



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE FILOSOFÍA

LICENCIATURA EN DESARROLLO HUMANO PARA LA
SUSTENTABILIDAD.



“Políticas Públicas enfocadas al embarazo adolescente en el Municipio de
Querétaro”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Licenciada en
Desarrollo Humano para la Sustentabilidad.

Presenta:

Pérez Carapia Abigail

Dirigido por:

Dr. Alberto García Espejel

Centro Universitario

Querétaro, Qro. 2015 México

Agradecimientos

A mis padres por su impecable atención y preocupación hacia mi desarrollo personal y con los demás. Este logro es para ustedes e infinitas gracias por traerme al mundo y hacerme la persona que soy.

A Nelson, gracias por estar siempre ahí para mí, por siempre recordarme la importancia de ser yo misma y de competir únicamente conmigo. Sin tu apoyo y paciencia en mis días de investigación, de poca inspiración, de hartazgo y de felicidad; probablemente habría sido más complicado.

A Albert, porque definitivamente tu exigencia me permitió sacar lo mejor de mí. Gracias por tus clases, lecciones, tardes de café revisando mis textos y tu dedicación como maestro y amigo. Más personas como tú para un país y un mundo mejor. Infinitas gracias.

A mis hermanos, por inspirarme a ser un ejemplo para ustedes.

A mi familia y amigos, gracias por siempre estar al pendiente de mi investigación.

A mis sinodales, gracias por tomarse el tiempo de leer y corregir mi texto. Maestros como ustedes marcaron la diferencia en mí y estoy segura que en muchos estudiantes más. De corazón, gracias.

A la Universidad Autónoma de Querétaro, por los maestros, compañeros y personas que me permitió conocer además de instruirme en mis sueños y anhelos.

Para Tita y Papa Chucho.

Indice

Introducción.....	5
I. Marco Conceptual.....	12
1. Políticas Públicas, desarrollo humano sostenible y agenda pública.....	12
2. Salud Sexual y Reproductiva (SSyR), educación sexual y métodos anticonceptivos.....	24
3. Planificación Familiar.....	33
4. Adolescentes y su desarrollo humano.....	35
II. Planes, Programas y estrategias en México para la atención de aspectos de salud sexual y reproductiva.....	40
Derechos Sexuales y Reproductivos.....	40
Programas Nacionales de Población.....	42
Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018.....	47
Otros antecedentes.....	49
Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.....	50
III. Los actores ante el embarazo.....	57
1. Actores inmersos en las políticas públicas enfocadas al embarazo adolescente.....	57
2. Las Adolescentes.....	59
2.1 Las vivencias de las adolescentes sobre el embarazo y parto.....	59
2.2 Percepciones de las adolescentes sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSyR), educación sexual y métodos anticonceptivos.....	61
2.3 Percepciones de las adolescentes sobre Planificación Familiar.....	65
2.4 Adolescentes y su desarrollo humano.....	67

2.5	Las adolescentes y las Políticas públicas y agenda pública.....	72
3.	Las enfermeras. La implementación de la política pública por parte de las enfermeras.....	78
3.1	Enfermeras y la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR), educación sexual y métodos anticonceptivos.....	78
3.2	Planificación Familiar.....	83
3.3	La percepción de las enfermeras sobre las Adolescentes y su vida sexual.....	84
3.4	Políticas públicas y agenda pública.....	86
IV.	Las perspectivas de las adolescentes, embarazadas y no, sobre la salud sexual y reproductiva.....	90
	Primer grupo focal. Adolescentes que no tuvieran experiencia de embarazo.....	90
	Segundo grupo focal. Adolescente con experiencia de embarazo.....	103
	Reflexiones finales para la prevención y reducción del embarazo adolescente en México.....	115
	Propuesta de desarrollo humano para reducir el embarazo adolescentes en Querétaro y a nivel nacional.....	126
	Bibliografía.....	133

“Análisis de Políticas Públicas enfocadas al embarazo adolescente en el Municipio de Querétaro”

*“El amor es la única respuesta satisfactoria
al problema de la existencia humana.”*

Eric Fromm

Introducción

En México, 1 de cada 2 adolescentes que inicia su vida sexual se embaraza (GIRE, 2014), lo que ha posicionado a nuestro país, dentro de los miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), en el primer lugar en embarazos adolescentes (UNFPA, 2013). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa del ser humano comprendida entre los 11 y 19 años. Esta etapa de la vida comprende intensos cambios físicos, psicológicos y sociales, que convierten al niño en adulto y su cuerpo sufre modificaciones que lo prepararán para la acción reproductora (Rivero y Ceñal, 2005).

La adolescencia es una época de cambios donde la persona va construyendo su personalidad, su independencia y trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, por lo tanto el adolescente necesita apoyo de su familia, escuela y sociedad. En 2009, 1,200 millones de adolescentes constituían el 18% de la población mundial. Desde 1950, el número de adolescentes ha aumentado a más del doble (UNICEF, 2008).

De acuerdo con datos nacionales presentados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el Día Internacional de la Juventud 2015, en México residen 29.9 millones de jóvenes de 15 a 29 años de edad quienes representan el 24.9% de la población total. En cuanto a la tasa de desempleo, en el primer trimestre de 2015, en los adolescentes de 15 a 19 años era de 8.6% solamente con una diferencia de .3 puntos más con respecto a los jóvenes de 20 a 24 años. Es decir que en México el grupo poblacional en el que entran los adolescentes es significativo y su tasa de desempleo es mayor a comparación del siguiente grupo (INEGI, 2015). Igualmente en 2015, el Senado en México aprobó reformas a la Ley Federal del Trabajo en las que establece que la edad mínima para laborar es de 15 años, solamente 1 año más que en 2014; con esto podemos concluir que sí un adolescente quisiera laborar o tuviera necesidad de obtener ingresos formales forzosamente debería contar con los 15 años cumplidos (La Jornada, 2015).

Regresando al tema del embarazo adolescente, cada día, a nivel mundial, 20,000 niñas menores de 18 años dan a luz en países en desarrollo. Alrededor del 19% de las jóvenes en países en desarrollo quedan embarazadas antes de los 18 años de edad. Habría que enfatizar que hay 2 millones, de los 7.3 millones de partos de adolescentes menores de 18, que ocurren cada año en los países en desarrollo, que son partos de niñas menores de 15 años; trayendo consigo también que cada año existan 70,000 muertes en adolescentes menores de 18 años debido a complicaciones en el embarazo o del parto, además de los 3.2 millones de abortos inseguros en adolescentes cada año (UNFPA, 2013).

Tan sólo en México el 18.4% del número de embarazos al año, a nivel nacional, corresponde a embarazos adolescentes (México Social, 2013), lo que ha provocado que sea un tema de la agenda pública del gobierno mexicano y se haya comenzado con programas públicos de salud sexual y reproductiva, y planificación familiar más intensos y más enfocados a este sector de la población como lo son: el Programa de Acción Específico: Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes 2013-2018 que tiene por objetivo incidir y favorecer en el ejercicio pleno de su sexualidad y salud reproductiva (Secretaría de Salud, 2014); y ¿Cómo le hago? Una página web creada para resolver dudas y preguntas sobre métodos anticonceptivos, ofrecer cursos en línea sobre ellos, cómo hacer un plan de vida, además de que está avalada por instituciones como el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el Instituto Nacional de Salud Pública, Red de Democracia y Sexualidad, entre otras.

El inicio de su vida sexual sin información veraz y de fácil acceso a métodos anticonceptivos está volviendo vulnerables a las adolescentes mexicanas a infecciones, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual (ETS), y abortos, entre otras situaciones que están fuera del alcance del control de las adolescentes debido a su falta de capacidad para hacer frente.

En México, de acuerdo con la encuesta “Conocimiento, actitud y práctica de anticoncepción” citada en La Jornada (2013), la edad promedio en la que los adolescentes inician su vida sexual es de 15 años. Además de que en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 se dio a conocer que si bien el 90% de la población a nivel nacional, de entre 12 y 19 años reportó estar al tanto o haber escuchado de algún método anticonceptivo, sin embargo 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres reportaron no haber utilizado ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012). En el caso de Querétaro (2014) la mitad de las mujeres tuvo su primera relación sexual en la adolescencia pero el uso del primer anticonceptivo fue hasta 4 años después; aunque a pesar de la media nacional de 54.8% de las

adolescentes que usaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual, en las queretanas fue de 67.9% convirtiéndose en el grupo con mayor uso de un método anticonceptivo en su primera relación sexual (CONAPO, 2015).

Por su parte, en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, el único grupo de edad que no ha reducido sus niveles de fecundidad es el de “15 a 19 años” teniendo en 2009, 70.9 nacidos vivos por cada 1000 adolescentes mientras que en 2014 la cifra creció a 77.0 nacimientos por cada 1000 adolescentes (INEGI, 2014). Es decir que a pesar de las distintas estrategias llevadas a cabo por el Estado con el fin de reducir la fecundidad e incrementar el uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes, no han funcionado ni ha tenido el impacto esperado. Tan sólo en Querétaro, en el 2014 las adolescentes representaban la mayor necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos con un 18.3% y es el grupo de edad, unidas o no, que hacen menor uso de métodos anticonceptivos (CONAPO, 2015).

En 2013 los embarazos adolescentes correspondieron al 18.4% del total, añadiendo que los adolescentes conforman el único grupo de edad que no ha reducido su fecundidad esto podría deberse por ejemplo a que no exista una educación sexual adecuada, propiciada y reforzada desde casa los adolescentes son cada vez más vulnerables a los problemas descritos. Particularmente, los embarazos no deseados en adolescentes, provocan entre otras consecuencias, complicaciones de salud que propician la muerte de más de 70,000 niñas, riesgo de aborto inseguro (3.2 millones al año), perpetuación de la pobreza, exclusión social, negación de los derechos humanos básicos, y pérdida de oportunidades educativas, sociales, económicas y culturales (UNFPA, 2013).

Teniendo en cuenta las posibles consecuencias que tiene el aumento en los embarazos adolescentes, en 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo, 179 países (entre ellos México) acordaron promover los derechos de las adolescentes a la educación, información, atención de la salud reproductiva y a reducir considerablemente el número de embarazos en adolescentes. Esta CIPD fue el comienzo para la atención del embarazo adolescente en todo el mundo y la sucesión de diferentes estrategias de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO por sus siglas en inglés), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), entre otras para apoyar a los países en su lucha por la reducción de este problema. A pesar de estos esfuerzos, los gobiernos en América Latina, y particularmente México, no han encontrado la solución al problema, aunque han ido cambiando paulatinamente, las distintas visiones para

resolverlo, como lo es la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes que en esta investigación más tarde se abordará a detalle.

México, es miembro de la OCDE, y posee la tasa más alta en embarazos adolescentes (77.04 nacimientos pertenecen a madres adolescentes de cada mil mujeres, entre 15 y 19 años de edad), ello nos habla de que a pesar de ser considerado uno de los países económicamente importantes del mundo, no ha hecho lo suficiente para atender ésta problemática y reducir la tasa (CONAPO, 2015).

Actualmente en México como lo evidencia el Programa Nacional de Población 2014-2018 (CONAPO, 2014) pone mayor énfasis en atender algunas de las necesidades de las adolescentes que ya están embarazadas o que ya han tenido un hijo, en lugar de prevenir el problema. No estamos en contra de que se atiendan esas necesidades pues es indispensable, pero consideramos que en la balanza, se debe privilegiar más que la atención, la prevención, la cual está siendo poco atendida pues recordando las cifras, la fecundidad en adolescentes no ha reducido en los últimos años. Si previniéramos las consecuencias, habría menos dificultades para que el Estado cubriera las necesidades de los adolescentes y jóvenes en aspectos no tan sólo de salud, sino también de educación y empleo, y se evitarían consecuencias negativas en adolescentes por este fenómeno.

Apenas en el 2014, México creó de manera oficial la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) aunque lamentablemente en la misma no aparece un presupuesto asignado ni acciones concretas, por lo que su funcionamiento, como muchas otras acciones gubernamentales que solo presentadas en actos protocolarios para cubrir apariencias, estaría en duda.

Socialmente hablando, en México el tema del embarazo adolescente se torna discriminatorio ya que normalmente la que termina cargando con la responsabilidad es la mujer. En esta investigación se comprobó que la participación del hombre era casi nula en la educación de sus hijos por diferentes razones como no querer hacerse cargo, tener que trabajar o estudiar para mantener a su hijo además de que la mayoría de las ocasiones los padres de familia demostraron sentirse sorprendidos o decepcionados de sus hijas embarazadas aunque en su mayoría las apoyaron en todo momento. Y en ocasiones cuando su bebé es producto de una violación ni siquiera es posible contar con el apoyo del padre añadiendo los problemas emocionales, físicos y psicológicos que probablemente sufre la mamá resultado de la violación.

Esta problemática de los embarazados en adolescentes motivó la realización de la presente investigación en que se analizaron las distintas políticas públicas que se han diseñado e implementado, para atender aspectos relacionados con dicha problemática. Tiene como muestra a mujeres que viven en el Municipio de Querétaro que tuvieron un bebé entre los 12 y 19 años de edad. Es importante mencionar que en Querétaro, en el 2013 se registraron 40,975 nacimientos de madres adolescentes de los cuales 127 fueron de madres menores de 15 años. La cifra en total representó el 17.02% del número de nacimientos en ese año en la Entidad de acuerdo con una consulta realizada por la investigación al Consejo Estatal de Población del Estado de Querétaro.

Buscamos conocer el eje principal que guió la realización de este estudio si las políticas implementadas han sido efectivas y cuál ha sido su impacto en la población mexicana. En este contexto se plantearon 3 objetivos principales:

- 1) Analizar los programas y las políticas públicas establecidas en México como lo son “El Programa Nacional de Población 2014-2018”, “Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018” y la “Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes”; todos ellos buscan dentro de sus acciones reducir la tasa de embarazos adolescentes a nivel nacional.
- 2) Determinar si las políticas son acordes a las necesidades de las adolescentes mexicanos.
- 3) Vislumbrar nuevas maneras de promover la planificación familiar en los jóvenes adolescentes.

Para conseguir la realización de estos objetivos generales se diseñaron cinco objetivos particulares:

- Conocer y analizar cuáles son los organismos gubernamentales encargados de ejecutar los programas enfocados a la resolución del problema de embarazos adolescentes.
- Conocer, determinar y poder analizar las causas y consecuencias económicas, políticas y sociales que resultan del embarazo adolescente en el Estado de Querétaro.
- Especificar los actores involucrados en la aplicación de las políticas públicas enfocadas al embarazo adolescente, además de su población objetivo.
- Conocer el grado de impacto que han tenido las políticas públicas sobre planificación familiar y educación sexual enfocadas a la reducción de embarazo en los adolescentes.

- Formular las necesidades no atacadas y deficiencias de las políticas públicas enfocadas al embarazo adolescente para posteriormente poder realizar una propuesta diferente, completa, real, sostenible y para la mejora de la calidad de vida de los adolescentes.

Para poder lograr estos objetivos se decidió emplear dos herramientas metodológicas básicamente: la entrevista a profundidad y en su caso, grupos focales con dos de los principales actores de estas políticas: las adolescentes, tanto las que han estado embarazadas, como las que no han transitado por esa circunstancia; y las enfermeras en su carácter de operadoras principales y directas de esas políticas. Las entrevistas con adolescentes embarazadas se realizaron con el fin de conocer a fondo la vida de ellas, antes, durante y después de su embarazo, y los grupos focales para conocer su opinión en conjunto y poder recabar y contrastar información sobre distintos puntos de vista; así como la percepción que sobre el embarazo tienen adolescentes que no se encuentran y/o no han transitado por tal proceso. En el caso de las enfermeras se realizaron entrevistas que nos permitieron allegarnos información desde la visión de los operadores de los programas operativos de las políticas.

La manera de organizar el estudio es la siguiente: en el Capítulo I. Marco Conceptual se abordan los principales conceptos agrupados en categorías que ayudaron a analizar y conocer a fondo el problema. Desarrollamos los aspectos de “Políticas públicas, desarrollo humano sostenible y agenda pública”, “salud sexual y reproductiva, educación sexual y métodos anticonceptivos”, “planificación familiar” y “adolescentes y su desarrollo humano”. En cada categoría se retoman alrededor de 4 autores por concepto con el fin de enriquecer los distintos puntos de vista sobre el tema.

En el *Capítulo II. Planes, Programas y estrategias en México para la atención de aspectos de salud sexual y reproductiva*, se presentan las distintas políticas públicas que a nivel nacional existen para abordar el problema del embarazo adolescente resaltando sus objetivos, líneas de acción y estrategias innovadoras, con el fin de contrastar posibles diferencias y presentar el marco, de lo que supuestamente realiza el estado mexicano para atender la problemática. Se parte inicialmente de los derechos sexuales y reproductivos, particularizando en los de los adolescentes y se abordan posteriormente aspectos de los programas nacionales de población desde 1995 hasta el más reciente de 2014; del Programa de acción específico. Salud sexual y reproductiva para adolescentes 2013-2018; y de la Estrategia Nacional para la prevención del embarazo en adolescentes que fue presentada en 2014.

Posteriormente en el *Capítulo III. Los actores ante el embarazo* se exponen las principales respuestas de las adolescentes y las enfermeras en las entrevistas a profundidad, donde, respecto a las primeras, se trataron aspectos de las vivencias de las adolescentes sobre el embarazo y el parto; sus percepciones sobre las categorías enunciadas en el capítulo 1; y sobre el contexto y apoyo familiar. En el caso de las entrevistas a las enfermeras fueron los mismos aspectos abordados salvo que estaban dirigidos a que describieran su percepción respecto a las adolescentes.

En el *Capítulo IV. Las perspectivas de las adolescentes, embarazadas y no, sobre la salud sexual y reproductiva*; se muestran las diferentes opiniones que hubo en los dos grupos focales que se realizaron: el primero con niñas adolescentes no mamás y el segundo con las adolescentes previamente entrevistadas. En ambos casos, la forma de presentación fue a partir de las preguntas guía desarrolladas a su vez con base en las categorías enunciadas en el capítulo 1.

Por último se presentan las *Reflexiones Finales* en las cuales se enuncian los principales resultados encontrados en las entrevistas y los grupos focales en contraste con los planes, programas y estrategias mencionadas en el segundo capítulo además de hacer una serie de conclusiones relacionadas con lo investigado, considerando en todo momento, las categorías que guiaron este trabajo. Dentro de este capítulo también se encuentra una propuesta tomando en cuenta el Desarrollo Humano Sostenible para poder prevenir más embarazos adolescentes en el país.

Esperamos que esta investigación ayude a que realmente se atienda de manera operativa una problemática social que es importante en nuestro país, como es el embarazo en adolescentes, dado que afecta el desarrollo humano sostenible del futuro de la nación: los adolescentes mexicanos.

I. Marco Conceptual

A continuación se presentan las categorías que se manejarán en la presente investigación. Se eligieron un total de 4 categorías: la primera “Políticas públicas, desarrollo humano sostenible y agenda pública”, se eligió debido a que se desea analizar las políticas públicas desde una visión de desarrollo humano sostenible y poder ofrecer la posibilidad de reconocer lo que éste significa y su importancia en relación con las normas que básicamente rigen y/o atienden los problemas, en el caso que nos atañe, respecto a la salud sexual y reproductiva. La segunda categoría es justamente la “Salud Sexual y Reproductiva”, conjuntamente con “educación sexual y métodos anticonceptivos”. En ella se busca abordar y comprender las distintas concepciones que se han tomado en cuenta para atender un problema como lo es el embarazo adolescente, ello a la luz del desarrollo humano de las personas.

La tercer categoría “Planificación Familiar” indaga igualmente en las múltiples concepciones de ésta y cómo han influido en la manera de promoverla a nivel mundial, nacional, estatal y municipal. Este aspecto es crucial pues tiene relación estrecha con el modo en el que los adolescentes viven su sexualidad y con el embarazo adolescente, reconociendo o no la importancia de planear su vida sexual. En cuanto a la cuarta categoría “Adolescentes y su desarrollo humano” se buscó definir el concepto de lo que se considera un adolescente en relación con su sexualidad, ya que son los componentes esenciales relacionados con el desarrollo del individuo. Durante la investigación se buscó conocer el entorno de los adolescentes, dado que influye directamente en su desarrollo humano.

1. Políticas Públicas, desarrollo humano sostenible y agenda pública.

De acuerdo con Parsons, el enfoque de las políticas públicas se desarrolló con el “nuevo liberalismo” formulado por Dewey y Keynes. Después de la segunda guerra mundial evolucionó la ciencia de las políticas públicas debido a que en tiempos de posguerra *“comenzó la creencia en el Estado como entidad administradora de lo público y sus problemas, a fin de ocuparse de aquellos aspectos de la vida económica y social que el mercado no era capaz de resolver”* (Parsons: 40, 2007) esto permitió que el proceso de las políticas públicas y la toma de decisiones fuera más fundamentada y que tuviera bases teóricas que permitieran una mejora en el servicio del Estado. La atención a las políticas públicas en ciencias políticas se asocia con frecuencia a cuatro autores: Harold Lasswell, Herbert Simon, Charles Lindblom y David Eaton (Parsons, 2007). En esta investigación no se

mencionarán a estos autores debido a que se buscó consultar autores más recientes sin embargo es importante mencionarlos.

Existen distintas definiciones sobre qué son las políticas públicas; su enfoque puede ser desde la administración pública o un mero estudio sobre ciencias políticas.

Para Larrue, las políticas públicas son una concatenación de actividades, decisiones o de medidas coherentes por lo menos en su intención y tomadas principalmente por los actores del sistema político-administrativo de un país con la finalidad de resolver un tema colectivo (Larrue citado en Kauffer, 2002).

Según Ortiz (2007) en el pasado, las políticas públicas se diseñaban basadas en dos teorías: la del goteo y la teoría de la priorización de las políticas sociales sobre todas las demás.

Para los países que utilizaban la teoría del goteo, su principal objetivo era el crecimiento económico pues su justificación era que al final todo ese crecimiento iba a gotear hacia los más pobres, existiría mayor inversión y habría ganancias para el Estado que posteriormente invertiría en políticas sociales. En el caso de la teoría la cual su mayor prioridad eran las políticas sociales, argumentaba que la inversión directa en la educación, alimentación y salud de las personas iba a tener un impacto en su productividad por lo que el crecimiento económico vendría solo pues al mejorar la productividad, las personas tendrían mayores ingresos y aumentaría la demanda interna ocasionando la expansión del mercado interno y reduciría gastos para el Estado (Ortiz, 2007).

Al final ninguno de estos enfoques parece ser el correcto. Un país debe preocuparse por abordar todos los aspectos que requiere una persona para poder tener una excelente calidad de vida. Es por eso que las políticas públicas deben girar en torno al desarrollo humano sostenible, que abarca la mayoría de los aspectos que una persona debería tener para vivir bien y tener un estado de bienestar general. Cardozo Brum determina que las políticas públicas son un fenómeno social, administrativo, político específico, resultado de un proceso de sucesivas tomas de posición, que se concretan en un conjunto de decisiones, acciones u omisiones asumidas fundamentalmente por los gobiernos, mismas que se traducen en la respuesta preponderante a los problemas públicos (Cardozo, 2006). Por otro lado, el propio Cardozo propone que el proceso de políticas públicas puede desagregarse en fases o etapas:

- 1) La formulación, que incluye un diagnóstico y definición del problema por parte del organismo estatal. Suele estructurarse bajo la forma de programas más concretos, y aún de proyectos específicos para operar su ejecución; dentro de esta etapa también se viven procesos de toma de

decisiones donde los actores políticos, administrativos, económicos, sociales y científicos influyen sobre la manera en la que se abordará el problema. Este proceso se vuelve determinante ya que en muchas ocasiones las decisiones pueden ser mayormente influenciadas por cuestiones políticas y no precisamente con soluciones que realmente ayuden a abordar el problema público. Normalmente en nuestro país se han definido políticas públicas con fines electorales o “populistas” que la mayoría de las veces no resuelven el problema público y sólo ayuda a ciertos poderes fácticos. Otro aspecto importante dentro de la etapa de formulación es que se definen objetivos, metas y la metodología que se empleará para implementar la política pública además de que es de suma importancia que se decidan los indicadores que ayudarán a medir si el problema realmente fue resuelto o no al final (Molina, 2008). Para esta investigación será importante esta etapa pues si las políticas públicas que se formulan para la prevención y atención del embarazo adolescente tienen una base teórica correcta y respaldada por estadísticas y realidades que viven la población objetivo del problema será más sencillo su implementación y su operación qué es la siguiente etapa.

2) La implementación, que se traduce en decisiones operativas y acciones concretas de la política antes decidida; es decir los mismos actores que inciden en la toma de decisiones nuevamente serán clave al momento de su implementación. En ocasiones los actores que se deben de involucrar en la implementación pueden no estar de acuerdo con lo que se va a realizar, esto puede afectar directamente a la población objetivo a la que está dirigida la política pública y significa también pérdidas en cuanto a la inversión que está realizando el Estado en la implementación. También en esta etapa incide de manera importante el factor humano ya que dependerá de las instituciones que la implementación se lleve a cabo de manera correcta. Esta etapa de la política pública es la más importante ya que pudo haber tenido una excelente formulación y una pésima implementación lo que determina considerablemente su éxito. Hogwood y Gun (citado en Molina Marín et al., 2008) señalan una serie de condiciones que debe tener una política pública para que su implementación sea sostenible:

“conocimiento de los objetivos, ausencia de restricciones provenientes del entorno, disponibilidad de tiempo y recursos políticos, administrativos y financieros, una buena teoría de causa efecto que soporte la política, comprensión y consenso de los objetivos, definición clara de las tareas, comunicación clara y coordinación de acciones, acuerdo entre los subordinados y aquellos en posición de autoridad”. (Ibid:11)

Estas condiciones ayudarán a mejorar el proceso de implementación y asegurará un buen entorno para obtener un buen resultado.

3) La evaluación *a posteriori*. Transcurrido el tiempo necesario para poder medir los resultados e impactos alcanzados, podrá procederse a realizar una evaluación de la política para describir el proceso que se llevó a cabo, explicar sus determinantes y condicionantes y calificar su grado de efectividad. La evaluación es la etapa que permitirá una mayor legitimación o puede ayudar a mejorar la gobernabilidad si se tienen buenos resultados. Dentro de esta etapa participan expertos externos a las instituciones que la formularon e implementaron, concedores del tema, los actores involucrados, miembros de las instituciones que la implementaron y también beneficiarios de la política pública con el fin de tener distintas perspectivas al momento de evaluar e incluir a todos los que puedan tener una opinión sobre la política pública.

Cada una de las etapas de la política pública es importante para poder tener al final un caso de éxito, sin embargo el proceso de implementación es el que definitivamente determinará si una política pública funciona o no. La evaluación será clave para poder tener una referencia en cuanto a si la política pública se debe seguir aplicando o no, también los recursos monetarios que un país esté destinando a la solución de un problema a través de una política pública no es un asunto de poca preocupación.

Por otra parte, Aguilar Villanueva, plantea que las características fundamentales de la política pública son: su orientación hacia objetivos de interés o beneficio público y su idoneidad para realizarlos; la participación ciudadana con el gobierno en la definición de los objetivos, instrumentos y acciones de la política; la decisión de la política por el gobierno legítimo y con respeto a la legalidad; la implementación y evaluación de la política pública. Lo distinto de la política general con la política pública es el hecho de integrar un conjunto de acciones estructuradas, estables y sistemáticas, hacia el bien común (Aguilar, 2000).

José Mejía Lara (2004) por su parte, define a la política pública en México como una correlación entre elementos técnicos, intervención de analistas y expertos que condicionan la orientación y la instrumentación al proyecto político del gobierno en turno y el manejo político que se produce.

En el caso de Julio Franco Corzo (2013), las políticas públicas son acciones de gobierno con objetivos de interés público que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis de factibilidad, para la atención efectiva de problemas públicos específicos,

en donde participa la ciudadanía en la definición de problemas y soluciones.

Mauricio Merino (2013) precisa a las políticas públicas como una invariable intervención del Estado y supone una selección de problemas públicos y una elección entre alternativas más o menos afines, o más o menos contrarias. Estas elecciones son tomadas desde una posición de poder tanto destinadas a favorecer al individuo de manera general o simplemente no intervenir.

Merino también plantea que una política pública se compone al menos de tres elementos. El primero es la “teoría de entrada” que implica la selección de una racionalidad y un método que serán indispensables para la elección de los problemas públicos a considerar. El segundo elemento es el diseño de un “mapa de ruta” que significa la planeación de la acción a seguir. Y como último elemento será el “campo de batalla” que se refiere a la acción misma y a los resultados que la política puede obtener y que estará sujeta a las condiciones propias de la implementación.

Como ya fue posible notar, la mayoría de los autores coinciden en los siguientes elementos que definen una política pública: definición de un tema de interés público o problema público, participación del Estado a partir de analistas y expertos y de la ciudadana, definición clara de objetivos, toma de decisiones, formulación o planeación; realización de acciones o actividades específicas, y las etapas de evaluación.

Luego entonces con respecto a esta investigación se definirá a la política pública como la intervención deliberada del Estado en conjunto con la ciudadanía en la atención u omisión de un problema de interés público. Esta intervención deberá estar conformada por un diagnóstico profundo que incluya estadísticas y trabajo de campo en donde sea posible hacer evidente el problema y las razones por las que se busca atender, objetivos, acciones estructuradas y asignadas específicamente a un programa o institución además de estables y sistemáticas, metodología e indicadores que ayudarán a llevar a cabo la implementación y posteriormente la evaluación de la política pública.

También será importante que toda política pública que se formule y se implemente, deberá estar basada completamente en el desarrollo humano sostenible. Por ello, debemos definir esta noción.

El concepto de “desarrollo humano” nace políticamente en 1990 con el Informe publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) llamado “Desarrollo Humano: Informe 1990. Definición y medición del Desarrollo Humano”. El informe propone una definición global sobre lo que debería ser desarrollo humano:

“desarrollo humano es un proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano, las tres más esenciales son disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente. Si no se poseen estas oportunidades esenciales, muchas otras alternativas continuarán siendo inaccesibles”. (PNUD, 1990: 34).

Propone además que el desarrollo humano sea medido a través de un índice que tomará en cuenta tres indicadores. Como primer indicador propone:

“la longevidad y el indicador clave es la esperanza de vida al nacer. La importancia de la esperanza de vida radica en la creencia común de que una vida prolongada es valiosa en sí misma y en el hecho de que varios beneficios indirectos (tales como una nutrición adecuada y una buena salud) están estrechamente relacionados con una mayor esperanza de vida”. El segundo indicador, es el alfabetismo ya que es el *“crudo reflejo del acceso a la educación, particularmente a la educación de buena calidad, tan necesaria para llevar una vida productiva en la sociedad moderna”.* (PNUD, 1990: 36).

También reconoce que es importante prestar atención a la educación en niveles más altos sin embargo este indicador es básico y se espera que pueda medir el desarrollo humano. El tercer indicador es el manejo de los recursos ya que serán pieza clave para medir la cantidad de recursos que son necesarios para tener una vida decente y lo define quizás como el más difícil de todos ya que toma en cuenta el acceso a la tierra, el crédito, el ingreso y otros recursos; el que resume todas las anteriores es el ingreso per cápita.

Cada año el PNUD publica un Informe de Desarrollo Humano, con un tema central diferente. Al final del Informe realiza una estadística posicionando a cada uno de los países miembros de las Naciones Unidas de acuerdo al índice de desarrollo humano de cada uno. Por lo tanto es de esperarse que los países con mayor índice de desarrollo humano serán aquellos que centren sus políticas públicas tanto de desarrollo económico, social, cultural, educativo y de salud hacia el enfoque de desarrollo humano.

Para nosotros el desarrollo humano debería contemplar también la sostenibilidad ya que vivimos día a día con la problemática de cambio climático y el agotamiento de los recursos naturales. Así es que un desarrollo humano ideal debería ser aquel que busca la potencialización de las capacidades y actitudes del ser humano, teniendo como objetivo la

mejora directa y continúa de su calidad de vida y medio ambiente; cuidando sus procesos vitales para su desarrollo como lo es su alimentación, la vivencia de sus tradiciones y costumbres, su relación con los demás y con el medio ambiente.

Especialmente el último informe de desarrollo humano publicado por el PNUD, el cual se titula *“Sostener el progreso humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia”* (2014) se plantean una serie de propuestas en torno a preservar y cuidar los avances que se han tenido en cuanto al desarrollo humano sostenible específicamente por las adversidades que en los últimos años se han presentado a nivel mundial.

De acuerdo con el informe el desarrollo humano además de buscar la ampliación de las capacidades en las personas se debe centrar principalmente en mantenerlas, por lo que la nueva propuesta del PNUD es un desarrollo humano que además de ser sostenible debe ser resiliente, es decir aquel que sea capaz de adaptarse y estar preparado para las adversidades, si el sostenible tomaba en cuenta el entorno sensible, tener un enfoque de resiliencia ayuda a poder cubrir sus necesidades sin tener el riesgo de volver a tenerlas. Aunque el informe se centra casi específicamente en los peligros que por el cambio climático, por conflictos y crisis económicas las personas pueden perderlo todo, también menciona algo que para esta investigación es clave, cuando afirma que *“la vulnerabilidad humana es la posibilidad de deteriorar los logros del ámbito del desarrollo humano y su sostenibilidad. Una persona (una comunidad o país) es vulnerable cuando existe un alto riesgo de que sus circunstancias y logros se vean deteriorados en el futuro”* (PNUD, 2014: 17). Teniendo esto en cuenta el PNUD ofrece dos propuestas fundamentales y son las siguientes:

“Una consiste en que la vulnerabilidad de las personas se ve influenciada de forma considerable por sus capacidades y el contexto social. La otra consiste en que cuando no se puede proteger a la gente contra la vulnerabilidad, ello se debe frecuentemente al uso de políticas inadecuadas y a instituciones pobres o disfuncionales (Ibid: 18).

Por lo tanto la vulnerabilidad está presente constantemente en la vida de las personas especialmente las que están en condiciones de pobreza. De acuerdo con el informe las vulnerabilidades no se distribuyen uniformemente a lo largo de nuestra vida sino que puede haber etapas intensas por ejemplo la lactancia, la primera infancia y la adolescencia que es donde a esta investigación le interesa profundizar en el tema.

Este mismo informe señala que *“la adolescencia presenta oportunidades y vulnerabilidades en el ámbito social y educativo, en la*

salud física y psicológica” (Ibid: 26), es por eso que las políticas públicas de las que se ha hablado deben poner especialmente atención a estas vulnerabilidades como lo pueden ser que los adolescentes no tengan acceso a una buena educación sexual y esto traiga como consecuencia posibles abusos sexuales o embarazos no planeados. Se podría llegar a pensar que en ocasiones los seres humanos podemos estar predeterminados por nuestras familias, costumbres, tradiciones y creencias pero si las políticas públicas realmente se enfocan en tomar en cuenta nuestras “predeterminaciones”, vulnerabilidades y realidades serán capaces de llevarnos a un desarrollo humano sostenible y resiliente.

El desarrollo humano sostenible y resiliente debe estar desde el diagnóstico de un problema público y debe ser forzosamente tomado en cuenta en el diseño de una política pública, pues su intervención puede significar grandes o pequeños cambios en la vida de las personas especialmente en los adolescentes.

Especialmente para esta investigación son importantes las políticas públicas sobre salud y educación ya que son las que impactan directamente en el problema que busco analizar. El embarazo adolescente es un problema que tiene diversos aspectos a considerar y por lo mismo las decisiones a nivel gubernamental en cuestión de salud y educación pueden o no, beneficiar a los adolescentes.

Muy asociado a las políticas públicas se encuentra el tema de la agenda pública que en general debería ser un eje prioritario de toma de decisiones en el gobierno en turno. La agenda pública para Kingdom (1995), se define como el conjunto de temas que la ciudadanía y los distintos grupos de la sociedad buscan posicionar para ser considerados como susceptibles de atención por parte de sus representantes.

Para Santander (2009), es un ejercicio de decisión dialéctico en el cual se lleva a cabo la selección y definición de los problemas que serán objeto de políticas públicas. Y para Moreno (2009) es un proceso a través del cual, problemas y cuestiones llegan a llamar la atención seria y activa del gobierno como asuntos posibles abordados por políticas públicas.

Díaz Piña (2003) igualmente define a la agenda pública como el conjunto de problemas, demandas, cuestiones, asuntos, que los gobernantes han seleccionado y ordenado como objetos de su acción y, más propiamente, como objetos sobre los que han decidido que deben actuar o han considerado que tienen que actuar, aún si esa decisión consiste en no decidir o no actuar.

Anselmo Bitar (2005) describe a la agenda pública como aquella que está constituida por cuestiones que entran dentro del espacio problemático estatal, es decir aquellos problemas a los que el Estado en

diversos niveles y/o poderes les presta consideración o atención. De igual manera Anselmo, plantea que cuando consideramos el hecho de que algunos problemas ingresen a la agenda y otros no, se puede deber a diversos motivos como, falta de recursos, falta de legislación, falta de voluntad política, ausencia de la adecuada presión política o social, o de los medios de comunicación, ausencia de liderazgo, etc. Por lo que resulta evidente que nos encontramos frente a una competencia entre cuestiones, ante las que los poderes públicos establecen prioridades, otorgando la condición de problemas públicos o cuestiones a algunos temas y a otros no.

Para Tamayo (2005) existen 3 tipos de problemas que pueden estar dentro de una agenda pública y son:

1) *Los problemas crónicos*: son problemas considerados prioritarios y que forman parte de la agenda permanentemente debido a que gran parte de la población pueden vivir bajo el problema. Este tipo de problema puede ser la pobreza, seguridad, salud, entre otros.

2) *Los temas intermitentes*: son aquellos que tienen cierta atención por parte de la sociedad pero no siempre es así. Puede ser que en algún momento formen parte de la agenda debido a la presión social pero cuando deja de existir pasan a segundo o tercer término. Algunos ejemplos pueden ser el aborto, el cambio climático, el maltrato de animales, etc.

3) *Los temas nuevos*: que son los temas de los que en este momento se están hablando, los medios de comunicación son clave en este tipo de problemas pues son los que dan mayor difusión y promueven que sean un tema prioritario. Por ejemplo la negligencia de alguna institución, los matrimonios homosexuales, etc.

En resumen para Tamayo y también para esta investigación, los problemas públicos pueden poseer el interés de la sociedad general durante unos meses, años o en el peor de los casos, días. Se debe agregar que el tema del embarazo adolescente, es un problema que forma parte de los temas intermitentes debido a que se ha tomado en cuenta y se le ha dado mayor difusión debido a los informes de organismos internacionales, no realmente porque siempre haya sido una prioridad del Estado mexicano o que éste se haya dado a la tarea de tomarlo en cuenta. Sin embargo debido a la presión internacional es que México lo vuelve parte de su agenda.

Luis F. Aguilar señala que la agenda pública permite mostrar como *“governar un estado es elegir ciertos valores y criterios, ciertos objetivos y medios, ciertas rutas estratégicas de acción, ciertos actores, procedimientos, tiempos e instrumental”* (Aguilar, 2000:15)

En esta investigación la definición de agenda pública será el proceso de selección y conjunto de temas o problemas públicos que la sociedad en general, las minorías y/o grupos de poder, colocan dentro de las prioridades que tiene el Estado por atender, trayendo como beneficio la creación de políticas, programas, estrategias y destinación de presupuesto que ayudarán a su resolución, o cuando menos servirán para contener un poco el problema.

A nivel mundial en el año 2000 se firmó la “Declaración del Milenio” en donde se establecía el compromiso por parte de los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) hacia el planeta en general, a la sociedad que vive en él y los valores bajo los cuales se iban a regir cada una de ellas, además de que plantea las distintas problemáticas existentes en el mundo. De esta declaración nacen los “Objetivos del Milenio” que son 8 y con 21 metas cuantificables para cumplir en el año 2015, año con año desde su publicación se han realizado diferentes evaluaciones sobre el avance a nivel mundial y por país; en el caso de México su última evaluación publicada fue en el año 2013. Por lo tanto, los objetivos del milenio y los esfuerzos que han ido realizando los países por cumplirlos se han convertido en una agenda pública mundial, en la que se han planteado cada uno de los problemas públicos más graves y constantes que existen en distintos países. Los objetivos del milenio son los siguientes:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer.
4. Reducir la mortalidad infantil.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. (ONU, 2015)

Esta agenda pública es muy importante para el desarrollo humano sostenible al cual se debe aspirar, ya que la ONU es la que se ha encargado principalmente de sumar esfuerzos para poder incluir a todos los países en el desarrollo. De manera general si ha existido un avance en los objetivos del milenio; en el caso de México y su último informe, 5 de los 8 objetivos tenían por lo menos un indicador con “progreso insuficiente” y en el objetivo 7 tenía 2 indicadores con un “progreso estancado o deteriorado”; específicamente el objetivo que es del interés de esta investigación es el número 5 “Mejorar la salud materna”.

El objetivo “Mejorar la salud materna” tiene 2 principales metas: Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes y para esto establece 2 importantes indicadores que son: la tasa de mortalidad materna y el porcentaje de partos con asistencia de personal especializado. La segunda meta es: lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva que tiene como indicadores: la tasa de uso de anticonceptivos, tasa de natalidad de las mujeres adolescentes, cobertura de atención prenatal y necesidades insatisfechas de planificación familiar.

En 2013 se publicó el último informe por parte de México en el caso del objetivo 5; estos fueron algunos resultados importantes: en la primera meta sobre reducir la mortalidad materna es de especial interés la edad de la mujer pues las mujeres jóvenes son menos proclives a morir durante o después del embarazo sin embargo el 15% de las muertes maternas de 2011 ocurrieron en menores de 20 años esto debido a que gran cantidad de embarazos a esta edad se consideran de alto riesgo. El estado mexicano ha planteado como principal estrategia la atención prenatal con el fin de evitar las muertes maternas; la justificación es que si las mujeres tienen atención constante en el embarazo el servicio de salud podrá ser capaz de ubicar problemas oportunamente y reducir las posibilidades de complicaciones graves durante y después del parto. El informe reconoce que el número de embarazos adolescentes va en aumento por lo que los riesgos también incrementan (Presidencia de la República, 2013).

Fundamentalmente el estado mexicano se ha basado en incrementar el número de consultas prenatales promedio en todo el país además de la creación en 2008 del Certificado de Nacimiento ya que anteriormente no estaba controlado la causa de muerte tanto de recién nacidos como de las mamás.

Una aclaración que hace el informe es sobre la situación socioeconómica de la mujer ya que reconoce la vulnerabilidad a las que pueden estar expuestas ciertas mujeres debido a su ubicación, a su edad, a sus creencias culturales y religiosas además de su grado de escolaridad; todo esto es clave para que la mujer reciba una buena atención prenatal o tenga acceso a buenos servicios de salud.

Las acciones que México se comprometió a realizar para reducir la mortalidad materna en México fueron dos; una enfocada a ampliar el acceso a una gran gama de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados, e igualmente para el acceso a la planificación familiar. La segunda acción va enfocada a elevar la calidad de estos métodos.

Lamentablemente los Objetivos del Milenio llegaron a la fecha de su meta, se evaluaron sus resultados y no fueron completamente logrados

pero sirvieron para sentar un precedente a nivel mundial de los acuerdos a los que se puede llegar como planeta y atender los principales problemas que tiene la Sociedad. Por lo tanto a finales de septiembre de 2015 hubo una reunión de los países miembros de la ONU en donde se dio a conocer la “Agenda 2030” que es una agenda pública con alcance mundial en donde se plantean 17 Objetivos del Desarrollo Sostenible, lo que coincide perfectamente con lo presentado en esta investigación.

La Agenda 2030 está basada en las tres dimensiones que abarca la sostenibilidad: económica, social y medioambiental que empatao con el desarrollo humano permite tener una visión amplia, incluyente y clara sobre qué bases deben tener las políticas públicas y las decisiones por parte de un Estado. Esta agenda es de especial importancia pues se plantea como una de las más completas e incluyentes en todos los aspectos tanto para la Sociedad como para el planeta en sí, pues la realidad del cambio climático nos ha alcanzado y es un tema que no debe estar de más dentro de la toma de decisiones por parte de los actores incidentes en cualquier problema público.

La Agenda se publicó en agosto de 2015 y se fundamentaban cada uno de los motivos por los cuales se eligieron los 17 objetivos y cada una de las metas que como planeta debemos alcanzar. En la mayoría del documento habla sobre los problemas públicos más comunes que tienen los países como lo son la pobreza la cual reconoce como el mayor de los problemas y reto por cumplir a nivel mundial.

El documento es muy insistente en la importancia de que los países realmente tomen en cuenta esta Agenda además de que enfatiza el compromiso firme de terminar con la pobreza y la extrema pobreza. Los objetivos que plantea la Agenda 2030 son:

1. Fin de la pobreza.
2. Hambre cero.
3. Salud y bienestar.
4. Educación de calidad.
5. Igualdad de género.
6. Agua limpia y saneamiento.
7. Energía asequible y no contaminante.
8. Trabajo decente y crecimiento económico.
9. Industria, innovación e infraestructura.
10. Reducción de las desigualdades.
11. Ciudades y comunidades sostenibles.
12. Producción y consumo responsables.
13. Acción por el clima.
14. Vida submarina.

15. Vida de ecosistemas terrestres.
16. Paz, justicia e instituciones sólidas.
17. Alianzas para lograr los objetivos (UN, 2015).

Para esta investigación serán importantes 2 objetivos: “*Salud y Bienestar*” e “*Igualdad de Género*”. El primero tiene como

“meta 3.7: Para el 2030, asegurar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva incluyendo planificación familiar, información y educación, la integración de la salud reproductiva dentro de las estrategias y programas nacionales”.

En el segundo la “*meta 5.6: Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos de acuerdo con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y la Plataforma de Acción Beijing y todos los documentos nacidos en ambos eventos*” (Idem: 14-15) (traducción del inglés realizada por la investigadora).

Es posible notar, que ambas metas son muy parecidas en su redacción sin embargo al final están estrechamente relacionadas con los embarazos adolescentes.

México fue uno de los países que durante la discusión sobre el planteamiento de los objetivos fue de los más comprometidos con la “igualdad de género” por lo tanto se espera que realmente esta Agenda sea una base para la toma de decisiones por parte del Estado Mexicano.

Las políticas públicas generadas se reflejarán en programas sociales de carácter público implementados por las instituciones públicas que existen. Estos programas sociales estarán justificados por una serie de diagnósticos previos sobre los problemas y objetivos que traza el Plan Nacional de Desarrollo, para posteriormente el diseño y la implementación de algún programa social que ayude a estos problemas u objetivos. Por lo tanto los programas sociales, serán la manera en la que el Estado lleva a cabo sus estrategias u objetivos para la resolución de algún problema en específico.

2. Salud Sexual y Reproductiva (SSyR), educación sexual y métodos anticonceptivos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la Salud Reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. (SSA, 2008). La secretaría de Salud toma este concepto como parteaguas para el diseño y la toma de decisiones en

cuanto a estrategias para poder generar este estado de Bienestar en los mexicanos.

De manera general, el concepto “Salud Reproductiva” se enuncia en la mayoría de los diagnósticos oficiales, artículos, programas, etc. como la “Salud Sexual y Reproductiva” (SSyR) la cual, para esta investigación, engloba todo aquello relacionado con el bienestar respecto a la sexualidad y al sistema reproductivo de los individuos.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés), define a la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, además hace referencia a que es un conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. (UNFPA, 2010).

En el caso del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), define a la salud sexual y reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad en todas las cuestiones relativas al aparato reproductor, sus funciones y procesos y además añade en su definición que la salud sexual y reproductiva es un componente esencial de la capacidad de los adolescentes para transformarse en personas equilibradas, responsables y productivas dentro de la sociedad (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012).

Médicos Sin Fronteras por su parte concibe a la salud reproductiva como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia, la salud reproductiva implica que las personas son capaces de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y segura además de una planificación familiar libre y consciente (Médicos Sin Fronteras, 2014).

También afirma que la salud sexual y reproductiva incluye varios componentes como cuidados prenatales y post parto, violencia sexual, planificación familiar, actividades sobre fistula, prevención de transmisión del VIH, infecciones de transmisión sexual y cuando corre riesgo la vida de la madre, la terminación segura del embarazo.

Para la Asociación Mundial de la Salud Sexual (WAS por sus siglas en inglés), la salud reproductiva es clave para el desarrollo humano y sostenible de las personas debido a que su promoción fomenta la responsabilidad individual y social respecto al disfrute del bienestar sexual además de que contribuye a la erradicación de la pobreza individual y social. La promoción eficaz de la salud reproductiva no debe

incluir únicamente al sistema de salud sino que también debe incluirse la implementación de leyes y políticas que ayuden a su promoción.

La WAS también expone que la deficiente salud sexual y reproductiva repercute económicamente a las personas pues reduce su productividad e inclusión laboral; por ejemplo, en la maternidad temprana perpetúa el ciclo de pobreza pues trunca las oportunidades escolares de las niñas, y de manera general, si se sufre una enfermedad de transmisión sexual los costos por los tratamientos pueden ser muy altos provocando una reducción en sus ingresos (WAS, 2012).

En el 2014, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO por sus siglas en inglés), en su informe de *“Educación integral de la sexualidad: Conceptos, enfoques y competencias”* señaló que la salud reproductiva además de ser un estado de bienestar físico, mental y social va más allá de lo reproductivo ya que incluye identidad pues influye en la manera en la que somos, afectividad por lo que sentimos y queremos, expresividad en cuanto a comunicación y relaciones con los demás en resumen forma parte de nuestra vida y no solamente al momento de reproducirnos. LA UNESCO también plantea que la salud reproductiva debe consistir en dotar a las personas del derecho de contar con servicios de salud, educativos y de información para poder asegurar una autonomía reproductiva.

Por su parte la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) publicada por el Gobierno de la República y la cual será abordada a detalle en el siguiente capítulo, señala que los servicios de Salud Sexual y Reproductiva deben ser “servicios amigables e integrales” donde además de atender al adolescente en prevención, detección y atención de enfermedades de transmisión sexual, servicios natales y de planificación familiar deben tomar en cuenta todo tipo de problemas de salud que puedan tener los adolescentes como es la obesidad, la salud mental, entre otros. Esto con el fin de que los servicios de SSyR sean integrales y puedan estar enfocados completamente en el adolescente (Gobierno de la República, 2014).

En el caso de esta investigación, la salud sexual y reproductiva será aquel estado de bienestar físico, mental y social que además de tener una estrecha relación con el sistema reproductivo de cada persona deberá tener como objetivo promover que las personas tengan una vida sexual plena, responsable y siempre apegada a una planificación familiar, uso de métodos anticonceptivos y cuidados de la salud en general.

La salud sexual y reproductiva es un eje importante para caminar hacia un desarrollo humano y social sostenible ya que las decisiones que las personas tomen a partir de la vivencia de su sexualidad influirán en su

desarrollo como personas y definirán completamente su calidad de vida. Por ejemplo, una adolescente que tuvo relaciones sexuales sin protección por cualquier motivo y queda embarazada, probablemente será más difícil que cumpla con las tres condiciones que debe tener para un índice de desarrollo humano alto (longevidad, alfabetismo y manejo de los recursos) ya que su acceso a la educación será más complicado debido a su condición, deberá lidiar con los síntomas de un embarazo, la presión de sus padres o amigos, los trabajos que le dejen de tarea y cumplir con la asistencia a todas sus clases. Además de que seguramente le será imposible laborar y por lo tanto su dependencia económica caerá en sus padres si es que ellos tienen la capacidad de solventarlo, o de su pareja si es que éste tampoco es adolescente.

Dentro de este marco de la SSyR se encuentran la educación sexual y el manejo de métodos anticonceptivos como principal estrategia para poder llevar al máximo este bienestar del cual se habla. Sin embargo en esta investigación se hablará sobre una educación sexual integral (a la que nos referiremos más adelante), ya que su impartición tiene una serie de ventajas que impactan directamente el problema que se pretende analizar.

La educación sexual en el caso de Campero Cuenca et al (2013) la define como una educación con un enfoque incluyente considerando aspectos biológicos, éticos, afectivos, sociales, culturales y de género. Este tipo de educación debe incorporar de manera temprana la promoción de comportamientos saludables y placenteros, fortalecer la capacidad de negación asertiva, fomentar decisiones responsables e informadas con relación al beneficio que conlleva el postergar el inicio de vida sexual y el uso de métodos anticonceptivos.

Otra definición plantean a la educación sexual como la parte de la educación general que incorpora los conocimientos bio-psico-sociales de la sexualidad, su objetivo básico es lograr la identificación e integración sexual del individuo y capacitarlo para que se cree sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de una manera sana, positiva, consciente y responsable dentro de su cultura, su época y su sociedad (Equipo Multidisciplinario del Instituto Nacional de Educación Sexual, 1976).

La WAS define a la educación sexual integral como un proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, informal y formalmente, conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, es una de las mejores inversiones que una sociedad puede hacer cuando se trata de promover la salud sexual en la población. Y recomienda que la educación sexual integral debería iniciarse en épocas

tempranas de la vida, asimismo debe incluir el desarrollo de destrezas, además de la adquisición de conocimientos, ya que se ha reconocido que la información sexual por sí sola no basta (WAS, 2012).

En el caso de la ENAPEA (2014), se marca que la educación sexual debe tener 6 características (establecidas originalmente por la UNFPA): fidelidad teórica; servicios de salud vinculados con la escuela; maestros capacitados; inclusión de madres, padres y líderes comunitarios; temas integrales que combinen aspectos de la SSyR con aspectos vocacionales, trabajo, arte y educación; y libertad para que la educación se adapte a los valores de los alumnos a quienes se les imparte. Este reconocimiento por parte de la Estrategia es primordial para esta investigación pues se espera existan cambios innovadores en cuanto a la educación sexual que se imparte en nuestro país¹.

La UNESCO ha señalado que una educación sexual integral es básica para el sistema educativo de cualquier país. Incluso en los últimos 50 años la educación sexual ya es una realidad y ha tenido distintos enfoques, definidos por la UNESCO (2014) en el siguiente orden:

- **Moralista:** el enfoque más antiguo, implicaba la enseñanza del comportamiento o las costumbres de un grupo estableciendo en un principio lo que era bueno o malo. La principal dificultad de este enfoque era que no necesariamente respetaba los derechos individuales y la mayoría tenía fines religiosos.
- **Ético:** buscaba la conciencia individual y guiar a la persona como un ser voluntario, libre y respetuoso de los derechos de los demás. El objetivo era desarrollar mejores comportamientos y toma de decisiones con el fin de contribuir al bienestar y felicidad de las personas. A partir de este momento ya se empezaba a tomar en cuenta los derechos humanos como eje principal en la educación sexual aunque todavía no era lo principal.
- **Biológico y funcionalista:** tenía como principal objetivo la enseñanza del funcionamiento del cuerpo en general y con más detalle en cómo funciona el proceso de fecundación, embarazo y parto. Se buscaba hablar sobre la respuesta sexual humana como la excitación u orgasmo que en algunos lugares eran menos tratados o simplemente no se hablaban.
- **Preventivo o patologista:** este enfoque es el que más ha permeado en el tiempo ya que busca transmitir información respecto a las consecuencias negativas del ejercicio de la sexualidad sin embargo su debilidad más grande es que hace énfasis en las consecuencias y

¹ En la ENAPEA se aclara que los resultados serán evaluados hasta el año 2030 y “se espera” que durante los siguientes 15 años la Estrategia tenga un presupuesto asignado.

no necesariamente ayuda a desarrollar competencias para la autonomía, expresión de los afectos y la buena toma de decisiones.

Cabe señalar que la UNESCO al mismo tiempo de hablar de estos enfoques los acompañó de un esquema donde mencionó 5, algunos de ellos similares: moralista, biológica, afectiva-erótico, preventiva y ciudadano. Es decir, en el documento no aparecen definidas ni explicados, los enfoques afectivos-eróticos, ni el ciudadano, lo que nos parece una incogruencia dado que son importantes en un planteamiento integrador de educación sexual.

Hoy en día la UNESCO (2014), preocupada por el tema, ha desarrollado un enfoque de derechos humanos, más específicamente de derechos sexuales y reproductivos, donde se tome en cuenta la perspectiva de género, la cultura, el entorno y las necesidades específicas del grupo con el que se está trabajando de esta manera le brinda a la persona la oportunidad de explorar sus propios valores, actitudes, habilidades, toma de decisiones y seguridad ante riesgos con respecto a su sexualidad.

Desafortunadamente en América Latina la mayoría de la educación sexual que se imparte o que se ha incorporado a los planes curriculares tiene un enfoque biológico, la información sobre salud sexual y reproductiva no está siempre disponible, está enfocada a brindar información y no a generar procesos de autoconocimiento y reflexión para el empoderamiento en la toma de decisiones por parte de los estudiantes y trata temas de sexualidad pero es poco común que establezca vínculos con la equidad de género o la diversidad sexual (UNESCO, 2014).

La UNESCO plantea también una serie de características para una nueva educación sexual integral que debe de contar con un proceso de enseñanza-aprendizaje que ayude a fortalecer las capacidades del individuo que le permiten tomar decisiones informadas y de manera responsable con una base ética, de equidad de género y teniendo siempre presente los derechos humanos de los demás y los suyos. Las ventajas que trae consigo una buena educación sexual integral son, el vivir una adultez saludable, la confianza en uno mismo, el respeto por uno mismo y los demás, el rechazo a la violencia y sus obligaciones en cuanto a la vivencia de su sexualidad.

Ahora bien, en el caso de esta investigación se propone que una educación sexual tiene que ser integral y debería ser aquella educación que tenga por objetivo potencializar los conocimientos y capacidades en torno a la sexualidad de cada individuo, y que involucre una base valores como el respeto, el amor, la responsabilidad y la tolerancia. La educación sexual integral debería tener como marco los derechos sexuales y

reproductivos que le permitan tomar en cuenta todos los aspectos relacionados con la sexualidad de los individuos y tenga como herramienta el empoderamiento de las personas hacia su cuerpo y sus vivencias sexuales.

Los derechos sexuales y reproductivos deben ser clave en la impartición de la educación sexual integral ya que estos permitirán a los individuos, en este caso los adolescentes, a tener empoderamiento sobre su cuerpo y reconocer sus posibilidades, capacidades y oportunidades. También sería primordial tener una educación sexual con un nuevo paradigma pedagógico en donde se tomen en cuenta la cultura de la que son parte cada individuo, sus valores y el pluralismo que existe entre unos y otros.

La educación sexual integral debería ser una de las herramientas para promover el desarrollo humano social sostenible en la sociedad, ya que muchos problemas sociales, sobre todo en adolescentes, son consecuencia de la ausencia de la educación. Con una educación en SSyR dirigida adecuadamente a los adolescentes se podrían prevenir, por ejemplo los abusos sexuales, pues si una niña o un niño sufre de abuso sexual desde pequeños, probablemente no sepan que es incorrecto, y el recibir una educación sexual integral puede ser clave para su denuncia y atención temprana. Otro ejemplo de un mal que se puede combatir mediante la educación sexual integral, es el problema de la violencia de género. En nuestro país en el 2014 se reportaron a nivel nacional 6 feminicidios por día de acuerdo con el Instituto Nacional de las Mujeres (Animal Político, 2014). Un feminicidio es considerado como una de las formas más extremas de violencia contra las mujeres ya que engloba los asesinatos motivados únicamente por el odio, desprecio, placer o sentido de posesión de las mujeres (Observatorio Ciudadano Nacional del Feminicidio, 2014). Este tipo de asesinatos se erradicarían o por lo menos disminuirían en nuestro país si tuviéramos acceso a una educación sexual integral pues nos estarían preparando a los sujetos para ser individuos con valores y con una convicción de que la mujer y el hombre debemos tener las mismas oportunidades, derechos y obligaciones. Este y otros problemas se podrían prevenir con una educación sexual incluyente, divertida y con el objetivo de empoderar al estudiante.

En relación con la educación sexual también se encuentran los métodos anticonceptivos, los cuales son las sustancias, objetos o procedimientos que utilizan hombres y mujeres para evitar un embarazo no deseado, espaciar los nacimientos de los hijos o dejar de tenerlos (CONAPO, 2009).

También se pueden definir como toda conducta, método, sustancia o elemento, natural o artificial que tiene la finalidad de evitar la génesis de un embarazo (Cremonte, 2005). La Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar define a los métodos anticonceptivos como aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, de manera temporal o permanente (Diario Oficial de la Federación, 1994).

En los 80's se relacionaba a los métodos anticonceptivos como la contracepción, que era definida como la prevención del embarazo y que puede lograrse por una variedad de medios químicos, físicos o quirúrgicos. La intercepción consiste en prevenir la implantación de un óvulo fecundado, generalmente por píldoras tomadas después del coito (a la mañana siguiente) (Burt, 1985).

Para Aguilar y Mayén los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias y procedimientos utilizados de manera voluntaria por las personas para regular su capacidad reproductiva y evitar un embarazo no planeado. También reconocen la importancia de que los adolescentes utilicen métodos anticonceptivos debido a que les *"permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada y contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y a mejorar y mantener el nivel de salud"* (Aguilar y Mayén, 1999: 335).

En este apartado podría ser lógico hablar de los distintos tipos de anticonceptivos que existen sin embargo para esta investigación no serán de carácter prioritario pues sólo será importante reconocer si los adolescentes están empleando métodos anticonceptivos y si conocen por lo menos, bajo que indicaciones deben de tomarlos y en que casos. Es decir, que al final esta investigación reconoce que la información existe y que se espera que más del 90% de los adolescentes en México conozcan por lo menos 1 método anticonceptivo.

A pesar de reconocer que la información sobre métodos anticonceptivos existe, también será necesario tomar en cuenta lo que Zegarra afirma acerca de que alrededor de los métodos anticonceptivos existen ciertos mitos que impiden que sean plenamente utilizados por las personas, causando distorsiones con objetivos velados:

- Evitar el uso continuo de los métodos anticonceptivos.
- Limitar su uso a personas adultas trayendo como consecuencia el impedimento de su uso por parte de los adolescentes.
- No usar ningún método, especialmente los modernos.

- Atribuir a los anticonceptivos efectos adversos o inexistentes. Esto con el fin de generar miedo en las personas como que pueden producir infertilidad o problemas hormonales y reproductivos.
- Promover la maternidad como una necesidad biológica y sanitaria de las mujeres. (Zegarra, 2011)

Especialmente este último aspecto es importante para esta investigación pues es claro que en nuestra sociedad se promueve esta premisa y con ello se llega a obligar que niñas o adolescentes que probablemente fueron violadas o no tenían el conocimiento sobre las consecuencias que tiene un embarazo, a que den a luz y tengan que tomar responsabilidades para las que probablemente no estén preparadas, ni quieran hacerlo.

De acuerdo con Zegarra, los mitos pueden carecer de maldad en su mayoría, más sin embargo comienzan a ser un elemento desventajoso para la salud en cuanto impide el pensamiento crítico y las acciones de los individuos hacia un fin positivo.

En el caso particular de esta investigación los métodos anticonceptivos serán definidos como aquellos procedimientos que el ser humano puede llevar a cabo o realizar para impedir la fecundación y pueden también implicar la protección a enfermedades de transmisión sexual (ETS).

El conocimiento y el acceso a los métodos anticonceptivos serán clave para esta investigación pues el que los adolescentes tengan información científica confiable y acceso fácil y suficiente a ellos, es benéfico por las siguientes razones:

- *Se consigue la promoción de relaciones sexuales, placenteras, seguras y responsables. Las y los adolescentes encuentran en la práctica anticonceptiva las bases para evitar embarazos no planeados y la práctica de abortos inseguros.*
- *El logro de mejores niveles de calidad de vida: las personas adolescentes elaboran proyectos de vida permitiéndoles completar sus estudios, desarrollar actividades de desenvolvimiento personal y social y posponer la reproducción hasta el momento que se sientan emocional, social y económicamente preparados.*
- *El fomento de la participación responsable del hombre: la participación de los hombres en las decisiones sobre la anticoncepción puede llevar a una mejor calidad de la salud sexual y reproductiva, para ellos mismos y sus parejas.*
- *Mayor dedicación a la crianza de las/os hijas/os y reducción de la mortalidad infantil. (Billings, 2004:5)*

Por lo tanto promover la salud sexual y reproductiva de los adolescentes incluyendo una educación sexual integral y el acceso a métodos anticonceptivos, se convierten en aspectos fundamentales para que los adolescentes puedan tener mayores oportunidades para llevar a cabo sus proyectos de vida y ayudar al desarrollo humano de todos.

3. Planificación Familiar

La planificación familiar se puede pensar que englobaría todos los conceptos anteriores, sin embargo en México es un tema que ha transitado desde una justificación basada en el control poblacional hacia un derecho del cual gozamos todos los individuos, tanto hombres como mujeres por igual, dando mayor prioridad a las mujeres en cuanto a la toma de decisiones.

A comienzos de los años 70, México definía la planificación familiar como la intervención en cuestiones de salud más impactante para la reducción de la pobreza, ya que se ha demostrado que las familias numerosas tienen menos probabilidad de superar la pobreza que las familias con pocos hijos, todo esto planteado desde la justificación de que el crecimiento poblacional acelerado en grupos sociales desfavorecidos sólo incrementaba el grado de pobreza de las personas dentro de estos grupos (SSA, 2008).

La Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar NOM-005-SSA2-1993, modificada el 21 de enero de 2004, define a la Planificación Familiar como *“el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el esparcimiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos”* (Gaceta Parlamentaria, 2013: 5).

Esta misma norma plantea que los servicios de planificación familiar *deberán proporcionar información, orientación, consejería, selección, prescripción, contraindicaciones y aplicación de métodos de control de la fertilidad*; así como todo lo relacionado a problemas de esterilidad e infertilidad, enfermedades de transmisión sexual, atención a casos de cáncer cérvico-uterino y de mama. Estos servicios deberán darse de manera integral y con calidad a toda la población. (Ibid: 7)

La planificación familiar deberá de contribuir a la reducción de los embarazos no planeados y no deseados mediante la prevención, la orientación-consejería y atención general y específica. Las principales actividades que se deben realizar para alcanzar lo mencionado son: promoción y difusión, información y educación, consejería, selección,

prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos además de la pronta identificación de casos de infertilidad.

El Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018, define a la planificación familiar como "*un derecho humano que implica la facultad que tienen hombres y mujeres de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura, libre e informada; de ejercer el derecho de procrear o no, así como la libertad para decidir, cuándo y con qué frecuencia*" (SSA, 2014: 15). El Programa también reconoce una serie de beneficios que obtiene la población al promover la planificación familiar y son:

1. Apoya a las personas en la toma de decisiones bien con respecto a su salud sexual y reproductiva.
2. Contribuye a evitar una tercer parte de las muertes maternas.
3. Reduce el número de abortos.
4. Favorece la sobrevivencia de los recién nacidos por lo que reduce la mortalidad infantil.
5. Mejora la condición y el empoderamiento de las mujeres.
6. Ayuda a reducir la pobreza y a mejorar el desarrollo económico.
7. Disminuye los costos asociados a la atención médica.
8. Contribuye a la sostenibilidad ambiental pues mejora el control poblacional. (Ibid:15).

En cuanto a la presente investigación, la planificación familiar será el conjunto de estrategias basadas en los derechos humanos de los individuos, para promover decisiones libres, conscientes y sustentadas en valores sociales respecto al número de hijos que cada individuo desee tener. Sin embargo, para poder llevar a cabo una planificación familiar que promueva decisiones libres, conscientes y con valores sociales; será necesario tomar en cuenta la educación sexual, los métodos anticonceptivos y el buen enfoque que a ambos se les pueda dar para un grupo social determinado.

De acuerdo con Linares, en México ha existido un abandono de las políticas públicas enfocadas a la planificación familiar. Una señal de esto lo encuentra en que eslogans de años atrás como el de "la familia pequeña vive mejor" que antes se transmitían frecuentemente, en la actualidad ya no se elaboran y transmiten; ya no se hace referencia pública a la importancia de la planificación familiar en la población. La justificación de este abandono tiene 2 teorías y son: la negligencia al momento de implementar las políticas públicas de planificación familiar o la concepción conservadora que determinó el abandono de estas políticas y lamentablemente esto tiene un impacto directamente en el desarrollo del país (Linares, 2015).

Linares también afirma que el abandono de las políticas de planificación familiar, truncan el desarrollo de las mujeres y niñas más vulnerables ya que son ellas quienes no pueden acceder a educación sexual de calidad, métodos anticonceptivos y servicios de SSyR, por lo que están en riesgo de tener un embarazo no deseado o enfermedades de transmisión sexual. Además de truncar el desarrollo de las niñas, las condena a vivir bajo un círculo de pobreza donde estarán condenadas a tener un bebé o una enfermedad en malas condiciones, a vivir bajo el patriarcado familiar y probablemente bajo un ambiente de desigualdad de género (ibid, 2015)

Sin embargo, la promoción de la planificación familiar puede ser difícil debido a que puede atentar contra creencias de algunos grupos sociales o religiosos, además de que hablar de la sexualidad y el derecho a vivirla placentemente puede ser un tema tabú hoy en día. Para Juárez y Gayet: *“la censura social sobre la sexualidad funciona como una barrera para la transmisión abierta de información al respecto. La falta de cotidianidad para hablar de estos temas impide a los jóvenes identificar los lugares apropiados donde obtener información y los incapacita para buscar alternativas”* (Juárez y Gayet, 2005: 216).

Además de considerar que el acceso a servicios de planificación familiar puede ser difícil en nuestro contexto social nacional y/o estatal, también será importante considerar el cambio de paradigma en cuanto a su adopción en la vida de un o una adolescente; por ejemplo, considerar si la determinación de usar un método la toman como pareja o individualmente, es decir, considerar para quien, el hombre o la mujer, es más importantes cuidarse y si realmente lo llevan a la práctica. Este aspecto será importante para esta investigación debido a que los adolescentes dependiendo de la importancia que le tomen a la planificación familiar en su vida tendrán o no embarazos no deseados o podrán decidir el número y esparcimiento de sus hijos.

Es por todo lo anterior que para esta investigación, la planificación familiar es un componente crucial dentro del problema que se está buscando analizar.

4. Adolescentes y su desarrollo humano.

De acuerdo con la OMS, la adolescencia es la etapa del ser humano comprendida entre los 11 y 19 años. Esta etapa de la vida comprende intensos cambios físicos, psicológicos y sociales, que convierten al niño en adulto y su cuerpo sufre modificaciones que lo prepararán para la acción reproductora. (Rivero y Ceñal, 2005). A diferencia, el artículo 2 de la Ley

para la Protección de los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (Diario Oficial de la Federación, 2014: 5), define que son niñas y niños las personas de hasta 12 años incompletos y adolescentes los que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos.

A estas dos definiciones, no muy diferentes, sobre qué edades comprende ser un adolescente, se agrega otra en el Programa Nacional de Población donde se entiende al adolescente como aquella persona de entre 15 y 19 años de edad, enfatizando que el Consejo Nacional de Población es quien se encarga de elaborar este Programa y de establecer los distintos objetivos sobre los cuales girarán la mayoría de las políticas públicas enfocadas a grupos específicos de la población.

Para Soberon (1988) la adolescencia es un periodo de transición a la edad adulta. También lo define como un fenómeno sumamente complejo, matizado por factores biológicos y psicológicos que son propios de la edad del individuo; factores sociales y culturales ya que es en el contexto comunitario donde cada individuo habrá de encontrarse a sí mismo. Es por eso que el adolescente busca una definición de sí mismo y del mundo que lo rodea, definición que se da poco a poco en el proceso de transición a la fase adulta.

Sandoval plantea que la adolescencia es una etapa de cambios fisiológicos, que se traducen en una preparación del organismo humano para el desarrollo de sus potencialidades totales. Entre ellas, son esenciales las que tienen que ver con la capacidad reproductiva, por sus repercusiones no sólo en el campo demográfico, sino por las situaciones de conflicto ético y social que pueden implicar, sobre todo en una sociedad en la que el embarazo y la propia reproducción humana son objeto de valoraciones específicas (Sandoval, 1990).

Fuertes A. et al. (1995) reconocen que la tarea más importante de la adolescencia es la búsqueda de una identidad personal, es decir aquello que como adolescente me va a diferenciar de los demás. Mientras sucede esta búsqueda hay una serie de cambios físicos y psicológicos que los autores resaltan como más importantes:

- En las niñas: el desarrollo de las mamas, inicio del crecimiento axilar y púbico; los ovarios, las trompas de Falopio y el útero aumentan de tamaño, el endometrio se prepara para que pueda anidar un óvulo y aparece la primera menstruación.
- En los niños existe un crecimiento de los testículos y de las bolas escrotales, aparece el vello púbico, el crecimiento del vello axilar y en todo el cuerpo, e inicia el crecimiento longitudinal del pene.

De manera general los adolescentes sentirán impulsos sexuales que se caracterizan por excitaciones sexuales manifestadas en erecciones

(caso de los niños) y lubricación (caso de las niñas) de manera espontánea. Comenzarán a ser estímulos importantes los atributos físicos de otras personas y sentirán cierto deseo por satisfacerlos. Los autores también señalan que al momento de sentir estos estímulos y en su caso satisfacerlos, cada adolescente enfrentará el proceso de manera distinta, por ejemplo: algunos intentarán negar la existencia de estos estímulos, otro se sentirán culpables, algunos los aceptarán como algo natural o buscarán activamente satisfacerlos; sin embargo la historia previa del adolescente con respecto a la vivencia de su sexualidad será muy importante para condicionar su respuesta ante estos nuevos cambios. Por ejemplo si un adolescente no conoce o no recibió educación alguna sobre los cambios que su cuerpo iba a presentar al momento de cumplir 12 años, seguramente comenzará a vivir su sexualidad irresponsablemente o con miedo a experimentarla.

En la presente investigación será considerado un adolescente como aquella persona que tenga entre 11 años cumplidos y 19 años cumplidos, esto basado completamente en la definición de la OMS, añadiendo que un adolescente es también un individuo que no es considerado todavía un adulto pero que tampoco es un niño, tomando en cuenta que es una persona que está en proceso de aprender a tomar decisiones, tiene derecho a tener una vida digna y plena en donde pueda participar activamente en el entorno que él desee, además de que tiene derecho a ser escuchado y que su opinión sea tomada en cuenta.

De igual manera será importante además de saber qué es lo que se define como un adolescente, también se tomará en cuenta su entorno social ya que éste es el que le ayudará a definir sus creencias, sus valores y la manera de vivir sus experiencias con él mismo y los demás. Específicamente el entorno en el que vive un adolescente se encuentra su familia que será considerada como aquella con la que viva y donde existan en común costumbres, valores y principios que lo hayan formado desde pequeño; también sus amigos, es decir, aquellas personas normalmente de su edad con la que comparta experiencias como juegos, clases, etc. además de que tendrán ciertas características afines como su manera de vestir, de hablar, de expresar sus sentimientos, de pensar y de reaccionar; el tercer componente del entorno es la escuela, aquella institución donde se forma académicamente y cursa un grado escolar; un cuarto componente y muy importante es su pareja (si es que tiene) pues será con la que comparta sus sentimientos, vivencias más íntimas como su primer beso, o su primer relación sexual, y con quien viva su sexualidad. Así, con cada uno de estos “componentes” tendrá experiencias únicas que le formarán para tomar sus decisiones y actuar día a día.

Los componentes del entorno social del adolescente que hemos señalado, en el caso del problema que se busca analizar que es el embarazo adolescente, tienen una relación directa en muchos aspectos, desde la formación hasta la toma de decisiones: tener al bebé, abortarlo, darlo en adopción, etc. En ese contexto, para esta investigación tendrá especial importancia el cómo el adolescente toma ciertas decisiones y que impacto tienen en su vida.

Como ya se dijo previamente, el adolescente es una persona que sufre cambios físicos, psicológicos, etc. y uno de los más importantes, tiene que ver con su sexualidad.

La sexualidad es la expresión integral del ser humano en función de su sexo vinculado a los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Sexualidad y reproducción se encuentran unidos a las condiciones culturales que determinan los roles que han de jugar los hombres y mujeres. En otras palabras, la sexualidad es la manera en cómo piensan, sienten y actúan hombres y mujeres en función de los patrones culturales de la sociedad a la cual pertenecen (SSA, 2002).

También la sexualidad es entendida como la forma en la que cada ser humano se manifiesta como hombre o como mujer, de acuerdo a los valores propios de su cultura y su época (CONAFE, 1990).

Soberon (1988) define a la sexualidad como las características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o mujeres. Es una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo; es un elemento básico de la femineidad o masculinidad, de la autoimagen, de la autoconciencia, del desarrollo personal. Estimula las necesidades de establecer relaciones interpersonales significativas con otros. Además, la sexualidad es evolutiva pues desde el nacimiento va moldeando al sujeto a partir de sus transformaciones, trasciende el centro de la persona, se difunde y proyecta hacia todas las zonas de la existencia humana e interviene poderosamente en el desarrollo del individuo.

Para esta investigación la sexualidad será aquella vivencia, proceso y camino en el que un adolescente irá descubriendo cómo funciona su cuerpo, que gustos tiene respecto al sexo opuesto o al mismo sexo, de qué manera le gusta comportarse en relación a su cuerpo y en especial el disfrute o no, de los cambios de emociones constante. La sexualidad es el anhelo a encontrarse a sí mismo y a los demás, la compañía, los amigos y en ocasiones los papás que tendrán influencia en este proceso pueden volverlo más sencillo o más complicado pero marcan la vida del adolescente para siempre.

Un adolescente normalmente está cursando la secundaria o la preparatoria, y estas etapas de su educación suelen ser las más importantes, las más divertidas, donde aprenden a manejar su carácter, sus emociones y los cambios que sufre su cuerpo. Un adolescente también tiene que aprender a tomar decisiones, por ejemplo dónde quiere cursar la secundaria, la preparatoria y la universidad; sus cambios de humor es lo que más puede afectar este tipo de decisiones sin contar que al mismo tiempo está en busca de su “amor verdadero” y aprendiendo a relacionarse con el sexo opuesto.

En relación a la faceta de vivencia en el adolescente, se encuentra el tema de embarazos adolescentes, el cual viene siendo una problemática que abarca situaciones desde el comportamiento individual y familiar, la educación, aspectos económicos, políticas, de salud, entre otras. El embarazo es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno (SSA, 2000) y en este caso, un embarazo adolescente no sólo es el componente biológico sino ante todo una problemática familiar, individual, social y de educación muy grave que tiene repercusiones en la economía y en la política de cualquier país, especialmente en México.

Capítulo II. Planes, Programas y estrategias en México para la atención de aspectos de salud sexual y reproductiva.

Habiendo planteado aspectos conceptuales que permitirán realizar el análisis de la problemática, presentamos a continuación una recapitulación de las políticas públicas en México en materia de salud sexual y reproductiva prestando particular atención al embarazo adolescente. Esta contextualización es a su vez histórica pues da cuenta de cómo ha ido surgiendo el tema en México y cómo se ha ido posicionando en la agenda pública.

Se presentan las principales acciones implementadas por el Estado en atención a los diferentes temas como Planificación Familiar, Educación Sexual, Atención al recién nacido, etc. y que tienen una estrecha relación con el tema del embarazo adolescente o que incluso dentro de sus objetivos, estrategias y líneas de acción se plantea su prevención y atención.

Igualmente se hace mención de algunos cambios históricos en la política nacional como la inclusión de los derechos sexuales y reproductivos a las distintas estrategias.

- **Derechos sexuales y reproductivos.**

A través del tiempo, el hombre, en comunidad, ha hecho una serie de acuerdos en relación con sus derechos y obligaciones estableciendo con ello un Estado. Algunas de las normas importantes para la convivencia social armónica son las que tiene que ver con los derechos humanos y la inclusión de las minorías; en este contexto es importante mencionar la creación de la “Declaración de derechos sexuales” por parte de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS, por sus siglas en inglés), en 1999.

Esta declaración nace por la necesidad de reconocer que la sexualidad además de ser una fuente de placer y bienestar contribuye a la realización personal y satisfacción en general. Estos derechos se basan en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos; igualmente reconoce que las orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género requieren protección además de la que ya otorgan los derechos humanos básicos.

En la declaración se afirma que estos derechos deben proteger a todas las personas para que estas puedan ejercer y expresar libremente su sexualidad teniendo en cuenta los derechos de los demás (WAS, 2014).

Estos derechos tienen relevancia para analizar el problema del embarazo adolescente pues a nivel mundial se reconoce que son válidos para cualquier persona independientemente de su edad, género, preferencia sexual, religión, etc. Sin embargo todavía en nuestro país no quieren ser reconocidos para los adolescentes pues al parecer el hecho de que personas menores de 19 años tengan “derecho” a gozar de su sexualidad y disfrutar de ella, es incorrecto para un cierto sector que toma decisiones y sus argumentos recaen en el cuestionamiento de la madurez física o psicológica que los adolescentes puedan tener a pesar de que esto en realidad, no se puede medir de ninguna manera.

Los principales detractores de estos derechos son grupos religiosos, asociaciones de padres de familia y grupos conservadores. Un claro ejemplo de como en nuestro país los derechos sexuales y reproductivos todavía no son reconocidos plenamente y para la población adolescente es se dio en noviembre de 2014 con la presentación de la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes en donde se cambió el término “derechos sexuales y reproductivos” por el de “salud sexual y reproductiva”; este pequeño cambio nos permite observar que sigue ocasionando grandes conflictos en algunos sectores de la población los derechos sexuales y reproductivos por distintas razones. Es lamentable que con los grandes avances en derechos humanos sea imposible tenerlo también con los adolescentes, niñas y niños (Vela, 2014).

A nivel nacional apenas en el 2013 se reconocieron los derechos sexuales como tal en la página oficial del Gobierno de la República, pero sólo se reconocieron 10 de los 16 derechos que están establecidos en la declaración internacional. México sólo los denominó como “derechos sexuales” quitándole el complemento de “reproductivos” pero reconocemos que al estar basados en la declaración de la WAS se pueden tomar como ambos. Luego entonces los derechos sexuales y reproductivos reconocidos en México son: Libertad sexual; Privacidad sexual; Equidad sexual; Placer sexual; Expresión sexual emocional; Libre asociación sexual; Toma de decisiones reproductivas, libres y responsables; Información basada en el conocimiento científico; Educación sexual integral; y Atención a la salud sexual (Presidencia de la República, 2013).

Como es posible observar, los derechos realmente no incitan de ninguna manera a que los adolescentes tengan relaciones sexuales, al contrario pues promueven e informan a los adolescentes sobre cuales son sus responsabilidades y sus posibilidades al vivir su sexualidad.

Para esta investigación la inclusión en las políticas públicas de los derechos sexuales y reproductivos es fundamental para la generación del cambio en la prevención y atención del embarazo adolescente en México.

- **Programas Nacionales de Población.**

México, en 1974 reformó la Ley General de Población, estableciendo una política de población a nivel nacional con bases jurídicas y con el objetivo de establecer meramente un control poblacional. Así, desde los años '70s nuestra nación tiene una política pública sobre planificación familiar que se extiende a las zonas urbanas y rurales (CONAPO, 2014).

Esta política pública sobre control poblacional se encuentra a cargo del Consejo Nacional de Población (CONAPO), el cual es creado al momento de la reforma de la Ley General de Población, otorgándole la capacidad de establecer las estrategias que el país llevaría a cabo para poder cumplir con lo establecido en esa ley.

En 1995 nace el primer Programa Nacional de Población emitido por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el que se establecían las políticas públicas respecto a cuestiones demográficas y planificación familiar, la más importante es la política de población del país. El Programa nace como respuesta a las problemáticas relacionadas con la explosión demográfica que el país había tenido desde los años '70s y que había sido motivo de preocupación.

En el Programa Nacional de Población (PNP) de 1995 primeramente se plantea una breve introducción de cómo había ido cambiando la perspectiva de control demográfico y su relación directa con la planificación familiar. El PNP no señala un objetivo general sino que retoma el que menciona la Ley General de población: *regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social* (CONAPO, 1995: 94).

Para el PNP su principal propósito es coordinar las acciones interinstitucionales que ayuden a cumplir con el objetivo; se rige por el respeto a los derechos humanos y busca atender las necesidades de la población tomando en cuenta las particularidades de cada grupo social. Es por eso que establece una serie de objetivos específicos muy parecidos que al final lo que buscan es reducir el número de nacimientos y mejorar la distribución de los mexicanos alrededor del país.

El PNP deja claro que *“la población es simultáneamente objeto y sujeto fundamental del desarrollo”* (Ibid:106). Por lo tanto plantea 11 líneas estratégicas que se traducirán en subprogramas del PNP. De los que destacamos:

- Educación y comunicación en población. En esta línea estratégica, la educación será la herramienta principal para poder cambiar los comportamientos de las personas y promover actitudes de compromiso y participación en la solución de los problemas que los atañen. Además de que hace una breve mención de la educación sexual y contenidos acerca de la reproducción humana en la currícula de la secundaria.
- Planificación familiar y salud reproductiva. Para esta línea menciona una serie de ventajas que trae el promover la planificación familiar (*actitud responsable frente a la reproducción, mejorar salud materna e infantil, prevenir embarazos no deseados, etc*) por lo tanto propone apoyar la preferencia por un tamaño reducido de la familia, servicios de salud sexual y reproductiva, prevención de abortos, de ETS, y de embarazos no deseados, y en su mayoría, a cargo de Sector Salud (Ibid: 118).
- Fortalecer a la familia. Sitúa a ésta como la institución básica de nuestra sociedad, y como estrategias propone incorporar el enfoque de familia en el diseño y operación de las actividades en materia de población.

Como se puede observar, esta última estrategia sólo habla de la familia (pareja) y no de los hombres y mujeres por separado; y aunque en el contexto general de las estrategias se presenta cierta perspectiva de género y de inclusión de la mujer, la planificación familiar es básicamente una decisión de la pareja. Para esta investigación esto tiene cierta connotación religiosa y excluyente recordando que en 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, México se comprometió a velar por el cumplimiento de los derechos sexuales de las personas, no solo de las parejas, y promover una planificación familiar incluyente, responsable y libre.

A pesar de que en 1994 como país nos habíamos comprometido con los derechos sexuales de las personas, el PNP 1995 no los menciona en ningún momento además de que sigue siendo una mera estrategia para reducir el número de habitantes a futuro.

En 2001 el CONAPO plantea en un nuevo PNP donde nuevamente no hay un reconocimiento del problema del embarazo en adolescentes pues en sus nuevos retos, no se señala nada sobre este tema.

Este PNP enuncia distintos objetivos generales para la política de población, dentro de los cuales queremos destacar por su relación con nuestra temática, el siguiente:

- *Favorecer el ejercicio libre, informado y responsable de los derechos de las personas en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción (CONAPO, 2001: 208).*

En este Programa a diferencia del pasado se reconoce los derechos de las personas (aunque también se sigue considerando a las familias en su conjunto) y define exactamente como debe ser el ejercicio de éstos (libre, informado y responsable), lo que da paso a que futuras políticas, programas, intervenciones, etc., consideren dentro de sus objetivos y su diseño el marco de derechos humanos.

En este PNP se mencionan varios ejes sobre los cuales se trabajará, lo que para nosotros es importante debido a que la mayoría de los que se señalan entran dentro del marco de desarrollo humano: niveles de bienestar, equidad e igualdad, capacidad e iniciativa, cohesión social, desarrollo en armonía con la naturaleza, y confianza en la capacidad del gobierno y en las instituciones. Además de tomar en cuenta estos ejes también menciona el “desarrollo humano” como tal y lo define como: *“expandir las capacidades de las personas para que ellas puedan ejercer a plenitud sus libertades y derechos, incluidos los relativos a la libre elección en materia reproductiva o a la libertad de tránsito y asentamiento, entre otros”* (Ibid: 33). En el documento menciona varias veces el concepto dando a notar que efectivamente sus diseñadores se preocuparon por darle este enfoque a la política de población.

Aunque el plan no menciona específicamente objetivos relacionados con la planificación familiar en adolescentes, sí señala en una de sus estrategias que se plantea invertir en el desarrollo humano de las y los jóvenes para fomentar en ellos actitudes y prácticas de prevención y planeación. En el PNP 2001 se propone que la educación juega un papel central y decisivo para ampliar el desarrollo humano de las personas y se compromete en la política de población, a poner al alcance de todos los hombres y mujeres (por separado) del país, la información y los servicios relevantes para que las personas puedan ejercer sus libertades y derechos en el ámbito de planificación familiar y su sexualidad.

En el PNP del 2008 nuevamente se enuncian una serie de principios, el más importante y relevante para esta investigación es que la política de población debe tener como principio el sustento en los derechos humanos de relevancia demográfica, es decir, los derechos que involucran decisiones sobre el número de hijos, cambio de residencia y planificación familiar en general. Consideramos que debieron ser reconocidos también los derechos sexuales y reproductivos.

En ese PNP se plantean 6 desafíos siendo, para nosotros el más relevante, el que plantea reducir la incidencia de los factores demográficos

que refuerzan la pobreza y acentúan la desigualdad en los ámbitos económico y social. El embarazo adolescente acentúa la desigualdad económica y social por lo que era de esperarse que dentro de este desafío se tomara en cuenta este problema. Justamente al considerarlo, este PNP 2008 es el primero en reconocer que un grupo que reclama atención especial por parte de las políticas públicas y en especial de la política de población, es el de los adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años y de 20 a 24 años respectivamente. Este reconocimiento lleva a plantear en una de sus líneas de acción el contribuir a la disminución del embarazo no planeado en adolescentes y a la prevención de ETS y VHI/Sida.

Finalmente dentro de sus objetivos particulares y sus estrategias menciona los derechos sexuales y reproductivos como lo más importante a cuidar y respetar, por lo tanto esta propuesta de PNP es incluyente y tiene una clara línea de base en los derechos humanos.

En el último PNP publicado apenas en el año 2014, desde el principio se plantea que la política de población debe estar articulada con las acciones públicas en los campos de desarrollo socio-económico, combate a la pobreza y a la desigualdad, con la inversión en el desarrollo humano de las personas y la protección al medio ambiente.

En el caso de este PNP el desarrollo humano lo define como una expansión continua de las libertades fundamentales en las esferas económica, social y cultural; y afirma que la política de población contribuye al desarrollo humano de manera significativa.

Como principal objetivo se establece ampliar las capacidades y oportunidades a la salud y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos para mujeres y hombres; y vuelve a mencionar como una de sus estrategias el ampliar las capacidades y oportunidades de adolescentes y jóvenes para ejercer sus derechos en salud, sexuales y reproductivos.

En relación al tema de los derechos sexuales de adolescentes y jóvenes, por primera vez en un PNP se reconoce que el embarazo adolescente es motivo de preocupación y no sólo por los riesgos de fecundidad que tiene una adolescente embarazada, sino porque limita el desarrollo personal de hombres y mujeres adolescentes.

Para este PNP 2014, la política de población tiene 5 líneas de acción muy específicas relacionadas con el reconocimiento del embarazo adolescente como una cuestión alarmante:

- *Atender de manera efectiva y oportuna la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos para prevenir embarazos entre la población adolescente y joven.*

- *Instrumentar mecanismos de atención de las necesidades de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en zonas rurales.*
- *Contribuir a eliminar barreras socio-culturales e institucionales que dificultan el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud reproductiva e interrupción del embarazo en las causales permitidas por la ley.*
- *Reforzar la atención de las necesidades específicas de poblaciones indígenas y rurales.*
- *Apoyar acciones de prevención de embarazos adolescentes mediante la difusión de información sobre conductas y riesgos en esta población (CONAPO, 2014: 64).*

Y para garantizar el éxito de la política de población y de estas líneas de acción se plantean los siguientes indicadores, los cuales estarán medidos por el Estado:

- ✓ *Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil unidas.*
- ✓ *Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en adolescentes unidas (Ibid: 73).*

Aunque consideramos que este último Programa Nacional de Población es el más completo e incluyente de todos los que se han publicado hasta el momento; sin embargo, no alcanza todavía a tomar en cuenta las necesidades reales de la población (así por ejemplo, no plantea un trabajo interinstitucional, y el acceso a la interrupción legal del embarazo sólo está aprobado en el Distrito Federal cuando debiera de ser una norma federal) y los indicadores que tomará en cuenta para medir el éxito de la política son insuficientes porque sólo considera a mujeres en edad fértil y adolescentes unidas. Consideramos que sería necesario agregar indicadores como el número de adolescentes que realmente acceden a servicios de salud sexual y reproductiva, y el porcentaje de escuelas que dan educación sexual integral, entre otros, que tomen en cuenta el verdadero entorno bajo el cual viven las adolescentes y poder medirlo. Además, para posibilitar que la política propuesta sea más exitosa, creemos pertinente considerar no sólo aspectos de métodos anticonceptivos sino también, de la atención de otras necesidades sociales y culturales de adolescentes y jóvenes que el propio plan reconoce, y sobre todo instrumentar y potencializar la educación sexual en esas edades.

- **Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018.**

El Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes es publicado cada sexenio siendo parte del Programa Sectorial de Salud e implementado por la Secretaría de Salud con el objetivo de innovar, alcanzar y lograr viejas y nuevas metas que se ajusten a los cambios que existen dentro de la sociedad en general.

El PAE 2013-2018 tiene 3 objetivos específicos que menciona en distintas ocasiones:

1) *Favorecer el acceso universal a información, educación y orientación en salud sexual y reproductiva para adolescentes.*

2) *Reducir embarazo no planeados e infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población.*

3) *Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente* (Secretaría de Salud, 2014: 11).

Esto mediante la ayuda de los tres órdenes de gobierno y la dirección de la Secretaría de Salud. El documento donde se presenta el PAE está dividido en una serie de apartados donde se justifica su implementación, sus objetivos, líneas de acción, los indicadores y mecanismos de transparencia que al final del sexenio se tomarán como claves para su evaluación.

Este documento especialmente pone énfasis en los cambios que debe de existir en cuanto a la atención de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes pues señala que debe ser incluyente en todos los aspectos (mujer-hombre, preferencia sexual, derechos humanos y necesidades de grupos en desventaja social), además de que deben tener acceso a una información completa, una educación integral sexual y servicios de salud sexual y reproductiva.

El PAE señala una serie de avances que se tuvieron con la implementación por primera vez del PAE 2001-2007 entre ellos, está el aumento del número de servicios amigables para la atención de la salud sexual y reproductiva, el diseño del Modelo de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes (donde menciona a Querétaro como fase piloto), y la implementación de la página electrónica www.yquesexo.com.mx donde se provee *información sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, prevención del embarazo, violencia y abuso sexual, entre otros temas relacionados* (Secretaría de Salud, 2014: 43).

El PAE enuncia una serie de retos a cumplir durante el sexenio: generar estrategias integrales para la reducción del embarazo adolescente, difundir el marco legal que respalda la atención a la salud sexual y reproductiva del adolescente y poder contrarrestar prejuicios, desarrollar alianzas interinstitucionales que permitan ampliar cobertura de programas, incentivar la participación activa de los adolescentes dentro del diseño e implementación de las estrategias y eliminar los factores que impiden a los adolescentes ejercer plenamente su sexualidad y salud reproductiva (Secretaría de Salud, 2014). Igualmente menciona que el PAE ayudará a cumplir los Objetivos del Milenio a los que México se comprometió en el 2000, especialmente menciona la "Meta 5B: Lograr para el año 2015 el acceso universal a la salud reproductiva". Por lo tanto para cumplir estos retos y ayudar a los Objetivos del Milenio establece los tres objetivos principales mencionados al comienzo, a cumplir con la justificación de un marco jurídico y estadístico.

A cada uno de esos objetivos se les asignó una serie de estrategias y a éstas, algunas líneas de acción específicas con la finalidad de no olvidar ningún elemento que pudiera contemplar el objetivo. Por nuestra parte consideramos importantes algunas líneas de acción debido al reconocimiento implícito de problemas que están relacionados con el embarazo adolescente, además de que el Programa lo incluye dentro de sus objetivos.

Las estrategias y líneas de acción que para esta investigación son sumamente importantes y que parecen ser innovadoras porque tienen relación directa con los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes además de que tiene un enfoque en la calidad de los servicios, se presentan en el cuadro 1.

Cuadro 1: Estrategias y Líneas de acción del Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes

Estrategia	Línea de acción
1.1 Impulsar acciones de información, educación y comunicación sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos con enfoque intercultural	1.1.2 promover al educación integral en sexualidad en coordinación con diversas instancias de la SEP
1.2 Diseñar y/o instrumentar intervenciones focalizadas para la población adolescente de áreas rurales e indígenas	1.2.2 Promover la formación de redes comunitarias de promotores juveniles en materia de salud sexual y reproductiva

2.1 Impulsar el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes	2.1.4 Desarrollar estrategias comunitarias para ampliar la cobertura del programa.
2.2 Mejorar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes	2.2.3 Impulsar la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en instituciones públicas
	2.2.5 Promover la atención del embarazo en adolescentes como embarazo de alto riesgo, particularmente en menores de 15 años
2.3 Instrumentar sistemas de evaluación, seguimiento, rendición de cuentas en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes	2.3.4 Establecer mecanismos de supervisión y asesoría continua a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes
3.1 Fomentar una cultura de respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente	3.1.2 capacitar al personal de salud en aspectos técnicos basados en evidencia científica y en las mejores prácticas
	3.1.5 Colaborar en acciones interinstitucionales para propiciar el desarrollo económico y social de la población adolescente
3.2 Participar en acciones intersectoriales para erradicar la violencia sexual en contra de adolescentes.	3.2.4 Incentivar la búsqueda intencionada de casos de violencia sexual en toda adolescente embarazada, principalmente en menores de 15 años de edad.

* Elaboración propia con información del PAE 2013-2018.

Al final del documento el PAE enuncia 7 indicadores con los que al final del sexenio evaluará si efectivamente hubo un avance. En general el PAE es sencillo de entender y bastante accesible en cuanto al contenido².

- **Otros antecedentes**

En la Secretaría de Salud existió un programa en 1994 llamado “*En buen plan...planifiquen*” dirigido a la atención de la SSyR de los adolescentes y

² Para nosotros fue complicado poder acceder a este documento pues no fue publicado a tiempo ni estaba disponible en la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro.

operó con módulos móviles para promover la planificación familiar en este grupo de edad y resolver problemas relacionados con ella, sin embargo en 1998 una evaluación por parte la Dirección General de Salud Reproductiva demostró que los adolescentes atendidos sí demostraban más conocimiento pero al momento de tomar decisiones tenían las mismas actitudes y prácticas, lo que hacía evidente que algo no estaba desarrollándose adecuadamente en el programa (Gobierno de la República, 2015).

En 2007 el Centro Nacional para la Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), órgano dependiente de la Secretaría de Salud, creó el primer Programa de Acción Específica para la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes 2007-2012 sin embargo nunca tuvo asignado un presupuesto específico por lo que sus acciones fueron poco articuladas y escasamente implementadas. En este sexenio ya se publicó el nuevo Programa por lo que es viable suponer que si el Estado mexicano no asignó presupuesto el sexenio pasado, lo más probable es que en éste, tampoco haya sido así.

- **Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.**

En septiembre de 2014, fue presentada por el presidente Enrique Peña Nieto la “Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes” (ENAPEA) (Gobierno de la República, 2014) esto, atendiendo obviamente a un grave problema social que se había olvidado o por lo menos se había hecho de lado, con las repercusiones que ello conlleva. El objetivo principal que se señaló fue el de conseguir que para el 2030 se logre erradicar los embarazos en niñas de entre 10 y 14 años, y reducir los embarazos en niñas de 15 a 19 años.

Como antecedentes para la Estrategia, se reconocen una serie de estadísticas relacionadas con el tema; por ejemplo entre el 2008 y 2011 se registraron 8,263,020 nacimientos, de éstos, 57,841 (0.7%) pertenecen a adolescentes muy jóvenes, en el grupo de edad de 10-14 años; y 1,561,710 (18.9%) fueron en adolescentes entre 15 y 19 años (Gobierno de la República, 2014).

También reconoce que la tasa de fecundidad en los adolescentes de 15 y 19 años es mayor en las que se dedican a actividades del hogar, es decir, es mejor que las adolescentes asistan a la escuela. En 2013, los certificados de nacimiento muestran que el 88% de las madres adolescentes reportaron dedicarse a actividades del hogar, 7.7% a estudiar y 3.9% a trabajar fuera del hogar. Además el 60% de las 486,000 mujeres adolescentes unidas con hijos, el nacimiento de su hijo y unión ocurrieron

el mismo año lo que demuestra que la mayoría de los embarazos adolescentes no son planeados y que debido al embarazo se vincularon con su pareja. Igualmente del total de mujeres menores de 20 años que dieron a luz ese año, 62.3% declararon vivir en unión libre y 18.6% estaban casadas. La Estrategia plantea que no necesariamente las uniones y los matrimonios sucedieron antes del embarazo por lo que probablemente el embarazo trajo como consecuencia vivir en unión libre o contraer matrimonio.

Otros datos relevantes que plantea la Estrategia, emanan de la última Encuesta Nacional de Juventud 2010. En ella se señala que los motivos por los cuales los adolescentes declararon no haber utilizado un método anticonceptivo en su primera relación sexual, es porque no esperaban tener relaciones sexuales (49% de los encuestados); seguido de un 11.2% que indica que fue porque su pareja no había querido; en el 9.3% el entrevistado no había querido; 5.9% por la vergüenza de conseguirlos; y 3.7% porque no se sentía igual. La Estrategia plantea como causas de estos resultados, tanto la falta de planeación por parte de los adolescentes al vivir su vida sexual, como la poca disponibilidad de métodos anticonceptivos.

En un apartado se menciona que todavía en el Sistema de Salud existe cierta recriminación hacia los adolescentes por el uso de métodos anticonceptivos, especialmente si no es el condón; se les llega a estigmatizar por *“la corta edad con la que cuentan”*, y *“las posibles consecuencias en su cuerpo”* (ibid: 49) cuando está reglamentado por la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar, que los adolescentes deben de tener acceso a cualquier método anticonceptivo sin distinción ni discriminación alguna.

La ENAPEA reconoce que las políticas anteriores que atendían el problema (principalmente los Programas Nacionales de Población del CONAPO y los programas fruto de estas políticas públicas enfocadas a la planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes) habían sido descuidadas e incorrectamente monitoreadas desde el año 2000. Así, por ejemplo en 2010, fueron lanzadas diversas campañas en medios de gran difusión como la televisión, donde su población objetivo eran los adolescentes e incluso fueron traducidas en 12 lenguas indígenas, sin embargo no duraron más de quince días.

La ENAPEA plantea que las beneficiarias de antes OPORTUNIDADES y hoy PROSPERA, son menos proclives a tener embarazos no planeados, a emplear métodos anticonceptivos y tener ETS.

En la Estrategia también se menciona al Instituto Mexicano de la Juventud quien a partir de marzo del 2013 se convirtió en un organismo

sectorizado de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y a partir de ese momento se convirtió en el encargado de coordinar y desarrollar cursos, programas e información sobre educación sexual, y derechos sexuales y reproductivos. Se reconoce que lamentablemente no tuvo liderazgo en el tema además de que no fue capaz de reunir a los titulares de dependencias que eran necesarias para establecer dichos cursos y programas. Igualmente se menciona muy generalmente al Programa Nacional de Juventud (PROJUVENTUD 2014-2018) en donde se buscó incluir la situación del embarazo adolescente y algunas problemáticas específicas de este sector poblacional.

La ENAPEA también destaca la importancia que han tenido las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC's) en la atención de temas como educación sexual, derechos reproductivos y sexuales, embarazo adolescente, etc., y su incidencia en el diseño de las políticas públicas pues han propiciado la inclusión de estos temas y exigido el cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado.

Respecto a las experiencias que a nivel nacional se han tenido en los últimos años las conclusiones a las que llega la Estrategia son:

1. La experiencia de los programas enfocados a los adolescentes ha sido valiosa para el Estado, lamentablemente ha sido insuficiente pues los resultados han sido limitados debido a la falta de presupuesto, cobertura, continuidad, etc. Es decir, es necesario realizar una propuesta incluyente, con presupuesto asignado, con indicadores reales para medir su intervención y donde se incluya en su diseño a las Organizaciones Sociales y específicamente a los adolescentes.
2. Las instituciones deben verificar que no existan barreras jurídicas e institucionales para poder acceder a servicios como de salud sexual y reproductiva, planificación familiar, etc.
3. Una carencia importante ha sido la falta de inclusión de los adolescentes que no asisten a la escuela, indígenas, que trabajan, que no trabajan o que están unidos o casados.
4. Las campañas de comunicación han sido exitosas pero no tienen continuidad además de que pocas han estado dirigidas a los adolescentes y a otros sectores.
5. Los servicios amigables desarrollados por las diferentes instituciones de salud no han compartido criterios e indicadores para poder medir su nivel de éxito e impacto, además de que no se han apegado a la evidencia internacional respecto al tema.

Igualmente no se han incluido a las farmacias que es el lugar donde la mayoría de los adolescentes asisten por métodos anticonceptivos.

6. El marco legal es poco conocido por los prestadores del servicio por lo que en ocasiones pueden violentar los derechos del adolescente en cuestiones como de confidencialidad o exigir la presencia de sus padres.
7. En cuanto educación sexual, existen avances tanto en la inclusión de temas y en la formación continua de los adolescentes; lamentablemente se tiene la sospecha de que los docentes no presentan temas claves para el adolescente (Gobierno de la República, 2014).

El gobierno se compromete discursivamente a garantizar a los adolescente acceso a servicios de SSyR; reconocer su toma de decisiones; proporcionar información veraz y objetiva; servicios de atención prenatal a niñas y adolescentes embarazadas, y en su caso garantizar el acceso a servicios de interrupción del embarazo; atender a niños y adolescentes víctimas de violencia sexual incluyendo el suministro de profilaxis para evitar enfermedades de transmisión sexual, la pastilla de anticoncepción de emergencia y la interrupción del embarazo y reformar las leyes en todo el país para establecer los 18 años como edad mínima para casarse; y mejorar la comunicación pública sobre el tema (Ibid: 67)

De acuerdo con la ENAPEA su marco conceptual está basado en cuatro referencias: el diagnóstico situacional y de salud, la pirámide de impacto sobre la salud, el modelo socio-ecológico de comportamiento de salud del adolescente y el modelo ecológico de factores determinantes del embarazos en adolescentes de UNFPA. Sin embargo, aunque suena interesante este marco conceptual, en el documento no especifica exactamente qué tipo de diagnóstico se realizó, ni la pirámide de la salud está disponible y únicamente se menciona de manera sucinta los modelos que tomó en cuenta.

Igualmente la Estrategia señala los ejes rectores que toma en cuenta para la implementación: intersectorialidad; ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos; perspectiva de género; curso de vida y proyecto de vida; corresponsabilidad; participación juvenil; investigación y evidencia científica; y evaluación y rendición de cuentas; los que describe y define su relación con el tema. En su conjunto ayudarán al cumplimiento de los objetivos, metas y la obtención de resultados.

Además de mencionar los ejes rectores de la Estrategia presenta los objetivos, estrategias y líneas de acción de los principales instrumentos de planeación federales y estatales que rigen a las 13 dependencias que forman parte del Grupo Interinstitucional para la Prevención del

Embarazo en Adolescentes (GIPEA)³señal de que todos están a cargo pero a la vez no y se hace un listado extenso de objetivos en razón de los programas y dependencias que participan, sin embargo a nosotros el que nos interesa es el objetivo general:

"Reducir el número de embarazos adolescentes en México con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos. Los ejes rectores de la estrategia se integran de manera transversal en las acciones y actividades dirigidas a cumplir con los siguientes cinco objetivos específicos, que tienen aplicación intersectorial" (Gobierno de la República, 2014: 81).

Como se menciona en el objetivo general se establecieron 5 objetivos específicos con sus respectivas líneas de acción que a su vez tienen acciones muy específicas a realizar por la Estrategia. De éstos, quisiéramos destacar por su importancia para esta investigación, sólo algunos aspectos:

En el primer objetivo específico *"Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México"*, destacamos 2 líneas de acción: *"Asegurar que las y los adolescentes finalicen la educación obligatoria; y "Generar oportunidades laborales para la población adolescente acordes a su edad y en el marco legal. Y para la primer línea de acción nos interesa destacar una acción primordial: "Desarrollar un protocolo para garantizar la retención escolar de las madres adolescentes y estudiantes embarazadas, en un ambiente de no discriminación sobre todo en secundaria y nivel medio superior" (ibid: 82).*

En el segundo *"Propiciar un entorno que favorezca las decisiones de los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad"*, resaltamos 7 líneas de acción: *"Implementar y sostener campañas de comunicación sobre los derechos sexuales y reproductivos; Fortalecer las acciones de prevención y atención de la violencia y abuso sexual en niñas; Asegurar prestación de servicios de SSyR para adolescentes; Fortalecer las capacidades y espacios de incidencia de los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; Financiar*

³ El documento señala que son 13 dependencias pero al final nombra 15: SEGOB, CONAPO, INMUJERES, SEDESOL, SS, SEP, IMSS, ISSSTE, CNEGRS, CENSIDA, CENSIA, IMJUVE, SNDIF, CDI, INSP. Además de ellas, se toman en cuenta el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el Programa Nacional de Población 2014-2018, el Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018, el Programa Nacional de Derechos Humanos 2014-2018 y el Programa Sectorial de Educación 2013-2018 los cuales tienen objetivos y líneas de acción que les permitirá cumplir en conjunto con la Estrategia. En la ENAPEA se señala que a nivel estatal se debe constituir un grupo similar.

proyectos que ayuden a reducir factores de riesgo del embarazo en adolescentes, Financiar proyectos de investigación para generar modelos efectivos y novedosos para la prevención del embarazo adolescente". Para estas líneas se destacan las siguientes acciones respectivamente: *"Promover con empresas y medios de comunicación la inclusión de contenidos educativos sobre SSyR; Organizar talleres formales para padres de familia que ayuden a detectar tempranamente un abuso sexual y fortalecer la atención primaria a la salud en caso de abuso sexual; difundir entre la población adolescente su derecho a recibir SSyR; Desarrollar, probar e impulsar experiencias piloto de incidencia en el ámbito comunitario; Emitir convocatorias de proyectos sociales que incorporen estrategias en comunidades de adolescentes; Emitir convocatorias dirigidas a instancias académicas con capacidad de realizar estudios en materia de prevención del embarazo adolescente"* (Ibid: 83).

El tercer objetivo específico *"Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos"* sobresalen 2 líneas de acción *"Garantizar el abasto y disponibilidad de los métodos anticonceptivos"; y "Explorar estrategias novedosas para ofrecer métodos anticonceptivos"*. En el caso de las acciones son: *"Apoyar la generación de un observatorio ciudadano para asegurar el abasto" y "Realizar estudios piloto con diseños rigurosos para crear estrategias"* (Ibid: 86).

Para el cuarto objetivo *"Incrementar la demanda y calidad de atención de los servicios SSyR"* se distinguen dos líneas de acción: *"Mejorar, ampliar y adecuar los servicios amigables de acuerdo con los criterios de la OMS"; y "Promover acciones de mercadeo social en la población adolescente de los servicios disponibles"* para cada una las acciones: *"Generar un mecanismo de capitación continua para las y los proveedores de salud"; y "Elaborar diagnósticos sobre las necesidades y preferencias de las y los adolescentes sobre los servicios"* (Ibid: 87).

El último objetivo *"Garantizar los derechos de las niñas, niños y adolescentes a recibir una educación sexual integral"* subrayamos dos líneas de acción: *"Fortalecer las capacidades de niñas, niños y adolescentes para asumir una vida plena"; y "Vincular a la escuela en el entorno comunitario y familiar en la promoción de la educación integral en la sexualidad"*. Sobresalen dos acciones respectivamente: *"Crear un grupo de trabajo interinstitucional para elaborar, revisar y proponer contenidos curriculares de educación integral en sexualidad; y "Fortalecer en el espacio escolar la comunicación intergeneracional sobre sexualidad involucrando a padres de familia y adolescentes"* (Ibid: 89).

Los objetivos específicos previamente mencionados en conjunto con cada una de sus líneas de acción ayudarán igualmente al cumplimiento de las siguientes metas:

- Disminuir a cero los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y reducir en un 50% la tasa específica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años para el año 2030, es decir, alcanzar una tasa de 32.9 nacimientos por cada 1000 mujeres en el grupo de edad referida.
- En el corto plazo, se proyecta una reducción a 63.1 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años para el 2018, considerando que las acciones emprendidas a partir de 2015 habrán de tener los resultados más significativos en un plazo más amplio (Ibid: 90).

La Estrategia también aclara que las acciones son dinámicas e irán evolucionando conforme a los resultados y deben obedecer a las cambiantes necesidades que planteen los y las adolescentes en el ejercicio libre, informado y responsable de sus derechos reproductivos y sexuales.

Un apartado importante dentro de la Estrategia es la manera en que realizarán la focalización de las acciones y para eso se concretará inicialmente en los municipios con mayor número de embarazos adolescentes, en poblaciones donde existan mayores rezagos y donde se pueda obtener alta efectividad con los recursos que ya se tengan.

Finalmente la Estrategia establece indicadores para cada línea de acción y objetivo específico con el anhelo de que esto ayude en el futuro a evaluar objetivamente los resultados. Sus indicadores son de tres tipos: proceso, resultado e impacto que permitirán tener un horizonte de corto plazo a 2018 con informes de avance anuales y que será una forma de mejorar de manera continua la operación de la Estrategia.

En general la Estrategia me parece una manera por parte de Gobierno Federal para decir que se está trabajando en la problemática, sin embargo no existe un presupuesto asignado, el "GIPEA" no está claro en su operación ni parecen tener tareas específicas, el trabajo interinstitucional que se planea es en mero discurso pues la operación no está clara.

III. Los actores ante el embarazo.

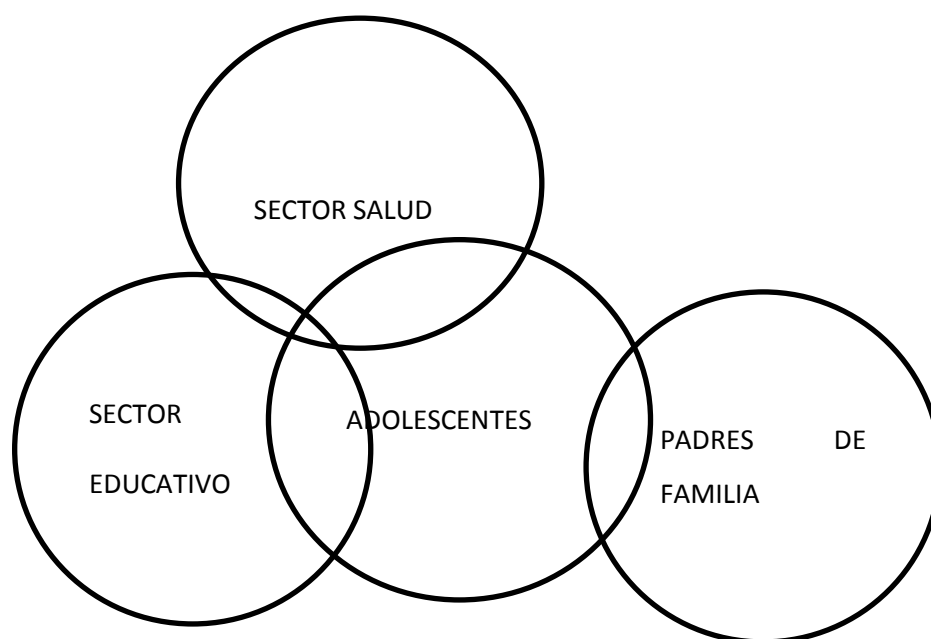
En este capítulo se presentan los datos obtenidos mediante 6 entrevistas a profundidad a mujeres adolescentes, y a tres enfermeras, es decir, la población objetivo a la que están dirigidas las políticas públicas de las que se hablaron en el capítulo anterior y las ejecutantes operativas de los programas.

La pretensión de estas entrevistas fue contrastar la realidad a partir de los propios actores, con lo que señala las políticas sociales oficiales que buscan atender la problemática. Este ejercicio me permitió conocer además el entorno general en el que las mujeres adolescentes viven un embarazo, conocer como las personas encargadas conocen y operan los programas, y con ello contrastar el que si las estrategias de atención realmente podrían resolver el problema.

1. Actores inmersos en las políticas públicas enfocadas al embarazo adolescente.

En esta investigación se tomaron en cuenta a los siguientes actores incidentes en la formulación e implementación de las políticas públicas enfocadas al embarazo adolescente:

La siguiente gráfica trata de describir el nivel de interacción que tienen los actores entre sí al momento de la implementación de las políticas públicas enfocadas al embarazo adolescente.



En el caso del sector salud, para esta investigación es central y más adelante se dará la justificación sobre esta afirmación. El sector educativo incide completamente en los adolescentes y trabajando en conjunto con el sector salud su incidencia se incrementa ya que la mayoría de la información que se da sobre planificación familiar, las becas que se otorgan y los servicios a los que pueden acceder las adolescentes que se embarazan, son a través de las escuelas.

Los padres de familia son importantes y tienen incidencia directa en los adolescentes pero, desafortunadamente, suele ser poca la relación que mantienen con los otros dos sectores, el educativo y el de salud. Los padres de familia también viven las consecuencias de que sus hijos adolescentes se embaracen pero al final la posición que ellos tomen al respecto solo tendrá alguna repercusión en sus vidas y sobre todo en su relación con sus hijos y nietos, pero no un impacto o riesgo directo como el embarazo como tal y los riesgos que conlleva.

Aunque los cuatro actores son importantes para la comprensión e implementación de políticas públicas respecto al embarazo adolescente, sin embargo para la presente investigación sólo se tomaron en cuenta dos de ellos: el sector salud y los adolescentes; ello debido sobre todo a las limitaciones de recursos y tiempo del investigador, además de considerar los siguientes aspectos:

- Sector Salud: Se eligió entrevistar únicamente a las enfermeras debido a que ellas son las que reciben a la paciente en su primera consulta prenatal después de haber confirmado con su médico que efectivamente está embarazada, posteriormente son las que acompañan a la adolescente durante los 9 meses de gestación y hasta los 4 años del bebé que es cuando le aplican las vacunas. Al final, la implementación de la política pública de planificación familiar, atención al embarazo y atención al recién nacido recae en las enfermeras y no en los doctores como normalmente se podría pensar, es decir, los doctores debido al sistema de salud tan amplio y saturado bajo el que actualmente vivimos, ha requerido que las enfermeras sean especialistas en el trato de las pacientes embarazadas. En el apartado siguiente describiremos el proceso que siguen desde el primer momento que reciben en la clínica a una adolescente con sospecha de embarazo hasta que da a luz y su hijo necesite cuidados natales. Cabe señalar que las enfermeras entrevistadas son de género femenino lo que podría ser bastante positivo para las adolescentes pues pueden entender mejor el proceso de embarazo y de la adolescencia ya que ellas ya lo vivieron si es que ya han tenido hijos.

- Adolescentes: El estudio se centra específicamente en las mujeres adolescentes debido a que ellas son las que viven completamente el embarazo, y sufren directamente los cambios físicos, psicológicos y sociales de tener un bebé. La población objetivo de las políticas, análisis de esta investigación son las madres adolescentes, es claro que también los varones forman parte importante dentro del problema sin embargo como se mencionó previamente, las que viven realmente el embarazo en todos los aspectos de su vida son las mujeres, por lo tanto solamente se realizaron entrevistas a las mamás adolescentes o que en algún momento tuvieron que pasar por esta situación.

En los siguientes apartados podrán ser más evidentes los motivos por los que se eligió únicamente a las enfermeras y a las adolescentes como actores de mayor relevancia.

2. Las adolescentes.

2.1 Las vivencias de las adolescentes sobre el embarazo y parto

Cada una de las 6 adolescentes entrevistadas⁴ acudió una vez al mes a consulta prenatal, donde revisaban el tamaño de su panza, su peso, nutrición y síntomas que había tenido durante el mes, esto tiene concordancia con el cuidado prenatal que se sugiere debe de tener toda embarazada además de que es un factor importante para el cuidado de su salud sexual y reproductiva (SSyR).

Las adolescentes 1, 4 y 6 se atendieron en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) pues contaban con el servicio; la adolescente 2 acudió al Hospital del Niño y la Mujer debido a que estaba afiliada al Seguro Popular; y las adolescentes 3 y 5 se atendieron con un médico privado; en el caso de la #3 fue con un tío médico que vigiló su embarazo y la # 5 decidió atenderse en el Hospital Vicentino en la Ciudad de México, una institución católica que ofrece servicios de consulta médica, dental, psicológica, de maternidad y hospitalización a bajos costos. Las últimas dos adolescentes declararon que en ningún momento tuvieron que asistir a un servicio público, la primera porque tenía los suficientes recursos económicos para ir a un particular y la segunda tuvo malas referencias y experiencias sobre el IMSS por lo que prefirió ir a la Ciudad de México.

⁴ Por motivos de confidencialidad se omiten los nombres de las participantes en la investigación y sólo se hará referencia ellas mediante un sistema de referencia numérica por el cual a cada una de ellas se le asignó un número. Al final del apartado se presenta un cuadro resumen con las características principales de cada una de las participantes.

A la adolescente 1 fue a la única que le ofrecieron servicio de salud bucal bajo la justificación de que las enfermedades bucales pueden afectar el embarazo de la adolescente, mientras que otros servicios como son los psicológicos no se incluían dentro de sus consultas. Otro punto importante es que esta adolescente además de esas consultas asistía a ultrasonidos particulares y tuvo una que otra consulta con doctores particulares pero señaló que no tenía mucho tiempo de asistir al médico pues estaba ocupada en la escuela o tenía que realizar tareas y, en el caso de su segundo embarazo, tenía que hacerse cargo de su primer bebé. Igualmente estas consultas representaron un costo monetario para ella pues los ultrasonidos tenía que pagarlos y fue complicado para su economía.

Por su parte, para la adolescente 6 sí hubo disponibilidad en su clínica del IMSS de tener acceso a consultas psicológicas, pero ella nunca tuvo el deseo de tener una.

A las demás adolescentes no les ofrecieron ningún servicio extra; cada una de ellas incluso atendándose en el IMSS tuvo que pagar ultrasonidos y estudios extra. La adolescente 2 fue la única que tuvo mayores atenciones debido a que su embarazo era gemelar sin embargo el segundo bebé se murió en su útero y se volvió un “bebé parásito”, esto significaba que a pesar de que ya había fallecido era imposible retirarlo pues la otra gemela seguía creciendo por lo que debía esperar hasta el parto para poder retirarlo. Lamentablemente la bebé que sí estaba creciendo también tenía problemas: “gastrosquisis”, significa que la pared ventral (abdomen) no se alcanzó a cerrar así que sus intestinos y órganos abdominales se formaron fuera. Además de estos problemas tenía “placenta previa” es decir, los bebés se implantaron muy abajo del útero y esto traía como consecuencia que al momento del parto podría existir una fuerte y peligrosa hemorragia para la mamá adolescente. Esta adolescente cuando fue entrevistada estaba en su octavo mes de embarazo, y tenía que resguardar el mayor reposo posible pues su embarazo era considerado de alto riesgo y en cualquier momento podría salir algo mal; para ese entonces ya tenía programada su cesárea por la que había pagado 108 pesos.

Salvo las que ya se mencionaron ninguna de las otras adolescentes acudió a atención psicológica o de cualquier otro tipo que no fuera a su consulta prenatal. Asimismo únicamente la adolescente 3 mencionó que en sus consultas prenatales le enseñaron a amamantar. Las dos adolescentes que se atendieron con médicos particulares (la 3 y la 5), también coincidieron en la condición de que tuvieron su parto en un hospital privado.

2.2 Percepciones de las adolescentes sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSyR), educación sexual y métodos anticonceptivos.

En cuanto a educación sexual la adolescente 1, lo más cercano que conoció fue una clase de biología o química sobre aspectos muy generales de su cuerpo y algunas funciones de éste, pláticas de educación sexual no recibió en ningún momento durante su estancia en la escuela aunque sí mencionó que le hablaron sobre el embarazo de manera muy general, sin embargo ella dijo *“yo pienso que en el entorno en el que estás, luego algunos problemas familiares te afectan, te refugias en algo que no es correcto pero que lo tomas porque sientes que es tu única opción, crees tú que es mejor para ti”* refiriéndose a su relación con el papá de sus hijos y al hecho de haber tenido relaciones sexuales prematuras.

Algo muy importante que mencionó fue que le hubiera gustado que alguien le hablara sobre lo que significaba estar embarazada a esa edad, ella no estaba en contacto con alguien que estuviera pasando por alguna situación parecida sino que solamente veía en ocasiones a mujeres de su edad embarazadas pero nunca se puso a pensar las consecuencias que implicaba. También dijo que la mejor estrategia para que más chavas no se embaracen es:

“platicar con tus padres, sobre todo con tu mamá o con quien tengas más confianza, que en ese caso los adultos comprendan, no se espanten cuando les preguntes o que no lo tomen a mal, que no se lo tomen así de ‘¿cómo crees?’, ‘y tú y a tu edad’, y para mí es algo normal, si no tienes la confianza de hablar con alguien en ese tema, no vas a saber y pues sí te equivocas”.

Tomando en cuenta sus comentarios puedo inferir que posiblemente en su adolescencia tuvo problemas con sus padres, lo que la orilló a buscar otro tipo de situaciones o vivencias que al final la pusieron en cierta vulnerabilidad, y sumando su ignorancia en el tema, el resultado fue inevitable.

La educación sexual que recibió la adolescente 2 fue en la escuela a través de pláticas sobre métodos anticonceptivos y embarazo, comentó que *“había muchas pláticas que llevaban de gobierno”* pero también le hubiera gustado que el tema se lo hubiera dado su tutor en la escuela pues

“con los papás nunca tiene confianza nadie. ¿La escuela? Iban sólo chavos, las pláticas que te dan y los condones que te reparten al final y es que teníamos nuestro tutor y él es el que más hablaba

con nosotros, y él fue el que habló más con nosotros, tenía 23 años y le teníamos confianza, como que todos hablaban con él. Sólo daba tutoría. ¿Qué temas ven? Vemos de todo, que nos puede ayudar en la vida. ¿Te hubiera gustado otro maestro? No, antes teníamos otra tutora y no nos caía bien entonces nadie entraba a su clase, es que si es tutora debe comprendernos, ¡no regañarnos! Y metieron a Rafael⁵.”

Por lo que pude observar ella se sentía muy cómoda al momento de hablar sobre Rafael pues lo describió como si fuera un amigo, esto es significativo para la investigación pues permite conocer la importancia que tienen las personas que imparten educación sexual; se debe considerar desde su edad para que haya empatía, además de la preparación que deben tener con respecto al tema, mostrar especial interés en los problemas e inquietudes que viven los adolescentes, estar preparados para observar cambios de conducta y buscar la manera de poder ayudarlos o guiarlos en su toma de decisiones, o canalizarles en un momento dado con especialistas.

La adolescente 3 por su parte mencionó que tuvo muy pocas pláticas de educación sexual y cuando las tuvo fue en la preparatoria. Ella señaló al momento de preguntarle si habían sido de su agrado que *“tal vez la manera en la que lo abordaban no era la correcta, pero pues como todo, sólo nos decían lo básico y ya”* además de que consideraba que todo debería ser más gráfico, usó el ejemplo del condón pues le hubiera gustado que le enseñaran cómo se ponía y que escenificarán de cierta manera todo lo que les enseñaban.

Para la adolescente 4 no existió ningún tipo de educación sexual ya que señaló que en ningún momento le hablaron de métodos anticonceptivos, embarazos, enfermedades de transmisión sexual, etc., ella nunca específico si en su familia le habían enseñado un poco de educación sexual pero aseguró que en la escuela no, situación que a ella le hubiera gustado especialmente que le hablaran muy abiertamente.

La adolescente 5 describió que en su escuela efectivamente recibió educación sexual pero la definió como *“muy equis”* es decir, nada fuera de lo común. Al momento de responder cómo le habrían gustado esas clases, contradictoriamente dijo

“Yo creo que está bien así como lo enseñan, pero es decisión de cada persona, de uno depende que tú te embaraces o no. Yo creo que deberían enfocarse en las comunidades donde de verdad no hay acceso a información y pues los que sí sabemos, tomar buenas

⁵Este nombre también fue cambiado por motivos de confidencialidad

decisiones, como te dije, piensas que eres chido y estás en el relaxo, pero sólo hace que te pierdas.”

La adolescente 6 recibió pláticas de educación sexual en la secundaria y preparatoria, incluso mencionó que tenía clases sobre salud, de manera general fueron de su agrado, le interesaban y era correcta la manera en que manejaban la información. Con respecto al “cómo” le hubiera gustado que le dieran pláticas de educación sexual comentó que si fueran más dinámicas estarían mejor especialmente porque en su caso dijo:

“mi maestro era un señor grande, a lo mejor sí estaría bien que revisaran a qué edad están dando esa clase y que se nivele la persona que lo da y se nivele la confianza entre alumno y maestro, y que de vez en cuando se den esas pláticas aquí en la Universidad, aunque todos digan “ya sabemos” de vez en cuando nos refuercen los “pros” y los “contras” de las relaciones sexuales”.

La adolescente 6 fue la única que consideró que no le hablaron “tan” abiertamente del tema pero que “fue lo necesario”; también fue la única de las adolescentes que consideró a la Universidad como un lugar donde todavía es necesaria la educación sexual a pesar de que los estudiantes ya cumplen la mayoría de edad y se podría esperar que sus decisiones sean 100% responsables y orientadas a su proyecto de vida; sin embargo vimos que no es así, por ejemplo, 3 de las adolescentes entrevistadas son universitarias y a su vez afirmaron conocer o tener amistad con otras jóvenes en la Universidad con hijos. Es decir, a pesar de estar ya en un nivel universitario, pero todavía en proceso de formación, varias jóvenes no son completamente responsables al momento de ejercer su vida sexual y se embarazan.

En métodos anticonceptivos, la adolescente 1 únicamente empleó uno después del embarazo y fue el Dispositivo Intrauterino (DIU) que le pusieron en el hospital después de haber dado a luz, ella hizo el siguiente comentario sobre el momento en el que se lo ofrecieron

“En la clínica, en el IMSS, que casi ahí cuando te alivias casi, casi te lo quieren meter a fuerza; y si no quieres, tienes que firmar no sé qué cosa de qué tú no aceptas el dispositivo. Es mucho relaxo entonces cuando estás así, uno está más que desesperado y ya dices ‘ay sí está bien, ya!’ no te pones a pensar en las consecuencias ni nada de eso, nada más firmas que sí y ya”

Posteriormente comentó que su segundo bebé lo concibió con todo y dispositivo por lo que no le funcionó y ese fue el motivo por el que tuvo a su segundo hijo, pero hizo la observación de conocer varios casos en el

que usaron también el DIU y tuvo el mismo fracaso, por lo tanto ella infiere que ese método no funciona.

Actualmente y por su situación amorosa que más adelante comentó, no está usando ningún método anticonceptivo y tampoco mostró interés por emplear alguno.

La adolescente 2 comentó que sí usaba un método antes de embarazarse y era el “*típico condón*”, en las pláticas de gobierno previamente mencionadas le enseñaron cómo usarlo además de que su mamá también le habló del tema e incluso llegó a mencionar que “*ya sólo faltaba ella de embarazarse*” esto en relación con sus vecinas y primas embarazadas. Esta adolescente constantemente bromeaba con este tema, no se veía que sintiera molestia alguna por haber cumplido la predicción de su mamá pero tampoco se veía feliz por su embarazo, a comparación de las demás adolescentes que se veían más tranquilas. Es importante resaltar que fue la única adolescente entrevistada durante su embarazo, las demás ya tenían mínimo un año de haber estado embarazadas.

La adolescente 3 señaló que sólo empleó en algún momento el condón pero ninguna pastilla, hizo mucho énfasis en esto último pues la descontrolaron mucho hormonalmente por lo que era muy incómodo. Su tío quién era su ginecólogo, le estaba recomendando un dispositivo que se implanta en el brazo por 3 años, sin embargo lo seguía pensando pues tenía efectos secundarios muy fuertes y no estaba decidida si tomar el riesgo. Cuando se le preguntó cómo había sabido del condón dijo que “*era cultura general*”, así que es importante resaltar que probablemente las campañas enfocadas a la promoción de éste han funcionado hasta cierto punto.

La adolescente 4 dijo estar utilizando actualmente el DIU, éste se lo colocaron en la clínica pero antes, en el Hospital le ofrecieron las inyecciones que al principio debía asistir cada dos meses a que se las pusieran, sin embargo se revolvió y se le complicaba bastante estar asistiendo a la clínica por lo que optó a ir y ponerse el DIU. También fue importante para la definición sobre métodos anticonceptivos postparto, que en el último mes decidió dar de alta el seguro popular y en vez de aliviarse en el IMSS se alivió en el Hospital del Niño y la Mujer.

La adolescente 5 antes de embarazarse utilizaba pastillas e inyecciones que le recetaba su ginecólogo particular sin embargo durante la entrevista no aclaró si los seguía empleando. De manera personal creo que no, pues no se encontraba en una relación amorosa especialmente por los comentarios negativos que hizo respecto al papá de su bebé y en cuanto a los hombres en general.

La adolescente 6 mencionó 4 métodos anticonceptivos que en algún momento de su vida había empleado, el primero fue el condón y posteriormente decidió asistir a planificación familiar donde al principio le pusieron el DIU pero su cuerpo no lo recibió bien y fue cuando le ofrecieron los parches: *“ahí me ofrecieron los parches y cuando fui a un cambio de parche me informaron que los parches ya los habían retirado del mercado y que ahora se estaban aplicando las inyecciones, y ya fue cuando de manera gratuita me aplicaron la inyección”*. En la entrevista aclaró que actualmente no estaba empleando algún método fijo a pesar de que se encontraba en una relación amorosa, sin embargo para esta investigación es importante el reconocimiento de la adolescente por cuidarse y prevenir un siguiente embarazo.

Igualmente la adolescente 6 mencionó que, en cuanto a los parches, las inyecciones y el condón le parecen buenos métodos que no le causaron ningún problema más que la falta de seguimiento por parte del IMSS.

2.3 Percepciones de las adolescentes sobre Planificación Familiar

En general las adolescentes entrevistadas nunca tuvieron un sentido de “planificación familiar” como tal, sino que de acuerdo a las descripciones en las entrevistas realizadas; si bien en la mayoría existió inicialmente protección previa y empleo de métodos anticonceptivos sin embargo en algún momento fallaron o simplemente dejaron de usarlos, o no los emplearon en el momento adecuado.

La adolescente 1 no tuvo ningún embarazo planificado, comenzando con el primero en el que no tuvo ningún cuidado es decir, protección anticonceptiva, y en el segundo se confió que traía el DIU pero no sirvió de nada pues volvió a quedar embarazada. Esto trajo como consecuencia el no terminar bien la preparatoria pues reprobó algunas materias y al final no se pudo graduar por su segundo embarazo. Además de que el nacimiento de su segundo hijo la obligó a ingresar formalmente a trabajar.

La adolescente 2 señaló que empleaba el condón sin embargo quedó embarazada por lo que infiero que el método anticonceptivo falló. Esta adolescente mencionó en varias ocasiones que en su familia esperaban que ella saliera pronto embarazada por lo que es claro que no había una noción clara de planificación familiar por parte de ella ni de su familia.

La adolescente 3 igualmente dijo que ya empleaba el condón, por lo que también concluyo que el método anticonceptivo no fue utilizado en algún momento o definitivamente falló. Sin embargo es claro que está buscando el método anticonceptivo más adecuado para su SSyR y la de su

pareja. Ella es la única de las entrevistadas que habló en plural al momento de mencionar los métodos anticonceptivos que deseaba emplear por lo que existe un reconocimiento hacia su pareja y en las decisiones en cuanto a la planificación familiar que desean llevar a cabo.

La adolescente 4 no se encuentra actualmente en una relación amorosa sin embargo sí utiliza un método anticonceptivo por lo que existe planificación familiar en su vida personal. Ella es la única adolescente de las entrevistadas que utiliza un método anticonceptivo sin estar en una relación amorosa, es decir existe una planificación dentro de su vida y esto la protege de nuevos embarazos.

La adolescente 5 previo a su embarazo empleaba pastillas anticonceptivas recetadas por un particular por lo que existía una noción de planificación familiar en su vida, sin embargo al parecer nuevamente el método falló y quedó embarazada. Posterior a su embarazo no emplea ningún método anticonceptivo porque no se encuentra en ninguna relación amorosa. A mi parecer de todas las adolescentes entrevistadas actualmente la #5 es la que más ha tenido problemas económicos y sociales también esto podría ser un factor para no emplear ningún método ni tener una planificación familiar en su vida.

La adolescente 6 es la única de las adolescentes entrevistadas que se encuentra en una relación amorosa y que su pareja no es el papá de su niño. Específicamente me parece que hubo una noción de planificación familiar en su vida posteriormente a su primer embarazo, por ejemplo cuando se le preguntó si acudía al médico dijo haber estado previo a su embarazo en el ISSTE, pero cuando se embarazó se atendió en el IMSS, no específico el motivo pero el área de planificación familiar al que asistió fue en el IMSS seguramente después de su embarazo. Actualmente como ya se mencionó, no tiene un método anticonceptivo fijo pero sí está empleando alguno, el cual no mencionó, En su discurso no pareció incluir a su pareja ni fue relevante durante la entrevista no obstante existe planificación familiar en su vida.

En este apartado es importante señalar que la mayoría de las adolescentes entrevistadas dijeron que el método les falló, es decir que es probable que la educación sexual de la que hablaron en el anterior apartado para algunas fue casi nula pero para otras sí hubo y a pesar de eso la mayoría no fue capaz de realmente poder evitar un embarazo, es este uno de los mayores problemas a los que podrían estarse enfrentando las políticas públicas que se busca analizar en esta investigación además de que ya se observa que con o sin educación sexual el resultado es el mismo, la falla de los métodos podría ser atribuible a que realmente no

saben cómo usarlos y eso las coloca en cierta vulnerabilidad que se busca eliminar a través de programas y estrategias.

2.4 Adolescentes y su desarrollo humano.

En esta categoría especialmente pondré énfasis en la vida cotidiana de las adolescentes ya que lo que sucede en ella y en su entorno impacta directamente en las vivencias sexuales de cada adolescente.

Para la adolescente 1 hubo mucho apoyo por parte de su familia nuclear una vez que tuvo a su bebe, especialmente de su mamá pues siempre le ha ayudado con los niños y su cuidado; ella misma mencionó *“que mi mamá cuando luego no podía ir yo por mi niño a la escuela, iba a salir tarde, iba a hacer un trabajo pues iba por él a la guardería”*. Además de que sus padres no le cobran ningún servicio de la casa donde residen y ella siente mucho apoyo gracias a eso. Solamente mencionó que con su mamá han existido ciertas complicaciones pues es la que cuida a sus nietos mientras ella trabaja y eso ha complicado su relación. Señaló que su mamá le indicó que ya está cansada, pero la entrevistada se justificó señalando: *“alguien tiene que trabajar ¿no?”*.

Por parte de su familia no nuclear siempre ha sentido que la respetan y le dan su lugar, comentaba por ejemplo, que varios de sus tíos quieren mucho a sus niños, esto para la adolescente 1 también ha sido importante ya que existe cierta inclusión por parte de su familia, contrario a lo que ha sentido con la familia del papá de sus hijos.

Reconoció que la familia del papá de sus hijos, lamentablemente para ella siempre ha existido *“sentido de pertenencia”* respecto a su hijo por parte de la familia política, ella lo define así: *“sí nos apoyaron pero yo siento que fueron más negativas, siento que nada más pensaron en ellos y que es que “nos pertenece”, “tenemos derecho a”, sí, pero no se dan cuenta de que tienen obligaciones también y sí, siento que en ese caso fueron así, me han perjudicado en algunas cosas”*. Es importante resaltar que la adolescente 1 es una de las 2 adolescentes entrevistadas que están casadas legalmente con el papá de sus hijos pero que ya no está con él, esto ha traído consecuencias legales pues es un papá ausente y que no la apoya económicamente en todo lo necesario.

El papá de los hijos de la adolescente 1 tiene 22 años y terminó una Licenciatura en sistemas computacionales. Labora actualmente en El Penal como guardia y la adolescente 1 describió lo siguiente en cuánto se le preguntó si existía algún apoyo por parte de él:

“si me apoya pero yo siento que no me apoya con lo que se debe, su obligación, me dice mucho que esto, que el otro sobre los niños o

“yo los quiero ver cuando yo quiera”, pero pues ¿cómo? Si ni siquiera da lo suficiente o mínimo cubres las cuestiones básicas: escuela, comida, cosas así, ni siquiera pasa tiempo con ellos, como se pone a exigir algo que él ni siquiera da, entonces sí me apoya pero no cómo es, no como se debe”.

Como ya lo mencioné previamente, su “esposo” es un papá ausente que a pesar de trabajar no otorga lo básico a sus hijos ni a su esposa.

En cambio la adolescente 1 tiene la preparatoria trunca debido a que al final de la preparatoria se alivió de su segundo hijo y esto impidió que terminara y pagara todas las materias que debía. De manera general en la escuela recibió apoyo de los maestros pues le permitían faltar y entregar los trabajos después lamentablemente no todos fueron así y algunos si le dijeron que iba muy atrasada y la reprobaron. A pesar de que ella asistía a la misma escuela e iba en el mismo salón que su “esposo” no podía cumplir con todas las tareas.

De manera general para la adolescente 1, sus 2 embarazos fueron complicados pues llegaron a la mitad de unos proyectos que estaba realizando, nunca específico cuáles, pero sí lo mencionó, e igualmente al momento de preguntarle si hubiera tomado otro tipo de decisiones respondió que

“Ammm... sí la verdad sí me hubiera gustado haber tenido otras opciones, otros caminos a tomar, por ejemplo a mí me hubiera gustado seguir estudiando, terminar mi prepa, estudiar lo que es el área de sistemas computacionales y todo eso, me llama la atención ese tema y sí me hubiera gustado continuar con mis estudios de eso”.

Por su parte, para la adolescente 2 la relación con su familia también es en general buena, ella es la única de las adolescentes entrevistadas que vive con el papá de su niña, está casada legalmente y vive con su esposo y suegra en una casa. Sus papás están al pendiente de ella y de lo que pueda necesitar, por ejemplo para asistir a las consultas van por ella en un auto para que no se tenga que subir al camión.

La razón por la que ella vive con su esposo y su suegra es la siguiente *“él se iba ir a vivir allá conmigo pero su papá falleció y su mamá se iba a quedar sola porque él es el más chico, y como era el único que vivía con sus papás pues me dijo que mejor nos viniéramos a vivir para acá”.* Sobre su nueva familia describió que la han recibido amablemente y que existe mucha confianza.

Ambas familias en el caso de la adolescente 2 la apoyan bastante a ella y su esposo ya que ha existido tanto apoyo moral como apoyo

económico. Especialmente cuando se le preguntó por el apoyo que recibía por parte de su esposo, ella respondió que la apoya en todo; su esposo terminó la preparatoria igual que ella y ellos también iban en la misma preparatoria, ahí fue donde se conocieron. Su esposo tiene 18 años y trabaja en una vinatería en el mercado de abastos con su hermano; están esperando a que le hablen de una empresa para ser obrero y poder tener un mejor ingreso. La adolescente 2 no trabaja, se queda en la casa todos los días con su suegra y la apoya en lo que puede.

Cuando se le preguntó sobre su experiencia durante su embarazo en la escuela respondió que *“los maestros nunca se enteraron, mis compañeros sí y decían que se les hacía raro porque yo era la matadita del salón y me embaracé, y menos con Giovanni, porque es muy gracioso en lo que dice y siempre hace reír a todos, nunca se imaginaron que iba a ser papá”*. De manera general ningún administrativo, maestro o alumno la apoyó, sin embargo comentó que se embarazó dos meses antes de salir de la preparatoria por lo que fue fácil terminarla. Actualmente ninguno de los dos está estudiando.

La adolescente 2 al momento de hablar sobre sus amigas dijo que ella era la única de sus amigas que faltaba de embarazarse, muchas de ellas y primas pasaron por lo mismo incluso su mejor amiga se embarazó pero nunca hablaron ciertamente del tema. Cuando a la adolescente 2 se le preguntó si sus amigos habían tenido algo que ver con su embarazo ella respondió que no, *“fue muy aparte”*.

Para la adolescente 3 siempre existió apoyo por parte de sus papás ya que actualmente vive en la casa de ellos junto con su hermano. Sus papás no viven ya ahí pero le pagan todos los servicios.

Cuando su familia nuclear se enteró que estaba embarazada le dijeron que era una nueva responsabilidad y que ella debía estudiar para hacerse cargo de ella misma y su hija; ella describió que el apoyo de su familia ha sido fundamental para su desarrollo y el de su niña, sin ellos no sabe dónde estaría. Actualmente continúa en una relación amorosa con el papá de su niña pero no están casados ni vive con él.

Su novio la apoya económicamente, tiene la preparatoria y desea entrar a la Universidad pero está esperando a que salgan las convocatorias. Actualmente tiene 20 años y trabaja en una distribuidora de medicamentos. En el caso de ella, está estudiando la Licenciatura en Derecho en la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ) y no trabaja pues le ha sido suficiente el ingreso por parte de su pareja y sus papás.

La adolescente 3 describió la relación con sus amigos como buena ya que ellos siempre han estado al pendiente de ella y su hija; considera que sus amigos son ajenos a su situación y no tuvieron nada que ver con

que ella se embarazará. También mencionó que tiene amigas cercanas que tuvieron bebés a la misma edad que ella, especialmente su amiga de la Universidad quien es más chica pero tiene un hijo de 3 años.

En cuanto a su vivencia durante su embarazo en la escuela ella mencionó que

“cuando me embaracé acababa de salir de la prepa entonces por el embarazo pues ya no entré a la Universidad. Iba a entrar a criminología pero no entré, entonces me esperé y ya pasó un año, cumplió un año mi hija y entre a lenguas a estudiar inglés y pues este año ahorita voy en segundo semestre de derecho sólo me quedé un año sin estudiar.

También mencionó que el haber dejado de estudiar le permitió estar más tranquila y sentirse normal.

La adolescente 4 definió la relación con su familia nuclear como “buena” ya que la apoyan económicamente para que siga asistiendo a la escuela y vive con ellos, lo que le permite no preocuparse por el pago de servicios ni de la escuela en general. En el caso de su familia no nuclear, como tíos y primos nunca le han faltado al respeto y nunca le han dicho nada; excepto una tía que le dijo *“no pues lo que digan o no, ya es cosa de tus papás, ellos son los que te van a decir porque son con quienes vives y con los que vas a estar, no con nosotros”*.

En el caso del papá de su niño, la apoya económicamente pero no viven juntos ni se encuentran en una relación amorosa. Él tiene 20 años y la preparatoria trunca pues no ha terminado el servicio social. Lo conoció en la preparatoria donde iban juntos. La familia del papá de su hijo apoyaron en la situación, al principio lo tomaron muy serios pero al final se involucraron. Es importante para esta investigación mencionar que la adolescente 4 no mostró mucho interés en hablar sobre la familia ni el papá de su hijo, nunca dijo un comentario negativo pero tampoco hablo mucho de ellos comparada con las demás entrevistadas.

Para la adolescente 4 sus amigos sí la han apoyado moralmente, ella no considera que tengan algo que ver con el hecho de que ella tenga un hijo. También tenía una amiga que tuvo un bebé a la misma edad pero no fue muy relevante para ella.

Durante su estancia en la escuela mientras estuvo embarazada los maestros la apoyaron con las faltas y actualmente se encuentra estudiando en la UAQ la Licenciatura en Psicología. Va en segundo semestre y al parecer no ha tenido mayores problemas económicos ni familiares que afecten su desempeño escolar.

La adolescente 5 no fue muy específica respecto a su situación familiar ni amorosa. Me parece que fue por dos razones, una es que su niño estaba durante la entrevista y eso complico la calidad de respuestas y la segunda razón es porque la estaba pasando mal en su casa y económicamente.

Al momento de hablar de su familia nuclear mencionó que efectivamente la apoyaron y más su papá, quien es con el que vive, le paga la renta y los servicios básicos. Sin embargo ella trabaja siendo consultora de Mary Kay y estaba considerando seriamente dejar la escuela por lo que puedo inferir sus problemas económicos.

En cuanto a su familia más cercana como tíos y primos negó rotundamente que la hayan apoyado en algún momento. En el caso de la familia política fue exactamente lo mismo; esta adolescente es la única que dijo que el papá de su bebé no la apoyaba para nada a pesar de que tenía 29 años, 10 años más que ella, y trabajaba en un gimnasio.

La adolescente 5 fue la única de las entrevistadas que consideró a sus amigos como influyentes en el que ella tuviera un bebé pues dijo lo siguiente *“vives con mucho relaxo y estás con las personas equivocadas. Por ejemplo yo estaba con un entrenador de gimnasio, me dejé llevar”*. Además de que fue la única también de las entrevistadas que afirmó haber tenido una mala experiencia en la escuela durante su embarazo, específicamente dijo lo siguiente: *“Fue mala, era en una particular y como que al principio me dijeron que no me preocupara que diera de baja algunas materias y que poco a poco iba ir terminando, pero sólo era una estrategia para que me saliera. La escuela era católica”*.

La adolescente actualmente está en la preparatoria UAQ pero como ya lo mencioné, al momento de la entrevista estaba pensando en dejarla por los problemas económicos que tenía.

La adolescente 6 consideró la relación con sus papás *“buena, muy buena”* pues la apoyaban económicamente en todo, vivía con ellos y su niño, actualmente ella está en el octavo semestre de la Licenciatura en Administración y Gestión de Empresas Sociales en la UAQ y sus padres la apoyan para que pueda pagar los gastos de la escuela lo que permite no tener que trabajar; aunque sus padres no le pidan dinero para nada ella intenta cubrir ciertos gastos por su cuenta para ayudar.

Al momento de hablar sobre su familia no nuclear, como tíos, abuelos y primos dijo que su apoyo fue moral y en especie; aunque no fue muy abierta al momento de hablar sobre ellos, únicamente mencionó que algunas de sus primas también estaban embarazadas y le dieron algunos consejos sobre maternidad.

En el caso del papá de su hijo quien dijo no la apoya de ninguna manera, no dio muchos detalles sobre su relación con él pero se le notaba indiferente. El papá de su niño tenía 22 años igual que ella, solamente tenía la secundaria terminada y al parecer tampoco existía alguna relación con su familia dijo lo siguiente: *“Es que mi ex pareja no tenía familia, bueno tenía a sus hermanos pero no, nunca hubo esa relación, no fueron de mucha ayuda y no tenían papás así que no hubo mucha ayuda”*.

La adolescente 6 igual que la mayoría de las adolescentes consideró que sus amigos no tuvieron que ver con su situación y mencionó que la apoyaban moralmente, al parecer es la única de las entrevistadas que no conoce a alguien que haya tenido un bebé a la misma edad que ella. Su experiencia en la escuela la consideró buena, los maestros y administrativos no la apoyaron como tal pero sí fueron permisivos cuando tenía que ir al doctor o faltar por cuestiones médicas; estuvo todo un semestre en la preparatoria embarazada y al parecer todo salió bien.

2.5 Las adolescentes y las Políticas públicas y agenda pública.

De manera general todas las adolescentes entrevistadas tuvieron acceso a un servicio de salud. Lamentablemente no todas pudieron acceder a un servicio extra como becas, servicios psicológicos, bucales, etc. será importante en este apartado recordar que las políticas públicas son las estrategias y acciones concretas por parte del Estado para atender un problema; en este caso las estrategias y acciones se pueden ver traducidas en servicios a las adolescentes, becas para ellas y sus hijos, financiamientos productivos, programas de salud, entre otros.

La adolescente 1 al primer lugar que acudió fue a su clínica del IMSS para confirmar si efectivamente estaba embarazada o no, después de confirmarlo la enviaron al Área Materno-Infantil para comenzar sus consultas prenatales y los cuidados que debía seguir durante su embarazo. Durante este período ella tuvo que realizarse algunos ultrasonidos particulares lo que me permite concluir que los recursos financieros no necesariamente están llegando o alcanzando a la población objetivo de las políticas públicas. Este problema lo tuvieron todas las adolescentes, la adolescente 1 fue la única que se quejó porque tuvo que pagar los estudios extra.

La experiencia de la adolescente 1 en el IMSS fue *“buena”* hasta cierto punto, ella lo describió de la siguiente manera: *“para ellos es muy cotidiano o sea no es ninguna novedad y siento que no te toman la atención que deberían de tomar, como tus preguntas, tus preocupaciones, siento que te dejan con algunas dudas, a mí por lo menos me dejaron con algunas dudas”*. En comparación con las demás adolescentes que se atendieron en

el IMSS ella fue la única que reconoció haberse quedado con dudas al salir del hospital; también dijo que como lo toman cotidiano asumen que tú como futura mamá sabes exactamente qué está pasando y qué va a pasar, *“dicen que si supiste hacer a tu hijo tienes que saber todo lo demás”*.

En la clínica donde se atendía no le ofrecieron ningún servicio más que el bucal, especialmente no le ofrecieron ninguna beca o algún programa de apoyo al que pudiera acceder dando a notar la falta de trabajo interinstitucional. Además mencionó que en la escuela le dieron “incapacidad” por haber dado a luz pero esto no impidió que se atrasara en trabajos y tareas.

El único apoyo al que accedió la adolescente 1 fue el de Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) “Programa de Estancias Infantiles” es un programa que la adolescente describió así:

“conseguí una beca de parte de gobierno, de SEDESOL para estancias infantiles para madres estudiantes o trabajadoras porque antes nada más era de trabajadoras y lo implementaron ya a estudiantes porque yo creo que se daban cuenta que también los estudiantes ¿no?, lo necesitan, y también como lo acababan de implementar pues aproveché, dije pues va para meter a mi niño a la guardería y sí, en cuanto cumplió el año lo metí a la guardería y desde ahí siempre ha estado en guardería”.

Para la adolescente 1 este apoyo fue muy importante pues le permitió cursar los 6 semestres de la preparatoria a pesar de que no era monetario en sí, sino que le hacían un descuento del 50% en la mensualidad de la estancia infantil. Además de que cuidaban a su niño, ella al momento de pasar por él ya había comido por lo que sólo debía darle de cenar permitiéndole ahorrar en comida, además de que su horario de salida de la estancia coincidía con el de su escuela.

Para este apartado también es importante el que la adolescente 1 tuvo un segundo embarazo casi un año después del primero, como ya se mencionó en el primer apartado ocurrió porque tuvo un método anticonceptivo que falló y por lo tanto quedó nuevamente embarazada; sin embargo la atención que le otorgaron en el IMSS no fue del todo buena, ya que ella sintió cierta obligación a colocarse el DIU además de que posteriormente no hubo un seguimiento, pues si hubiera existido probablemente el método hubiera funcionado. Respecto al comentario de la adolescente 1 sobre que había tenido su segundo bebé con el DIU se le preguntó a una de las enfermeras entrevistadas sobre esta posibilidad y ella dijo que era imposible. En el apartado de las enfermeras se explicará más a detalle.

La adolescente 2 al primer lugar que acudió fue al Hospital del Niño y la Mujer pues contaba con seguro popular, el trato que recibió por parte del personal fue “bueno” y no tuvo ninguna queja sobre los doctores y enfermeras. Solamente le ofrecieron servicios de salud y especialmente tuvieron cuidados extra debido a su embarazo de alto riesgo.

Como la adolescente 2 tenía compañeras y familiares que también habían tenido un bebé a su edad sabía de algunos apoyos que otorgaban, especialmente de uno que daban en su escuela; era una beca de 1,000 pesos que tuvo su mejor amiga embarazada y se la depositaban mensualmente, pero para ella ya no fue posible acceder a esta beca pues se embarazó dos meses antes de salir de la escuela y decidieron no dársela. Por su parte decidió buscar algún otro apoyo pues deseaba seguir estudiando la Universidad la carrera de biología, pero con respecto a este apoyo dijo lo siguiente: *“mi mamá fue a preguntar uno de gobierno para las embarazos, te ayudan y le dijeron que no, que como yo ya había terminado la prepa no podían apoyarme, que como yo ya tenía la prepa era más fácil salir adelante”*.

Al momento de la entrevista la adolescente 2 todavía no contaba con ningún apoyo y parecía tampoco necesitarlo pues como se mencionó en un apartado anterior, su esposo la apoyaba en todo aspecto al igual que su familia nuclear y política, aunque en su caso específico todavía no nacía su bebé por lo tanto a diferencia de las demás, realmente no existe un gasto económico más real. Su cesárea estaba ya programada debido a la dificultad de su embarazo y tenía un costo de 108 pesos, fuera de ese costo que ella misma debió cubrir, lo demás estuvo incluido en el seguro popular.

La adolescente 3 se atendió con un ginecólogo que era su tío y se alivió en la Torre Médica Sur, ella mencionó que no tuvo que pagar ningún estudio extra pues su ginecólogo contaba con los aparatos para hacerlos. A diferencia de las demás adolescentes, la adolescente 3 fue la que se sintió más cómoda al momento de describir la atención que había recibido, por lo que definitivamente existe una diferencia entre las adolescentes que se atendieron en el servicio público a las que estuvieron en privado.

En cuanto a la pregunta si contaba con algún apoyo económico comentó lo siguiente: *“no, ninguno, estaba pensando en aplicar para la beca de aquí de la Universidad (UAQ) pero ya se me pasaron las fechas y hasta que vuelvan a salir las convocatorias voy a aplicar”*. La adolescente 3 tenía un “apoyo” que era el de la “Estancia UAQ” que es una estancia infantil creada por la UAQ donde trabajan egresados y estudiantes de la universidad y a la que sólo podían asistir hijos de administrativos y

estudiantes de la misma. Cada semestre se publica una convocatoria para los 60 lugares con los que cuenta la Estancia además de que tiene 2 turnos, uno en la mañana y otro en la tarde. El costo es semanal y es de 150 pesos lo que da un total de 600 pesos al mes.

La adolescente 3 estaba muy contenta por el servicio que le ofrecían en la Estancia pues le permitía ahorrarse muchos gastos. También se le preguntó si habría alguna diferencia en su vida por contar con algún otro apoyo económico, ella comentó que sí pues le serviría para comprar sus libros de licenciatura.

Cuando la adolescente 3 aplicó para ingresar a la Universidad también salió la convocatoria de la Estancia Infantil, este momento para ella fue de mucha emoción pues iba entrar a la Universidad y su bebé también iría a la Estancia. Ella comentó que definitivamente si la Estancia no existiera, tendría que haber metido a su bebé a un lugar más caro y esto la obligaría a entrar a trabajar impactando directamente en su desempeño escolar.

La adolescente 4 se atendió en el IMSS, al comienzo de su embarazo de manera general la atendieron *“bien”* y *“no tuvo dificultades”*. Ella fue la única adolescente que accedió a dos tipos de servicios públicos es decir, mientras estuvo embarazada se atendió en el IMSS pero antes de aliviarse tramitó el Seguro Popular y se alivió en el Hospital del Niño y la Mujer. Ella actualmente tiene una beca ocupacional por parte de la Universidad (UAQ) además de que también su niño asiste a la Estancia Infantil UAQ.

Su experiencia al llevar a su hijo a la Estancia Infantil era muy grata ya que comentó lo siguiente:

“yo tuve a mi niño en la prepa, las guarderías no te reciben a los niños chiquitos y aquí tampoco, pero sí era bastante el costo lo que tenía que pagar en las otras, además de que todas abren a las 7 y yo tenía clase a las 7 entonces se me dificultaba mucho y faltaba mucho a la clase por esperar a que abrieran, y aquí como abren antes, es mejor”.

Durante su embarazo, ella todavía se encontraba en la preparatoria, y nunca le ofrecieron ningún servicio o apoyo como tal en ninguna de las consultas a las que asistió sin embargo sí consiguió un apoyo económico por parte del Estado y lo hizo de la siguiente manera:

“mi hermana tenía una beca de municipio y una vez yo fui a recogerla y yo iba con mi panzota y así una de las señoras que estaban ahí se acercó y me dijo ‘oye mira te doy este papelito’ y era una beca para madres solteras y ya vi los requisitos y lo único que pedían era que estuvieras estudiando, que estuvieras

embarazada o ya tuvieras un hijo. La tramité y sí me la dieron. ¿Te daban dinero? Sí 1,500 al mes”

Este apoyo significó para ella una entrada extra pues lo recibió casi al final de la preparatoria, eran muy puntuales con los depósitos además de que mencionó no haber tenido dificultades respecto a ingresos económicos.

La adolescente 5 como ya se mencionó, se atendió en un Hospital particular en la Ciudad de México, en ningún momento tuvo alguna queja respecto al servicio que le proporcionaron pero sí se quejó del servicio público pues *“ahí te juzgan”*. En el Hospital no le ofrecieron ningún apoyo económico, beca o programa al que pudiera acceder pero por su cuenta obtuvo una beca de la UAQ en donde estaba terminando la preparatoria.

El bebé de la adolescente 5 también asistía a la Estancia UAQ, además de este apoyo no recibía ningún otro. Durante la entrevista señaló que recibir un apoyo económico ayudaría en los gastos además de que estaba considerando dejar la escuela pues ya no le alcanzaba el dinero, esto definitivamente traería consecuencias como perder tanto la beca que le otorgaba la UAQ como el lugar dentro de la Estancia pues unos de los primordiales requisitos es estar estudiando.

De manera general, la adolescente 5 fue la única de las entrevistadas que reconoció tener problemas económicos, sin embargo para esta investigación es importante el que haya declarado no tener dinero pero sí tuvo en su momento los suficientes recursos para poder asistir a la ciudad de México a atenderse. Durante la entrevista no dio muchos detalles específicos sobre su situación general.

La adolescente 6 fue una de las que también se atendió en el IMSS, el primer lugar al que acudió al saber que estaba embarazada fue a su clínica y su parto fue en el Hospital del IMSS. El servicio que recibió fue en general *“muy bueno”* tanto en la clínica como el día en que se alivió; en el lugar no le ofrecieron ningún otro servicio además del psicológico que no tomó. Durante su cuidado prenatal debía asistir una vez al mes y cuando se acercaba la posible fecha del parto tuvo que asistir cada semana. Actualmente sólo asiste al médico cuando lo requiere su hijo.

La adolescente 6 no pudo acceder a ningún apoyo como becas o programas sociales por falta de cumplimiento en requisitos aunque dio la impresión de no requerirlos debido al apoyo de sus padres. Durante su estancia en la preparatoria mencionó que no le quisieron dar ningún apoyo, sin embargo como ya se mencionó previamente contó con permisos para ausentarse y al parecer no tuvo ningún problema académico.

De manera general, la adolescente 6 no dio detalles sobre los requisitos que no cumplió para que le dieran un apoyo, si bien tampoco lo necesitaba probablemente ayudaría en las ocasiones en las que ella desea hacerse cargo de algunos gastos. Al final de la entrevista, se le preguntó si le gustaría haber tomado alguna decisión diferente o si le hubiera gustado aplazar su embarazo y su respuesta fue: *“mi decisión no hubiera cambiado, hubiera tenido de todos modos a mi bebé e igual si me hubiera vuelto a pasar sería exactamente lo mismo. Yo no creo en el aborto. No me arrepiento. No fue fácil pero no fue una decisión que me costara, fue fácil decir que sí”*.

A continuación se presenta un cuadro resumen de las principales características de las adolescentes entrevistadas.

Características	ADOLESCENTE					
	1	2	3	4	5	6
Edad	22	19	21	20	19	22
Actividad Principal	Cajera	Ama de Casa.	Estudia.	Estudia.	Estudia Trabaja	Estudia
Escolaridad al momento de embarcarse.	Prepa.	Prepa.	Prepa.	Prepa.	Prepa.	Prepa.
Escuela actual (priv-púb)	NA	NA	Pública.	Pública.	Pública.	Pública.
Hijos	2	1	1	1	1	1
Apoyo Familiar	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Apoyo de la pareja	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Relación amorosa con alguien diferente	No	No	No	No	No	Sí
Atendida por	IMSS	Hospital del Niño y la Mujer.	Privado	IMSS	Privado	IMSS
Consulta externa	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Educación Sexual	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Uso de métodos anticonceptivos	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí

3. Las enfermeras. La implementación de la política pública por parte de las enfermeras.

Se entrevistaron a 3 enfermeras en total, todas trabajan en el IMSS en el área Materno-Infantil. La enfermera 1, especializada en esa área, labora en el turno vespertino en la unidad Materno-Infantil de la clínica # 2 de la colonia Hércules. La enfermera 2, especializada en Medicina Familiar, se encuentra en la misma clínica pero en el turno matutino; y la enfermera 3, especializada en Materno-Infantil es encargada de esa área del Hospital IMSS.

De acuerdo con las categorías establecidas se clasificó la información proporcionada por las enfermeras, en su mayoría relacionada con la normatividad y la política de atención hacia los embarazos adolescentes que ellas atienden.

3.1 Enfermeras y la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR), educación sexual y métodos anticonceptivos.

En esta categoría se clasificó la información otorgada por parte de las enfermeras, su implementación de la política pública y que impacta en la Salud Sexual y Reproductiva de las adolescentes, la manera en la que acceden a métodos anticonceptivos y la educación sexual.

La enfermera 1 tenía conocimiento del proceso que debe seguir en el momento que recibe un embarazo adolescente y es el siguiente: *“primero debe acudir a ver a su médico general, dentro de la misma clínica el médico le realiza estudios de laboratorio para confirmar el diagnóstico y posteriormente si da positivo se manda a la consulta pre-natal en el área materno-infantil donde se comienza un expediente de la paciente, que toma en cuenta: el riesgo que existe sobre el embarazo dependiendo de la paciente, la edad, antecedentes patológicos, enfermedades hereditarias y familiares, o que ya están desarrolladas”,* este procedimiento está muy claro para el personal de salud y es muy importante que se cumpla al pie de la letra pues evita posibles problemas y complicaciones.

Durante los 5 años que la enfermera 1 ha estado laborando en la clínica no se ha presentado ningún caso de algún embarazo adolescente que no se haya logrado, únicamente mencionó que en su mayoría este tipo de embarazos requieren cesárea pues sus cuerpos no están preparados para dar a luz, o existe el caso en el que su parto ocurre en el séptimo u octavo mes de embarazo.

Con respecto a la enfermera 2 definió la atención que proporciona a las adolescentes como una *co-participación* en la responsabilidad de ellas con su embarazo, ella les da pláticas sobre los cuidados prenatales que

deben de tener incluyendo a su pareja, si es que la tienen; sin embargo ninguna de las adolescentes que se atendió por lo menos en el IMSS dijo haber recibido estas pláticas por lo que queda en duda si realmente se le dan a todas las pacientes, en ocasiones o nunca. La enfermera 2 mencionó algunas enfermedades como la preclampsia de las que intenta alertar a las futuras madres, y también incluye dentro de su trabajo a las asistentes quienes son las encargadas de agendar la cita, de recibir al paciente y son casi el primer contacto con el IMSS pues ellas en ocasiones para adelantar el trabajo de las enfermeras pesan al bebé, lo miden y lo anotan en el carnet, por lo que para esta enfermera debe ser un trabajo conjunto con las asistentes en el que se acerquen a las adolescentes.

La enfermera 2 fue la que menos detalles dio sobre la atención que proporciona a las adolescentes no obstante es claro que conoce perfectamente los procedimientos a seguir y reconoce la problemática que viven las futuras mamás.

Para la enfermera 3 el proceso para recibir un embarazo adolescente lo describió como el siguiente:

“se manda con el gineco-obstetra para ser valoradas y se les hace un control con él y en coordinación con Materno-Infantil que es donde yo me encuentro, entonces nosotros hacemos el lado educativo, sabes qué debes de conocer los signos de alarma, recuerda que son importantes porque todos estos significan que hay un problema y el médico especialista lleva todo el control clínico: que si necesita su receta por su vitamina, ácido fólico, que si necesita alguna receta por alguna infección detectada, entonces el ginecólogo lleva todo lo clínico y nosotros lo educativo”.

La enfermera especialmente mencionó que su principal trabajo es que las pacientes tomen todas las medicinas recetadas y si no es así ellas fácilmente lo notan por los síntomas y las preguntas que realizan, en el caso de las adolescentes comentó que es muy común que no sigan con las instrucciones pues normalmente lo olvidan o leen las indicaciones del medicamento y por alguna razón no se la toman.

Además también se envían las pacientes a “Trabajo Social” para que reciban pláticas de autocuidado, de ejercicio, de métodos anticonceptivos, de lactancia materna y ya ellas en su área realizan una vigilancia. Nuevamente para esta investigación es importante señalar que ninguna adolescente mencionó haber acudido a estas pláticas. Durante el tiempo en el que la enfermera 3 ha laborado en el IMSS nunca se ha encontrado con la situación de que algún bebé no se logre y la razón fue la siguiente:

“a mí cuando me llegan ahí, en mi hospital me llegan de la semana 34, de esa semana en adelante ya hay ganancia, no podemos

decir que puede haber un aborto, un parto prematuro sí, pero el lado educativo es donde yo debo orientar a la paciente para evitar que tenga un parto prematuro, porque ya aborto después de la semana 34 ya no, eso es un parto prematuro”

La enfermera 3 señala que para evitar cualquier complicación debe vigilar perfectamente todos los síntomas que la paciente pueda presentar y puso algunos ejemplos como la coloración de su piel, su peso, su presión, entre otras.

En el caso de los métodos anticonceptivos que les ofrecen a las adolescentes, la enfermera 1 respondió lo siguiente:

“sí, normalmente mi trabajo y de acuerdo a la normatividad, debo ofrecer los métodos a las chicas que son adolescentes o a las que ya llevan 3 cesáreas, pero al final es decisión de ellas aceptarlo o no, les doy básicamente orientación en los métodos más adecuados, en el preservativo y en llevar a cabo cirugías como método anticonceptivo, por ejemplo, en la clínica 13 y 16 (me parece) que es donde se realizan las vasectomías ya que hay mujeres que no se quieren “ligar” y convencen a sus parejas de que ellos se operen; sin embargo no puedo imponer absolutamente nada, ni siquiera el método natural o de ritmo. La norma de Planificación nos lo marca así y también estamos lejos de quizás poder tener algún problema. Normalmente se les comenta sobre los riesgos que pueden tener si se siguen embarazando y se les abre un expediente en donde se anota qué procedimiento ha tenido, entre otras”.

Los métodos que la enfermera mencionó como los más usados son los hormonales o preservativos pero ella siempre recomienda utilizar los dos por seguridad en cuanto a ETS y embarazos no deseados, sin embargo el uso de métodos anticonceptivos es muy variable de acuerdo con la enfermera 1 pues tiene pacientes de 19 años que van por su tercer bebé, o pacientes de más de 40 años que están embarazadas, por lo que en cualquier momento de su vida el uso de métodos anticonceptivos es muy importante.

En cuanto al seguimiento que le da al uso de métodos anticonceptivos fue muy clara en indicar que realiza lo que le *“permite la normatividad”*, esto en relación a que no puede imponer ningún método anticonceptivo a pesar de que la salud de la mujer esté en riesgo; su servicio en este caso es una mera sugerencia y el seguimiento que puedan dar dependerá de la asistencia regular a la clínica de la paciente.

La enfermera 2 es la única que claramente dijo *“hay que evitar un nuevo embarazo”*; para ella la adolescente ya viene embarazada por lo que

es importante que reciba la orientación adecuada en cuanto a métodos anticonceptivos para posteriormente a su embarazo pueda dar un consentimiento informado al personal de salud para recibir algún método anticonceptivo. Los métodos que más le piden en la clínica es el DIU y el condón, particularmente el primero requiere que la paciente venga cada 40 días a una revisión pues el dispositivo puede salirse o no estar bien colocado.

La enfermera 3 al atenderlas en las últimas semanas del embarazo puede dialogar con ellas por lo menos una vez a la semana por lo que durante esas semanas les enseña qué clase de métodos ofrece el IMSS y cómo deben usarlos. El procedimiento que ella describió fue:

“Les hablamos sobre la salud materna y les decimos ‘un embarazo inmediato te puede traer complicaciones’, le damos la opción de evitarlo utilizando métodos anticonceptivos y tú le dices ‘el Seguro te ofrece hormonales: como pastillas, parches, inyecciones, implante que va en el brazo; te ofrece DIU que es la más conocida, te ofrece la operación en caso de que ya no quieras o a tu pareja’, y el preservativo se los promocionamos como protector de enfermedades venéreas pero no se los promocionamos como método, sí se los mencionamos y las hacemos firmar una hoja que tiene el Seguro sobre ‘consentimiento informado’ que trae una leyenda de todos los métodos que ofrece el IMSS y que de alguna manera ha sido informada de todos los efectos secundarios, que esa parte nos toca a las enfermeras, la efectividad y el tiempo de uso y que ya ella decida, nada más tiene que especificar ‘yo quiero dispositivo’ y ya le firma esa hoja es la constancia de que ella quiere ese método, y al momento que tenga su parto ya sabe el personal, si por ejemplo quiere un dispositivo ya sabe el personal que lo puede poner inmediatamente, si es una inyección hormonal se le dice cuándo”.

En el caso de las adolescentes, la enfermera 3 mencionó que piden mucho “el chip”, ella piensa que es porque está de moda entre los adolescentes sin embargo no saben exactamente los efectos secundarios ni siquiera el nombre correcto que es el “*implante subdérmico*”; finalmente el trabajo de las enfermeras es únicamente informar a la paciente y al final ellas deben decidir.

Para la enfermera 1, la educación sexual es una herramienta esencial en la prevención de los embarazos adolescentes y ésta debe estar basada en la “buena información”:

“existe mucha desinformación y no hemos encontrado el método o punto para que los adolescentes entiendan las consecuencias de

tener un bebé, normalmente por más que les digas no dejan de tener relaciones sexuales y principalmente se da en la secundaria, de entre 14 y 15 años comienzan a tener relaciones. Afuera están los medios de difusión que promueven que tengan relaciones y los papás nunca están en casa, no saben lo que sus hijos hacen”.

Además de esto la enfermera 1 tenía conocimiento de que en ocasiones las escuelas pedían apoyo a la clínica para dar talleres o pláticas sobre métodos anticonceptivos impartidas por las mismas enfermeras.

De manera semejante la enfermera 2 habló sobre la educación sexual que reciben los adolescentes pues ella constantemente repetía sobre la importancia de que la paciente estuviera informada sobre los cambios que sufre su cuerpo y las enfermedades que puede tener si no tiene los cuidados prenatales necesarios.

La enfermera 3 al hablar sobre educación sexual le pareció que la mejor herramienta era que los adolescente “conocieran” y no sólo se los dieran por dárselos; para ella, en su mayoría las adolescentes que ha atendido ninguna ha planeado su embarazo, por lo que es importante que en la escuela y el IMSS se preocupe porque conozcan cada uno de los métodos y los efectos secundarios que éstos tienen, también citó un ejemplo

“los adolescentes se te acercan para preguntarte sobre los métodos a veces me dicen ‘es que en la escuela nos dijeron que la anticoncepción de emergencia es la mejor’, cuando no conocen, pero no es lo mejor y como lo dice es de ‘emergencia’, en caso de que se me rompió el preservativo o no tenía un método en ese momento, pero no cada vez que tengo relaciones y muy frecuentemente yo esté utilizándolo de manera seguida”

Esta situación para la enfermera 3 es peligrosa por lo que es muy importante atenderla y no dejar que sigan los embarazos no planeados.

Igualmente se le preguntó si ella en algún momento había dado alguna plática de educación sexual pero respondió que sólo una vez le había sido solicitado por un maestro, lamentablemente para el IMSS es casi imposible perder durante un día un empleado pues las pacientes acuden todos los días para ser atendidas y una enfermera menos puede causar cierto problema, además de que al estar fuera del IMSS en su horario de trabajo puede causarle problemas laborales.

3.2 Planificación Familiar

En este apartado será importante mencionar que las 3 enfermeras entrevistadas dentro de sus funciones se encuentran el cuidar la planificación familiar de las pacientes que se atienden, por lo que su trabajo impacta directamente en las adolescentes.

La enfermera 1, como ya se mencionó, es la encargada de promover la planificación familiar dentro de la vida de sus pacientes, por otra parte fue muy clara al decir *“todo debe ser bajo la normatividad”* es decir, no puede obligar a ningún paciente a emplear algún método anticonceptivo que no desee, incluyendo el no aceptar ningún método; en el último caso es preocupante pues existen mujeres que por miedo, porque sus maridos no les dan permiso o por ignorancia, no quieren tener planificación familiar lo que las vuelve vulnerables a enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y de alto riesgo. El trabajo de la enfermera 1 es informar sobre qué métodos anticonceptivos se encuentran disponibles y cuál es el que recomienda de acuerdo a su edad y estilo de vida.

La enfermera 2 no habló como tal de planificación familiar pero sí de prevenir embarazos de alto riesgo como los de menores de 20 años y en mujeres mayores de 35 años, pues *“es importante prevenir riesgos”*. Especialmente esta enfermera recalcó la importancia de cumplir las normas y de no obligar a nadie a acceder a los servicios de planificación familiar si no lo desean. De manera subjetiva puedo señalar que me dio la impresión de que la enfermera no se conectaba emocionalmente con las pacientes y la razón podría ser que lleva más de 27 años trabajando en el IMSS, lamentablemente eso no es ninguna justificación.

La enfermera 3 estuvo en la clínica de “Carrillo Puerto” en Planificación Familiar y sus funciones especialmente era informar a los pacientes sobre su salud sexual y los distintos métodos anticonceptivos que ofrece el IMSS, lo que mencionó sobre su trabajo en esta área fue:

“en temporada de vacaciones en la clínica de Carrillo Puerto donde estuve anteriormente y se aprovechaba que en ese período se promocionaban pláticas y los que acudieran, pero no sé, no había mucha respuesta por parte del joven. No van a las pláticas, había pocos comparada con nuestra población que es enorme, entonces a veces decías tú: bueno pero si vinieron 20 está bien, de quien sabe cuántos jóvenes están inscritos en el seguro social como asegurados”

Lo anterior simultáneamente está relacionado con una pregunta que en la última categoría se mencionará.

3.3 La percepción de las enfermeras sobre las Adolescentes y su vidasesexual.

En esta categoría se plantea la información que las enfermeras proporcionaron que tiene que ver directamente con los hábitos y formas en las que ellas han observado que los adolescentes viven su sexualidad.

Comenzando con la enfermera 1, en la normatividad un embarazo en una mujer de 12 a 19 años es considerado un embarazo adolescente y de alto riesgo. Cuando atiende una adolescente embarazada, así es como ella describió vivirlo:

“he tenido niñas que desde sus embarazos sus mamás están enojadas o no vienen con ellas, normalmente las apoyan y la mayoría de las veces están ahí. He visto bebés desde la panza hasta los 5 años que los traen a vacunar, porque aquí les damos el servicio; también los adolescentes no miden consecuencias y me ha tocado niñas que entre los 15 y los 19 años tienen 3 hijos, algunas no les importa y otras sí, en ocasiones me dicen que después del tercero se quieren operar”.

Cuando describió esta situación mencionó nuevamente la importancia de la información y la planificación familiar en la vida de los adolescentes.

Para la enfermera 2 igualmente un embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado *“un embarazo adolescente”* y de alto riesgo, pero ella fue la única que no dio mayores detalles sobre el trato con las jóvenes, me parece que es por la misma razón que no se conecta emocionalmente con ellas.

La enfermera 3 fue un poco más específica al momento de hablar sobre normatividad y sobre los pacientes adolescentes, describió el carnet azul que utiliza el IMSS para clasificar a sus cuentahabientes y éste es para los que se encuentran entre los 10 y los 19 años a quienes se les ofrece desde una vacuna hasta métodos anticonceptivos; lo único que para ella representó un problema es que normalmente este grupo de población casi no se enferma por lo que no requiere asistir a la clínica y esto trae como consecuencia que los adolescentes no sepan sobre las distintas pláticas que se ofrecen o los servicios de Salud Sexual y Reproductiva que pueden tener.

De las preguntas más importantes para esta investigación hacia las enfermeras es *“¿cuál podría decir usted qué es la mayor causa por la que las adolescentes se embarazan?”*, su importancia recae en que las enfermeras son las principales operadoras de la política pública en cuanto

a la atención de los embarazos adolescentes, por lo que su opinión hacia las posibles soluciones de una situación que atienden y de cierta manera viven cotidianamente, es imprescindible para esta investigación.

La enfermera 1 respondió lo siguiente:

“Las relaciones sexuales a temprana edad; tienen relaciones muy pronto, muy chiquitos y no se protegen. Ahorita están sufriendo muchos cambios físicos y hormonales, traen la hormona loca y no conocen bien su cuerpo. Tampoco hay manera de canalizar esta energía o estos cambios hacia algo mejor. En las escuelas no hay un psicólogo que las pueda apoyar en la situación y en trabajo social sólo les dan preservativos, por ejemplo cuando vienen a medicina preventiva ¿has venido a medicina preventiva? – No-; Si ya tienen más de 12 años se les da una pequeña plática sobre cómo usar el condón y lo que puede pasar si no lo hacen, luego es muy difícil porque ahí está la mamá y pues se alarma porque le explican a su hijo todo eso. También creo que se debería abrir el panorama, creo que es mejor que traigan un condón a que no traigan nada; y también la educación sexual que les dan en las escuelas no es buena, hay mucho el problema de si los papás quieren que se les dé esa información. Aparte los adolescentes apenas traen dinero para el camión, la torta...pss ¿cómo van a poder traer un condón? Aparte como te dije, están los medios de difusión y eso hace más difícil la educación sexual. Yo creo que se les debe de hablar drástico y enseñarles la realidad, saber que tener un bebé trae un impacto en tu vida, estaría bien que les enseñaran el antes, durante y después”.

La enfermera 2 respondió que principalmente es que “no saben usar condón o no lo quieren usar”, a pesar de que en la clínica lo ofrecen a los adolescentes no lo están usando ni están siendo informados sobre lo que deben hacer para evitar un embarazo. Para ella en las secundarias y bachilleres no estaban haciendo su trabajo y citó el ejemplo de que ha atendido adolescentes que no saben usar la pastilla anticonceptiva de emergencia o que ni siquiera saben de su existencia, a lo que ella se refería como “sí no saben de eso como van a saber de los demás”.

La estrategia que la enfermera 2 propuso respecto a la posible solución para evitar embarazos adolescentes fue “Atención integral para el adolescente” y como muestra recordó que en las unidades de Santa Rosa Jauregui había un modelo de consultorio especial para el adolescente en donde se tenía como principal tarea captar su atención y enseñarles métodos anticonceptivos y lo necesario para evitar embarazos y ETS; para esto también propuso que la cultura debe cambiar, ser abierta a que los

adolescentes tengan acceso a una educación sexual para evitar los riesgos posibles.

La enfermera 3 respondió:

“La mayoría es por miedo que tienen a los mitos que hay alrededor de los métodos anticonceptivos. Yo considero que más que nada tienen miedo a usarlos por todos los mitos que hay, ‘que si tomas pastillas no vas a poder embarazarte cuando quieras hacerlo’ o ‘porque las pastillas te causan esterilidad’, ‘sí usas un dispositivo es abortivo, vas a estar abortando’, y eso no es cierto, hay muchos mitos alrededor de los métodos y tienen miedo porque en su casa tampoco hay esa información y súmale el miedo, es lo que me he dado cuenta porque en realidad a cualquier adolescente que le preguntes ‘¿habías planeado tu embarazo?’, te dicen que no, no hay una que te diga que sí, ni una me dice que sí. ‘yo no lo planeé, estaba estudiando’, y la mayoría terminan dejando la escuela, por ejemplo las de 12 o 13 años que ni siquiera terminaron su secundaria, la dejaron”.

Para la enfermera 3 la mejor estrategia para evitarlo es la participación específicamente de los padres de familia pues ellos son los que pueden llevar a sus hijos a las pláticas informativas, o pueden ser más abiertos en cuanto al tema de educación sexual. También para ella, la cultura mexicana es muy cerrada pues normalmente las familias son grandes lo que quiere decir que no existe un control prenatal es decir, los mismos padres ponen “una pared” entre la información y sus hijos y al final los adolescentes no participan.

3.4 Políticas públicas y agenda pública.

La mayoría de las preguntas realizadas a las enfermeras fueron sobre su trabajo y la relación que tiene con la normatividad que les marcan a ellas, es importante señalar que las 3 enfermeras dieron información casi igual sobre los procedimientos que deben de seguir.

La enfermera 1 atiende a mujeres desde los 15 a 35 años de edad, el área Materno-Infantil se encarga de las consultas prenatales mensuales a las que deben asistir las derechohabientes, cualquier enfermedad que pueda presentar un niño de entre el primer mes de recién nacido hasta los 5 años de edad y la aplicación de vacunas para los niños.

El porcentaje de mujeres adolescentes embarazadas que atiende es del 10%, en su mayoría de 15, 16 y 17 años; incluso mostró un resumen del mes que realiza el sistema de la clínica y durante ese mes se habían atendido 143 embarazos de los cuales 11 (7.7%) fueron embarazos

adolescentes. Como ya se mencionó, generalmente se logran pero lo más común son las complicaciones durante el parto que en muchas ocasiones no se pueden evitar debido a la edad de la madre.

En cambio la enfermera 2 fue menos específica al señalar la población que atiende y simplemente mencionó *“pacientes embarazadas y niños recién nacidos a los 9 años”* un poco contrario a lo que la enfermera 1 dijo.

Igual que la enfermera 1, la enfermera 2 mostró un resumen del mes donde se encuentra el número de pacientes embarazadas que reciben y cuántas de ellas son embarazos adolescentes. La entrevista se realizó 2 meses después de la enfermera 1, y en su resumen mostró a 150 embarazos de los cuales 12 eran adolescentes (8.0%), es decir, hubo un ligero aumento en el número de atendidas; no obstante ni la enfermera 1 y 2 especificó cuáles casos eran nuevos o seguían en consultas prenatales.

La enfermera 3 trabaja en el área Materno Infantil pero del Hospital Regional #1 del IMSS, como ya se mencionó, ella solamente atiende las embarazadas a partir de la semana 34, y las ve una vez por semana. De todas las pacientes que recibe calculó que aproximadamente 10% eran adolescente y las más pequeñas que había atendido tenían 12 o 13 años. Las adolescentes son sus pacientes más complicadas pues les falta mucha información y experiencia como futura madre y ella lo nota al momento en el que realizan preguntas, pues algunas pueden realizar preguntas muy obvias o que normalmente las mujeres más grandes no realizan. La enfermera 3 mencionó que ella considera los embarazos como *“un binomio”* por lo que las adolescentes deberían entender que ahora es su responsabilidad que la vida dentro de ellas se desarrolle bien, sin embargo como su embarazo normalmente no fue planeado es difícil que tomen en serio esa responsabilidad.

En el caso de la enfermera 1 afirmó conocer la normatividad que existe para recibir un embarazo adolescente en la clínica e hizo hincapié en tener que seguirlo al pie de la letra pues ayuda a evitar problemas. Igualmente se le preguntó sobre si estaba de acuerdo con esa normatividad y respondió: *“Si. La normatividad ya está muy trabajada, lleva implementada desde que trabajo aquí y no hemos tenido mayor problema”*. Así mismo, las posibles complicaciones que pudiera haber tenido para llevar a cabo bien su trabajo, dijo que no había tenido ninguna e incluso especifico los pasos que las adolescentes llevan a cabo hasta dar a luz y son:

“lo único es que nosotros no las atendemos durante el parto, digamos que somos el primer nivel a donde ellas llegan para poder dar seguimiento y llevar a cabo las mejores prácticas durante el

embarazo; el segundo nivel es el “Hospital Especialista” y el tercero es el Hospital General Regional #1 del IMSS, que es donde las adolescentes dan a luz. Si las pacientes no cuentan con un seguro o no son derechohabientes, se mandan al Hospital del Niño y la Mujer”.

La enfermera 2 dijo reconocer y llevar a cabo la normatividad al momento de recibir un embarazo adolescente aunque ella dio también mucha importancia a los embarazos en mujeres mayores de 35 años pues son considerados de alto riesgo igual que los embarazos adolescentes. Para ella es muy importante el seguimiento personal a cada uno de estos casos, por ejemplo, la asistencia a cada una de sus citas mensuales pues son clave en el buen desarrollo del bebé por lo que intenta animar a sus pacientes a no faltar ni posponerlas por ningún motivo. De igual manera dijo que no tenía ninguna complicación para ofrecer el servicio a sus pacientes.

La enfermera 3 también dijo conocer la normatividad al atender un embarazo adolescente pero únicamente mencionó que en el caso de los adolescentes es importante que un adulto las acompañe en todo momento por las posibles decisiones que sean necesarias tomar, pues legalmente no son consideradas mayores de edad y ellas no pueden decidir algunos aspectos.

Con respecto a las posibles mejoras que las enfermeras pudieran percibir hacia el servicio que ofrecen, la enfermera 1 mencionó el psicológico pues considera que la mayoría de las adolescentes que atiende están deprimidas por lo que debería haber alguien que las oriente y ayude a llevar este proceso; lo único que ella como enfermera puede hacer es alentarlas y platicarles lo bonito que puede ser el embarazo pero no obstante, suele no ser suficiente.

La enfermera 2 no mencionó ninguna mejora como tal pero para esta investigación es muy importante lo que ya previamente se mencionó como su propuesta de “Atención integral” al adolescente.

La enfermera 3 fue la única que mencionó una limitación que tiene al momento de realizar su atención y es la siguiente:

“como soy enfermera si yo tengo alguna duda en cuanto a la posición de su bebé no tengo la autoridad para solicitar exámenes de ultrasonido, tengo que regresarlas con su médico para que le den esa atención a la mamá adolescente, (...) solamente puedo solicitar exámenes de laboratorio si yo considero que esa paciente está anémica o tiene alguna infección vaginal, ya tengo permiso del Dr. de que yo puedo solicitarlos para llevar una mejor vigilancia”.

Esto lo considera una limitación pues se podrían recortar tiempos y agilizar citas en cuanto a cesáreas o partos.

Por lo que se refiere al conocimiento por parte de las enfermeras sobre programas de apoyo que existan para las mamás adolescentes, en la enfermera 1 era casi nulo, pues sólo sabía de uno de gobierno que no sabía el nombre pero que les daban becas de apoyo a las adolescentes y de una fundación que apoyaba psicológicamente a las jóvenes madres, sin embargo al no saber el nombre de estos programas es casi imposible que pueda orientar a las adolescentes a acceder a ellos.

La enfermera 2 no dijo como tal el nombre de un programa, solamente que en sector salud sabía que estaban listos para apoyar y ayudar durante el embarazo, pero fuera de ese apoyo no conocía ningún otro por lo que obviamente es igual de imposible que les ofrezcan u orienten a las adolescentes a acceder a alguno.

La enfermera 3 tampoco menciona conocer alguno, únicamente hizo hincapié en los programas de atención a la salud reproductiva del adolescente o el control de vacunas para el recién nacido, pero ninguno que apoye a que la adolescente “*crezca como persona*” demostrando para esta investigación que en ningún momento desde que las adolescentes se están atendiendo hasta que dan a luz, se les ofrece algún programa.

En el siguiente capítulo se mostrarán los resultados obtenidos en los dos grupos focales que se llevaron a cabo con adolescentes que ya tuvieron hijos y con las que aún no, y la explicación del motivo y los objetivos que se buscaron cubrir al realizarlos.

IV. Las perspectivas de las adolescentes, embarazadas y no, sobre la salud sexual y reproductiva

Se realizaron dos grupos focales con el objetivo de conocer la percepción de las adolescentes, de manera general, sobre el la salud sexual y reproductiva. En el primer grupo focal se invitó a participar a adolescentes que no estuvieran embarazadas ni que planearan estarlo en el corto plazo, y en el segundo a las adolescentes que previamente ya fueron entrevistadas y que ya habían estado embarazadas, esto con el fin de tener un poco más de confianza al responder las preguntas y, sobre todo, para obtener una perspectiva más compartida.

- **Primer grupo focal. Adolescentes que no tuvieran experiencia de embarazo**

En el primer grupo focal se tuvieron un total de 8 participantes con las siguientes características⁶:

Adolescente	Edad (años)	Colonia	Escuela
1	16	Centro.	Prepa Cervantes (privada)
2	17	Lomas de San Pedrito Peñuelas.	Prepa ITECA (privada)
3	15	Lomas de Casa Blanca.	Colegio Celta Internacional (privada)
4	16	Centro	Inst. Asunción Querétaro (privada)
5	15	Fraccionamiento Universo 2000.	CeCyTEQ (pública)
6	16	Palmas	No estudia
7	15	Fraccionamiento Rancho Bellavista.	Prepa Sur UAQ (pública)
8	17	Tejeda.	Tec Milenio (privada)

Cuadro 2. Fuente: Elaboración propia.

⁶ Por motivos de confidencialidad y para generar mayor confianza al momento de hablar no se le fueron solicitados sus nombres, únicamente su edad, la colonia donde vivían y la escuela a la que asistían.

Para nosotros fue muy importante que las adolescentes que participarán en el grupo focal fueran de distintas colonias, escuelas y edades; con el fin de tener diversidad de opiniones en cuanto a la relación que puedan tener con el entorno en el que se desenvuelven.

El grupo focal se desarrolló de manera fluida y tuvo una duración de 1 hora 10 minutos, aunque casi al final se tuvo que retirar la adolescente 4 y no pudo responder la última pregunta, siendo una de las que más pareció interesada en la dinámica.

Las adolescentes que participaron más y sus respuestas tuvieron mayor contenido de interés para esta investigación fueron la #1, #2, #3, #4 y #8, el resto a mi parecer no les interesaba suficiente el tema o no conocían bastante sobre él.

Para este grupo focal se prepararon un total de 9 preguntas, 2 por cada categoría de las previamente señaladas, con el fin de desarrollar discusión y resultados que pudieran aportar de manera más precisa al objetivo de esta investigación. Al final solamente se pudieron realizar 6 de las preguntas que en mi consideración fueron suficientes para que las adolescentes no se aburrieran ni tuvieran prisa por terminar.

A continuación se presenta la información más sustancial manifiesta por las participantes para cada pregunta realizada; entre paréntesis están las categorías a las que corresponden.

1. *¿Ustedes conocen los programas que de manera general buscan su bienestar, como becas, asociaciones, apoyos del gobierno? (Políticas Públicas & Agenda Pública)*

En esta pregunta la mayoría de las adolescentes no conocía ningún programa, beca o asociación que buscará su bienestar. Las adolescentes 5, 6 y 7 afirmaron no conocer ninguno ni comentaron nada más; mientras que la adolescente 2 literalmente dijo “A Gobierno no me acercaría” y sus razones fueron las siguientes:

“yo pienso que en esas situaciones se confunde mucho la igualdad, entonces si tú vas como mujer, es como los programas, mmm conozco varios programas pero sólo ayudan a mujeres de la calle, a madres solteras pero en realidad a los padres solteros o hombres de calle NO, entonces esas organizaciones es como, te hace sumisa de una forma que tú no puedes salir adelante, así es como yo lo veo entonces, yo me acercaría a un lugar donde yo pudiera ver que puedo salir adelante y no depender de los demás”

Lo que pude inferir de su respuesta a esta pregunta es que ella veía cierta maldad en los programas de gobierno; nunca mencionó ningún

programa como tal por lo que no podemos saber realmente si conocía alguno.

La adolescente 3 era una de las que más participaba a pesar de ser una de las más pequeñas, en esta primer pregunta incluso levantó la mano para tomar la palabra rápidamente y comentó que sí conocía una asociación pues ella realizaba el servicio social en una llamada “Nedeed” en donde van niñas que el DIF les quitó a sus papás para protegerlas de posibles maltratos. La adolescente 1 por su parte, señaló que también había trabajado con el DIF pero que nunca se acercaría a “ellos”, refiriéndose al DIF, pues sentía que no atendían bien a los niños y su servicio no era bueno ni completo.

La adolescente 4 comentó lo siguiente

“¿PSR?- PGR, ¿tú sabes qué servicios te ofrece?- Yo sé que ayuda, bueno, es que yo siempre pasé por ahí y siempre veo como señoras y un letrado que dice ‘ayuda para las mujeres’ y pues yo creo que van y dicen ‘mi esposo me maltrata y necesito que me ayuden a que lo saquen de la casa para poder estar bien con mis hijos’, ¡creo!”

Por su parte la adolescente 8 mencionó *“En una situación muy difícil si me acercaría porque siento que esas instituciones en parte concuerdo (con la chica #2), pero también creo que de alguna manera te podrían ayudar sabes, he ido a sus instalaciones, creo que en una cuestión de emergencia habría una atención inmediata pero yo, pensando en otras opciones, pues están mis amigos”* la actitud de la adolescente 8 fue clave para la dinámica pues fue la única de todas que se mostró más informada, más abierta a otras opiniones y hasta cierto punto parecía que ya lo había pensado o investigado un poco sobre el tema en general.

Respecto a esta pregunta fue muy poco el contenido que dieron las adolescentes aunque era la primera pregunta y probablemente iban entrando en confianza para decir lo que realmente pensaban.

- 2. ¿En algún momento has acudido o te gustaría acudir a recibir información sobre embarazos, métodos anticonceptivos y tu cuerpo en general? ¿Asistirías a una clínica del IMSS, ISSTE? (Políticas Públicas & Agenda Pública)*

Las respuestas a esta pregunta especialmente fue una sorpresa para la investigación pues casi todas las adolescentes sentían hacia estas pláticas informativas cierto *“hartazgo y aburrición”*, pues para ellas eran *“muy repetitivas”*; por ejemplo, la adolescente 8 que dijo lo siguiente: *“pues no (iría a una plática) porque realmente no es como que no sepa, aparte de que*

son como muy repetitivas, esas pláticas las vengo escuchando desde que voy en tercero o cuarto de primaria y pues ya están de más, sabes entonces, ya no lo tomas tan en serio como la primera vez, bueno yo pienso eso”.

Para la adolescente 7 estas pláticas estaban relacionadas en su escuela con *“personas de derechos humanos que han ido”* pero para ella eran *“muy repetitivas”* y específicamente habló del embarazo pues dijo que *“siempre te dicen que si te embarazas tiene malas consecuencias en tu vida pero pues no hacen que te lo tomes en serio”* para ella todo se quedaba en el aire y al final sólo era una repetición sin sentido.

Las adolescentes 5 y 6 dijeron casi lo mismo pues para ellas *“eran repetitivas y aburridas”* e igualmente las habían recibido en su escuela. En cambio, la adolescente 4 dijo que a ella le seguían dando esas pláticas pero que

“generalmente vemos cosas diferentes, por ejemplo sí hay veces que vemos métodos anticonceptivos pero nos dan como muy en específico cada enfermedad y te das cuenta de que ‘pues imagínate sí pasa eso’ yo creo que es como que sí me gusta porque así las chicas se dan cuenta y dicen ‘me puede pasar esto’, entonces como que te hacen entrar más en conciencia de que NO”.

En el caso de la adolescente 3 que era una de las más pequeñas, respondió que *“en la primaria te enseñan lo básico”* pero en secundaria se los daba una psicóloga y para ella eran temas diferentes como

“ ‘¿qué pasaría si esto?’ o te daban ejemplos en específico y te dicen ‘pues la chava tuvo que trabajar y al final tuvo que dejar su bebé en una casa hogar y así’, y también en un bimestre se trató de ‘ello’ (refiriéndose al embarazo), y pues sí eran muchos temas; yo digo que es cuando te vas formando una idea de que tú dices ‘si hago esto, mi vida puede cambiar por completo y si no lo hago pues muy bien porque así me voy a ir formando’.

Habría que considerar si los ejemplos que se proporcionan en estas pláticas realmente impactan en la educación de los jóvenes, en la creación de una conciencia responsable; o bien sólo son un mecanismo para infundir miedo sobre las “terribles” consecuencias que implica tener un bebé a esa edad.

La adolescente 2 fue la única de las adolescentes que no sólo hablo de haber recibido las pláticas en algún momento sino que dio un punto de vista completamente distinto a las demás; su respuesta fue que gracias a su hermano había conocido a algunas mujeres feministas que le habían enseñado que las relaciones sexuales van más allá de lo que todos

siempre dicen que es algo “malo”; para ella lo importante era razonar los motivos por los cuales podría ser peligroso o no muy positivo el sostener relaciones sexuales pero

“al final las personas que te decían que ‘no lo hicieras’ iban a tener que respetar tu decisión, (una piensa) ‘voy a tener relaciones o dios mío ¡mejor no! porque las enfermedades o un embarazo, mejor no, mejor estar conscientes todo y cuidarse’; digo, sí nos han dado la plática a todas pues todas sabemos las formas de cuidado y hay muchísimas como para que digamos ‘es que no porque...’, ya es decisión de cada quién. A mi sí me entró en la cabeza por mi hermano, el no verlo de una sola forma, el no sólo voltear a ver lo malo porque quizás es lo mejor que te puede pasar en tu vida y tú no lo vas a experimentar ni lo vas a saber, porque todo el tiempo estás volteando a ver lo que te puede pasar, entonces está chido que tanto nos respetemos como respetemos a esa persona y respetarnos no nada más implica el respeto a nuestro cuerpo sino también a saber las consecuencias, como cuidarlo y pues con quién también”.

Me parece que la adolescente 2 está en una gran ventaja comparada con las demás adolescentes pues en ella ha existido, gracias al entorno en el que se desenvuelve, un proceso de reflexión y de conciencia en cuanto a su toma de decisiones.

Por último, la adolescente 1 también dijo estar “aburrida” de las mismas pláticas pues siempre eran lo mismo, aunque al principio dijo que sí les tomaba mucha importancia pues “sí da miedo como enfermarte, porque así que digas una cura muy cierta para alguna enfermedad pues no hay”; refirió que para ella en la secundaria no eran nada serias esas pláticas pues los niños se reían y la mayoría de sus compañeros lo veían de manera morbosa o poco sería: “por lo que dices ‘ah chido, me puedo embarazar’, está bien”. Para ella lo más importante era que se hablara con la mayor seriedad posible “y no dudar de lo que estás diciendo” (aunque nunca dijo como tal que sus maestros dudarían de lo que estaban diciendo, supongo que a eso se refería).

Es muy importante en esta pregunta que ninguna de las participantes mencionó haber ido por cuenta propia a recibirlas a una institución pública así como tampoco hablaron sobre la influencia positiva de su familia o de algún amigo que les haya motivado a recibir alguna plática, salvo la adolescente 2 con su hermano y las amigas de él.

3. *¿Para ustedes cuál sería el ideal de esta educación sexual? Dí un ejemplo. (Salud Sexual y Reproductiva, educación sexual y métodos anticonceptivos).*

Especialmente en esta pregunta se tuvieron que dar diversos ejemplos de lo que podría ser algo distinto a una plática sobre educación sexual. La mayoría de las adolescentes dieron respuestas parecidas pero hubo mayor participación; me parece que a partir de esta pregunta hubo mayor confianza al momento de responder.

La que quiso intervenir en esta pregunta primero fue la adolescente 3 y dijo:

“pues a mí me gustaría que al principio así, a cada sexo les hablen de lo básico, pero ya después a ambos porque así ya saben qué es lo que le puede pasar a la otra persona, haz de cuenta que tienes a la novia y el novio, entonces si la novia se embaraza, entonces el chavo puede saber en qué ayudarle o la mujer a él, por lo menos estar informados y pues a mí me gustaría que nos enseñaran a la vez una psicóloga porque así ves cómo te sentirías y eso, así como también personas que hayan pasado por eso, pero por ejemplo hay personas que dicen ‘arruinó mi vida’ y también hay personas que dicen ‘cambio mi vida de buena forma’”.

Ella también comentó que en su escuela a los de “prepa” les daban un bebé a cuidar y que eso se le hacía bastante bueno pues era una práctica para saber si realmente estás listo para cuidar a un niño, e incluso dio ejemplos de cómo funcionan estos muñecos.

A la adolescente 4 le gustaría que estas pláticas se las diera alguien que ya hubiera pasado por un embarazo a su edad (este fue uno de los ejemplos que se les dieron al principio en la pregunta), lo único diferente que mencionó fue respecto a que fuera alguien de su edad o más joven quién diera las pláticas pues para ella escuchar un adulto en automático no le hace caso y si es alguien cercano, es mejor para ella.

En el caso de la adolescente 5 dijo lo siguiente:

“A mí no me gustaría que las pláticas las diera alguien que ya vivió eso, bueno yo tengo una prima que iba en la prepa y se embarazó, y pues ya ella me había dicho que sí cambió mucho su vida pues porque por una parte ya no puede estar en la escuela o con sus amigas, cosas así, pero no pasa nada”.

Las demás adolescentes levantaron la mano en el momento en el que ella intervino y al tomar la palabra defendieron que *“todo dependía de la actitud con que lo tomes pero no puedes generalizar”.*

La adolescente 6 mencionó igualmente que le gustaría que fuera alguien de su edad o que ya hubiera pasado por un embarazo quien les hablara de ello, pero que le agradaría más que fueran sus papás quienes le hablaran del tema. En ningún momento comentó que si ya le hablaban o no, pero probablemente no, por la idea que tuvo.

Para la adolescente 7 la mejor manera de abordar el tema era a través de la experiencia pues es lo que para ella le permite tener un mayor conocimiento, por lo que prefería alguien que hubiera pasado por eso y que pudiera decirle los diferentes lados de su historia.

Para la adolescente 8 este tipo de pláticas o educación sexual debe venir desde la familia ya que no le parece necesario que los maestros u otras personas intervengan, para ella es:

“que eso viene desde niños, que un niño es curioso sabes y es como que en algún momento de su vida va a preguntar ‘¿mamá cómo me tuviste?’, puede surgir esa duda, entonces siento que es como más de los papás decir, porque por ejemplo, yo conozco muchos papás que dicen ‘la cigüeña’ o ‘santa claus’ y es como ¿en serio?”.

Por lo que ella creía que la mejor manera de abordar el tema es intentando responder ese tipo de preguntas a los niños como padres, pero cuidando que sea de una manera que ellos lo entiendan, y puso un ejemplo de su prima pequeña que se acercó a preguntarle por lo que ella decidió buscar en internet cómo contárselo y lo hizo a través de un cuento, esto fue una manera muy positiva de no dejar con la duda a los niños y que para ella los papás deberían preocuparse por hacer lo mismo. Igualmente, también mencionó que le gustaría que alguien que hubiera pasado por un embarazo viniera y le platicara cómo es su vida pero también señaló que: *“me gustaría más escuchar la historia de cómo lo vivió un hombre porque es como ¿qué rollo contigo, no? y les he preguntado a mis amigos pero muchos dicen ‘yo sí respondería’, pero pues a la mera hora quien sabe”.*

En el caso de la adolescente 1 también le gustaría que fuera alguien que lo hubiera vivido y retomó un poco el ejemplo de la #8 sobre que un hombre, o la pareja en sí, fueran a platicar sobre su experiencia ya que *“el niño no se hizo solo o por creación de Dios sino también del hombre”* y además le parece importante que los padres de la pareja participen ya que ellos son al final los que apoyan o los que determinan qué es lo que va a pasar con el bebé.

La adolescente 2 comenzó diciendo que para ella habían dos puntos muy diferentes y que tenía que verlos, el primero era que a pesar de las pláticas aburridas que había recibido, le había gustado los distintos

puntos de vista que había conocido, y mencionó uno específicamente donde una persona que al parecer era del sexo masculino le había compartido que cuando empezó su vida sexual había sido *“de las cosas más padres que ha vivido”*, para ella el conocer esta experiencia le permitió quitarse ciertos miedos pues dijo que todos lo ven como *“tener relaciones nada más, embarazarte y casarte”* en vez de pensar que se pueden vivir diferentes situaciones. Sobre el segundo punto señaló:

“La otra parte esta como aterrizar las realidades, mi mamá me decía que si yo llegaba a embarazarme, a juntarme con alguien o lo que sea, volteara a ver mis posibilidades porque así como muchas personas pueden tener hijos en situaciones de pobreza y personas tan cercanas a mí lo han tenido, no es como que vayas y les digas a todo el mundo ‘¿por qué tuvo un bebé?’, o que sean tus papás y digas ‘yo salí adelante’. Yo creo que si tú lo vas a hacer con tu consentimiento está chido, hazte cargo de lo que pueda pasar, bueno o malo”.

Después comentó dos ejemplos sobre su prima y su mamá que tuvieron bebés en situaciones de pobreza extrema pero que al final ellas le dieron todo a sus hijos y nunca les faltó nada, por lo que ella solamente sabía que

“cuando empiece mi vida sexual como yo lo decida, como yo me dé a respetar y con la persona que quiera, va a ser algo bonito, eso es como lo que ya tengo planeado y a lo mejor un embarazo que no quiero ahorita o a lo mejor enfermedades que yo creo que nadie quisiera, yo sí estoy segura de que va a ser algo bonito como yo lo quiero ¿no?”.

Nuevamente la adolescente 2 demostró que el tema lo ha platicado varias veces con diferentes personas y la ha llevado a esta serie de reflexiones, lamentablemente sólo es una adolescente de las 8 que participaron.

4. *La siguiente pregunta fue: ¿ustedes qué piensan de manera general sobre los métodos anticonceptivos y si me podrían mencionar mínimo un método los que ustedes quieran, que conozcan al 100% o 90%? (Salud Sexual y Reproductiva, educación sexual y métodos anticonceptivos).*

En esta pregunta fue importante la aclaración de que fuera un método anticonceptivo que conocieran en un 90% o 100% pues como anteriormente ya habían mencionado que habían recibido educación sexual esta pregunta permitiría conocer si realmente habían adquirido por

lo menos un conocimiento seguro, fiable y verdadero sobre algún método anticonceptivo. La mayoría de las adolescentes sí mencionaron uno pero al momento de hablar dudaban sobre si sabían o no realmente.

En esta pregunta la que pareció con más ganas de dialogar fue la adolescente 3 que incluso cuando se le cedió la palabra para comenzar dudó un poco pues aclaró que ella no lo usaba pero sabía bien cómo funcionaba y era el de la “T” que resultó ser el Dispositivo Intrauterino (DIU), platicó que cuando se lo enseñaron le sorprendió bastante y le agradó la manera en que funcionaba, esa es principalmente la razón por la que aprendió como se usaba.

La adolescente 4 mencionó 3 métodos, dijo que el DIU en la escuela los “hicieron” aprendérselo, señaló que siempre les platican sobre el condón pero sobre ese tenía bastantes dudas por lo que no lo tomaba en cuenta, y también le informaron de las pastillas. En el caso de la adolescente 5 sólo dijo saber que existían dos tipos de anticonceptivos “los temporales y los permanentes” pero ninguno lo conocía al 100%. Lo mismo sucedió con la adolescente 6 quien dijo que solamente conocía a un 50% las pastillas y los demás se le habían olvidado el nombre.

Con respecto a la adolescente 7 dijo que sí conocía muy bien cómo usar el condón y que incluso

“la última vez que nos dieron una plática nos especificaron los como hoyitos que tiene las partículas, las micro no me acuerdo que eran; que el condón no es muy efectivo pues a través de las partículas, creo que eso es como lo que más, lo demás es como esto y ya, también es otro anticonceptivo y ya no es como algo que cuenten mucho”.

De la misma manera la adolescente 8 mencionó que “el condón, el parche y bueno, los dos condones pues, y las pastillas pues más bien no sí me han dicho como usarlas pero no me dan confianza, no, porque tiene efectos secundarios y una de ellas es el cáncer y bueno yo soy propensa a tener cáncer”. Es importante destacar que los adolescentes sean capaces de reconocer las posibles consecuencias que puede implicar tomar un método anticonceptivo, y por lo mismo entiendan en un momento dado el motivo por el que no deben tomarlo.

Para la adolescente 1 y 2 el mejor método y que conocían bien era el condón, mencionaron el condón femenino pero les daba miedo usarlo por lo que no lo consideraban. Cuando todas las adolescentes ya habían intervenido, mencionaron entre todas otros métodos anticonceptivos que conocían como la ligadura de trompas pero la adolescente 2 dijo “también el de que te cortan las trompas de Falopio pero ese no es bueno porque ¿sabían que se te pueden volver a juntar?”. Y como respuesta a este

comentario la adolescente 3 también dijo que el DIU “*se cierra y no te das cuenta o se te va*” por lo que a pesar de que lo conoce bien, sabe las debilidades que puede tener este método.

5. *¿Ustedes que piensan de la frase “usa condón, protégete” no sé si ya la hayan escuchado pero es parte de la campaña nacional más grande de nuestro país de educación sexual. Me gustaría saber si ya habían escuchado de la campaña y si ustedes están de acuerdo con ella? (Planificación Familiar).*

Cuando se realizó esta pregunta ninguna adolescente dijo conocer la frase o la campaña; en general sus respuestas fueron más orientadas a lo que opinaban respecto a la frase.

En esta ocasión la que estaba más interesada en participar fue la adolescente 2 quien dijo que para ella, dependía de cada quien lo que quisiera hacer, especialmente con la frase sentía que “lucraban” pues si cada quien tiene la información suficiente sobre cómo cuidarse y como tener relaciones está bien, pero no era necesario realizar toda una campaña para recordarlo, y comentó una situación que ella había vivido:

“un día mi hermano, no sé a dónde fue pero le regalaron montones de condones y mi papá es como muy reservado, si llega a ver eso es como ‘Oh Dios Mío’, entonces un día mi amigo me dijo ‘voy a salir con una chava’ y yo le regalé un condón y se me queda así viendo pero no me dijo que no el chistosito y me lo aceptó. Yo nunca lo he visto así como con morbo, entonces si yo me acerco así a una persona y para contarle ese tipo de cosas, por ejemplo mi amigo que se me ha acercado varias veces y me dice ‘oye, regálame un condón ¿no?’ y le digo sí, porque pues no es algo que yo diga ‘no manches qué onda con este tipo’, porque pues yo creo que teniendo la suficiente información, en mi caso no sé el de las demás, pues no está chido para mi ese tipo de campañas, es como lucrar con eso, por eso para mí es como decisión de los dos, de la chava y el chavo y pues que respondan a lo que vayan hacer y que lo disfruten. En buen plan ¿no?”

Con respecto a ésta y sus otras intervenciones, me parece que reflejan una postura de rechazo a cualquier programa o acción del gobierno, más que con el supuesto lucro de la campaña. Al final, la respuesta de la participante 2 permite visualizar que los adolescentes de diferentes sexos dialogan sobre métodos anticonceptivos e incluso los usan, como es el caso de sus amigos, y a pesar de que su papá sea “muy reservado” ella sigue dialogando sobre el tema.

La adolescente 3 dijo no haber escuchado de la campaña pero señaló algo importante para esta investigación: *“es cada quien o sea, como los que no quieren pues hay que disfrutarlo, o los que sí quieren usarlo pues se protegen, pero no quieren disfrutarlo o cosas así, eso ya es de cada quien, de su mentalidad y de ellos mismos, de tomar las consecuencias de tus decisiones”*. Específicamente la parte de “disfrutarlo”, es importante porque la adolescente está dando a notar que probablemente ella asocia el uso del condón como “protección” pero que no es igual a placer, aunque en preguntas pasadas ella negó rotundamente usar un DIU, en esta pregunta la asociación entre placer y protección parece ser de alguien que ya comenzó su vida sexual. Al término de su intervención no se le preguntó más sobre el tema o su asociación protección-placer pues podría anular su participación activa.

La adolescente 4 igualmente dijo que *“depende de cada quién”* pero para ella al escuchar la frase le parecía que estaban promoviendo *“ten relaciones”*;según su parecer, el promover un condón era una manera de decir a los jóvenes que tuvieran relaciones y que solamente se protegieran, cuando en realidad para ella es mejor no tenerlas, es mejor no tomar el riesgo. Me parece que fue muy clara al momento de su intervención en que ella no tenía ningún interés en iniciar su vida sexual, sin embargo eso es imposible de saber.

En el caso de las adolescentes 5 y 6 ninguna había escuchado la frase y únicamente comentaron que *“eso era decisión de cada quién y ¡ya!”*. Para la adolescente 7 era el mismo caso que la adolescente 4 pues para ella, la campaña le significaba: *“ten relaciones sexuales, no importa qué pueda pasar en tu vida, con que te protejas todo está bien”*. Desde su perspectiva no era correcto la promoción de esta frase, por lo que también mencionó un ejemplo que encontró durante una tarea de la escuela:señaló que en un proyecto en África habían logrado a través de la promoción de la abstinencia que las personas dejaran de contraer VIH, por lo que para ella esa era la mejor manera de protegerse en vez de usar un condón.

En cuanto a la adolescente 8 es importante poner la mayoría de su intervención pues fue la única de las adolescentes que aceptó haber tenido relaciones sexuales:

“Pues creo que pues ya es como decisión de cada quien usarlo o no, aparte no es como que sólo exista el condón ¿sabes?, o sea puedes no usarlo y creo, la verdad, porque a mi sinceramente no me gusta usar condón pues porque no, prefiero usar otras cosas, no está chido. Aparte porque si te conoces, si te aprendes a conocer hay como una mayor responsabilidad y seguridad de que no pueda pasar algo. Y en cuanto a la frase pues simplemente es

una campaña, es como lo más común un condón, entonces pues yo creo que por eso lo usaron, no creo que sea feminista, machista que diga perdón, pues porque finalmente es una campaña que quiere ayudar a las chavas que no tienen realmente una educación; por ejemplo nosotras nos quejamos de que desde tercero o cuarto me están dando pláticas aburridas pero pues hay chavas que no tienen ninguna educación y no tienen ninguna orientación, entonces creo que esa campaña es para llegar a esas comunidades donde no tienen nada y ni siquiera conocen el condón”.

La adolescente 8 como ya se señaló, aceptó que tiene relaciones sexuales al indicar que *“no le gustaba usa condón”*; su comentario es más válido pues es necesario haber tenido relaciones sexuales para saber que sí y que no te gusta usar.

La adolescente 1 igualmente dijo que dependía de cada persona pero para ella la última palabra la tenían ellas; si al final no quisieron usar un condón o protegerse esa era su responsabilidad, aunque también comentó que existen otros métodos pues el condón no es 100% seguro.

6. *Si tú te embarazaras en esta etapa de tu vida, hoy o digamos que tienen un mes de embarazo. ¿Les gustaría? ¿Qué harían? ¿Cómo se sentirían? Y junto con su respuesta también me gustaría saber ¿qué piensan de las chavas que se embarazan a su edad? (Adolescentes y su desarrollo humano)*

Al momento de realizar esta pregunta se buscó hacerlo de la manera que las adolescentes pudieran dar una respuesta tomando en cuenta diferentes aspectos de los que ya se habían hablado, además de qué pensarán en su entorno personal. Lamentablemente hubo respuestas como que si les gustaría embarazarse jóvenes, o que no tendrían mayores complicaciones con un embarazo. A la mayoría les fue difícil imaginarse cómo sería, pero intentaron dar una respuesta.

En esta pregunta la adolescente 3 fue la que se mostró más entusiasmada por contestar y su respuesta fue que le agradaría embarazarse y que pondría todo lo que estuviera en ella para sacar adelante a sus hijos, además de que se apoyaría en sus padres, su pareja y los papás de su pareja; también mencionó que *“sí tuviera un bebé a los 20 yo diría que no pasa nada, o sea, como soy y conociéndome, estaría bien porque mantendría la calma y no pensaría negativamente. Y lo que pienso de las que están embarazadas ahorita pues realmente no es como que me importe, ella ya sabrá, este, pues sí a mí me da igual, porque ella ya sabrá que hacer”*. De hecho, esta respuesta de no importarle las adolescentes

que se embarazan, fue similar en la mayoría de las respuestas en las adolescentes.

La adolescente 2 cuando comenzó a responder la pregunta habló del aborto, *"me han dado varias pláticas por ejemplo del aborto y he conocido como diversos contextos del aborto, uno no puede decir que matas a una vida cuando esa vida al mes ni siquiera es vida o una persona como tal. Yo no lo daría en adopción, no abortaría"* sin embargo respondiendo la pregunta, si estuviera embarazada sólo se pondría a trabajar para salir adelante. En general para ella ganar dinero para mantener a tus hijos no tiene porque ser imposible por lo que cree que podría salir adelante, con o sin el apoyo de quien fuera su pareja en ese momento. Sobre la posición que tiene respecto a las adolescentes que se embarazan también dijo que era cuestión de cada quien y que no podía juzgar, especialmente porque su mamá estuvo en una situación así.

En el caso de la adolescente 1 embarazarse a esta edad no le pareció un gran problema, excepto que estuviera en una situación económica muy difícil buscaría darlo en adopción ya que para ella existen muchas parejas que buscan un bebé y que tienen los recursos para mantenerlo por lo que buscaría una adopción abierta en donde también pudiera conocer al bebé. Y sobre su opinión sobre las jóvenes que se embarazan fue que ella no tenía derecho a juzgar y que cada quien sabía si se protegió o no.

La adolescente 8 no pudo realmente dar una respuesta sobre qué es lo que haría pero fue la única que mencionó que definitivamente una situación así intervendría en sus planes pues ella no se sentía lista para cargar con una responsabilidad, por lo que optaría igual que la adolescente 1 por darlo en adopción a pesar de que por películas que ella ha visto, sabe que es muy difícil. Acerca de su opinión sobre la segunda parte de la pregunta, mencionó que no quería dar una respuesta pues no sabía la situación de cada persona, por lo que era imposible juzgar.

La adolescente 7 comentó lo siguiente:

"Yo creo que lo más importante sería hablar con mi pareja y decir 'pasó esto' y aceptar las consecuencias, yo te diría que puedo salir adelante y que estoy bien, pero si él no quiere ayudarme pues debo de buscar la manera; yo no lo daría en adopción porque creo que tendría el apoyo de mi familia porque sé que ellos me han visto crecer y si en algún momento necesito su ayuda, sé que estarán para mí, y sí me gustaría meterme a trabajar y seguir estudiando para cada vez irme superando, creo que eso es lo que haría"

Y sobre su opinión respecto a las adolescentes que ve embarazadas solamente piensa que *"la va a tener difícil"*, para ella era muy importante

no juzgar pues no sabía si la habían violado o habría sufrido de algún abuso, así que realmente no quería opinar respecto a eso.

Las adolescentes 5 y 6 opinaron prácticamente lo mismo pues para ellas era imposible verse embarazadas a esta edad y si lo tuvieran verían la manera de cómo sacarlo adelante con ayuda de sus parejas o papás, si no pudieran con la situación buscarían darlo en adopción. En cuanto a su opinión sobre las demás ninguna quiso decir nada pues para ellas era una gran responsabilidad y *“no podrían a esta edad”*.

La adolescente 4 se tuvo que retirar en la última pregunta por lo que ya no fue posible saber qué es lo que haría.

Para esta investigación fue un poco decepcionante saber que las adolescentes piensan que si se embarazaran no tendrían problema alguno y que es posible salir adelante con el apoyo de las familias, pues esta noción tan común refleja un patrón social muy acendrado que hace que se presenten embarazos en adolescentes, en lugar de prepararse mediante la educación, para evitarlos.

A continuación se abordara la descripción del segundo grupo focal que se realizó, el cual se llevó a cabo, como ya se señaló, con adolescentes que ya hubieran tenido experiencia de embarazo.

- **Segundo grupo focal. Adolescente con experiencia de embarazo**

Quiero comenzar señalando que para la realización de este grupo focal fue especialmente complicado acordar un día para su realización pues, por sus diferentes actividades y circunstancias, era difícil conjuntar a las chicas que previamente ya había entrevistado por separado. Después de varias gestiones y cancelaciones sólo se logró que 4 de las 6 entrevistadas accedieran a asistir al grupo focal, y para que el grupo no fuera tan pequeño se buscó una adolescente más, que reuniera las características, a pesar de que no se le había realizado la entrevista previa.

El mismo día que se iba a realizar el grupo focal y a pesar de que las 5 chicas habían confirmado una semana antes, dos cancelaron debido a que una tenía un pendiente y la otra no se iba a poder salir temprano del trabajo. De cualquier manera decidí seguir con el grupo focal a pesar de contar únicamente con tres participantes. Considero que de todas formas fue bastante provechoso para esta investigación, la información que en conjunto aportaron. Las características de las participantes son⁷:

⁷De nueva cuenta, por confidencialidad se omiten los nombres y se referencian mediante números.

Adolescente	Edad (años)	Colonia	Ocupación
1	23	Hércules.	Cajera.
2	21	Villas de Santiago.	Estudiante Universitaria.
3	20	Hércules.	Ama de casa.

Cuadro 3. Fuente: Elaboración propia.

Durante el grupo focal la participación de las 3 adolescentes fue activa y en su mayoría respondieron todas las preguntas. Se planearon un total de 9 preguntas relacionadas con las categorías pero al final se realizaron 17 preguntas bajo la justificación de que había algunos temas que no se habían abordado en las entrevistas y era necesario generar un poco de discusión en el grupo. El grupo focal tuvo una duración de 43 minutos.

Cabe mencionar que se notó bastante en el contenido de las respuestas e incluso al hablar, la diferencia de madurez entre las adolescentes de este grupo con respecto al anterior, a pesar de que era poca la diferencia de edades; la más grande (joven 1) parecía tener más experiencia al momento de hablar de sus hijos y de la realidad en la que vivía; la adolescente 2 por su parte, al ser universitaria, sus respuestas eran más cuidadosas y mejor formuladas; mientras que la adolescente 3 respondía con mayor sinceridad pero un tanto dispersa pues normalmente comentaba más de lo que se le preguntaba. Definitivamente hubo diversidad en este grupo pues al final dialogaron un poco sobre sus vidas personales y tuvieron ideas encontradas sobre las situaciones que habían vivido. A las adolescentes se les invitó a contestar sólo las preguntas que ellas desearan.

Las preguntas fueron las siguientes:

1. *¿Ustedes podrían decir que a partir de su embarazo conocen más de programas públicos, becas, apoyos?* (Políticas Públicas & Agenda Pública).

Las adolescentes 1 y 2 contestaron afirmativamente y sus razones fueron casi las mismas, señalaban que *"ya que los requieres te vas a informar"*, en el caso de ellas son beneficiarias o lo fueron, respectivamente, del programa de Estancias Infantiles de SEDESOL y Bienestar Infantil UAQ, ambos son dos programas que ayudan a jóvenes estudiantes o que trabajan becando a sus hijos con descuentos en la colegiatura o en bajos precios de las estancias infantiles públicas comparadas con otras particulares.

Sabiendo que por lo menos dos de las participantes han tenido experiencias con programas públicos o universitarios se les preguntó por la calidad del servicio:

2. *¿Cómo lo ven de manera general? ¿Los ven accesibles? ¿O creen que les falta algo?, por ejemplo más apoyo. (Políticas Públicas & Agenda Pública).*

La adolescente 3 que no había accedido a ningún tipo de beca o apoyo ni tampoco había llevado a ninguno de sus hijos a una estancia si tuvo una opinión al respecto y básicamente fue que no le agradaban en absoluto las estancias infantiles porque:

"la mayoría de las guarderías en este caso tanto públicas como particulares les hace falta más personal porque ellas mismas no le ponen toda la atención a los niños, hay muchos niños que están demasiado descuidados, los mandan a la guardería y así como que pues ponte a jugar y hasta la hora que llegué tu mamá, pues ya eso es a mi lo que me molesta".

Esta opinión dista diametralmente de la manifestada por las otras dos adolescentes que afirmaron estar muy contentas con el servicio que sus hijos recibieron tanto en la Estancia de SEDESOL, como de Bienestar UAQ. En especial la adolescente 1 señaló:

"sobre el apoyo por parte de gobierno que fue SEDESOL pues hay que llevar ciertos documentos, que te dan la mitad del apoyo eso es bueno, también que fue bastante apoyo y yo, en mi caso que tengo 2, en vez de pagar de uno 1,600 pagaba el total de los dos, ya era nada más de uno con la beca, fue bastante ahorrativo, el tiempo igual de 8am a 4pm con tolerancia de 30 minutos; entonces también a mi me ayudó mucho para terminar lo de la prepa, meterme a trabajar y pues dedicarme también a lo mío, y pues a mi sí me gustó la experiencia en la estancia. Que saqué a mi niño más chico pero fue por lo mismo, la situación económica que a pesar de que estaba bien ya no podía seguirla pagando".

En el caso de la adolescente 2 dijo estar muy contenta con el servicio que ofrecían en la UAQ *"yo me voy y me quedo súper tranquila porque sé que mi hija esta bien; yo veo el desarrollo muy grande en mi hija a que si estuviera en otra guardería, así que yo estoy muy agusto en la que está".*

3. *¿Qué piensan de la educación sexual? Para ustedes ¿hizo alguna diferencia si realmente la recibieron o medio la recibieron? (Salud Sexual y Reproductiva, educación sexual y métodos anticonceptivos).*

En general las adolescentes opinaron que la información había sido insuficiente, la adolescente 2 comentó que *"vivimos en una ciudad donde eso es un tema tabú y como que hablar de eso pues no, ni en la casa, tal vez en la escuela no se habla como se debería; entonces yo creo que falta un poquito más de hablar sobre eso libremente"*. Las otras dos adolescentes opinaron que la información casi había sido nula por lo que #1 propuso que la educación sexual debería existir desde la primaria porque había observado que *"cada vez más chicas se embarazan"* (refiriéndose a la edad), a lo que la adolescente 3 apoyó la idea señalando que también los padres de familia no están abiertos a responder dudas ni hablar del tema por lo que la escuela era un buen lugar para poder dialogar y ofrecer información.

4. *¿Estarían dispuestas a que años más adelante sus hijos recibieran educación sexual en la primaria, porque pues muchas veces los papás son los que dicen "no no"? (Salud Sexual y Reproductiva, educación sexual y métodos anticonceptivos).*

Las respuestas fueron contrastantes pues si anteriormente ellas mencionaron que habría que hablar más del tema y enseñarlo desde la primaria, cuando se trasladó el ejemplo a sus vidas su respuesta fue completamente diferente; por ejemplo, la adolescente 2 dijo que sería difícil pues los niños podrían pensar *"ya me lo están enseñando desde chiquito, pueden empezar a ser sexualmente activos desde pequeños"*; mientras que las adolescentes 1 y 3 también apoyaron la idea. La 3 reforzó la respuesta *"entre más chicos más curiosos"*. Entre ellas surgió la interrogante de si ¿realmente era lo indicado? o ¿qué consecuencias traería?.

Para poder aclarar específicamente qué era entonces lo que proponían y cuál podría ser la manera en la que un padre de familiar estuviera abierto a que en la escuela primaria les dieran educación sexual se les hizo la pregunta:

5. *¿Estarían dispuestas a decir que sí, si les dieran a ellas una plática antes basada en estudios realizados con niños de esa edad? (Salud Sexual y Reproductiva, educación sexual y métodos anticonceptivos).*

Las adolescentes 1 y 3 estuvieron de acuerdo con que si les explicaban previamente a ellas de qué era lo que les hablarían a sus hijos en la escuela, accederían, pero también señalaron que para ellas, la enseñanza les correspondía como mamás, incluyendo los nombres de todo lo relacionado con su sexualidad. De esta respuesta surgió la siguiente interrogante:

6. *¿No le cambian el nombre a nada?*

La adolescente 3 dijo que no, que luego a ella *"me preguntan ¿cómo se llama esto? pechos, senos y su papá luego me dice 'no les digas eso', pero pues no, es justamente para que aprenda desde ahorita"*.

La adolescente 1 igual comentó que ella les enseña a sus hijos a hablar correctamente y a decir el nombre como es, incluso mencionó que ella se ha dado cuenta como su hijo mayor, de 5 años, empieza a reconocer su autonomía al momento de querer bañarse solo y de reconocer la importancia de *"tallarse bien"*; por ejemplo, mencionó que su hijo siempre al salir de bañar le dice *"ya me lavé bien mi pene"* y para ella no debe haber ningún apodo ni morbo respecto a su cuerpo.

7. *¿Qué piensan sobre la información que dan hoy en día sobre métodos anticonceptivos? ¿Es completa? ¿Les parece realmente accesible ya sea por un servicio de salud público o privado? ¿Les parece suficiente o se han quedado con dudas y han tenido que investigar, o es como "la verdad no sé"?* (Salud Sexual y Reproductiva, educación sexual y métodos anticonceptivos).

La adolescente 3 mencionó que después de tener a su primer bebé varias personas le preguntaron qué método estaba usando, pero ella mencionó que no estaba empleando ninguno a pesar de haberse atendido en el seguro, donde, según las mismas que le preguntaban, le comentaron que las habían obligado a usar el DIU. Para ella, no habían sido importantes los métodos anticonceptivos porque tenía acceso a la información a través de sus tías, aunque reconoció que no sabía mucho. Lo que sí pareció tener muy claro es que era su derecho como derechohabiente el recibir métodos anticonceptivos pues mencionó que:

"un día que fui a la clínica unos chavos fueron a pedir condones y la enfermera así como que 'aquí no vienes a pedir eso chamaco, cómpralo', pero pues se supone que eso es un derecho, ¿no?, y hasta se los querían cobrar, y el chavo la mando a la fregada, y pues si ¿no?, es un derecho que tiene como derechohabiente, pero

pues por ahora sí que ni que hacerle, ni meterse porque uno sale peor".

La adolescente 1 mencionó que en general sí conocía métodos anticonceptivos pero que siempre habían dudas pues cuando acudías por ellos normalmente no te explicaban bien y había que investigar en internet las dudas que te quedaban; en su primer embarazo no tenía mucha idea de los métodos pero después de su segundo embarazo se puso el DIU nuevamente y lleva 4 años usándolo. Reconoció que al haberse informado más, agendaba sus citas cuando debía de ser. Por su parte la adolescente 3 comentó tener cierto miedo pues su vecina le había contado que cuando dio a luz, le pusieron el DIU pero le dejaron una gasa adentro, lo que provocó una grave infección. Esta historia le daba terror a la adolescente por lo que el uso del DIU quedaba descartado para ella.

8. *¿Cómo debería ser la visión de planificación familiar? ¿Ustedes creen que debería ser individual, creen que el cuidarnos debe de ser una elección personal o de pareja, o simplemente si me dan ganas, o si es necesario o no? (Planificación Familiar)*

La adolescente 2 consideró que todo empezaba por uno mismo y después incluir a la pareja en las decisiones teniendo siempre presente si en un futuro deseas formar una familia. Para la adolescente 1 era exactamente lo mismo pero añadió que la importancia en planear es poder evitar futuros problemas como el divorcio, poniendo su ejemplo personal pues acababa de divorciarse. Señaló que el divorcio se puede evitar si se planea correctamente, se incluye a la familia en las decisiones, y se busca el bienestar de los niños principalmente.

9. *Para ustedes, por ejemplo, ¿en una relación de novios a quien creen que les parezca más importante protegerse?, basadas en su experiencia? (Adolescentes y su desarrollo humano)*

La adolescentes 1 y 2 reconocieron que son ellas las que más se preocupan y se preocuparon en su momento por cuidarse, lamentablemente no fue suficiente y se embarazaron, sin embargo actualmente ya se informaron más e intentan prevenir un nuevo embarazo.

En el caso de la adolescente 3 mencionó que su novio siempre se ha preocupado por ella pero con su segundo hijo todo se ha vuelto más complicado, él casi no está con ella, ni al cuidado de los niños, por lo que decidió que ya no era una decisión de pareja sino individual pues si no deseaba tener un segundo hijo y aún así se embarazo, mucho menos

quiere un tercero; literalmente dijo *"sí fue un embarazo no deseado (el segundo hijo) pero como dice mi mamá 'a echarle ganas'"*.

10. *Hay una campaña muy poca conocida, se llama "es tu derecho, protégete" del CONAPO, no sé si la han escuchado de ella ¿qué piensan sobre esa frase? (Planificación Familiar)*

En esta pregunta, la adolescente 1 y 2 difirieron en sus respuestas. Para la #2 la palabra "derecho" no le parecía adecuada pues para ella era una decisión, o incluso una obligación, donde debías decidir si tomarla o no.

Para la adolescente 1 sí era un derecho, *"claro que tienes derecho! y tienes derecho a protegerte, nadie te puede decir nada más que nada es eso, te alienta a hacerlo sin censura, o sea es tu derecho y es tu decisión"*, y para ella era un derecho que no sólo era de los hombres, sino también de las mujeres.

11. *¿Qué piensan sobre el aborto? ¿Están de acuerdo, están en contra? ¿A favor en ocasiones? (Políticas públicas & Agenda pública)*

Todas las adolescentes en esta pregunta coincidieron en la respuesta manifestándose en contra señalando sólo algunas excepciones. En el caso de la adolescente 2 comentó que de manera general no estaba de acuerdo con el aborto pues

"yo por mi, que tengo una hija, digo que no al aborto porque hay una carga de sentimiento extra, y pensar cómo deshacerme de ella, pues como que no, pero creo que existen casos en los que podría ser necesario. Por ejemplo, una violación, o de una niña de 12 años como hubo un caso de una niña de 12 años en Perú o no sé donde, y no le permitieron que no abortara, entonces yo creo que en esos casos pues sí son necesarios".

De la misma manera, las adolescentes 1 y 3 dijeron estar de acuerdo sólo en ciertos casos. La adolescente 1 especificó que en caso de violación ella estaría de acuerdo, pues al final será un niño que no va a ser amado ni querido y se puede convertir en una persona que va hacer lo mismo; *"pero si sólo te embarazaste porque no te cuidaste, es necesario hacerte responsable de tus consecuencias"*, y mencionó su ejemplo personal:

"con el primero la verdad me espanté y debo reconocer que fue una opción, lo pensé, así entonces ya hablándolo con mi mamá y el papá de mi niño, fue algo que me dijeron: te vas arrepentir, y

después de ver ciertos videos, ciertas experiencias, de ver lo mal que se sentían, y yo decía 'no me voy a sentir así', pero ya que lo vives pues debe ser diferente, y dije 'mejor no me arriesgo', entonces en mi caso y si volviera a tomar la decisión, lo volvería hacer, que fue lo que pasó con mi segundo bebé, con Santi, que dije no me lo esperaba y a pesar de todo aquí está".

La adolescente 3 agregó que cuando la vida de la madre o el bebé corrieran peligro ella estaría de acuerdo por un aborto seguro.

12. *¿Qué piensan sobre las penalizaciones?, por ejemplo aquí en Querétaro, si alguien aborta ya sea por accidente o intencionalmente provocado, la metan a la cárcel. Ustedes están de acuerdo con eso?: "ya abortó, hay que meterla a la cárcel" o ¿ustedes preferirían una multa?* (Políticas públicas & Agenda pública)

Para las 3 adolescentes, la penalización con cárcel era demasiado para una mujer ya que después de abortar existía una carga emocional, lo que para ellas era suficiente. Las tres concordaron en que los médicos eran clave en este problema y a ellos sí se les debería penalizar, ya que no es correcto que realicen un aborto después de que se tienen ciertas semanas.

13. *¿Qué piensan sobre los derechos?. ¿No sé si por ahí escucharon que estaban juntando firmas para la Norma de derechos sexuales de adolescentes y niños? ¿qué piensan sobre estos derechos en donde dice que tienes derecho a vivir tu cuerpo y que se está planteando se enseñen en la escuela?, ¿ustedes sí están de acuerdo con eso?* (Políticas públicas & Agenda pública)

Las adolescentes 1 y 2 estuvieron de acuerdo con la enseñanza de estos derechos siempre y cuando se mencionen las responsabilidades y consecuencias a los que se atienen; especialmente la adolescente #1 dijo que era importante decirles *"oye sí, adelante! pero ten cuidado porque pasa esto, toda consecuencia, toda decisión tiene una consecuencia, y estas son las responsabilidades"*.

Las tres participantes al realizar esta pregunta manifestaron reacciones contradictorias pues si bien previamente habían hablado de toma de decisiones y la importancia que tenían éstas, sin embargo, al trasladar el ejemplo de nueva cuenta, a cómo lo podrían vivir sus hijos, su respuesta no cambio, pero su expresión facial denotaba que les costaba poder decir que sí, a que sus hijos accedieran a estos derechos.

14. *Los hombres, o sus parejas, o sus novios, ¿en algún momento viven de igual manera su embarazo? o sea por ejemplo: ustedes se embarazaron pero ¿consideran que los hombres lo vivieron igual que ustedes?* (Adolescentes y su desarrollo humano)

Esta pregunta se realizó con el objetivo de poder comparar la manera en la viven la maternidad las adolescentes y los papás de sus bebés, ya que en general el embarazo se suele dar en una situación de noviazgo y no precisamente de un matrimonio. A esta pregunta las adolescentes 1 y 2 tuvieron respuestas parecidas (para efectos de poder comparar se citará exactamente lo que dijeron).

La adolescente 2 señaló que *"yo creo que no se compara como la carga emocional que traes por las hormonas y los cambios en tu cuerpo, además como es tu apoyo porque estás embarazada y como en ese proceso, no me sentí como que él estuviera al 100 conmigo"* en general ella creía que el hombre como no se embaraza realmente no puede sentir lo que tú estás sintiendo y no tienen el proceso completo.

La adolescente 1 fue la que describió más a detalle su sentir con respecto a como ella había vivido la situación y describió que

"al principio a lo mejor sí porque es así como 'un bebé y esto', pero después con el tiempo, las desveladas y eso, ya no se involucró tanto, fue más como 'eso te lo dejo a ti porque ya sabes, porque tú eres la mamá'; yo me sentí incomprendida en muchos aspectos como 'no pues, yo no puedo hacer nada', y él en cambio 'voy con unos amigos', entonces no me sentí de la misma manera, en mi caso, de mis embarazos, fui yo y mi mamá las que nos hicimos a cargo y hasta la fecha todavía, los embarazos son míos y los niños igual".

Al final de su intervención pidió disculpas por sonar grosera pero para ella no había apoyo alguno en el papá de sus niños, situación que le generaba frustración y decepción.

Al contrario de las adolescentes 1 y 2, la #3 declaró no haber tenido síntomas en su primer embarazo e incluso afirmó que el que la había pasado mal había sido su novio, pues él era el que se la pasaba con náuseas, antojos y quería dormir todo el tiempo; ella misma aceptó que se le hizo raro pero para ella estuvo bien, pues al final fue una experiencia en conjunto. En el caso del segundo bebé sí sufrió un poco más ella, por ejemplo, en el parto, pero no tuvo queja alguna tampoco de su pareja.

15. *¿Qué piensan de las chavas menores de 19 años que se embarazan o ya han tenido bebés?* (Adolescentes y su desarrollo humano)

En general las tres adolescentes tuvieron la misma opinión. Para la adolescente 2 todo dependía de la madurez que tenga cada una "pues a veces las ves y que está bien, y que pues piensan bien por sus hijos, y conoces a otras que no sabes cómo pueden tener un hijo y ser responsables de él". Para ella es importante crear conciencia, pues si bien consideraba que no era incorrecto tener hijos tan pequeñas, reconocía que sí truncaba muchos planes que probablemente en algún momento las adolescentes tienen, y, en ese sentido, lo mejor que podría hacer una persona era planificar su vida y prioridades, si aún así quería o tenía un bebé, debería poder hacerse cargo de él y tener la madurez; sino, ni siquiera tenerlo.

En esta pregunta la adolescente 3 no la respondió exactamente pues mencionó un ejemplo que poco tenía que ver sobre una amiga más pequeña que ella de 13 años a quien le resolvía todas sus dudas sobre educación sexual y bebés, o por lo menos eso dio a entender; sin embargo, a pesar de su ejemplo vago también mencionó que dependía de cada caso y de cada persona pues había mujeres de 25 años con más de 2 hijos que no tenían la menor idea de lo que estaban haciendo, por lo que dependía directamente de la mentalidad de cada quien.

Para la adolescente 1 también dependía de cada persona pues señaló que "ves de todo, chicas más chicas que tienen más madurez y otras que las ves, y tú dices tienen 26 años y todavía andan en las fiestas, que en los bares, o sea no es responsable en el sentido de sus hijos". Para ella era importante la madurez de la mujer y también aclaró que en sí no recomendaba que se embarazaran chicas, pero a pesar de eso seguía dependiendo de cada quien.

16. *Antes de embarazarse, me pudieran decir en un porcentaje aproximado ¿hasta qué punto conocían lo relacionado con su cuerpo y el del hombre?* (Salud Sexual y Reproductiva, educación sexual y métodos anticonceptivos)

Esta pregunta tiene especial relación con la manera en la que recibieron educación sexual y se les pidió asignar un porcentaje para poder ser más precisos en el nivel del conocimiento. La adolescente 2 mencionó que en un 70%; la #1 aproximadamente un 25% comparado con lo que sabe actualmente; y la #3 dijo que no sabía exactamente pero que consideraba un 50%. En esta pregunta olvidé preguntar si se referían a su cuerpo o al del hombre o ambos el porcentaje que respondían, pero por sus respuestas me parece que se referían únicamente a su cuerpo.

17. *¿Cuál sería la causa por la que se embarazaron? ¿el método falló? ¿amor?* (Adolescentes y su desarrollo humano)

Para esta investigación esta pregunta es crucial para el conocimiento y desarrollo del problema. No se había abordado durante las entrevistas pues estaban diseñadas para que al final las adolescentes describieran su situación personal y poder visualizar la razón por la cual se habían embarazado, sin embargo, en esta ocasión sí se decidió tocar por el nivel de apertura al momento de responder, incluso al ser la última se sorprendieron favorablemente y si hubiera habido más, para ellas hubiera estado bien.

Durante esta pregunta todas las adolescentes rieron nerviosamente y por ejemplo la adolescente 2 dijo *"yo siempre me había cuidado y tomado precauciones, entonces un día me valió y con esa única vez fue suficiente"*. Por su parte la adolescente 1 comentó *"yo la primera vez fue cuando quedé embarazada, entonces fue falta de información, es de esas veces que te vale y dices 'es la primera vez, no va a pasar nada' pero pues a mí me pasó, y yo fue así como de 'bueno no conocía y pasó'"*. En el caso de su segundo embarazo como lo dijo en la entrevista fue *"exceso de confianza"* ya que traía el DIU pero al final no funcionó. Para sorpresa, la adolescente 3 dijo *"lo mío sí fue por amor, de hecho planeamos que fuera niño, investigamos para que fuera niño"*, para su segundo embarazo mencionó que definitivamente no fue deseado y comentó varias veces que había sido muy pesado y doloroso el segundo parto.

Sus respuestas me sorprendieron en cierta medida debido a que yo creía que la mayoría de los embarazos adolescentes eran por falta de información sobre métodos, nula salud sexual y reproductiva o en los peores casos, por haber sido víctimas de alguna violación, sin embargo, la mayoría de las adolescentes entrevistadas sugirieron o afirmaron que su embarazo fue por un mero descuido, a excepción de la adolescente 3 quien señaló que lo planeó. El conocer el motivo por el que la mayoría de las adolescentes se embaraza debería de ayudar a complementar los distintos temas que debe de tocar la educación sexual integral, pues si bien las adolescentes conocen de métodos anticonceptivos y los han empleado (véase pregunta 7 y 9), al momento de tener relaciones sexuales deciden no usarlos; esa decisión de segundos puede cambiar su vida.

Esto me lleva a pensar que, aunque las adolescentes tengan acceso a información y acceso a métodos, en su conducta sexual suele pesar más el momento que están viviendo; en la educación faltaría una formación más reflexiva de las implicaciones que se tienen con un embarazo y no sólo brindar datos para cubrir metas. Asimismo, considero que haría falta

conocer el porcentaje de casos a nivel mundial, nacional, estatal y municipal donde las adolescentes a pesar de su corta edad, ya estén pensando seriamente ser madres y que las motiva a ello.

Ambos grupos focales ofrecieron información fundamental para poder realizar una comparación completa sobre lo que viven las adolescentes que no tienen bajo su responsabilidad el cuidado y la educación de un niño, con las que tienen incluso dos niños a su cargo y tienen otras responsabilidades extra, además del vivir su vida e intentar realizar su proyecto de vida. En el siguiente capítulo se buscará ahondar en esta comparación a partir de los resultados y en la serie de propuestas se espera salgan de esta investigación.

Reflexiones finales para la prevención y reducción del embarazo adolescente en México.

Cuando empecé esta investigación tenía la esperanza de encontrar resultados diferentes, de hallar en los motivos por los que una adolescente se embaraza, la ignorancia o la poca información a la que podían acceder, y lamentablemente no fue del todo así. Me parece que las realidades en las que vivimos cada persona suelen llevarnos a situaciones que probablemente nunca quisimos desde un principio y que nuestra educación, valores y carácter nos ayudan a sobrellevar y tomar decisiones correctas o que al principio lo parecen, pero no lo eran. El embarazo adolescente sigue siendo un problema que nos incube a todos por las repercusiones sociales que conlleva, y los padres de familia debieran de estar preocupados por prevenir, sin embargo parece ser que existe una persistente falta de interés por la educación y el desarrollo de sus hijos.

Durante este tiempo del desarrollo de la investigación me di a la tarea de leer sobre todo aquello que pudiera estar relacionado con la manera en la que un adolescente vive su sexualidad, y salieron temas como el embarazo, aborto, el uso del condón, el agotamiento de las campañas mediáticas y cero productivas del gobierno e incluso de algunas asociaciones; también me di cuenta de que el tema se relacionaba con feminicidios de adolescentes embarazadas, restricciones hacia los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, y con presiones recurrentes tanto de grupos sociales muy conservadores (iglesia católica y grupos de derecha) como de otros actores sociales (diputados, senadores, padres de familia) para limitar y/o castigar el desarrollo de una salud sexual sana en los jóvenes.

Considerando los objetivos que al principio me había planteado enunciaré los resultados de manera comparativa entre lo que señala la teoría, la academia, como el "ideal" de atención a los adolescentes, lo que plantea el Estado discursivamente y lo que lleva a cabo, contrastándolo con la información por parte las enfermeras, la realidad que viven día a día las adolescentes que no han tenido hijos, las que están embarazadas, y las que ya tienen un hijo.

Finalmente pretendo ahondar en el cumplimiento de los objetivos que me propuse y enunciar una propuesta nacida de la conjunción de ideas que las mismas adolescentes mencionaron, de la lectura y la consulta de los parámetros de atención de otros países, de los programas de asociaciones en nuestro país, y de alguna idea que seguramente alguien ya propuso pero que podría venderla como nueva pues no se ha realizado.

La primera categoría es "*Políticas Públicas & Agenda Pública*", en la que consideramos a la política pública como la intervención deliberada del Estado en conjunto con la ciudadanía en la atención de un problema de interés público. Esta intervención deberá estar conformada por un diagnóstico profundo, objetivos, acciones estructuradas, estables y sistemáticas, metodología e indicadores que ayudarán a llevar a cabo la implementación y posteriormente la evaluación de la política pública.

La agenda pública por su parte es el proceso de selección y conjunto de temas o problemas públicos que la sociedad en general, las minorías y/o grupos de poder, colocan dentro de las prioridades que tiene el Estado por atender, trayendo como beneficio la creación de políticas, programas, estrategias y destinación de presupuesto que ayudarán a su resolución, o cuando menos servirán para contener un poco el problema.

Las preguntas que se realizaron iban enfocadas principalmente al grado de conocimiento de las adolescentes sobre programas públicos, becas, apoyos, entre otros que provinieran principalmente de gobierno. Los resultados que hubo con respecto a esta categoría fueron decepcionantes pues de las adolescentes que ya son mamás, el 100% no conocía ni le ofrecieron ningún servicio, apoyo, beca o programa en el lugar donde se atendieron, solamente algunas de ellas fueron beneficiarias pero a partir de investigar y/o preguntar, sin que realmente exista un trabajo interinstitucional y colectivo oficial con el fin de que las adolescentes reciban una atención integral, como manifiesta el Estado discursivamente.

Sobre la manera en la que las atendieron en el Hospital tanto público como privado, casi el 90% no tuvo ninguna queja al respecto del servicio que se les brindó, aunque habría que destacar que, de acuerdo a lo que se relato en las entrevistas y en el grupo en este punto específico, la atención vario bastante de una adolescente a otra, a pesar de que la mayoría se atendió en el mismo hospital. Es posible suponer que esto se debe directamente a la atención que brinda el personal de salud y que depende de quién le tocó a cada adolescente. Como se detectó en el grupo con enfermeras, hay algunas de ellas que dejan mucho que desear en su actitud de atención, mientras que otras, si actúan de manera comprometida. Seguramente las que no se quejaron tuvieron una buena atención por parte de las enfermeras. Cabe reiterar que éstas, son primordiales en la operatividad de los programas pues como se explicó previamente, son las que están en mayor contacto con las adolescentes durante el proceso.

Las políticas públicas y la agenda pública en teoría contemplan la calidad de las diferentes acciones que nacen de ellas. En este caso el

servicio de salud sexual y reproductiva que ofrecen es casi imposible de medir, pues como derechohabiente los mecanismos para la evaluación de su atención son casi nulos o inexistentes, añadiendo que las adolescentes muy probablemente dada su poca experiencia y madurez, no son capaces de emitir una queja como tal.

Igualmente es importante reconocer que el 90% de las adolescentes entrevistadas llevaban a sus niños a estancias infantiles, ya que debían trabajar o estudiar o ambas. Este servicio de estancia fue catalogado como muy importante dentro de su desarrollo humano ya que les permitía poder realizar sus actividades y que sus hijos contarán con una educación y actividades adecuadas. Los programas que resaltaron dentro de la investigación son:

- Programa de Estancias Infantiles para apoyar a madres trabajadoras de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Este programa busca atender a madres, padres solos, tutores o cuidadores cuyo ingreso per cápita no rebasa la línea de bienestar y no tienen acceso a un servicio de cuidado infantil.
- Estancia infantil Bienestar UAQ, de la Universidad Autónoma de Querétaro. Este servicio tiene como objetivo coadyuvar en el apoyo a madres estudiantes para generar un mejor desempeño académico brindando un adecuado servicio de estancia infantil que permita generar tranquilidad.

Podría definir ambos programas como exitosos en la atención a una necesidad que el 100% de las adolescentes entrevistadas requería; aunque cabe señalar que este servicio es solamente de atención, es decir, que en realidad no está previniendo embarazos adolescentes, sino que sólo está ayudando a que las mujeres que tuvieron hijos a muy corta edad y que no tienen los suficientes recursos para poder trabajar y al mismo tiempo pagar un servicio de cuidado infantil, lo tengan.

Cuando se les preguntó en conjunto a las adolescentes su percepción sobre estos programas, en general hubo aceptación por ellos y buenas referencias sobre la calidad del servicio; asimismo también comentaron que realmente no se hubieran dado a la tarea de conocer y de investigar sobre los programas, si no los hubieran necesitado.

Sobre el mismo tema, en el caso de las adolescentes que no tenían hijos, el 80% afirmó no conocer ningún programa de apoyo por parte del Estado para su desarrollo, mientras que el 20% restante indicó que sí conocía alguno, pero dio malas referencias. Podemos inferir que tanto las adolescentes que ya son mamás, las embarazadas y las que todavía no, a pesar de que en su mayoría en algún momento de su vida estudiaron o lo continúan haciendo, coinciden en lo general en señalar que no les llega

del todo la información y no tienen la menor idea de que pueden acceder a algún apoyo institucional si así lo requieren.

Por otro lado, el 100% de las enfermeras conoce perfectamente los procedimientos, las normas y qué se debe hacer en caso de que surgiera alguna situación con alguna paciente adolescente. También confirmaron lo que las adolescentes comentaron con respecto a que no se les habían ofrecido alguna otra ayuda, servicio o programa; según su decir: será imposible que se los ofrezcan, si ellas mismas no los conocen. Nuevamente se refleja una carencia de trabajo interinstitucional.

Un dato significativo con respecto al número de pacientes embarazadas que atiende en promedio, es el de que, alrededor de un 10% cada mes del total de embarazadas, son adolescentes. También pudimos constatar el hecho de la importancia de la consulta prenatal pues tanto las enfermeras como las adolescentes embarazadas mencionaron su trascendencia, e incluso alguna enfermera mencionó que en caso de que la paciente no asista se le contacta inmediatamente por teléfono.

A las enfermeras también se les preguntó sobre las posibles complicaciones que ellas tenían para realizar su trabajo, y la mayoría mencionó que por el momento todo el material y recursos los tenían; sin embargo sí reconocieron que es necesario una atención más integral para las adolescentes, es decir, además del servicio de salud es indispensable que tengan acceso a otros servicios como el psicológico, talleres que mejoren su calidad de vida, etc, y el poder tomar decisiones por sí mismas con el fin de reducir procesos burocráticos. Ambas propuestas me parecen fundamentales para la atención de embarazos adolescentes ya que puede traer beneficios, como la resolución de alguna complicación rápidamente o prevenir nuevos embarazos, y poder detectar problemas de salud o personales que estén afectando a la adolescente.

Teniendo en cuenta la información obtenida se realizó un cuadro sintético donde contrastamos los objetivos que las políticas públicas se han planteado con respecto al impacto de los programas que nacen de ellas, y el cumplimiento que se manifestó por parte de nuestras. Reconocemos que el número de personas entrevistadas y asistentes al grupo focal pueden no ser significativas numéricamente sin embargo no dejan de ser significativas sus respuestas y tienen cierto grado de representatividad de la diversidad existente.

Objetivos de Políticas Públicas.	
Programa	Cumplimiento
Plan Nacional de Población 2014 – 2018 (Líneas de acción).	
La política debe estar articulada con las acciones públicas en los campos de desarrollo socio-económico, combate a la pobreza y a la desigualdad con la inversión en el desarrollo humano de las personas y la protección del medio ambiente.	Es evidente que no existe un trabajo interinstitucional como tal. La información no se otorga ni se ofrece en las diferentes instancias donde acuden las adolescentes lo que impide un conocimiento de éstas de sus derechos y refleja que no existe un trabajo integral por parte de las instituciones pues cada quien hace lo que puede desde su perspectiva.

En la segunda categoría "*Salud Sexual & Reproductiva, educación sexual y métodos anticonceptivos*", entendemos la salud sexual como: aquel estado de bienestar físico, mental y social que deberá permitir a las personas tener una vida sexual plena, responsable y siempre apegada a una planificación familiar, uso de métodos anticonceptivos y cuidados de la salud en general. Mientras que la educación sexual la consideramos como aquella que tenga por objetivo potencializar los conocimientos y capacidades en torno a la sexualidad de cada individuo, y que involucre una base de valores como el respeto, el amor, la responsabilidad y la tolerancia, incluyendo sus derechos sexuales y reproductivos. En el caso de los métodos anticonceptivos son aquellos procedimientos que el ser humano puede llevar a cabo para impedir la fecundación y pueden también implicar la protección de ITS.

En esta categoría el 100% de las adolescentes que ya son mamás y que participaron en la investigación, señalaron con respecto a su salud reproductiva que sí recibieron instrucciones sobre cómo cuidarse y las atendieron una vez al mes; esto tiene una relación directa con el cumplimiento del Objetivo del Milenio #5 "Mejorar la salud materna", mencionado en el primer apartado, es decir, el Estado mexicano tal parece que sí cumplió ese compromiso brindando consulta prenatal cada mes. Esta acción además de prevenir futuras muertes ayudó a las adolescentes a tener un seguimiento completo durante sus embarazos, les brindó seguridad y tranquilidad por lo que es una acción del Estado que hasta el momento podríamos catalogar como exitosa.

En el caso de las adolescentes que no son mamás realmente no se hizo una pregunta específica sobre su salud sexual y reproductiva, pero es

posible tener una noción dado que el 100% de las participantes manifestó que por lo menos conocían algunos aspectos relacionados con su sexualidad y la del sexo opuesto.

Sobre este aspecto las enfermeras señalaron de manera unánime que conocían todos los aspectos que debían de cuidar en una paciente adolescente embarazada, además mencionaron que atendían todas las dudas que las jóvenes manifestaban. Aunque nuevamente debemos señalar cierta inconsistencia pues si bien ellas lo indicaron, contradictoriamente, algunas de las adolescentes se quejaron del servicio sobre este aspecto. Dado que son las usuarias del servicio las que se quejan, consideramos que las acciones que impactan en la SSyR de las adolescentes no se está llevando a cabo de manera adecuada.

La educación sexual que recibieron el 100% de las adolescentes que ya eran mamás fue casi nula, evidentemente clases de biología y pláticas en la escuela no tuvieron el impacto esperado y parece que sólo se llevan a cabo para cubrir un requisito. Casi el 70% de las participantes en la investigación mencionó que dichas pláticas no fueron muy abiertas ni claras en sus contenidos. El 100% también coincidió en que deberían ser más dinámicas, y en la sugerencia de que las dieran personas con experiencia y que propiciaran su interés. También se destacó que es común que los padres de familia normalmente no desean hablar sobre esos temas, e incluso algunas se niegan a que sus hijas reciban tales enseñanzas. Es importante destacar que ninguna de las adolescentes habló sobre alguna educación sexual en su hogar, es decir esta tarea está recayendo prácticamente en el Estado.

Las adolescentes que no son mamás por su parte, afirmaron en casi el 90% de los casos estar "hartas" de la información, de las pláticas y de los cursos ya que la mayoría son repetitivos y normalmente no les explican bien; incluso mencionaron sobre el tema del embarazo y sus posibles consecuencias que para ellas no era un gran asunto; es decir, no han tomado ninguna conciencia de las implicaciones que tiene el embarazarse. Coincidentemente con las adolescentes que ya son mamás, señalaron en más del 80% que definitivamente le gustaría que las pláticas de educación sexual las diera alguien con experiencia, agregando la sugerencia de que las impartiera alguien joven, más cercano a sus intereses, gustos y afinidades. Consideramos que este punto debería tomarse en cuenta al momento de designar a la persona que impartirá la educación sexual en las escuelas.

Por su parte para el 100% de las enfermeras abordadas la educación sexual debía contar con información real y fidedigna además de que el objetivo debe ser que los jóvenes realmente aprendan qué métodos

anticonceptivos hay, cómo deben de cuidar su cuerpo, etc.. Queda claro que no hay coordinación alguna entre las instituciones de salud y educativas para brindar pláticas y conocimientos de educación sexual a los jóvenes. Tal parece que los maestros todavía no están completamente preparados para dar este tema en las escuelas y que por su parte, las enfermeras intentan ofrecer información desde su clínica u hospital y esto se vuelve complicado porque no todos los adolescentes cuentan con un seguro médico y no asisten con regularidad a su clínica.

En el caso de los métodos anticonceptivos fue sorprendente que de las adolescentes mamás entrevistadas, el 90% declaró que empleaba un método anticonceptivo antes de embarazarse por lo que seguramente el método falló, o no lo usaron en el momento. Cuando se les preguntó en conjunto en el grupo focal, el 90% dijo que su embarazo fue por una decisión momentánea, de un exceso de confianza.

Para las adolescentes que no son mamás, no más del 70% mencionó que solamente conocía al 90 o 100% un solo método anticonceptivo, a pesar de que estaban "hartas" de las pláticas, igualmente no eran capaces de conocer plenamente mínimo dos o tres métodos anticonceptivos.

Esto es especialmente importante pues para el Estado sigue siendo una tarea el que los adolescentes conozcan y tengan acceso a cualquier método anticonceptivo, sin embargo será difícil que los empleen bien pues al final no tienen bien claro cómo se usan ni las consecuencias que tienen en su cuerpo.

Al hablar de métodos anticonceptivos todas las enfermeras mencionaron que efectivamente les informaba a sus pacientes de la disponibilidad de ellos y que era su derecho el poder utilizarlos, pusieron mucho énfasis en que *"no obligaban a nadie a usarlos"* a pesar de que varias adolescentes mencionaron que casi casi las obligaban y no se mostraban muy contentas por la manera en la que se los habían enseñado. El que las enfermeras ofrezcan el servicio de métodos anticonceptivos coincide completamente con las principales acciones que las políticas públicas han establecido aunque siguiendo bastante deficiente la calidad del servicio y su accesibilidad a ellos, pues en el estudio sólo el 20% de las adolescentes comentó que sí estaba usando un método y la mayoría no sabía a dónde acudir a recibir información ni se había decidido por cual emplear exactamente.

Objetivos de Políticas Públicas.	
Programa	Cumplimiento
Plan Nacional de Población 2014 – 2018 (Líneas de acción).	
Instrumentar mecanismos de atención de las necesidades de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en zonas rurales.	Efectivamente los adolescentes reciben esta atención pero sigue siendo únicamente posterior o durante un embarazo, no de prevención. Aunque cabe aclarar que el programa se refiere a zonas rurales y la investigación se realizó en área urbana
Apoyar acciones de prevención de embarazos adolescentes mediante la difusión de información sobre conductas y riesgos en esta población.	Son casi nulas las acciones de prevención pues la educación sexual integral casi no existy mucho menos es atractiva para los adolescentes.
Atender de manera efectiva y oportuna la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos para prevenir embarazos entre la población adolescente y joven.	Se puede inferir que continua un porcentaje significativo de demanda insatisfecha, asociada además a nulaformación de la manera correcta de emplearlos. El servicio de salud sigue atendiendo únicamente a los adolescentes que asisten a la clínica y los que no, se quedan sin información.

Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018 (Líneas de acción).	
Impulsar la implementación del Modelo de atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes en instituciones públicas.	Las enfermeras en ningún momento hablaron de este modelo e incluso sugirieron una atención integral a pesar de que en el PAE mencionan a Querétaro como uno de los estados que forman parte de la prueba piloto.
Promover la educación integral en sexualidad en coordinación con	La mayoría de las adolescentes tuvieron una educación sexual casi

diversas instancias de la SEP.	nula por lo que no se está cumpliendo.
Capacitar al personal de salud en aspectos técnicos basados en evidencia científica y en las mejores prácticas.	Esto tiene directa relación con los métodos anticonceptivos y efectivamente las enfermeras conocían perfectamente los métodos que existían en la clínica y afirmaron ofrecerlos aunque algunas adolescentes calificaron negativamente este servicio.

En la categoría de "*Planificación Familiar*" que nosotros entendemos como el conjunto de estrategias basadas en los derechos humanos de los individuos, para promover decisiones libres, conscientes y sustentadas en valores sociales respecto al número de hijos que cada individuo deseetener, el 100% de las adolescentes mamás entrevistadas en ningún momento se refirió a ella, ni hubo un reconocimiento como tal de aplazar un embarazo o el esparcimiento de los hijos, pero cuando en conjunto se les preguntó sobre la noción que para ellas representaba se indicó casi de manera unánime que era una decisión individual y que recaía más en ellas, que en los hombres. Esto tiene una clara relación con lo que el Estado en sus políticas públicas plantea donde se observa un cambio de perspectiva de la planificación familiar a través de los años, de una decisión en pareja a una decisión individual.

Las adolescentes que no son mamás negaron haber escuchado sobre alguna campaña de planificación familiar e incluso no reconocieron el término como tal, por lo que esto se suma a la realidad de las campañas gubernamentales que no están llegando a los adolescentes, no están consiguiendo que se tome conciencia de la prevención de alguna ITS o de un embarazo no planeado.

Sobre el punto, nuevamente el total de las enfermeras coincidió en que su trabajo era ofrecer pláticas sobre planificación familiar a las pacientes, esto con el objetivo de reducir embarazos no deseados y aplazarlos pues era un "peligro" para las pacientes embarazarse tan pronto. Sin embargo, esta vez por lo menos una de las enfermeras reconoció que la información no está saliendo de la clínica y que los adolescentes no asisten a informarse ni muestran mínimo de interés por aprender e incluso mencionó el papel negativo de los padres de familia pues ellos son los primeros en bloquear que sus hijos aprendan sobre planificación familiar. Esto nos lleva a reconocer la importancia del círculo de interacción entre los actores que inciden en el problema del embarazo

adolescente, los padres siguen siendo componentes cruciales para que sus hijos reciban o no información sobre educación sexual integral y/o planificación familiar.

En cuanto al cumplimiento de las políticas públicas debemos aclarar que si bien el PAE no plantea ningún objetivo, estrategia o línea de acción relacionada particularmente con la Planificación Familiar de los adolescentes sin embargo la podríamos relacionar con el objetivo siguiente pues tiene que ver con el espaciamiento de un embarazo, de los hijos y la importancia de no contraer una ITS.

Objetivos de Políticas Públicas.	
Programa	Cumplimiento
Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018 (Objetivos específicos).	
Reducir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población.	Este objetivo lo vería sin cumplir pues no ha habido una reducción de los embarazos adolescentes y mucho menos hay un acceso efectivo a servicios de calidad.

Para la categoría de "*Adolescentes y su desarrollo humano*" definimos al adolescente como un individuo de entre 11 y 19 años que no es considerado todavía un adulto pero que tampoco es un niño, tomando en cuenta que es una persona que está en proceso de aprender a tomar decisiones, tiene derecho a tener una vida digna y plena en donde pueda participar activamente en el entorno que él desee, además de que tiene derecho a ser escuchado y que su opinión sea tomada en cuenta.

En esta categoría se tomaron en cuenta las respuestas que tenían una relación directa con el entorno de las participantes considerando el concepto de desarrollo humano que definimos previamente como aquel que busca la potencialización de las capacidades y actitudes del ser humano, teniendo como objetivo la mejora directa y continúa de su calidad de vida y medio ambiente, cuidando sus procesos vitales para su desarrollo como lo es su alimentación, su nivel socioeconómico, sus oportunidades, la vivencia de sus tradiciones y costumbres, y su relación con los demás y con el medio ambiente.

Las adolescentes entrevistadas individualmente fueron las que dieron más información sobre su desarrollo humano. El total de ellas señaló que recibía apoyo de sus padres y familia, me parece que este

apoyo es clave para su situación, ya que como la mayoría viven en el hogar paterno tienen cubierto desde un principio sus necesidades básicas como una vivienda, servicios básicos y comida; ninguna de las adolescentes mencionó que tuviera que pagar algún servicio básico o la renta de alguna casa.

La realidad es que los padres de familia juegan un papel fundamental en el desarrollo humano de sus hijas y sus nietos pues son los que impiden que ellas tengan que vivir presionadas por pagar el lugar donde residen, los servicios básicos e incluso la despensa de cada semana; para las adolescentes mamás que estudiaban incluso representaban el gasto para sus padres de la inscripción, libros y transporte a la escuela. Es importante tomar en cuenta que el 100% de las adolescentes se mostraban agradecidas hacia el apoyo y me parece que eran muy conscientes de su situación y de la ayuda que estaban recibiendo.

En contraparte un aspecto importante es que casi el 80% de las adolescentes afirmaron que el apoyo de los papás de sus hijos era casi nulo, algunas incluso dieron malas referencias sobre ellos. Esto es un signo alarmante pues para un embarazo se requieren dos personas, y si al final pudo haber sido por una mala decisión o un error, la responsabilidad de cualquier manera es de ambos padres. La falta de compromiso por parte de los varones sólo genera desigualdad para sus parejas o ex-parejas, pues ellas deben hacerse cargo de sus hijos, ofrecerles una educación y además continuar con su plan de vida en conjunto con sus hijos.

Los mecanismos por parte del Estado, las leyes y la justicia para que por lo menos exista responsabilidad económica por parte de los padres no termina de ser suficientemente clara y accesible a las adolescentes, por lo que debiera haber un programa interinstitucional entre el poder judicial y el sector salud, que informe y de seguimiento puntual para que las embarazadas reciban un apoyo por parte del padre de sus hijos.

En el aspecto educativo, resalta el que la mitad de las adolescentes entrevistadas, estudiaba; mientras que la otra mitad trabajaba o se dedicaba al hogar; aunque casi el 80%, reportó que tuvo que abandonar la escuela en algún momento por su embarazo. Esto acredita una de las ideas de esta investigación en el sentido de que un embarazo adolescente efectivamente trunca las posibilidades de estudio, además de que añade complicaciones pues casi el 80% mencionó que en la escuela sí entendían la situación pero no había un apoyo completo y real.

Las enfermeras en su totalidad, catalogan que los embarazos en mujeres de 12 a 19 años son de alto riesgo, además señalan que la mayor causa por la que se embarazan las adolescentes es que no saben usar los métodos anticonceptivos y sus cambios físicos tampoco ayudan a reducir el riesgo. Esto lo podemos relacionar con lo externado por las propias adolescentes acerca de que la mayoría no sabe cómo usar más de un método anticonceptivo.

Objetivos de Políticas Públicas.	
Programa	Cumplimiento
Plan Nacional de Población 2014 – 2018(Estrategias).	
Ampliar las capacidades y oportunidades de adolescentes y jóvenes para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.	El 100% de las adolescentes en ningún momento mencionó conocer los derechos sexuales y reproductivos.
Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018 (Líneas de acción).	
Promover la atención del embarazo en adolescentes como embarazo de alto riesgo, particularmente en menores de 15 años.	Las enfermeras reconocieron saberlo y lo trataban con extremo cuidado y precaución, sin embargo las adolescentes en ningún momento mencionaron saber que su embarazo era considerado de alto riesgo por lo que falta promoción con la población objetivo.
Establecer mecanismos de supervisión y asesoría continua a los servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes.	Las adolescentes no recibieron asesoría continua ni supervisión para mejorar su salud sexual y reproductiva, ni las enfermeras mencionaron algún mecanismo por el cual lo intentarían hacer.

Propuesta de desarrollo humano para reducir el embarazo adolescentes en Querétaro y a nivel nacional.

Basada en el contraste previo entre la teoría y la realidad se realizó una breve propuesta con los principales puntos que se supone debería atender la política pública a nivel nacional, estatal y municipal. Reconocemos que con la reciente publicación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), no podemos decir que no se ha

atendido del todo el problema, sin embargo atribuimos su creación a la presión social y mediática que provocó la Organización para la Cooperación y el desarrollo Económico (OCDE) al colocar a México como el país miembro con el mayor número de embarazos adolescentes.

Como se presentó en esta investigación, la ENAPEA contempla y reconoce que las acciones que se han realizado durante los últimos 20 años no han sido del todo efectivas, y sin embargo, y como lo mostramos en el capítulo 1, las acciones que plantea no son muy innovadoras y sigue teniendo el mismo fondo que las demás políticas.

Asimismo en nuestro análisis es evidente que la educación sexual integral no existe y si se imparte algún tema relacionado no tiene un impacto como tal en los adolescentes. Además se encontró que los apoyos y becas por gobierno son accesibles pero siguen siendo post-embarazo, es decir, de atención a un problema y no de prevención del mismo. De igual forma se reconoce que los padres de familia siguen siendo clave en la atención del problema.

Es por lo anterior que se decidió realizar una propuesta con un enfoque que consideramos de desarrollo humano, y que tiene por objetivo la prevención de más embarazos adolescentes.

De manera gráfica los principales aspectos que debe considerar el desarrollo humano para prevenir y, en dado caso, atender el problema de embarazo en adolescentes, debe considerar las nociones siguientes:



Estos aspectos son los principales entornos bajo los que un adolescente se desenvuelve.

Respecto al aspecto de “seguridad” nos referimos a todo aquello relacionado con el ambiente donde se desenvuelve el adolescente y que es necesario que esté fuera de peligro su integridad física y moral; también abarca una seguridad social como poder salir a convivir, y conocer personas sin riesgo; estar protegidos en todos los aspectos legalmente contra abusos o violencia hacia su persona; y el que sus derechos humanos, sexuales y reproductivos se respeten, entre otros. En el componente de “educación” nos referimos al entorno escolar y extra curricular bajo el que vive el adolescente, siendo que ambos deben buscar potenciar sus capacidades, conocimientos y oportunidades para poder tener una calidad de vida digna.

Con el aspecto de “salud” nos referimos al entorno que debe contemplar el acceso digno e incluyente a los servicios de salud de calidad donde el adolescente pueda cuidar cada aspecto de su cuerpo y mente integralmente. Por su parte la “economía es otro componente importante pues es necesario tomar en cuenta las oportunidades laborales a las que pueden acceder los adolescentes para poder responder a un embarazo, o si sus padres efectivamente cumplen con todas sus responsabilidades para con sus hijos como ofrecer una casa digna con servicios dignos, educación, actividades extra-curriculares, entre otros.

El “entorno social-cultural” por su parte, se refiere a aquel que incluye las tradiciones, costumbres, hábitos, ideologías, religión, entre otros bajo los cuales el adolescente creció pues estos tendrán impacto en la manera de tomar decisiones y llevarlas a cabo.

A continuación se plantean una serie de acciones sugeridas para cada entorno, que están más ajustadas a la realidad pues emanan de las entrevistas, grupos focales e información bibliográfica.

En el componente de “seguridad” ya se señaló previamente la propuesta en relación con la necesidad de establecer un programa interinstitucional judicial-salud tanto informativo como de asesoría jurídica para que las adolescentes embarazadas reciban manutención de los padres de sus hijos. Ampliando la propuesta, se propone la creación de un portal en internet donde sea posible solicitar asesoría y leer casos de éxito donde hayan procedido demandas. Este portal debe estar avalado por las diferentes dependencias que participarán en la ENAPEA y debe estar a cargo de personas que se dediquen exclusivamente a la difusión del portal y a la asesoría de las y los adolescentes. No debe de ser una acción aislada y luego olvidada, sin actualizaciones, sino dinámica y de fácil acceso.

Para el componente de "educación" sugerimos que se debe forzosamente cambiar la manera en la que se sigue impartiendo la educación sexual, pues ni es integral ni tiene un real impacto en la educación y formación de los adolescentes. Planteamos que se debe reconocer ésta como materia curricular desde 6to de primaria y durante la secundaria y dejar de brindarse sólo a través de talleres, pláticas o asesorías esporádicas que no tienen un impacto real en el adolescente, como viene sucediendo. Para completar la sugerencia consideramos que para poder impartir esta materia se debe trabajar en conjunto con Asociaciones Civiles que buscan el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y tienen material que ha sido diseñado especialmente para cumplir el objetivo de informar.

Otras acciones educativas que para esta investigación también parecen acertadas es el uso de las redes sociales (facebook, twitter, instagram, entre otros) como medio de información y para generar conciencia sobre la importancia de usar métodos anticonceptivos y lo complicado que puede ser tener un embarazo a tan corta edad. Recomendamos la creación de imágenes con frases claras, directas, cortas e incluso graciosas para que los adolescentes las compartan, y la información llegue a la mayoría. Además planteamos el apoyo y difusión a iniciativas que impartan cursos en línea sobre toma de decisiones, métodos anticonceptivos, plan de vida, etc. dirigidos a adolescentes.

Una acción que principalmente nació como sugerencia de las adolescentes participantes en la investigación es la de diseñar e implementar una serie constante de "conferencias con mamás adolescentes", es decir, pláticas de las propias adolescentes embarazadas y jóvenes mamás, impartidas en las escuelas a las adolescentes estudiantes de secundariadonde se manifiesten las principales dificultades que viven con su embarazo, con el cuidado de su hij@,y con los cambios en la proyección de vida que tuvieron, pues la mayoría de las adolescentes entrevistadas dijo que tendría mayor impacto en su vida si supieran directamente de alguien de su misma edad que ya vivió el proceso de embarazo y maternidad.

En cuanto al elemento de "salud", esta investigación considera que las acciones que se realizan como la consulta prenatal de cada mes, la asesoría y otorgamiento de métodos anticonceptivos, y las consultas enfocadas a la salud sexual y reproductiva han sido suficientes pero siguen dependiendo de la calidad de los servicios de quien las brinda, por lo que el impacto de la acción recae en si la enfermera o el doctor dan bien el servicio, además de que los recursos deben estar disponibles en todo momento. Para reforzar este tipo de acciones debe diseñarse e implementarse un mecanismo de evaluación de calidad donde los

adolescentes puedan libremente dar una calificación sobre el servicio; además de que en cada clínica deben de existir módulos de orientación coordinados con los consultorios para canalizar a los pacientes adolescentes y puedan recibir información sobre su salud sexual y reproductiva.

Con respecto al elemento de la "*economía*", inicialmente hemos de señalar que más que prevención, la sugerencia tiene que ver con la atención de la situación. Es esencial que los adolescentes que están en situación de embarazo puedan acceder a trabajos acordes con su edad y sus necesidades, es decir, que se diseñe e implemente un programa laboral de apoyo a adolescentes en proceso de maternidad/paternidad; y/o se les incorpore a programas sobre emprendurismo y creación de proyectos, que ayudarían con la prevención de embarazos adolescentes además de que ayudarían a la economía de sus familias y el país. En este elemento las acciones propuestas son complicadas pues los adolescentes siguen siendo menores de edad y en su mayoría dependen de sus padres, e incluso, como ya señalamos, si ya tienen un hijo, sus padres de familia siguen siendo clave en su desarrollo y supervivencia, sin embargo se deben explorar mecanismos que hagan que esos adolescentes vayan consiguiendo su autonomía económica que les genera a su vez responsabilidad y capacidad de toma de decisiones.

Para poder trabajar con el "*entorno social-cultural*" es necesario comenzar por cambiar la "normalización" del embarazo adolescente, es decir que se recomienda realizar una campaña mediática intensa con información muy clara sobre el impacto negativo que puede tener un embarazo en la vida de un adolescente; debe tener como eje el "vender" la idea con información breve, clara y directa sobre las principales consecuencias y los problemas sociales, económicos, de salud y educativos que que provoca el embarazo a esas edades tempranas.

Además de esta campaña mediática también se recomienda que a nivel nacional se promueva que en las telenovelas, series, y programas de televisión donde salgan escenas implícitas o explícitas de relaciones sexuales se mencione y/o promocióne, el uso de algún método anticonceptivo. Consideramos que esta acción tendría un impacto benéfico sobre todo en la población adolescente marginada, donde o no tienen, o es mínima la educación sexual. Esta población sin embargo suele recibir mucha influencia de ese tipo de programas televisivos y si en ellos aparece por lo una noción sobre la importancia de usar métodos anticonceptivos al momento de tener relaciones sexuales, posiblemente se logre algún impacto positivo.

Considero que los elementos anteriores en conjunto forman una sostenibilidad en la vida del adolescente pues impactan en cada aspecto de su desarrollo humano, y por lo mismo hay que atenderlos de manera prioritarias, tomando en cuenta siempre algunos factores que inciden directamente en su comportamiento y que cabe volver a destacar. Nos referimos inicialmente al papel de los padres de familia de los adolescentes embarazados y no, ya que si ellos no se preocupan porque sus hijos sepan tomar decisiones, y que entiendan y vivan sus derechos sexuales y reproductivos, pero sobre todo que esa preocupación se convierta en acción-atención; entonces continuaremos teniendo altos volúmenes de embarazos no deseados en los adolescentes pues éstos serán incapaces de conocer las posibilidades para vivir su sexualidad y estarán en riesgo constante de contraer una ITS o quedar embarazados.

Otro factor a considerar, es el combate que debe existir a la desigualdad de género, pues casi el 100% de los hombres, ex-parejas o parejas de adolescentes embarazadas, no terminan de asumir su responsabilidad y las mamás adolescentes son las que al final crían a sus hijos prácticamente solas. Obviamente la sociedad está fallando en la generación de una conciencia de género en los varones, y en tanto no se atiende ese factor, seguirán prevaleciendo embarazos en adolescentes sin responsabilidad varonil.

Otro factor importante es el proceso de información-educación. Inicialmente es necesario que siempre esté disponible material informativo accesible y acorde a las edades, pero también se debe incidir en la educación para que vayan cambiando y el niño y adolescente vayan adquiriendo conocimientos de auto conocimiento, de la importancia de vivir en comunidad, de tener una postura ética y con responsabilidad de sus acciones. Creo firmemente en la promoción y difusión de los derechos sexuales y reproductivos como una manera de prevenir y atender el embarazo adolescente.

Sólo faltaría señalar que cada una de las acciones propuestas y los factores a considerar deben de vigilar en todo momento el cuidado del medio ambiente y el uso de los recursos.

Para finalizar con las reflexiones que generé a lo largo de esta investigación, quisiera señalar que tal parece que el embarazo adolescente continua siendo lo podríamos llegar acatalogar como una tradición muy lejana, es decir, todavía hace algunos pocos años era normal que nuestra bisabuela o abuela se casara a los 15 años y a los 18 años tuviera 2 hijos mínimo. Conforme han pasado los años, las costumbres, las tradiciones y las oportunidades han ido cambiando y ajustándose a las necesidades individuales y de la comunidad a la que pertenecemos, sin embargo es

justo porque las oportunidades han ido cambiando y aumentando el que debe preocuparnos por evitar el "embarazo adolescente" en nuestro país. Hay tradiciones con las que debemos de romper y ésta es una de ellas.

Esta investigación tenía 2 objetivos principales:

1) Analizar los programas y las políticas públicas establecidas en México para reducir la tasa de embarazos adolescentes; además de determinar si las políticas son acordes a las necesidades de los mexicanos y posteriormente conocer cuál es la principal falla de estas políticas.

2) Encontrar nuevas maneras de promover la planificación familiar en los jóvenes adolescentes.

De manera general podría decir que el primer objetivo se cumplió y se logró realizar un análisis en donde la principal conclusión es que las políticas públicas siguen siendo las mismas desde hace años, las estrategias y líneas de acción parecen ser diferentes pero el fondo sigue siendo el mismo, no ha existido un cambio innovador donde se vea el problema integralmente y se promueva el trabajo interinstitucional para definitivamente reducir el problema. Me parece que los apoyos existen y los programas están ahí, pero la mayoría siguen siendo de atención y no de prevención. Es necesario que tanto nuestro Estado esté dispuesto a generar nuevas estrategias que tengan un real impacto en la formación de los adolescentes, insisto, con una visión preventiva y en menor medida de atención.

Con respecto al segundo objetivo, considero que también lo cumplí pues se realizó y presentó una propuesta que bajo mis conocimientos y resultados me parece adecuadas y pueden ayudar a promover una sana e incluyente planificación familiar tomando en cuenta que las necesidades de los adolescentes han ido cambiando y es necesario adecuarnos a ellas, y no que ellos deban cambiar por nosotros.

Es una realidad que los adolescentes están teniendo relaciones sexuales y no podemos seguir pensando que la mejor manera de prevenir embarazos o ETS es prohibir o recomendar "no tener relaciones sexuales". Como cualquier problema, primero hay que reconocerlo en su dimensión apropiada, segundo hay que atacarlo pero de una manera adecuada e innovadora para contenerlo, y a la par, hay que ir generando los escenarios para evitarlo o prevenirlo en las siguientes generaciones. Estoy convencida que es necesario para los adolescentes conocer las ventajas y desventajas que conlleva el tener relaciones sexuales; es indispensable que éstas se realicen con responsabilidad y bajo la premisa del respeto hacia el otro y hacia uno mismo, para poder vivir plenamente nuestra sexualidad.

Bibliografía

1. Aguilar Villanueva. (2000). “La hechura de las políticas”. Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa. México.
2. Aguilar J. y Mayén B. (1999). “Métodos anticonceptivos para adolescentes”. Dirección General de Educación Superior para Profesionales de la Educación. Secretaría de Educación. México. Disponible en: http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S_01_20_Embarazo%20adolescente.pdf
3. Anselmo Bitar Miguel. (2005). “La Constitución de la agenda y el ciclo de políticas públicas”. Universidad Nacional entre Ríos. Facultad de Trabajo Social. Argentina. Disponible en http://www.fts.uner.edu.ar/secretarias/academica/catedras_en_linea/politica_social/documentos/estado_y_politicas_publicas_y_sociales/La_construccion_de_la_agenda_Bitar.pdf
4. Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). (2012). “Educación para la Sexualidad con bases científicas”. WAS. EEUU. Disponible en <http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/educacion-para-la-sexualidad.pdf>
5. Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). (2014). “Declaración de los derechos sexuales”. WAS. EEUU. Disponible en http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf
6. Billings Deborah L. (Coordinadora). (2004). “En México, sí se pueden ofrecer servicios de anticoncepción a adolescentes. Normatividad Nacional e Internacional”. Ipas México. México.
7. Burt J. & Brower L. (1985). “Educación sexual, información y planes de enseñanza”. Nueva editorial Interamericana. México.
8. CAMPERO CUENCA et al. (2013). “Salud reproductiva de adolescentes”. 2013. Gaceta Médica México. Artículo de revisión. Disponible en http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_299-307.pdf
9. Cardozo Brum M. (2006). “La evaluación de políticas y programas públicos. El caso de los programas de desarrollo social en México”. Porrúa. México.
10. CONAFE. (1990). “¿Qué es sexualidad? y ¿Qué es sexo?”. En Sexualidad, información básica para adolescentes, México, 1990,

- 4ª edición, Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), Consejo Nacional de Población (CONAPO). Disponible en http://www.conevyt.org.mx/cursos/cursos/sex_juv/contenido/revista/sxj_01.htm
11. Consejo Nacional de Población (CONAPO). (1995). “Programa Nacional de Población 1995-2000”. México. Disponible en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/1995-_2000
 12. Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2001). “Programa Nacional de Población 2001-2006”. México. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/2001-2006>
 13. Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2008). “Programa Nacional de Población 2008-2012”. México. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/2008-2012>
 14. CONAPO. (2009). “¿Qué son los métodos anticonceptivos?”. México. Disponible en <http://www.planificanet.gob.mx/index.php/metodos-anticonceptivos/metodos-anticonceptivos/informacion-general.php>
 15. Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2014). “40 años del Consejo Nacional de Población”. CONAPO. México. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2538/2/images/40_Aniversario_CONAPO.pdf
 16. Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2014). “Programa Nacional de Población 2014- 2018”. México. Disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5343066
 17. Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2015). “Indicadores de Salud Sexual y Reproductiva 2014 Querétaro”. CONAPO. Principales Resultados de la ENADID 2014. México. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Libros_Salud/QT/index.html#/16/
 18. Cremonte A. (2005). “Métodos anticonceptivos hormonales”. Postgrado de Formación Continua en Medicina General. Disponible en <http://www.med.unne.edu.ar/posgrado/cursomedgral/clases/280707ec.pdf>
 19. Diario Oficial de la Federación. (2014). “Ley General de los Derechos de niñas, niños y adolescentes”. Congreso de la Unión. Nueva Ley DOF 4-12-2014. México.
 20. Díaz Piña Antonio. (2003). “Políticas públicas en materia educativa”. SEP. P. 93-117.

21. Equipo Multidisciplinario del Instituto Nacional de Educación Sexual. (1976). “Metodología y Educación Sexual”. Editor INES. Sto. Domingo, 1976.
22. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2010). “Programa del UNFPA en México”. México. Disponible en <http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php#>
23. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. (2013). “Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes”. UNFPA. Consultado el 1 de noviembre de 2013 en <https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp2013/SP-SWOP2013.pdf>
24. Franco Corzo Julio. (2012). “Diseño de Políticas Públicas”. IEXE. México.
25. Fuertes A. et al. (1995). “La sexualidad en la Adolescencia”. En F. López (Ed.) Educación Sexual de adolescentes y jóvenes. Siglo XXI. Madrid.
26. Gaceta Parlamentaria. (2013). “Proposiciones: Diputada Irma Elizondo Ramírez”. 19 de septiembre de 2013. México. Disponible en <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2013/sep/20130919-VII.html>
27. Gobierno de la República. (2014). “Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes”. Disponible en: <http://www.issste.gob.mx/images/downloads/home/ENAPEA.pdf>
28. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2014). “Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica”. INEGI. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/doc/resultados_enadid14.pdf
29. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). “Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud (12 de agosto)”. INEGI. Publicado el 12 de agosto de 2015. México. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/juventud0.pdf>
30. Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales”. Instituto Nacional de Salud. México.
31. Juárez F. y Gayet C. (2005). “Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas”. Papeles de población. Vol. 11. Núm.

45. Julio- septiembre. Universidad Autónoma del Estado de México. México.
32. Kauffer Michel Edith F. (2002). “Las políticas públicas: algunos apuntes generales”. En Revista Ecofronteras. Disponible en <http://revistas.ecosur.mx/ecofronteras/index.php/eco/article/view/465>
33. Kingdom J. W. (1995). “Agendas, alternatives and public policies”. Prentice Hall. Nueva York.
34. Linares E. Jorge. (2015). “El abandono de políticas de planificación familiar en México”. En Programa Universitario de Bioética. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en <http://www.bioetica.unam.mx/abandono.html>
35. López Díaz A. (2009). “Presupuesto, programas e indicadores en VII Seminario sobre gestión pública y local”. Evaluación y control de políticas públicas: Indicadores de gestión. España. Disponible en https://www.gijon.es/multimedia_objects/download?object_id=88125&object_type=document
36. Martínez Cruz A. (2013). “Tienen vida sexual activa 38% de mexicanos de entre 10 y 19 años”. En La Jornada. Viernes 17 de mayo 2013. México. Disponible en <http://www.jornada.unam.mx/2013/05/17/sociedad/039n1soc>
37. Médicos Sin Fronteras. (2014). “Salud Sexual y Reproductiva”. España. Disponible en <http://www.msf.es/enfermedad/salud-sexual-reproductiva>
38. Mejía Lara J. (2004). “Conferencia Magistral”. Instituto de la Administración Pública del Estado de Tabasco. 30 de noviembre de 2004. Tabasco.
39. Merino Mauricio. (2013). “Políticas Públicas. Ensayo sobre la intervención del Estado en la solución de problemas públicos”. CIDE. México.
40. México Social. (2013). “Embarazo Adolescente: Fenómeno expansivo”. En Excélsior. Disponible en <http://mexicosocial.org/index.php/mexico-social-en-excelsior/item/260-embarazo-adolescente-fen%C3%B3meno-expansivo.html>
41. Molina Marín et al. (2008). “Políticas públicas en salud: aproximación de un análisis”. Grupo de investigación en gestión y políticas en salud. Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez. Universidad de Antioquia. Colombia.

42. Montalvo L. Tania. (2014). “6 mujeres son asesinadas al día en México”. En Animal Político. 6 de marzo de 2014. México. Disponible en: <http://www.animalpolitico.com/2014/03/6-mujeres-son-asesinadas-al-dia-en-mexico-la-mitad-es-feminicidio/>
43. Moreno M. (2009). “Políticas Públicas y agenda de gobierno”. Curso Planificación y Gestión Estratégica para las Políticas Públicas ILPES-AECID. Bolivia. Disponible en www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/7/.../C17Agenda_y_Políticas.ppt
44. Observatorio Ciudadano Nacional de Femicidio. (2014). “Estudio de la implementación del tipo penal de femicidio en México: Causas y consecuencias 2012 y 2013”. Católicas por el derecho a decidir A.C. México. Disponible en <http://observatoriofemicidiomexico.org.mx/wp-content/uploads/2015/01/17-NOV-Estudio-Femicidio-en-Mexico-Version-web-1.pdf>
45. Omendi Miguel. (2013). “México, primer lugar de la OCDE en embarazos adolescentes”. En Imagen. 24 de diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.imagen.com.mx/mexico-primer-lugar-de-la-ocde-en-embarazos-adolescentes>
46. Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). “Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe 2015”. Naciones Unidas. Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
47. Ortigón E. Pacheco J. Prieto A. (2005). “Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas”. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) Área de proyectos y programación de inversiones. CEPAL. Chile.
48. Ortiz Isabel. (2007). “Política Social”. Guías de orientación de políticas públicas. ONU DAES. Nueva York. Disponible en: http://esa.un.org/techcoop/documents/socialpolicy_spanish.pdf
49. Parsons Wayne. (2007). “Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas”. FLACOS. Miño y Dávila Editores. Segunda reimpresión. México.
50. Presidencia de la República. (2013). “Día Mundial de la Salud Sexual, conoce tus derechos sexuales”. Portal de Presidencia de la República. México. Disponible <http://www.presidencia.gob.mx/dia-mundial-de-la-salud-sexual-conoce-tus-derechos-sexuales/>

51. Presidencia de la República. (2013). “Los objetivos de desarrollo del milenio en México. Informe de avances 2013”. PNUD. México. Disponible en: <http://200.23.8.225/odm/doctos/InfMex2013.pdf>
52. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (1990). “Desarrollo Humano Informe 1990”. Tercer Mundo Editores S.A. Colombia.
53. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2014). “Informe sobre Desarrollo Humano 2014. Sostener el progreso humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia”. PNUD. Nueva York.
54. Rivero J.J y M.J. Ceñal. (2005). “Desarrollo del Adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales”. Infomed. Consultado el 26 de noviembre de 2013 en [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf).
55. Sandoval Cruz Germán. (1990). “Inicio de relaciones sexuales y uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y joven del área metropolitana de la Ciudad de México”. Dirección General de Planificación Familiar. México.
56. Santander J. (2009). “El proceso de formación de agenda de la política pública de Seguridad Democrática”. Sociedad de Políticas Públicas. Chile. Disponible en http://www.sociedadpoliticaspUBLICAS.cl/archivos/BLOQUE1/Politica_y_Policas_Publicas/El_proceso_de_formacion_de_agenda_de_la_politica_publica_de_Seguridad_Democratica_en_Colombia.pdf
57. Secretaría de Salud. (2000). “Guía diagnóstica de consulta externa”. Hospital General. México. Disponible en http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/consul_exter/guia_embarazo.pdf
58. Secretaría de Salud. (2002). “Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes”. Secretaría de Salud. 2da Edición. México.
59. Secretaría de Salud. (2008). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. “Programa de Acción Específico 2007-2012 Planificación Familiar y Anticoncepción”. México.
60. Secretaría de Salud. (2014). Programa Sectorial de Salud. “Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2018-2018”. México.

61. Secretaría de Salud. (2014). Programa Sectorial de Salud. “Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes 2013-2018”. México.
62. Soberon Guillermo. (1988). “Temas de Salud”. Colegio Nacional. México.
63. Tamayo, M. y Carrillo E. (2005). “La formación de la agenda pública”. Foro Internacional. Vol. XLV. Núm. 4. PP. 658-681. El colegio de México A.C. Distrito Federal, México. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/599/59911177004.pdf>
64. UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura). (2014). “Educación Integral de la Sexualidad: Conceptos, enfoques y competencias”. Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe. Santiago.
65. UNICEF. (2008). “La adolescencia”.UNICEF. Consultado el 26 de noviembre de 2013 en http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm.
66. United Nations. (UN). (2015). “Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development”. New York. Available: https://qhsurq.bn1303.livefilestore.com/y3mupzJG-4_r-Tpa8OkwxDisEccelpMVlzJsKpbGxUmltyiPaMA3i5oYDwF1gh3FtCxmWCSZ1RJaTYLh5Fxykn7246nGrqWitVjkcGYlGwrZqXlXzIkNGnYxmyOdwGczCVs_NBuZPwYAtbz4pUTasPw/Agenda%2020130.pdf?psid=1
67. Vela Barba Estefanía. (2014). “¿Derechos sexuales y reproductivos? ¿DE NIÑOS Y NIÑAS?”. En Blog del Área de Derechos Sexuales y Reproductivos del CIDE. Animal Político. 4 de noviembre de 2014. México. Disponible en <http://www.animalpolitico.com/blogueros-intersecciones/2014/11/04/derechos-sexuales-y-reproductivos-de-ninos-y-ninas/>
68. Zegarra Tula. (2011). “Mitos y Métodos anticonceptivos”. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX. Perú. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/PROMSEX-Mitos-Metodos-Anticonceptivos.pdf>