistema de salud), mientras que en los sectores socioeconómicos altos la interrupción del embarazo es más accesible.

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

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

A ello se agregan otros como la desigualdad social, la falta de oportunidades, la falta de información y acceso adecuado a métodos anticonceptivos (Vignoli,

2014), la pobreza, conductas de riesgo como el uso de alcohol y drogas, los estereotipos de género que dificultan la asertividad de las mujeres para decidir sobre su vida sexual y reproductiva (Díaz-Sánchez, 2003; Stern, 2007) y, en algunos contextos, el abuso sexual (Varea, 2008).

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

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

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

1.6. Perspectivas teóricas

En este trabajo se parte desde una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos, reconocidos a nivel internacional. Se considera a la sexualidad como una parte esencial del ser humano y el ejercicio y disfrute de la misma como un derecho de adolescentes, jóvenes y adultos. Esta perspectiva está plasmada en la cartilla de los derechos sexuales y reproductivos de jóvenes y adolescentes en México. Los derechos que ésta considera son: decidir de forma libre sobre su cuerpo y su sexualidad, ejercer y disfrutar plenamente su vida sexual, manifestar

públicamente sus afectos, decidir con quien compartir su vida y su sexualidad, ser respetados en su intimidad y su vida privada, vivir libre de violencia sexual, a libertad reproductiva, a la igualdad de oportunidades y a la equidad, a vivir libre de discriminación, a obtener información completa, científica y laica sobre la sexualidad, a tener educación sexual, a acceder a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva y a participar en las políticas públicas sobre sexualidad. Esta cartilla fue creada en el 2001 a partir de la iniciativa del Instituto Mexicano de la Juventud, impulsada por la sociedad civil y avalada por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH, 2016) .

(Vignoli, 2014) señala que las desigualdades en el embarazo temprano plantean un ejercicio diferenciado de los derechos reproductivos, ya que hay evidencia de encuestas en la región latinoamericana que dan cuenta de la experiencia de fecundidad no deseada y de las discordancias entre hijos tenidos e hijos deseados, más frecuentes entre población pobre y entre adolescentes; por lo que la reducción de las desigualdades reproductivas incidiría en el mejoramiento del ejercicio de los derechos de la población adolescente y en la disminución del círculo de pobreza por esta causa.

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

matrimonio y la maternidad relativamente tempranos, que es cuando es más probable que ocurra un embarazo adolescente.

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

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

1.7. Marco jurídico normativo con relación al embarazo adolescente

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

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

"Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios que deben seguirse para brindar la atención integral a la salud, la prevención y el control de las enfermedades prevalentes en las personas del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad y la promoción de la salud, con perspectiva de género, pertinencia cultural y respeto a sus derechos fundamentales." (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, 2019).

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

Entre los aspectos de salud que se contemplan están la vigilancia del cumplimiento de la cartilla de vacunación, vigilancia de la nutrición, salud bucal, salud visual y auditiva, detección oportuna del cáncer, valoración del crecimiento y desarrollo corporal, valoración del desarrollo sexual con base a estadios de

Tanner, salud sexual y reproductiva, prevención de la violencia y participación en la adquisición y promoción de estilos de vida saludable (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, 2019).

1.8. Embarazos intergeneracionales

Algunos estudios señalan que las hijas de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de experimentar una maternidad temprana (Kahn & Anderson, 1992; González y Molina, 2007) y que esta transmisión intergeneracional de la maternidad adolescente perpetúa las desventajas sociales y económicas en las hijas de estas mujeres; cuando se les compara con sus pares del mismo nivel socioeconómico que no han sido madres adolescentes presentan un menor nivel de escolaridad, menores expectativas de estudios, mayor deserción escolar y mayor presencia de roles tradicionales de género, así también, fueron madres incluso a edades menores que sus propias madres, y menores proporciones de uniones con el padre del hijo en comparación con sus madres (González y Molina, 2007). Otros estudios muestran que, una vez que se incorporan al modelo variables como escolaridad de la adolescente o realización de tareas domésticas en el hogar (que podría equipararse al cumplimiento de roles tradicionales de género), pierde poder explicativo el tener una madre con experiencia de embarazo adolescente (de Almeida y Aquino, 2009).

De forma similar, Kahn y Anderson (1992), señalan que el poder explicativo de la edad de la madre al primer hijo disminuye cuando se agregan variables sobre escolaridad de la madre y estructura del hogar, aunque el efecto no desaparece. El efecto de la maternidad temprana de la madre en el resultado de embarazo adolescente de la hija se considera que puede darse directamente mediante: a)

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

Según Neireitter (2017), la transmisión intergeneracional del embarazo es como una “mochila familiar” que sus integrantes más jóvenes reciben e incorporan como algo inherente a sí mismos/as. Así, “se establece como un contrato implícito” (p. 5) que se transmite de generación en generación. A través de la socialización, las adolescentes van asociando y reproduciendo el comportamiento reproductivo de las madres y, con mucha probabilidad en él estará comprendida la conducta reproductiva de las abuelas, pues “las hijas de madres adolescentes suelen sostener actitudes, valores o preferencias que reproducen los comportamientos de sus madres, llevándolas así también a tener embarazos tempranos” (Neireitter, 2017, p. 5).

Los estudios muestran también que existen altas probabilidades de que las hijas de madres adolescentes se embaracen siendo adolescentes. Este aspecto aplica para la transmisión del embarazo adolescente durante varias generaciones, pues abuelas que fueron madres adolescentes tendrán altas posibilidades de tener tanto hijas, como nietas que se embarazaron durante la adolescencia. Esta tendencia se explica con base en diversas causas, entre las que se encuentran tanto la herencia biológica o genética, como las actitudes, valores y preferencias, el ambiente familiar y características socioeconómicas (Neireitter, 2017).

Según un estudio desarrollado en Chile, las adolescentes hijas de madres adolescentes tienen el doble de riesgo de convertirse en madres adolescentes frente a otras adolescentes sin esa característica. El estudio da cuenta también de que las adolescentes (hijas) se embarazan siendo más jóvenes que sus propias madres. Por otro lado, es importante resaltar que la información sobre el "patrón intergeneracional reproductivo" es realmente escasa. La investigación se refiere a Chile, pero es una realidad que se ha podido constatar también en México (González, Leal, Molina y Chacón, 2013, p. 284).

Los embarazos adolescentes en general, y los intergeneracionales en particular, pueden agruparse en dos patrones básicos, que expresan realidades y perspectivas distintas de las jóvenes. Por una parte, embarazos que no necesariamente son representados y vividos como problema por las y los adolescentes, sus familias y sus comunidades, ya que tener hijos en edades tempranas forma parte de las prácticas culturales y es asumido por las mujeres como parte de su proyecto de vida. Este patrón se reproduce mucho más ampliamente en contextos socioeconómicos con alta vulnerabilidad y caracterizados por la falta de oportunidades. Por otra parte, otro patrón en el que se identifican embarazos no deseados o no planeados y que se experimentan no como parte del proyecto de vida, sino como una interrupción o postergación del mismo (Vélez-Arango, 2012, p. 398). Como se expone más adelante, estos patrones aparecen también en la experiencia de adolescentes cuyas madres y abuelas fueron madres en edades tempranas.

Esta investigación indagó sobre la construcción de la sexualidad y de los comportamientos reproductivos en adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, embarazadas y/o madres, reconstruyendo las historias reproductivas en la línea

materna, madres, abuelas, tías y hermanas, a fin de conocer su posible incidencia en la asunción de maternidades en esta franja etaria. La hipótesis sostiene que la familia –en tanto núcleo conformador de comportamientos reproductivos-, en los casos de historias familiares de maternidades adolescentes, tiende a naturalizarlas lo cual se constituye en factor relevante de reproducción intergeneracional de la maternidad adolescente.

También consideramos que la inserción social y educativa y las distintas configuraciones familiares son trazadores importantes de los comportamientos preventivos y las decisiones compartidas entre varones y mujeres en las prácticas sexuales y reproductivas. Varias de las investigaciones indican que existen diferencias, según la pertenencia socioeconómica. La población en situación de mayor vulnerabilidad, social, económica, educativa, simbólica y por ello mismo con menor acceso a los espacios de asistencia, prevención e información es aquella en la que las maternidades registradas no planificadas o buscadas son más frecuentes. Sin embargo, varios estudios indican que el hecho de que esos embarazos no hayan sido planificados o buscados "conscientemente" no implica que no sean reconocidos como deseados. La construcción social y cultural de género y sus mandatos condiciona la subjetividad de las adolescentes y contribuye a que el deseo de embarazo y maternidad sea difícil de eludir. Las identificaciones son procesos que tienen lugar a lo largo de la vida de los sujetos (Mouffe, 1992). La sexualidad como parte de la identidad es producto del conjunto de relaciones, ocupando las de género un lugar decisivo en el desarrollo de sus proyectos de vida.

De acuerdo con Coronado y Ortiz (2013) es necesario identificar los referentes psicosociales existentes en la dinámica familiar que inciden en la conformación

del rol materno y que favorecen que se repitan los ciclos y las hijas y nietas de madres adolescentes se embaracen de manera precoz. Estos son elementos que tendrían que ser parte fundamental de las políticas y programas dirigidos a atender la problemática.

Es importante incorporar el enfoque de la interseccionalidad (Crenshaw, 1991), que se orienta a examinar cómo interactúan las estructuras sociales macro y micro para delinear las experiencias de los individuos. Este enfoque implica reconocer las jerarquías y sistemas de dominación que permean en una sociedad, por ello presta atención al poder y los procesos sociales en los niveles macro y micro social que han dado lugar a la formación de los sujetos. No sólo ayuda a mejorar nuestro entendimiento sobre los grupos en desventaja social, sino que en general ayuda a conocer cómo las estructuras sociales delinean nuestras vidas (Hankivsky, 2012). Otro de los ejes es la teoría de género. El género es la construcción social que asigna a hombres y mujeres atributos, actividades, características y funciones que considera adecuadas para cada sexo, valuadas de forma diferenciada y que producen desigualdad e inequidad así como asimetrías de poder. Esta teoría permitiría conocer en qué medida estas asimetrías y desigualdades se encuentran presentes y favorecen o facilitan el embarazo adolescente.

2. Modelo de implementación

Los objetivos de este estudio fueron los siguientes

2.1 Objetivos:

General

- Visualizar la situación general de embarazo adolescente en el municipio de Juárez a través del estudio en el tema de: intergeneracional sobre embarazo en adolescentes.

Específicos

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

2.2. Datos cualitativos. Esta investigación tiene una aproximación primordialmente cualitativa. La investigación cualitativa busca entender las motivaciones, conductas y actitudes de los individuos en su contexto natural (Taylor y Bogdan, 1994). La recolección de información se realizó mediante grupos focales. El grupo focal es un proceso colectivo que permite elaborar un fenómeno, en este caso el embarazo adolescente en más de dos generaciones en la misma familia (Powell en Gibas, 2004). La población objetivo fueron adolescentes mujeres de 15 a 19 años. Hubo dificultad para realizar los grupos focales separadamente por población de interés (subsecuentes, díadas e intergeneracionales) ya que se desconocía en qué categoría se encontraba cada participante más allá de identificarla como madre adolescente, por tanto se llevaron a cabo los 7 grupos y posteriormente se reunió la información de quienes, ya al obtener la información, se ubicaban en cada categoría de análisis. Los temas explorados fueron 1) Conocimiento y uso de métodos, 2) La

deseabilidad de los embarazos y el contexto en el que ocurrieron, 4) Proyecto de vida y el impacto de los embarazos en el mismo, 5) estereotipos de género y presencia de violencia en la familia de origen y en la de convivencia.

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

2.2.2.Selección de la muestra. Se llevaron a cabo 7 grupos focales: 4 grupos focales se llevaron a cabo en la zona de Anapra, al poniente de la ciudad y 3 grupos focales se realizaron en el suroriente de la ciudad. La captación de las adolescentes para los grupos focales se realizó con el apoyo de la coordinadora del programa Chihuahua crece contigo en Juárez, en 6 de los grupos las adolescentes entrevistadas participan en este programa, el grupo restante se llevó a cabo con el apoyo del Instituto Municipal de la Mujer, en este grupo participaron adolescentes de diversos puntos de la ciudad. El total de participantes en los grupos focales fueron 64. Doce de las 64 corresponden a la categoría de “intergeneracionales”, es decir, que son hijas y nietas de mujeres que se embarazaron o fueron madres durante su adolescencia.

2.3.Datos cuantitativos.

Además del trabajo cualitativo se utilizó una entrevista estructurada que captó datos sociodemográficos básicos de las entrevistadas tales como edad, estado

civil, lugar de nacimiento, nivel de escolaridad, etc. y datos relacionados con su sexualidad como la edad de inicio a la vida sexual, uso de métodos, número de hijos, edad de su pareja al inicio a la vida sexual, entre otros, así como datos sobre las condiciones de la vivienda. En total, se cuenta con nueve participantes que respondieron el instrumento cuantitativo y que fueron identificadas como "intergeneracionales". Las tres restantes no fueron identificables porque no especificaron la edad en que la abuela se embarazó o se convirtió en madre. Sin embargo, conforme se dio la discusión en los grupos focales se identificaron otras que no habían reportado esos datos.

3.Resultados

3.1. Perfil sociodemográfico de las adolescentes con embarazo intergeneracional

En los ejercicios para la recolección de información que se llevaron a cabo, se identificó un grupo de nueve mujeres que se habían embarazado durante la adolescencia y eran hijas y nietas de mujeres que también fueron madres siendo adolescentes. Las edades de estas nueve mujeres, al responder el cuestionario eran: 1 de 14 años, 1 de 15, 1 de 16, 4 de 17 y 2 de 18 años. De este grupo, ocho 89% habían nacido en Juárez, mientras una (11%) era oriunda de Durango.

En cuanto al estado civil, el 67% se declararon en unión libre, mientras el 33% restante se declararon solteras. Cuatro chicas tienen estudios de secundaria, una cuenta con secundaria trunca y dos de ellas estudiaron únicamente la primaria. Dos de ellas cursaban el tercer grado de preparatoria al momento de responder el cuestionario.

Siete de las adolescentes tienen experiencia laboral. La que inició a trabajar más joven tenía 13 años; tres iniciaron su vida laboral a los 14, una a los 15, dos a los 16 años y dos no respondieron.

Tabla 1. Características demográficas de las adolescentes con embarazo intergeneracional en Ciudad Juárez			
Edad	**Años**	**Cant.**	**Porcentaje**
	14	1	11%
	15	1	11%
	16	1	11%
	17	4	44%
	18	2	22%
Cantidad	**Actividad declarada**		**Porcentaje**
5	Ama de casa		56%
2	Trabajadora/comerciante		22%
2	Estudia		22%
Estado civil		**Cant.**	**Porcentaje**
Unión libre		6	67%
Soltera		3	33%
	Lugar de nacimiento		
		Juárez	89%
		Otro	11%
Escolaridad		Cant.	Porcentaje
Menos que secundaria		2	22%

Secundaria completa o incompleta		5	56%
Prepa en proceso		2	22%
Estudia actualmente			
No	7 (78%)	Sí	2 (22%)
Han trabajado / experiencia laboral			
No	2 (22%)	Sí	7 (78%)
Edad inicio a la vida laboral (n= 7 adolescentes)			
Edad		Cant.	Porcentaje
13		1	11%
14		3	33%
15		1	11%
16		2	22%

De las nueve chicas, antes de embarazarse, 22% vivía en un hogar compuesto por su padre, su madre y en 11% había presencia también de abuelos. Sólo el 11% vivía con la familia de su pareja. El 33% vivían en un hogar compartido con su madre, la pareja de su madre y sus hermanos; en uno de esos casos cohabitaban también con los abuelos y en otro, con otros parientes. Otro 33% de las adolescentes vivían con su madre y sus hermanos y también en uno de los casos lo hacían también con los abuelos.

Seis de las nueve chicas (67%) respondió que vivía con su pareja. De estas seis, la mitad viven sólo con su pareja y las otras tres comparten vivienda con otros miembros de la familia: una con la familia de su pareja, una con abuelos y otros parientes y otra con abuelos y hermanos. De las tres que no viven con su pareja,

únicamente una declaró vivir con su madre y sus hermanos. Dos de ellas viven con su padre y en uno de estos casos, conviven también los hermanos.

Todas las jóvenes declararon haber tenido únicamente un embarazo, en consecuencia haber tenido únicamente un hijo y no haber tenido ningún aborto. Sobre la edad del embarazo, una se embarazó a los 14 años, 5 a los 16 y 3 a los 17 años.

Para ser considerada dentro del Estudio intergeneracional sobre embarazo en adolescentes, las mujeres participantes deberían ser hijas y nietas de mujeres que también fueron madres durante la adolescencia. Según las edades de embarazo declaradas por las jóvenes, la generación más joven se embarazó en un rango de edad más temprana, al quedar todas incluidas entre los 14 y los 17 años, mientras el rango en sus madres y abuelas va de los 15 a los 19 años. Esto genera que el promedio de edad de la maternidad sea ligeramente menor en las más jóvenes (16.1 años) que en sus madres (16.2 años), pero sea significativamente mayor en las abuelas, quienes alcanzan un promedio de 16.8 años.

Tabla 2. Edad de embarazo de la adolescente, su madre y su abuela, según respuestas de las adolescentes

Edad_embarazo de la adolescente	Edad embarazo madre	Edad embarazo abuela
17	15	15
16	15	15
17	16	15
16	19	15
16	17	16
16	18	16
14	16	17
17	16	18
16	19	19
Edad promedio por generación		
16.1	**16.8**	**16.2**

Por otra parte, como puede apreciarse en la Tabla 3, según la información dada, en el grupo de las más jóvenes y sus madres la edad con mayor frecuencia de embarazo son los 16 años (56% y 33% respectivamente), mientras en las abuelas, la edad en que se embarazaron con mayor frecuencia fueron los 15 años (44%).

Tabla 3. Embarazo según edad de la adolescente, su madre y su abuela

Edad emb adolescente	Cant.	Porcent.	Edad emb madre	Cant.	Porcent.	Edad emb abuela	Cant.	Porcent.
14	1	11%	14	0	0	14	0	0
15	0	0	15	2	22%	15	4	44%
16	5	56%	16	3	33%	16	2	22%
17	3	33%	17	1	11%	17	1	11%
18	0	0	18	1	11%	18	1	11%
19	0	0	19	2	22%	19	1	11%

De acuerdo a la información proporcionada, el 71% de las madres de las adolescentes cuentan con una escolaridad de secundaria, 11% no cuenta con ninguna instrucción y 11% cuenta con preparatoria. En el caso de los padres, el 33% contaba sólo con primaria, el 50% tenía la secundaria y el 17% tenía una escolaridad de universidad.

Al preguntarles sobre la edad en la que tuvieron su primera relación sexual, el 67% dijeron haberlo hecho entre los 13 y los 15 años (11% a los 13, 55% a los 15). El otro 33% expresó haber iniciado su vida sexual a los 16 años. En cuanto a la edad que tenía su pareja cuando iniciaron relaciones sexuales, el 25% tenían

16 años; 37.5% tenían 17 y otro 37.5% tenían 20 o 21 años. Una de las adolescentes no proporcionó la edad de la pareja; de las ocho restantes, en todos los casos el hombre era mayor que la adolescente. En cuatro casos la diferencia de edad era sólo de un año, pero en dos casos la diferencia era de cuatro años, en uno e cinco y en otro de seis años. En tres de los últimos casos, el inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes fue con un mayor de edad.

Tabla 4. Edad inicio vida sexual de las adolescentes y sus parejas		
Ella	El	Diferencia edad
15	20	5
15	16	1
15	16	1
16	17	1
15		?
16	20	4
13	17	4
16	17	1
15	21	6

Sobre la pregunta sobre si al momento de embarazarse estaban de acuerdo en tener relaciones sexuales, una joven no respondió y una (11%) lo hizo de manera negativa. Las otras siete declararon haber tenido relaciones de manera consensuada con su pareja. Si se consideran las diferencias de edad, en algunos casos el consenso podría cuestionarse, pues al existir varios años de diferencia

y tratarse de una relación entre menor y mayor de edad, pudo presentarse coerción sin que la adolescente lo percibiera. En relación a la experiencia de tener relaciones sexuales obligadas o contra su voluntad, una chica no respondió y una más (11%) respondió que sí. El resto contestó negativo.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, se les preguntó si usaron algún método antes de embarazarse, 78% respondieron que no, en tanto el 22% (dos casos de nueve) refirió haber utilizado métodos anticonceptivos. En ambos casos, el método utilizado fue el condón.

Las viviendas en las que habitan ellas y sus familiares, 89% cuentan con paredes de materiales sólidos como tabique o ladrillo. De este total, 67% cuenta con techo de materiales sólidos y 22% tiene techo de madera. El 11% restante, tiene paredes de lámina de asbesto o metálica, con techo del mismo material. El 89% de las viviendas cuenta con piso de cemento y 11% con algún recubrimiento. 89% declararon contar con agua potable dentro de la vivienda y 78% tener servicio de drenaje. El 67% de las chicas respondieron tener regadera dentro de su vivienda, en tanto el otro 33% no respondió. Únicamente dos (22%) declararon la existencia de computadora en su domicilio; 22% dijeron tener internet y 11% televisión de paga. El 89% cuenta con teléfono celular y sólo el 56% cuenta con microondas en su vivienda.

3.2. Hallazgos del instrumento cualitativo

3.2.1. Sexualidad, conocimiento y uso de métodos

La edad del debut sexual se observa menos temprano en este grupo que en el de las adolescentes con embarazo subsecuente. Aunque hay una joven que declaró haber iniciado relaciones sexuales a los 13, la mayoría declararon haber

debutado a los 15 o 16 años. Son recurrentes situaciones en las que, a pesar de declarar conocer los métodos anticonceptivos y no haber planeado embarazarse, las jóvenes no tomaron las precauciones necesarias. Es común, según lo declarado por las participantes, que inicien teniendo relaciones con protección, utilizando generalmente el condón y luego dejen de usarlo: “por irresponsable”, “porque se me hacía fácil y pensaba que no iba a quedar embarazada”; “cuando empecé usaba el condón; luego ya no, se me hizo fácil”; “no usé ninguno, porque me embaracé en la primera vez”.

Prácticamente en todos los casos, las jóvenes declararon conocer diversos métodos anticonceptivos, sin embargo, algunas de sus respuestas denotan desconocimiento o información insuficiente sobre los riesgos de embarazo al tener relaciones sexuales sin protección. A pesar de conocerlos, la mayoría no estaba utilizando algún método al momento de embarazarse. Se transcriben a continuación algunos diálogos que muestran lo anterior:

> **Layla:** Yo también conocía nomás el condón y las pastillas y la inyección
> **Moderadora:** ¿y usabas algún método cuando tenías relaciones sexuales?
> **Layla:** No
> **Moderadora:** No. Ningún método…
> **Layla:** Porque pensé que no iba a quedar embarazada
> (Participante Grupo focal 2).
>
> **Moderadora:** que ustedes me digan si cuando ustedes empezaron a tener relaciones sexuales, si conocían métodos anticonceptivos y si los usaban ¿ok?
> **Jaqueline:** El de la pastilla del siguiente día, pues el de la pastilla, el condón
> **Moderadora:** Pastilla, la pastilla del día siguiente, el condón… ¿nada más?
> **Jaqueline:** El que más usaba fue el condón
> **Moderadora:** Usabas métodos anticonceptivos y cuando te embarazaste, en ese tiempo, ¿estabas usando algún método?
> **Jaqueline:** No porque yo pensé que no podía tener bebés porque los exámenes que me hacía salían negativos
> **Moderadora:** Ah ¿cuáles exámenes te hacías?
> **Jaqueline:** De sangre
> **Moderadora:** Para ver si estabas embarazada
> **Jaqueline:** Sí
> **Moderadora:** Y siempre te salían negativos… por eso no los usabas
> **Jaqueline:** Ajá, o sea los llegué a usar las primeras veces, pero ya después no

(Participante Grupo focal 4)

Moderadora: Ok. Gracias. Britani, ¿conocías algún método?
Britani: Sí
Moderadora: ¿cuáles conocías?
Britani: Pos las pastillas, la pastilla, el condón, la inyección
Moderadora: Pastillas, condón, la inyección… nada más… cuando empezaste a tener relaciones ¿usabas algún método?
Britani: El condón
Moderadora: ok Cuando te embarazaste, en ese tiempo usabas métodos…
Britani: No
Moderadora: No ¿por qué no usabas?
Britani: Pos no, pos ya no, se me hizo fácil
Moderadora: Bueno, pero cuando empezaste a tener dices que usabas condón… entonces los dejaste de usar
Britani: Sí
Moderadora: Porque se te hizo fácil…
Britani: Pos sí, pos ya no usaba
(Participante Grupo focal 4)

En el caso de Jaqueline, llama la atención que se incluya la pastilla del día siguiente como método anticonceptivo. Otro aspecto importante, que, aunque entre las intergeneracionales sólo aparece una vez, se identificó en otros grupos, es la idea de que utilizar condón hace menos placenteras las relaciones sexuales, motivo por el que deciden no usarlo. Rocío, una de las participantes, lo describió así:

Moderadora: Quisiera saber si cuando ustedes empezaron a tener relaciones conocían los anticonceptivos, ¿cuáles conocían? Y si, los estaban usando
Rocío: Sí, pero no me gustaba usarlos.
Moderadora: No te gustaba usarlos.
Rocío: Los usé como un mes nada más.
Moderadora: Y, ¿qué usaste durante un mes?
Rocío: Condón.
Moderadora: El condón, y ¿porque razón no te gustó?
Rocío: No se siente bien. No es igual.
Moderadora: No se siente igual y entonces cuando te embarazaste ya no usabas ningún método.
Rocío: No.
(Participante Grupo focal 5)

3.2.2. Deseabilidad de los embarazos

Vinculado con el conocimiento (o desconocimiento) sobre su propio cuerpo y sobre métodos anticonceptivos, así como con la utilización o no de dichos métodos, se encuentra la deseabilidad de los embarazos, si fue una decisión consciente y asumida o si se trata más bien de algo que no planearon. En este grupo, la mayoría declararon no haber planeado el embarazo. Únicamente dos declararon explícitamente haber buscado su embarazo. En algunos casos el embarazo se narra como un accidente, "se rompió el condón" o sucedió cuando estaba cambiando de método anticonceptivo (en el ínter). Tales son los casos de Yadira y María.

> **Moderadora:** ¿usabas algún método cuando empezaste a tener relaciones?
> **Yadira:** El condón
> **Moderadora:** El condón ¿y qué sucedió?
> **Yadira:** se rompió.
> (Participante Grupo focal 4)
>
> **Moderadora:** Cuándo tú te embarazaste, ¿en ese tiempo estabas usando algún método? ¿Cuál usabas?
> **María:** Las pastillas
> **Moderadora:** Las pastillas ¿y entonces qué crees que sucedió?
> **María:** Es que el doctor me iba a hacer el cambio de las pastillas a las inyecciones, y pues en ese… me dijo que dejara de tomar las pastillas
> **Moderadora:** El doctor te iba a cambiar de pastillas a inyecciones y en ese inter… entre que dejabas uno y empezabas el otro método, fue cuando te embarazaste.
> (Participante Grupo focal 4)

Sólo dos jóvenes declararon no haber usado métodos anticonceptivos cuando se embarazaron porque decidieron previamente que querían tener un hijo: "no los usé porque yo quería quedar embarazada" (Dayana, Grupo focal 2). Nubia (Grupo focal 5), por su parte, declara: "los dejamos de utilizar… porque planeamos tener un bebé". Valeria, no declara haber planeado embarazarse, sin embargo, por la forma como narra el momento en que se dio cuenta, podría incluirse en este pequeño grupo de las jóvenes que deseaban embarazarse:

> **Valeria:** ¿Mi reacción cuando…? Bueno, yo ni sabía, hasta que mi mamá me dijo lo mismo que ella, en donde quiera me quedaba dormida, entonces cuando mi mamá me mandó a hacer la prueba, cuando me di cuenta, me emocioné, y ya en cuanto salí de hacerme la prueba, entonces nada más, no sé si lloré de la emoción de que estaba embarazada, o de ver a mi esposo llorando (Valeria, Grupo focal 3).

En un caso no se tiene información sobre la deseabilidad del embarazo por parte de la participante. En los otros siete, las jóvenes declararon explícitamente que no habían decidido embarazarse.

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

En términos generales, las adolescentes podrían agruparse en dos, en cuanto a la relación entre embarazo y proyecto de vida: aquellas para las que la maternidad representaba un proyecto previamente a quedar embarazadas y aquellas a las que el embarazo interrumpió o detuvo un proyecto distinto.

En algunos casos, el embarazo implica una interrupción de sus planes y proyectos, de manera particular, de la continuación de sus estudios.

> **Moderadora:** ¿Cuáles eran tus planes?
> **Esmeralda:** Pues acabar bien mis estudios y meterme a trabajar
> **Moderadora:** ¿Hasta qué nivel querías estudiar?
> **Esmeralda:** La prepa
> **Moderadora:** ¿Hasta la prepa y luego ya trabajar? ¿y pudiste hacer esos planes?
> **Esmeralda:** No, nada más acabé la secundaria
> **Moderadora:** Terminaste la secundaria, ¿y por qué ya no continuaste con la prepa?
> **Esmeralda:** Porque ‘taba embarazada.
> (Grupo focal 1)
> **Moderadora:** Ok, gracias. Rocío ¿qué planes tenías?
> **Rocío:** Eh, mi esposo estaba haciendo su carrera técnica y me iba a meter con él, pero en donde él la estaba haciendo les ponían a hacer ejercicios y correr y así, y ya no pude, él sí terminó su carrera, se graduó. Yo ahorita estoy trabajando en una distribuidora.
> **Moderadora:** Ok, entonces ahorita trabajas.
> **Rocío:** Sí ahorita trabajo.
> (Grupo focal 5)

Sobre lo que les gustaría o quisieran lograr a futuro, algunas participantes enunciaron el deseo de seguir estudiando, en ocasiones más como un sueño que como un proyecto que estén definiendo con posibilidades reales o dando

pasos que les dirijan hacia allá. Es de hacer notar que solo dos visualizan la universidad como rumbo (María y Laura), mientras otras tres que respondieron que querían seguir estudiando, identifican la prepa como punto de llegada y ese es el nivel máximo de estudios al que aspirarían.

> **Moderadora:** ¿Algo que les gustaría hacer a futuro? ¿Algo que les gustaría quizás lograr, alcanzar, tener? Los planes que tienen…
> **Yadira:** Pues yo quiero terminar mis estudios
> **Moderadora:** ¿Hasta qué grado quieres estudiar, te gustaría?
> **Yadira:** Pues tan siquiera hasta la prepa
> **Moderadora:** A la prepa ¿para qué?
> **Yadira:** Para poder buscar trabajo cuando ya pueda.
> **Moderadora:** Para conseguir un trabajo ¿y cuentas con el apoyo, los recursos para seguir estudiando?
> **Yadira:** Sí (GF4)
>
> **María:** Pues también me gustaría seguir estudiando. Empezar una carrera en la universidad.
> **Moderadora:** ¿qué te gustaría estudiar?
> **María:** Diseño
> **Moderadora**: Diseño. Ok. Por ejemplo, si tú quisieras volver a entrar a la escuela, hacer la universidad ¿tienes el apoyo, o cómo le harías?
> **María:** Pues ahorita estoy esperando que él termine la carrera, mientras yo estaba trabajando él estudiaba, entonces ahorita ya a él le falta poco para que termine, entonces cuando él termine ya empezaría yo (GF4)
>
> **Britani:** Pos también me gustaría terminar la prepa
> **Moderadora:** Te gustaría terminar la prepa, y…
> **Britani:** Una carrera
> **Moderadora:** Una carrera ¿Tienes el apoyo para eso?
> **Britani:** Pos…
> **Moderadora:** ¿Cómo le harías?
> **Britani:** Pos no sé (GF4)

Para algunas de las chicas, su proyecto de vida no se truncó con el embarazo, sin embargo, implicó un ajuste y continuar con sus estudios representó un esfuerzo mayor que, en algunos casos se vuelve llevadero por el apoyo de algún familiar que colabora con el cuidado del niño o niña.

> **Nubia:** Pues mis planes eran igual, seguir estudiando y pues seguí estudiando.
> **Moderadora:** Sigues estudiando, y en tu caso ¿cómo le haces?
> **Nubia:** Bueno pues yo apenas estoy embarazada.
> **Moderadora:** Bueno y cuando tengas al bebé ¿vas a seguir estudiando? ¿o cómo le vas a hacer?

Nubia: Sí, voy a, bueno pues los dos vamos a estar en la mañana, él igual en primer turno trabajando y yo pues estudiando en la mañana y mi mamá lo va a cuidar en la mañana, en lo que yo llego, que llego a las dos y ya pues ya me la voy a quedar yo. (GF5)

Laura: Pues mis planes antes de embarazarme era estudiar, terminar la prepa, estudiar la universidad porque yo quería estudiar otras cosas y me cortaban las alas, decían que "no puedes porque no tienes las posibilidades para hacer esto" o equis cosa. Entonces cuando me embaracé yo, me decían "salte, te vamos a sacar de la prepa para que te metas a trabajar" y yo "no quiero dejar de estudiar, si me ponen esos planes de salirme y ponerme a trabajar mejor me voy de esta casa y yo veo cómo le hago para estudiar", le digo "me voy con mi papá" con él, aparte ahorita estoy viviendo actualmente con él, porque vivía con mi mamá pero me salí de su casa por problemas con, bueno principalmente me atacaba a mí porque me embaracé, y luego empezaba con ella y con ella y ya decidí salirme de mi casa. Pero el novio que traía me dijo habla con tu papá, arregla las cosas con tu papá y sí hablé con él y me aceptó y ahorita estoy viviendo con él y con su pareja y ellos sí me apoyan, ellos me dicen "si quieres estudiar, te vamos a ayudar" me dicen "tú te vas de aquí hasta que ella tenga 18 años y si ella se quiere ir, y si te quieres ir me la dejas". Pues ahorita ya pase a sexto, ya de hecho yo ya debería estar graduada pero reprobé cuarto semestre porque yo me enfermaba, me enfermaba y me enfermaba y no asistía a las clases y no llevaba justificantes y me reprobaron por faltas, pues volví a entrar y ya ahorita cursé cuarto, quinto y ya ahorita nada más me falta sexto, ahorita que termine sexto quiero meterme a trabajar para estudiar gastronomía o repostería alguna de las dos y me he dado cuenta que sí sé hacerlo independientemente si me enseñan o no yo aprendo sola.
Después de eso cuando ella ya pueda entrar al kínder quiero meterme a la universidad.
Moderadora: Cuando la niña entre al kínder, tu plan es meterte a la universidad, ok.
Laura: Sí se me ha complicado hacer las cosas, pero es posible hacerlas. (GF5)

Es común que aquellas que decidieron embarazarse y visualizaban la maternidad como proyecto de vida, se encontraban ya fuera de la escuela. El caso de Dayana ilustra la dinámica que se vive por algunas adolescentes que han sido excluidas del sistema escolar y cómo ese es un factor que influye en el embarazo adolescente:

Dayana: No estaba estudiando, pos vivía con mi mamá. Me salí de la secundaria en segundo
Moderadora: En segundo te saliste de la secundaria
Dayana: sí, pues ya no estaba estudiando y pues sí quería seguir estudiando, la iba a hacer abierta, pero pues ya después me junté y luego pues ya me embaracé y pues ya.

Dayana: Pos también, pos yo y él queríanos un bebé y pos tardé pa embarazarme de ella. Como seis meses duré sin cuidarme, y ya todos me decían que estaba embarazada porque no había reglado, porque primero duró como dos meses sin reglar, pero fui y no estaba, y luego ya la segunda vez nomás duré una semana y fui y luego me dijeron que tomara agua y ya se vio el… y pos ya me puse emocionada porque estaba buscando quedar embarazada (Grupo focal 2)

En el diálogo que a continuación se presenta, una de las participantes expresa la forma como encontrarse fuera de la escuela y no tener proyecto o planes para su vida se constituye en factor de riesgo para el embarazo adolescente, aunque no lo hayan decidido el embarazo de manera explícita:

> **Moderadora:** Ok. Gracias. Layla, a ver, dime ¿planeabas embarazarte?
> **Layla:** No
> **Moderadora:** No ¿y cuál fue tu reacción cuando te diste cuenta que estabas embarazada?
> **Layla:** Pues no… pues me puse feliz
>
> **Moderadora:** Ok. Nadia ¿qué hacías, o qué planes tenías?
> **Layla:** Pues yo no estudiaba
> **Moderadora:** Layla, no estudiabas. Cuando te embarazaste no estudiabas. Ok, y tenías algo que querías hacer, no sé... algún plan… ¿no?...
> (Participante Grupo focal 2)

Encontrarse fuera de la escuela constituye un factor de riesgo, que se complementa, en este caso, con la temprana incorporación al trabajo por pago y con la exposición desde edades tempranas al cuidado de otros niños, en este caso sobrinos. La siguiente viñeta introduce también otro elemento que es común entre las adolescentes que se embarazan: la maternidad como forma de llenar (o intentar llenar) vacíos afectivos.

> **Moderadora:** Ok… Valeria, hola, Valeria, a ver cuéntanos, cuando te embarazaste ¿tú querías embarazarte?
> **Valeria:** Sí
> **Moderadora:** ¿y por qué querías embarazarte?
> **Valeria:** Primeramente porque mi bebé fue planeado, entonces igual que las demás, yo desde chiquita que cuidaba a mi sobrina, cuidaba a mis primos, cuando […] decidimos tener un bebé
> **Moderadora:** Los dos decidieron… ¿cuántos años tenías?
> **Valeria:** 14
> **Moderadora:** Y a los 14 años tú querías ya un bebé, porque lo viste…
> **Valeria:** Porque yo siempre cuidaba de mi sobrina, entonces en esa etapa a mí me quitaron a mi sobrina de un fregazo, así, y pues yo sentía ese vacío, y pues yo lo […]
>
> **Moderadora:** Ok, gracias. Ahora quisiera que me hablaran un poquito de sus planes y lo que hacían cuando se embarazaron… si estudiaban, trabajan, y si eso cambió. Empezamos… ¿qué les parece por acá? Yareli, cuando te embarazaste, ¿estudiabas, trabajabas? ¿Qué hacías?
> **Valeria:** Yo trabajaba
> **Moderadora:** Trabajabas

Valeria: Desde chiquita yo he trabajado, pero no en una tienda ni en eso, yo siempre me he dedicado a vender ropa, a vender en las fechas como el 14 de febrero, el 10 de mayo, fechas así, hacer mis propios arreglos y venderlos yo sola, cuando estaba embarazada también, dejé de estudiar desde que me embaracé, pero no porque yo me haiga querido salir, sino porque a mí me corrieron de la secundaria
Moderadora: ¿Pero te corrieron porque te embarazaste o fue por otra cosa?
Valeria: Por otra cosa
Moderadora: Ah, ok
Valeria: ajá, entonces pues ya… ya no pude ingresar a la misma secundaria y pues ya otra me quedaba mucho más lejos y ya pues con la barriga como que sí me daba vergüenza.
(Grupo focal 3)

María, igual que Valeria, se encontraba trabajando en el momento en que se embarazó:

María: Yo estaba trabajando
Moderadora: Estabas trabajando ¿Y luego cuando te embarazaste?
María: Pues tuve que renunciar porque tenía amenaza de aborto
Moderadora: Renunciaste por amenaza de aborto, y hasta ahorita no has vuelto a trabajar. Ok (Grupo focal 4)

Otro elemento que aparece de manera recurrente entre las adolescentes que están embarazadas o ya son madres, es el tener que cumplir con tareas asociadas a los roles tradicionales de género y cargar con la responsabilidad de cuidar a los hermanos más pequeños o a los sobrinos. Stern (2006), en el Estudio sobre la relación Trabajo-familia en Ciudad Juárez, que realizó a través de una encuesta aplicada a población trabajadora, encontró que en más del 20% de los casos, los hijos de mujeres que laboraban, tanto en la maquiladora como en otros empleos, quedaban a cargo de los hijos mayores. Si ese porcentaje revela únicamente a las familias en las que hermanos mayores quedaban a cargo de los menores, el porcentaje de hogares en los que niñas(os) o adolescentes están a cargo de niños(as) más pequeños debería ser mayor. Stern no desagrega los porcentajes por sexo, pero es de suponerse que en la mayoría de los casos esas tareas son asumidas por las hijas. De ello dan cuenta varias de las participantes, como se presenta en las siguientes viñetas:

Yadira ¿Cuándo te embarazaste qué hacías?
Yadira: Yo pues tenía que cuidar a mis hermanos
Moderadora: ¿no estabas en la escuela?
Yadira: Sí. Estudiaba
Moderadora: Estudiabas y cuidabas a tus hermanos ¿en qué nivel estabas? ¿En qué grado?
Yadira: Me faltaba poquito, como en tercero, ya casi para terminar
Moderadora: ¿tercero de secundaria? ¿En tercero de secundaria? ¿y terminaste la secundaria?
Yadira: No
Moderadora: ¿por qué no terminaste?
Yadira: Porque me embaracé y mi mamá tenía que, pues… no podía porque también tenía que cuidar a mis hermanos. (Grupo focal 4).

Britani: Cuidaba a mi hermano
Moderadora: Ya no estudiabas
Britani: No
Moderadora: Cuidabas a tu hermano
Britani: Ajá
Moderadora: ¿Y tienes algún plan, algo que te gustaría hacer?
Britani: Seguir estudiando
Moderadora: Seguir estudiando ¿hasta qué grado te quedaste?
Britani: Hasta la secundaria. (Grupo focal 4)

Moderadora: Ok, bueno las que me dicen que, sí planearon su bebé, ¿por qué querían un bebé? Liliana dijiste que tú sí planeaste, ¿por qué querías un bebé?
Rocío: Porque yo cuidé a mis sobrinitos.
Moderadora: A tus sobrinitos.
Rocío: Sí, recién nacidos yo los cuidé y…
Moderadora: Y, ¿qué te provocaba? ¿Por qué al cuidar a tus sobrinos querías uno?
Rocío: Porque estaban así todos chiquititos y todos los gestos que hacían y era bonito, y ahora ver a mi niño pues me gusta.
Moderadora: Te gusta.
Rocío: Sí. (Grupo focal 5).

Moderadora: Ok, porque te gustaban los niños ¿quién más me dijo que sí planeó? Nubia ¿por qué querías un bebé?
Nubia: Porque pues siempre veía a mis primas y pues yo cuide a sus bebés desde pequeñitos y todo mientras ellas se iban a trabajar y me daba ternura verlos crecer, ver todo lo que hacen y sus graciosidades. Y ya pues fue cuando decidimos él y yo tener un bebé
Moderadora: Te causaban ternura.
Nubia: Sí. (Grupo focal 5).

Sobre el significado de la maternidad:

Prácticamente todas las adolescentes que respondieron sobre el significado de la maternidad, la asociaron con la adquisición de responsabilidades. Aparecen

algunas visiones idealizadas de la maternidad, según las cuales, por ejemplo Graciela (GF5) la describe como **“**un procedimiento muy bonito que todas las mujeres deseamos tener algún día en la vida y ya, es como que tener un hijo es lo más valioso para nosotros”. Dos participantes más la nombraron como algo “bonito”, pero seguido de dificultades y responsabilidad: “algo bonito, pero también se batalla (Esmeralda, GF1); o como “bonito y mucha responsabilidad (Britani, GF4)”. Otras identificaron la maternidad como “una responsabilidad, cuidar a mi hija, quererla, apoyarla cuando esté grande también” (Dayana); “hacernos cargo del bebé (…) cuidándolo”. Valeria hace una descripción de la maternidad como algo difícil de definir, e incorpora elementos de responsabilidad y maduración personal: “la maternidad (…) son muchas cosas juntas, porque te enseñas a cuidar un bebé, a tener responsabilidades, te enseñas madurez”

a tener responsabilidades, te enseñas madurez”.

Se reconoce, aunada a la responsabilidad, el hecho de que ser madres implica dedicar mucho tiempo, renunciar a otras actividades que se realizaban antes del embarazo o de convertirse en madres y enfrentar dificultades propias de la crianza de un bebé.

> **Britani:** (la maternidad) es bonito y mucha responsabilidad (…) Y también mucho tiempo.
> **Moderadora:** ¿Por qué es mucha responsabilidad?
> **Britani:** Pos sí, pos ya no puedes salir, tienes que estar con ellos
>
> **Jaqueline:** Pues es una obligación muy grande, sí se requiere bastante tiempo, pero pues es batalloso pero se va aprendiendo poco a poco
>
> **Rocío:** Pues mi bebé apenas tiene dos meses y es tan difícil.
> **Moderadora:** Difícil, ¿qué es lo difícil?
> **Rocío:** Eh… como apenas tiene dos meses es muy berrinchudo y quiere que nada más lo tengo en los brazos, jugando con él y no entiendo, porque tiene dos meses.
> **Moderadora:** Ok, pero eso es lo difícil.
> **Rocío:** Y desvelarme, cuando se me enfermó también es muy difícil y pues la responsabilidad, darle amor, cariño y ponerlo siempre enfrente a él que a otras personas.

Esmeralda reconoce las dificultades que se enfrentan en relación a la enfermedad, sobre todo cuando hay carencia económica para la atención médica:

> **Esmeralda:** Pues no sé, es **algo muy bonito**, pero **también sí se batalla**
> **Moderadora:** ¿sí? ¿Cómo en qué has batallado tú?
> **Esmeralda:** No pues en que a veces se me enferma (…) el año pasado todo diciembre estuvo enfermo que le dio bronquitis y pues a mí me desesperaba el no tener dinero yo para llevarlo a algún seguro así, mi mamá me llevaba
> **Moderadora:** Bueno, si tu hijo estaba enfermo de bronquitis, dices que no tenías dinero, ¿cómo le hiciste?
> **Esmeralda:** Mi prima me ayudó, y mi mamá

Valeria, por su parte, reconoce en la maternidad –en secuencia a la participación de otra de las adolescentes del grupo focal (3), la maternidad como una vía para conocer el amor verdadero. Se narra la transformación de su experiencia en la relación de pareja, que pasa a un segundo plano. Aparece nuevamente la maternidad como una forma de llenar vacíos afectivos (conocer el amor verdadero).

> **Valeria:** Ajá, o sea **te haces más responsable**, tienes que aprender a ser responsable, y tienes que hacerte cargo de tus acciones, de tu hijo, de todo, y en el crecimiento vas aprendiendo muchas cosas, aprendes tantas cosas que ni tú pensabas que te iban a pasar, es una emoción muy grande, porque para mí, como dice ella, **el amor entre una pareja, pues no, hasta que tienes a tu bebé**. Por mí… antes para mí, pos sí, sí eran mis ojos y todo, ¿verdad? **Y ahora si se va, pues que se vaya, yo me quedo con mi hijo.** Y por eso, por eso para mí no puedo explicarlo de una forma así, porque a mí la maternidad, bueno, al menos tener mi hijo es algo…

3.2.4. Reacción de la pareja ante el embarazo

Las parejas de las adolescentes reaccionaron en su mayoría favorablemente cuando se enteraron de que esperaban un hijo. Al preguntarles expresamente sobre cuál fue la reacción del padre de su hijo cuando se enteraron de que estaban embarazadas, la mayoría comunicaron que sus parejas habían reaccionado de manera positiva, con alegría y emoción. Algunos de los diálogos en ese sentido, son los siguientes:

Layla: Pos se puso feliz (Grupo focal 2)

Dayana: Pos también tábanos juntos, me hice la prueba del embarazo, y luego ya salí y luego se puso a llorar y yo también me puse feliz
Moderadora: ¿y el llanto por qué fue?
Dayana: Pues por felicidad porque tábanos buscando y ya me había tardado yo en quedar embarazada y pues ya nos enteramos y ya nos pusimos felices
(Participante Grupo focal 2).

Moderadora: ¿cuál fue su reacción cuando le dijiste o cuando se enteró?
Yadira: Pues, pos, bien, bueno lo tomó bien… se alegró mucho, pues de volada fue y les dijo a mis… mis suegros, y pues ya fueron los que me empezaron a apoyar (Participante Grupo focal 3).

María: Pues se puso nervioso y a la vez contento, porque él siempre había querido tener a un hijo, pero se puso nervioso porque no sabía si iba a poder mantenerlo (Participante Grupo focal 3).

Rocío: Feliz de la vida, sí dijo "voy a tener a mi junior", cuando me hice la prueba de sangre yo le iba a hacer una broma que había salido negativa, pero él la recogió me la quitó, me la arrebató y estábamos a media calle y empezó a gritar y a saltar que su junior y así (Participante Grupo focal 5).

Nubia: Pues su primera reacción no supe cuál fue porque mi mamá le marcó por llamada y así, pero cuando fue a mi casa este me abrazó y se puso contento de que íbamos a tener un bebé… (Participante Grupo focal 5).

Jaqueline: Nada más se quedó callado
Moderadora: Callado
Jaqueline: Y agachó la cabeza, y ya después en la noche ya empezó a platicar que pues que no demostró su emoción porque pos se quería hacer el machista, pero pues ya en la noche ya me platicó que se sentía emocionado por tenerlo
Moderadora: Que se sentía emocionado
Jaqueline: Sí (Participante Grupo focal 4).

Hubo seis participantes que reconocieron reacciones de alegría y gusto por parte de sus parejas al conocer que estaban embarazadas. Sólo en dos casos, la respuesta no fue, desde la perspectiva de las jóvenes, una reacción o alegría.

Britani: Pues entró en shock [risa] (Participante Grupo focal 4)

Laura: No sabe (prefiere no hablar de eso). (Participante Grupo focal 5).

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

La violencia en los hogares de origen de las adolescentes fue reconocida por dos de las participantes. Los relatos que a continuación se incluyen reflejan la violencia que viven las mujeres en sus hogares, tanto en la relación de pareja como en la relación padre/padrastro – hija. Al tratarse de un tema delicado, que no es fácil de abordar en una primera sesión grupal, es de suponerse que la prevalencia de violencia en la vida de estas jóvenes es mayor. De cualquier modo, las narraciones de Valeria (GF3) y Laura (GF5) da cuenta de formas y niveles graves de violencia que sufre un sector de las adolescentes.

> **Moderadora:** ¿Alguna vez se han sentido ignoradas o han vivido o han visto violencia en su familia?
> **Valeria:** Pues cuando yo vivía con mis papás, con mis papás… bueno, mi papá nunca vivió con nosotras, ¿verdad? pero mi papá siempre iba los fines de semana con mi mamá, entonces, en un tiempo mi papá, igual que ellas era muy tomador, horrible, o sea llegaba y hacía sus showcitos ahí en la casa, música alta, gritándole a mi mamá, y sí, varias veces mi papá sí se le puso a mi mamá, y mi mamá era de las que: "hazme algo y te va pior" y, muchas veces yo con mi papá… yo a él nunca lo consideré mi papá, nomás porque me dijeron que era mi papá ¿vedá? entonces muchas de las veces yo tuve violencia con mi papá porque a mí me caía gordo que mi papá llegara a hacer sus graciosadas, a la mitad de la noche y que todos los vecinos de la cuadra se dieran cuenta, y ya después salíamos yo y mi hermano ¿y qué vino tu papá? Sí, o sea todos se daban cuenta y ese era mi coraje con él, y la violencia que era, era de que se agarraba al tú por tú mi mamá y mi papá, entonces una vez mi mamá por poquito le faltó para encajarle unas tijeras a mi papá porque yo me le puse… porque él estaba queriéndose meter a la casa, y como dice mi mamá y mi hermano: "tú eres la que más se pone a los fregazos", yo me le puse a él, aunque él está mucho más grande que yo, y pues es mi papá, me le puse a él a los fregazos y sí le metí un piedradón en la cabeza, porque de mi coraje… pues esa fue mi experiencia, que hasta ahorita ni le hablo a mi papá
> **Moderadora:** Hasta ahorita no le hablas
> **Valeria:** y ni quiero

> **Moderadora:** Ok, ¿alguien más?... ¿alguien?, ¿no? Bueno, otra pregunta ¿alguna vez alguna de ustedes en su familia vio, vivió violencia? ¿alguien?, Laura.
> **Laura:** Yo cuando me embaracé me decían muchas cosas, me hacían violencia y luego cuando por eso me salí de la casa de mi mamá porque llegó a golpearme mi padrastro, de repente traía moretones aquí o en el estómago y mi mamá no lo sabe, bueno sí se dio cuenta, pero nunca dijo nada por eso me salí de esa casa. Porque siempre me criticaban que la niña hacía esto mal y querían decirme "es que tienes que hacerlo así, así y así", le digo pero es que ella no es igual a los otros bebés ella está aprendiendo a su ritmo porque también me la obligaban a caminar, ella empezó a caminar al año y los

> dos meses porque ella no quería caminar y yo no la obligaba yo cuando ella quería se levantaba y caminaba y cuando no, yo no le decía nada pues cada bebé aprende a su ritmo y mi hermana aprendió al año y a la semana y me la obligaron cuando yo no quería avanzarle en su crecimiento que ella lo hiciera cuando se sintiera lista fue cuando empezaron a decirme ofensas que, me insultaban. Y luego fueron los golpes y ya.

Por otra parte, se observa en la mayoría de las participantes, una visión estereotipada sobre lo que es ser hombre y lo que es ser mujer. Las funciones del rol aparecen claramente. En el caso de los hombres, se les define como proveedores y responsables del hijo y de su madre (pareja). Algunas viñetas que muestran lo anterior son las siguientes:

> **Esmeralda:** ¿Ser hombre? Ser niño [Risas] Ser el hombre de la casa que lleva los gastos y eso ¿no?
> **Moderadora:** El hombre de la casa, que lleva los gastos, ok.
> **Esmeralda:** Porque los hombres también la toman de que ser hombre es ser machista y andar ahí gritándole a la mujer, y eso no es ser hombre (GF1).

> **Dayana:** Pues si tiene hijos que hace responsable de ellos y no abandonarlos, porque hay unos que nomás se enteran que están embarazada y ahí ya te dejan. Hacerse responsable y mantener a su hijo, sacarlo adelante… (GF2).

> **Valeria:** (…) Entonces, ser hombre es algo igual, difícil, porque tienes que hacerte cargo de una familia, y esto y que los gastos, entonces… en mi persona, pues es algo que… igual, nada más que ellos no aguantan tanto como las mujeres (GF3).

> **Rocío:** Es la responsabilidad de su mujer, de su bebé…hacerse cargo de todo (GF5).

En palabras de una de las participantes, que la mujer trabaje fuera del hogar, implica “hacer la responsabilidad de un hombre”:

> **Jaqueline:** Pues yo diría que es igual ¿no? Ser hombre o mujer, porque pues vendría siendo lo mismo. Tarde o temprano la mujer tiene que hacer la responsabilidad de un hombre, trabajar, hacer lo que se puede, entonces es casi lo mismo (GF4).

Aparece en María, la misma mujer que abordó sus planes de estudiar en relación a los acuerdos que como pareja han construido, expresa una visión distinta, según la cual, que los dos trabajan implica acuerdos entre ella y su pareja:

> **María:** Pues pienso igual que ellas ¿verdad? Que los hombres y mujeres somos iguales, que hay cosas que podemos hacer, o sea, como decía ella, decir: “tanto él puede trabajar como yo puedo trabajar” simplemente es cosa de que los dos estemos de acuerdo y lo que necesitamos, más que otra cosa. Complementarnos entre los dos.

Por su parte, Britani (GF4) expresa las dificultades que enfrentan las mujeres cuando las parejas niegan o se ausentan de la paternidad:

> **Britani:** Pos, pero a veces sí es más difícil pa'uno de mujer, también
> **Moderadora:** ¿Qué es más difícil?
> **Britani:** porque pos sí… este pos, si no lo está negando, pos mantenerlo, cuidarlo y hay que hacer todo madre y padre, y pues ahí es muy fácil

En contraparte, algunas adolescentes identifican "ser mujer" con la realización de las tareas correspondientes al rol de género o con ciertas características como la "delicadeza". Ser mujer se asocia, además (Jaqueline, GF4), prácticamente en automático a ser mamá.

> **Moderadora:** ¿Qué es ser mujer?
> **Jaqueline:** A mí se me a figura que es más complicado ser mamá, porque pos sí ¿no? Ser mujer tiene más responsabilidad que un hombre, porque pos la mujer se desvela, y el hombre como quiera trabaja, pero de todos modos duerme, y pos la mujer no. La mujer se desvela y se tiene que estar levantando a checarle si respira, y luego si se queda dormido no te puedes dormir, no, si se queda despierto no te puedes dormir, o sea, el hombre como quiera si llora de todos modos duerme.
>
> **Yadira:** pues lo mismo que los hombres, nomás que pues un poco más delicado

María (GF4), a pesar de que reconoce la posibilidad de complementarse y de que ambos (padres) puedan hacer las mismas cosas, identifica en ella una responsabilidad mayor en la relación con el hijo:

> **María:** Pues… sí, pues yo digo que, pues, es lo mismo, podemos hacer las mismas cosas sólo que nosotros tenemos digamos que un vínculo más fuerte al tener un hijo porque pues… todo el tiempo ha estado con nosotros, pero como decía hace rato, es cosa de que sepa uno complementarse, porque es cierto que a veces uno se frustra porque quiere hacer cosas que antes hacíamos, como… salir o quieren comprar cosas para uno, y ahora ya tienes que estar pensando en si le vas a comprar cosas a él, o lo que hace falta en la casa.

3.3. Discusión

El análisis de la información recabada en los grupos focales, permite identificar algunos aspectos relevantes sobre el embarazo desde la perspectiva de adolescentes con hijos o embarazadas, que a su vez son hijas y nietas de mujeres que fueron madres siendo adolescentes.

La sexualidad sigue siendo un tema tabú, del que no se habla o se habla poco; sobre el que es difícil conversar abiertamente. La mayoría de las adolescentes, a pesar de tener una vida sexual activa, experimentaron vergüenza o timidez para expresar qué entienden por relaciones sexuales. Al ser la sexualidad un tema del que no se habla, las adolescentes viven las relaciones sexuales sin asumir responsabilidad sobre la decisión de una vida activa, tanto la primera vez como después. Esto se refleja en formas de narrar el debut –o la práctica de relaciones sexuales- por algunas participantes: “pos se da, ¿no? A veces se da”; o “la verdad nomás pasó, no platicábamos de eso, nada más pos estuvimos saliendo y nos conocimos y pues ya nos sentíamos en confianza, y así”. Otro aspecto relevante es la extensión y normalización del inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales y la corta edad del primer embarazo, que va desde los 12 a los 16 años. Desde la perspectiva de una de las participantes, las relaciones sexuales son “una etapa de nuestra vida que tenemos que pasar, que empieza en la pubertad”.

Con frecuencia, las relaciones sexuales representan una forma de satisfacer (o buscar satisfacer) una carencia afectiva. A manera de ejemplo, se citan las palabras de una de las participantes, que relaciona de manera directa su debut con una situación afectiva o emocional: “yo más bien fue por depresión, porque mi mamá se fue cuando yo tenía 13 años, y a los 14 años fue cuando yo tuve mi primera vez con un novio que yo tenía”.

Desde la experiencia de las adolescentes, el embarazo adolescente podría agruparse en dos patrones básicos: la maternidad (y el embarazo) como algo que se desea, que se visualiza como posibilidad de realización personal o como medio para salir de su casa; o bien, embarazos no deseados que interrumpen o postergan el proyecto de vida. En términos generales, las participantes describen la maternidad como una responsabilidad grande y como una situación que implica el cuidado de un otro que depende de ti. Tres participantes se refirieron a la maternidad como algo “bonito”.

Llama la atención la recurrencia de situaciones en las que, a pesar de declarar conocer los métodos anticonceptivos y no haber planeado embarazarse, las jóvenes no tomaron las precauciones necesarias. Es común, según lo declarado por las participantes, que inicien teniendo relaciones con protección, utilizando generalmente el condón y luego dejen de usarlo: “por irresponsable”, “porque se me hacía fácil y pensaba que no iba a quedar embarazada”; “cuando empecé usaba el condón; luego ya no, se me hizo fácil”; “no usé ninguno, porque me embaracé en la primera vez”.

En el caso de las adolescentes que al momento de embarazarse se encontraban fuera de la escuela o que por el embarazo dejaron inconclusa la secundaria, la expectativa de continuar estudiando es poco frecuente. En el caso de quienes se embarazaron en el curso de la preparatoria, lo común es que hayan decidido continuar. Las adolescentes que se encontraban fuera de la escuela y cuidaban sobrinos o hermanitos, en todos los casos declararon que querían tener un bebé y que así lo decidieron.

Aparecen también, prácticamente en todas las adolescentes, visiones tradicionales y estereotipadas de género, según las cuales definen las

responsabilidades de hombres como proveedores y las de las mujeres como responsables del trabajo doméstico y el cuidado de los hijos. Aparecen algunos discursos orientados a la equidad, a la importancia de que los hombres se involucren en tareas del hogar y cuidado de los hijos. Sin embargo, en la narración sobre situaciones cotidianas están más presentes los roles y estereotipos tradicionales.

En más de la mitad de los casos, las participantes declararon que la reacción de sus parejas (padres del bebé) fue que se pusieron contentos o felices al momento de conocer que esperaban un hijo. Es común, según sus narrativas, que hayan decidido el embarazo de común acuerdo. También aparece, en algunos casos, una reacción de desentendimiento, desde la que la responsabilidad sobre el embarazo y el hijo quedan exclusivamente en la mujer.

Se observa una ruptura o ausencia de comunicación entre las adolescentes y sus abuelas. En general no conocen las historias de sus abuelas, sus experiencias como madres, su visión sobre la maternidad. En el caso de las madres de las adolescentes, con frecuencia expresaron a sus hijas las dificultades que enfrentaron ante una maternidad temprana, la responsabilidad que implica y la solicitud de que “no se apresuren”, “no se embarace tan chica”.

La mitad del grupo refirió haber padecido algún tipo de violencia: tres de ellas identificaron haber sido ignoradas o excluidas en su familia; otras tres relataron experiencias de violencia física ejercida de manera directa por su padre hacia su madre.

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

Existen diversos programas orientados a atender el fenómeno del embarazo en la adolescencia. Servicios Amigables para Adolescentes, es un programa que proporciona atención sobre salud sexual y reproductiva a los adolescentes de 10 a 19 años. Los espacios de este programa dan atención médica durante y después del embarazo, información, orientación, consejería y atención médica y psicológica, atención y prevención de enfermedades de transmisión sexual, así como dotación de métodos anticonceptivos a los jóvenes del grupo de edad mencionado en las unidades médica de la Secretaría de Salud. Al 2018 existían 5 centros con Servicios Amigables en Juárez. Aunque todas las jóvenes entrevistadas dijeron conocer sobre algunos métodos, una parte de ellas no hacen uso de estos ni antes ni después del primer embarazo, lo cual pudiera reflejar información inadecuada o insuficiente sobre los métodos anticonceptivos para hacer uso de ellos o bien acceso deficiente a los métodos anticonceptivos.

Algunos estudios hablan sobre los problemas de las jóvenes para el acceso a los métodos, incluso para la compra de un condón, la pena o vergüenza las inhibe de acercarse a comprar o surtirse de los métodos porque se sienten juzgadas o estigmatizadas al incurrir en relaciones sexuales en edades tempranas (Gómez-Inclán & Durán-Arenas, 2017). De los datos sobre afiliación a servicios de salud de las madres adolescentes en Juárez, por la Encuesta Intercensal 2015 conocemos que un 40.2% estaba afiliada al Seguro Popular, un 41.7% estaba afiliada al IMSS, 4.4% estaba afiliada a otro servicio de salud y un 13% no se encontraba afiliada a servicio alguno. Esto nos inclinaría a pensar que tienen acceso a consejería sobre anticoncepción y a los métodos mismos. Sin embargo, el que 2 de cada 10 tengan un segundo embarazo en la adolescencia

puede señalar deficiencias en los servicios de anticoncepción o reflejar la falta de acceso de las no afiliadas.

El estudio de Núñez-Urquiza, Hernández-Prado, García-Barrios, González, & Walker (2003) identifica que aquellas que no se encuentran afiliadas al IMSS o al ISSSTE son más propensas a incurrir en un embarazo no deseado. Algunas de las jóvenes señalan que buscaban el embarazo aún antes de la unión y por ello no usaron anticoncepción o dejaron de usarla, pero hubo quienes señalaron que ninguno de sus embarazos fue planeado. Quizás un programa enfocado en atender la prevención de un segundo embarazo en estas jóvenes limitaría los problemas que enfrentan para su futuro y el de sus hijos.

Una de las acciones en el 2014 en defensa de los derechos de niños y niñas para disminuir el matrimonio infantil y sus consecuencias, fue establecer para las entidades federativas la edad mínima de 18 años para contraer matrimonio, sin embargo, esto no ha redundado en una disminución del embarazo adolescente ya que continuaron las uniones y el embarazo adolescente se incrementó (Meneses & Ramírez, 2019), la prohibición legal no ha impedido que continúen las uniones de hecho de niñas y adolescentes y con ello el embarazo temprano. Datos de la encuesta intercensal señalan que en México un 4.7% de las menores de edad viven con su pareja y de ellas un 81% viven en unión libre. Así también, 13% de las menores que han estado embarazadas están casadas, mientras que 64% viven en unión libre (ENADID, 2014 en GIRE, 2017). Para las madres de 15 a 19 años, en el caso de Juárez, mediante el análisis de la Encuesta Intercensal 2015 identificamos un 52.5% en unión libre, un 15.3% casadas y un 29% solteras. Estos datos muestras que poco afectará la prohibición del matrimonio

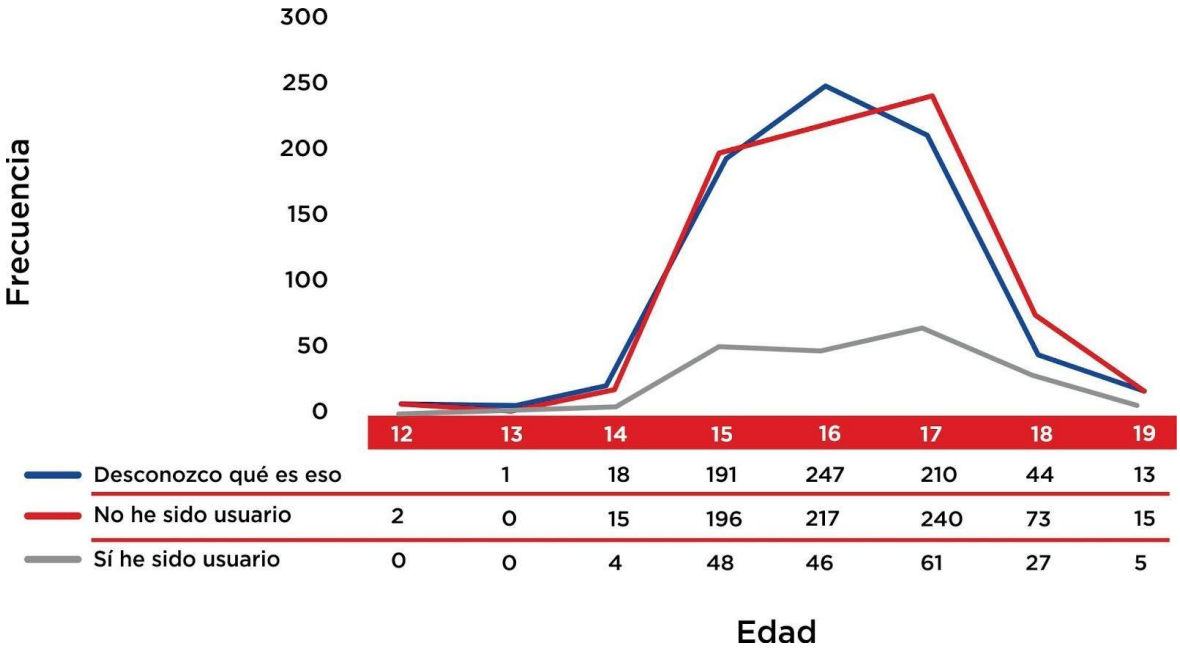
antes de los 18 años al embarazo adolescente ya que el mayor porcentaje de las uniones no se formalizan legalmente.

Existe un programa llamado Servicios Amigables para Adolescentes, en éste se proporciona atención sobre salud sexual y reproductiva a los adolescentes de 10 a 19 años. Los Servicios Amigables para Adolescentes, son servicios diferenciados y especializados en las unidades de Salud, teniendo para su operación equipos de salud multidisciplinarios. Los espacios de este programa dan atención médica durante y después del embarazo, información, orientación, consejería y atención médica y psicológica, atención y prevención de enfermedades de transmisión sexual, así como dotación de métodos anticonceptivos a los jóvenes del grupo de edad mencionado en las unidades médica de la Secretaría de Salud. Al 2018 existían 5 centros con Servicios Amigables en Juárez (Secretaría de Salud, 2018). Aunque todas las jóvenes entrevistadas dijeron conocer sobre algunos métodos, una parte de ellas no hacen uso de estos ni antes ni después del primer embarazo, lo cual pudiera reflejar información inadecuada o insuficiente sobre los métodos anticonceptivos para hacer uso de ellos o bien acceso deficiente a los métodos anticonceptivos. Algunos estudios hablan sobre los problemas de las jóvenes para el acceso a los métodos, incluso para la compra de un condón, la pena o vergüenza las inhibe de acercarse a comprar o surtirse de los métodos porque se sienten juzgadas o estigmatizadas al incurrir en relaciones sexuales en edades tempranas (Gómez-Inclán & Durán-Arenas, 2017).

En los estudios realizados por el ICHMujeres, se hace visible el desconocimiento que la población adolescente tiene sobre los Servicios Amigables que ofrece el sector salud. El 43.27% de las y los adolescentes no

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

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



	12	13	14	15	16	17	18	19
Desconozco qué es eso		1	18	191	247	210	44	13
No he sido usuario	2	0	15	196	217	240	73	15
Sí he sido usuario	0	0	4	48	46	61	27	5

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

De los datos sobre afiliación a servicios de salud de las madres adolescentes en Juárez, por la Encuesta Intercensal 2015 conocemos que un 40.2% estaba afiliada al Seguro Popular, un 41.7% estaba afiliada al IMSS, 4.4% estaba afiliada a otro servicio de salud y un 13% no se encontraba afiliada a servicio alguno (Martínez, Almada, & Martínez, 2017). Esto nos inclinaría a pensar que tienen acceso a consejería sobre anticoncepción y a los métodos mismos. Sin

embargo el que 2 de cada 10 tengan un segundo embarazo en la adolescencia puede señalar deficiencias en los servicios de anticoncepción o reflejar la falta de acceso de las no afiliadas. El estudio de Núñez-Urquiza, Hernández-Prado, García-Barrios, González, & Walker (2003) identifica que aquellas que no se encuentran afiliadas al IMSS o al ISSSTE son más propensas a incurrir en un embarazo no deseado. Algunas de las jóvenes de los grupos focales, señalan que buscaban el embarazo aún antes de la unión y por ello no usaron anticoncepción o dejaron de usarla, pero hubo quienes señalaron que ninguno de sus embarazos fue planeado. Quizás un programa enfocado en atender la prevención de un segundo embarazo en estas jóvenes limitaría los problemas que enfrentan para su futuro y el de sus hijos.

Promajoven, es un programa de apoyo mediante una beca, para la permanencia en la educación básica de madres adolescentes y adolescentes embarazadas, que tiene como objetivo favorecer el acceso, permanencia y/o egreso de las estudiantes inscritas en el Sistema Educativo Nacional. Este es un programa federal administrado por los estados. Aunque su objetivo no es directamente la prevención de embarazos en adolescentes hijas y nietas de mujeres que fueron madres adolescentes, puede incidir en la disminución de éstos mediante la construcción de proyecto de vida vinculado a la educación de las madres adolescentes. De hecho, sería un elemento central para la interrupción de los ciclos de repetición de embarazo adolescente dentro de las familias.

Según datos de la ENADID 2014, en el Estado de Chihuahua, 98.6 por ciento de las mujeres en edad fértil conocen al menos un método anticonceptivo; 59.3 por ciento declararon ser usuarias actuales de algún tipo de método; 15.5

por ciento lo utilizaron, pero actualmente ya no lo hacen, y 25.1 por ciento declararon nunca haber utilizado métodos anticonceptivos.

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

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

Desde la Subsecretaría de Desarrollo Social del gobierno del estado de Chihuahua, se implementaron el programa Sumando valor al cuidado y Chihuahua crece contigo. Chihuahua crece contigo es un programa que proporciona apoyo económico a mujeres menores de 19 años, embarazadas o madres solteras, a quienes funjan como principales cuidadoras y responsables económicos de al menos una niña o niño de menos de cinco años, o de algún adolescente entre 11 y 15 años, así como cumplir con los criterios de situación de pobreza extrema del CONEVAL, entre los que se encuentran el rezago educativo, poco o nulo acceso a servicios de salud, seguridad social, calidad y

espacios de vivienda o servicios básicos de la misma (Gobierno del Estado de Chihuahua, 2019).

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

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

3.5. Identificación de problemas prioritarios

1. Problema. Prevalencia de embarazo en adolescentes durante varias generaciones en la misma familia.

2. Población. Mujeres de 15 a 19 años, cuyas madres y abuelas se embarazaron en la adolescencia y se encuentra en riesgo de ser también madres adolescentes.
3. Priorizar las zonas de alta vulnerabilidad social del Municipio de Juárez. Identificar las zonas en las que el índice de rezago social del CONEVAL muestre mayor vulnerabilidad.

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

La ilustración 1 describe el problema que se identifica con la prevalencia de embarazo en adolescentes durante varias generaciones en la misma familia. El esquema corresponde, en su parte izquierda, a las mujeres que vivieron el embarazo, en mayor medida como una decisión vinculada a un proyecto de vida. Del lado derecho, corresponde a aquellos embarazos no deseados o no planeados.

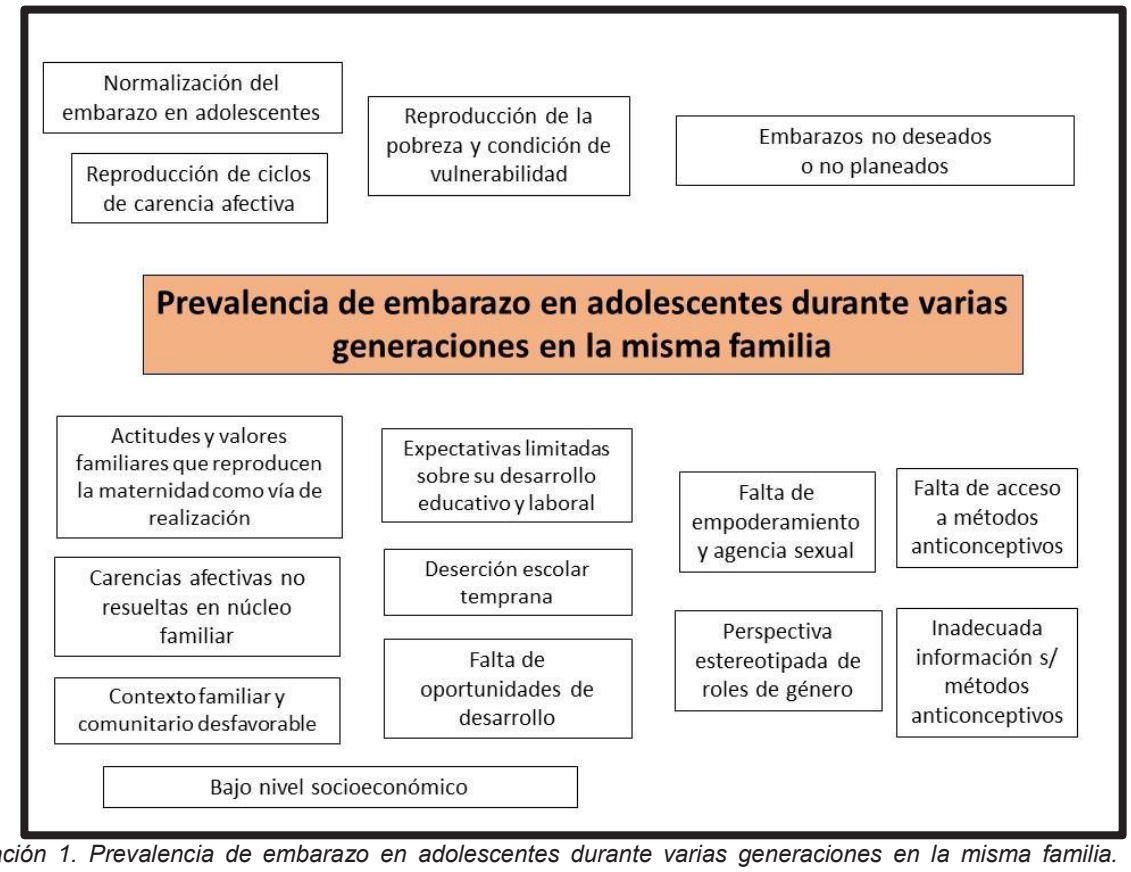


Ilustración 1. Prevalencia de embarazo en adolescentes durante varias generaciones en la misma familia. Causas y consecuencias.

En la parte izquierda, el bajo nivel socioeconómico juega un papel más importante y se expresa, por una parte, en un contexto familiar desfavorable, con carencias de diversos tipos y con presencia frecuente de violencia; lo que genera que las adolescentes crezcan con carencias afectivas y de vínculos que no se resuelven en el núcleo familiar y que buscan resolverse en una relación de pareja o a través de la maternidad. A pesar de que varias jóvenes entrevistadas declararon la referencia expresa de sus madres y/o abuelas sobre las implicaciones de embarazarse tan jóvenes, las dificultades y las carencias que ello implica y les expresaron el deseo de que no se convirtieran en madres a tan temprana edad, las actitudes y valores familiares reproducen la práctica de la maternidad como una forma de realización personal e implican a las niñas y

adolescentes en el cuidado de niños menores, casi siempre sobrinos o hermanitos. Esta combinación de contexto familiar desfavorable, carencias afectivas no resueltas en el núcleo familiar y actitudes y valores que reproducen la maternidad como vía de realización, alimentan a la normalización el embarazo en adolescentes y favorecen la reproducción de ciclos de carencia afectiva, pues la carencia seguirá presente (el hijo no tiene condiciones de llenarla) y los patrones familiares seguirán repitiéndose.

Por otra parte, el bajo nivel socioeconómico se expresa en falta de oportunidades de desarrollo, deserción escolar temprana y expectativas limitadas sobre su desarrollo educativo y laboral. En el caso concreto de Juárez, el porcentaje de adolescentes que se encuentran fuera de la escuela, tanto en secundaria como en bachillerato, es un foco rojo que se hizo visible desde hace por lo menos dos décadas (Jusidman, 2007). Además de los problemas de cobertura, muchas de las adolescentes participantes en el estudio se encontraban fuera de la escuela en el momento en que se embarazaron. Las bajas expectativas en cuanto a su desarrollo educativo y laboral, tanto de sus familias como de ellas mismas, es también un factor que contribuye a la contemplación de la maternidad muchas veces como único proyecto de vida o a que, una vez embarazadas, no haya proyectos de continuar estudiando o de desarrollar capacidades para lograr una mejor calidad de vida. Todo esto contribuye a la reproducción de los ciclos de pobreza y vulnerabilidad.

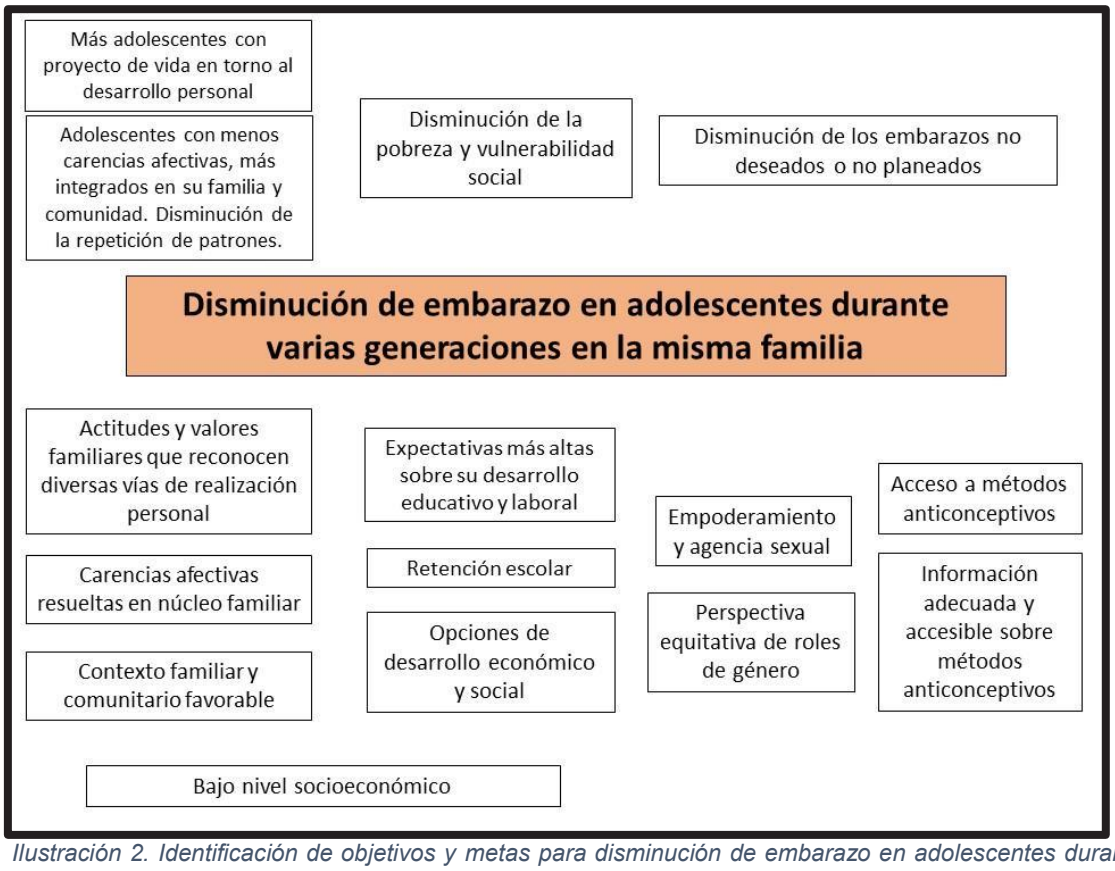


Ilustración 2. Identificación de objetivos y metas para disminución de embarazo en adolescentes durante varias generaciones en la misma familia.

En la ilustración 2 se presentan los objetivos y metas, en función de las causas detectadas, así como los resultados esperados, en caso de que estos sean realizados. Se asume que el bajo nivel socioeconómico será difícil de abordar y transformar a partir de políticas orientadas a bajar la prevalencia de embarazos en adolescentes pertenecientes a familias en las que las mujeres han sido madres a temprana edad por más de una generación. Por tal motivo, ese aspecto no se incluye como tal en la propuesta de soluciones. Sin embargo, el desarrollo de los demás objetivos impactará, al menos en las jóvenes afectadas por las acciones que se desarrollen, en su nivel socioeconómico y su familia.

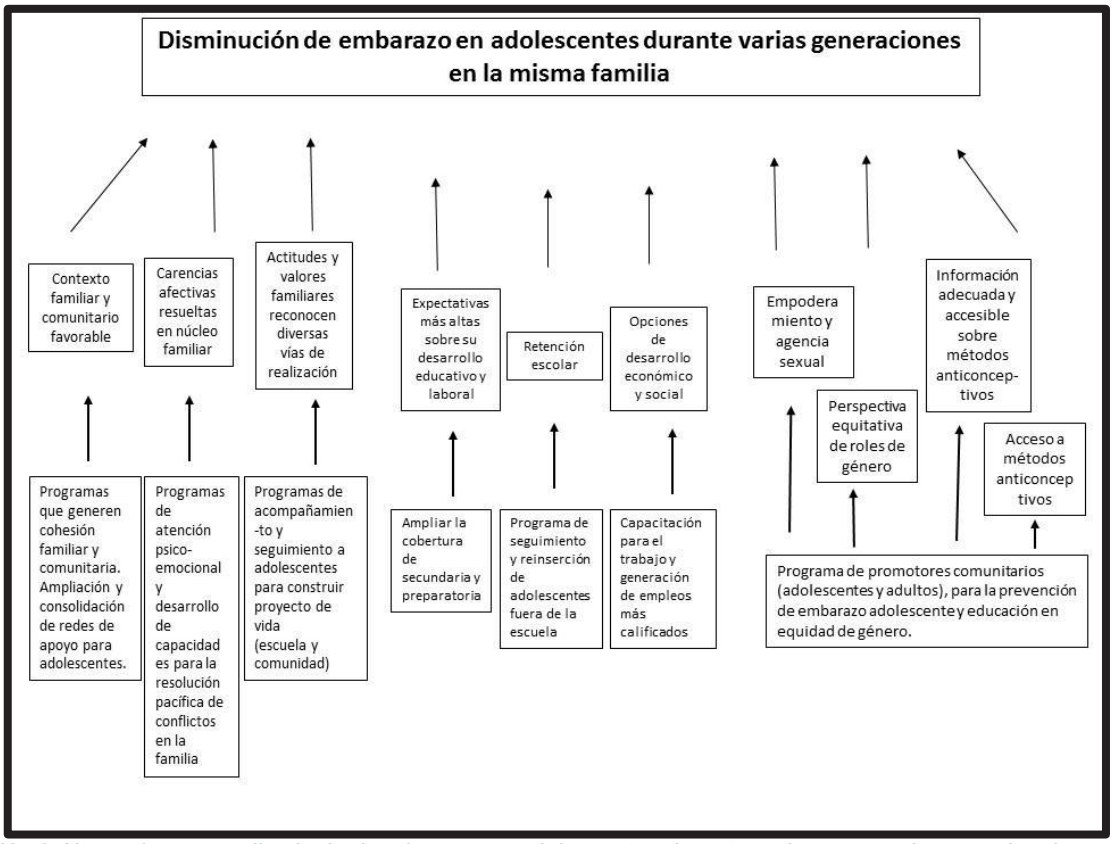


Ilustración 3.Alternativas para disminuir el embarazo en adolescentes durante varias generaciones en la misma familia

En la ilustración 3 se proponen alternativas que impacten directamente en la disminución del embarazo en adolescentes cuyas madres y abuelas fueron madres durante la adolescencia. De las propuestas sugeridas, se ha seleccionado la que se orienta a la retención escolar de las jóvenes en cuyas familias está presente el embarazo intergeneracional. Además, se propone la reinserción escolar de aquellas que están fuera del sistema educativo. La razón fundamental es que se estima que la permanencia en la escuela, aunada al desarrollo de programas formativos en género y educación sexual que promuevan el empoderamiento, pueden jugar un papel definitivo en la gestación de proyectos de vida alternativos a la maternidad (al menos durante la adolescencia) y en la ruptura de la transmisión intergeneracional del embarazo adolescente.

Modelo de implementación/proceso operativo

Entre las alternativas, se sugiere como óptima en el sentido de la factibilidad de su implementación y el efecto directo en el logro del objetivo general, la retención escolar de las jóvenes con mayor riesgo de embarazo temprano por provenir de familias con embarazo intergeneracional. Identificando éstas a través del sistema educativo, donde pudiera aplicarse una encuesta al ingreso de las estudiantes para conocer la presencia del embarazo adolescente intergeneracional.

Por otro lado, ya que una vez fuera del sistema escolar el riesgo de embarazo temprano se incrementa para todas las adolescentes, se pudiera establecer un programa de becas para la reinserción escolar mediante la identificación desde el sistema educativo a aquellas estudiantes que desertaron de la escuela en el último año de primaria para entrar a secundaria y aquellas estudiantes que desertaron en algún año de secundaria o preparatoria. Este programa podría depender de la Secretaría de Educación Pública y los trabajadores sociales que se incorporarán a las escuelas podrían hacerse cargo de estas tareas. Una vez dentro del sistema educativo, se trabajaría en la retención de las adolescentes con mayor presencia de factores de riesgo, entre ellas las provenientes de familias con embarazo intergeneracional.

Así mismo, se propone se lleve a cabo un proceso de educación sexual y en equidad de género para generar empoderamiento de las estudiantes sobre su sexualidad y puedan tomar decisiones responsables e informadas en el ejercicio de ésta, así como desarrollar agencia para negociar con sus parejas la protección necesaria en cada una de sus relaciones sexuales. Esta educación podría ser tarea también del trabajador social, que pueda realizar además un acompañamiento cercano de las adolescentes con mayor presencia de factores

de riesgo para un embarazo temprano. Estos procesos educativos podrían además ayudarles a las adolescentes a generar proyectos de vida alternativos a la maternidad, distintos a los que se promueven desde las relaciones tradicionales de género, que pudieran estar presentes en sus familias.

Conclusiones

El embarazo adolescente tiene múltiples causas. En el caso de la transmisión intergeneracional del embarazo en edades tempranas está asociado a condiciones de mayor pobreza y vulnerabilidad social. Por tal motivo, el grupo de adolescentes cuyas madres y abuelas se embarazaron en la adolescencia presenta un doble riesgo de embarazo precoz: por una parte, al estar insertas en un contexto familiar y comunitario que tiene normalizada la maternidad en mujeres de corta edad y que reproduce roles y estereotipos tradicionales de género; por otra, al vivir mayoritariamente en contextos en los que priva la falta de oportunidades.

De lo anterior se desprende la importancia de desarrollar programas orientados a incrementar la retención escolar de las adolescentes que pertenecen a familias con embarazos intergeneracionales y a promover la reinserción de las que ya se encuentran fuera de la escuela. Así mismo, generar programas que favorezcan el empoderamiento de las adolescentes y su capacidad para vislumbrar proyectos alternativos a la maternidad, al menos durante la adolescencia. Es menester que las acciones que se emprendan no se reduzcan a pláticas, sino que incluyan el empoderamiento y el desarrollo de capacidades.

Referencias bibliográficas

CNDH. (2016). *Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes* (2a.). Ciudad de México: CNDH.

CONAPO. (n.d.). Tasa Global de Fecundidad y Tasa de Fecundidad Adolescente, 2009 y 2014 - CONAPO.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. *Standford Law Review*, *43:1241*, 1241–1299.

De Almeida, M. da C. C., & Aquino, E. M. L. (2009). The role of education level in the intergenerational pattern of adolescent pregnancy in Brazil. *International Family Planning Perspectives*, *35*(3), 139–146. https://doi.org/10.1363/3513909

De la Paz, P. (2019). Apoya Desarrollo Social a 210 madres adolescentes de bajos recursos | Juárez. Retrieved January 27, 2020, from https://netnoticias.mx/juarez/apoya-desarrollo-social-a-210-madres-adolescentes-de-bajos-recursos/

Díaz-Sánchez, V. (2003). El embarazo de las adolescentes en México. *Gaceta Médica de México*, *139*(1), 23–28.

Estrada, M. J. (2014). Afiliación juvenil y desafiliación institucional: El entramado complejo de la deserción en la educación media. *Revista Mexicana de Investigacion Educativa*, *19*(61), 431–453.

Gómez-Inclán, S., & Durán-Arenas, L. (2017). Access to contraceptive methods In adolescents from Mexico City. *Salud Publica de Mexico*, *59*(3), 236–247. https://doi.org/10.21149/7891

GIRE (2017). Prohibir sin proteger: el matrimonio adolescente en México, Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.Data Cívica, IPPF y MexFam

Gobierno del Estado de Chihuahua (2019). http://www.chihuahua.gob.mx/contenidos/alista-chihuahua-crece-contigo-1-240-apoyos-economicos-unicos-para-jefas-de-familia-de-9 (11-7-2019).

Gómez-Inclán, S., & Durán-Arenas, L. (2017). Access to contraceptive methods In adolescents from Mexico City. *Salud Publica de Mexico*, *59*(3), 236–247. https://doi.org/10.21149/7891

González A, E., & Molina G, T. (2007). CARACTERÍSTICAS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE DE MADRES A HIJAS. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, *72*(6), 374–382. https://doi.org/10.4067/s0717-75262007000600004

González, A., Leal, I., Molina, T. y Chacón P. (2013). Patrón intergeneracional del embarazo adolescente en las hijas de una cohorte de mujeres que controlaron su primer embarazo en un centro integral para adolescentes embarazadas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78(4), 282-289. https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v78n4/art06.pdf

Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science & Medicine*, *74*(11), 1712–1720. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.029

Jusidman, C. (2008). La realidad social de Ciudad Juárez, Tomo 1. Ciudad Juárez, Chihuahua: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

Kahn, J. R., & Anderson, K. E. (1992). Intergenerational patterns of teenage fertility. Demography, 29(1), 39–57. https://doi.org/10.2307/2061362

León, P., Minassian, M., Borgoño, R., & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Rev. Ped. Elec.[En Línea]*, *5*(1), 42–52.

Martínez, G., Almada, L., & Martínez, V. (2017). *Maternidad temprana en adolescentes de Juárez y Chihuahua*.

Menéndez, G. E., Navas, I., Hidalgo, Y., & Espert, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia*, *38*(3), 333–342. https://doi.org/10.1016/j.gde.2017.07.011

Meneses, E., & Ramírez, M. (2019). Niveles y tendencias de la fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años en México y características de las menores y de los padres de sus hijos e hijas, a partir de las estadísticas vitales de nacimientos de 1990 a 2016. Notas de Población, 45(106), 117–151. https://doi.org/10.18356/cff735fd-es

Menkes, C., & Suárez, L. (2003). Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*, *9*(35), 9–262.

Minuzzi, M. G., Giorgetti, M., González, M., Sartori, M., Rey, P., Pomata, J., & Meritano, J. (2010). Embarazo adolescente?` una población de riesgo? *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, *29*(4).

Neireitter, C. (2017). Incidencia de la trasmisión generacional en el embarazo y maternidad adolescente. Trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República, Pre-proyecto de investigación. Montevideo. Recuperado de: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_claudia_neireitter.pdf

Núñez-Urquiza, R. M., Hernández-Prado, B., García-Barrios, C., González, D., & Walker, D. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Publica de Mexico*, *45*(SUPPL. 1), 92–102. https://doi.org/10.1590/s0036-36342003000700012

OMS. (2014). El embarazo en la adolescencia.

Reyes-Pablo, A. E., Navarrete-Hernández, E., Canún-Serrano, S., & Valdés-Hernández, J. (2015). Porcentaje de nacimientos y tasas de fecundidad en adolescentes de México (2008-2012): estratificación y priorización de municipios con alto riesgo. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico*, *83*(12).

Secretaría de Salud (2018). Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Directorio de Servicios Amigables, Chihuahua. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/405606/DIRECTORIO_CHIHUAHUA_06_2018.pdf

Stern, C. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública de México*, *39*(2), 137–143.

Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*, *10*(39), 129–158.

Stern, A. (2006). Estudio sobre la relación “Trabajo-familia en Ciudad Juárez”. INCIDE Social A.C.

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

UNICEF, & ANDES, U. D. L. (2015). *Embarazo subsecuente en la adolescencia*. *UNICEF*. Retrieved from file:///C:/Users/jorgevv/AppData/Local/Temp/EMBARAZO%0AEN%0ALA%0AADOLESCENCIA.htm

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

Vélez-Arango, A.L. (2012). El embarazo en el adolescente: una visión desde la dimensio´n emocional y la salud pública. Revista CUIDARTE, 3(1), Universidad de Santander Bucaramanga, Colombia, 394-403. https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533179020.pdf

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

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

Anexos

a) Lista de asistencia

INMUJERES
INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

PROEQUIDAD

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

SEXO M/H	NOMBRE*	EDAD	TELÉFONO	CORREO	FIRMA
M	DORA MARIA AGUILAR SALDIVAR		1501795	daguilar@uacj.mx	
M	GEORGINA MARTINEZ CANIZALES	49	1848856	gmartine@uacj.mx	
M	ELDA B. AGUILAR RODRIGUEZ	32	656 3056241	elda.aguilar@uacj.mx	
M	BEATRIZ DIAZ TORRES		656-6381981	bdiaz@uacj.mx	
M	OLGA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ		656 2036955	ohernand@uacj.mx	
M	MA DE LOURDES ALMADA M.	49	333-9874	maria.almada@uacj.mx	

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

b) Minuta de Reunión

PROEQUIDAD

MINUTA DE REUNIÓN

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

ASISTENTES A LA REUNIÓN*

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

AGENDA DE LA REUNIÓN

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

ACUERDOS Y COMPROMISOS

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

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