

Reencontrándome: Modelo de investigación-acción en salud reproductiva y calidad de vida de mamás adolescentes que viven en condiciones de vulnerabilidad, desde y con ellas para el aplazamiento del segundo hijo

IMPLEMENTACIÓN PILOTO EN TAMAULIPAS

Documentación del modelo y diagnóstico
del embarazo adolescente en los polígonos
de los seis municipios participantes

Reencontrándome es un modelo de investigación-acción dirigido a mamás adolescentes que viven en condiciones de pobreza y marginación, se ha construido desde y con ellas, para contribuir a que aplacen su segundo embarazo conforme a sus expectativas reproductivas y en el contexto de su proyecto de vida. Ha sido financiado con recursos del Programa de Prevención Social de la Violencia y Participación Ciudadana del Estado de Tamaulipas a partir de noviembre del 2014.

D.R. Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A.C
Domicilio: Juárez 208, Col. Tlalpan, 14000, Del Tlalpan, Ciudad de México, México.
Teléfono: 52 (55) 5487 0030

www.mexfam.org.mx

ISBN: 978-607-7993-03-2

Primera edición, 2017

© Serie lecciones aprendidas de evaluación, Investigación e incidencia política
Reencontrándome: Modelo de investigación - acción en salud reproductiva y calidad de vida de mamás adolescentes que viven en condiciones de vulnerabilidad, desde y con ellas para el aplazamiento del segundo hijo.
Implementación piloto en Tamaulipas.
Documentación del modelo y diagnóstico del embarazo adolescente en los polígonos de los seis municipios participantes.

Prohibida su reproducción total o parcial.

Impreso en México | *Printed in México*

SERIE LECCIONES APRENDIDAS DE EVALUACIÓN,
INVESTIGACIÓN E INCIDENCIA POLÍTICA



Reencontrándome: Modelo de investigación-acción en salud reproductiva y calidad de vida de mamás adolescentes que viven en condiciones de vulnerabilidad, desde y con ellas para el aplazamiento del segundo hijo

IMPLEMENTACIÓN PILOTO EN TAMAULIPAS

Documentación del modelo y diagnóstico
del embarazo adolescente en los polígonos
de los seis municipios participantes

AUTORES DEL LIBRO

DOROTEO MENDOZA VICTORINO, CONSUELO TERÁN RODRÍGUEZ,
ROSA ICELA ZAVALA SUÁREZ, JOVITA GARDUÑO ACEVES,
GRACIELA AGUILAR SÁNCHEZ, ERIC ALAN BARRÓN LÓPEZ

CRÉDITOS

Doroteo Mendoza Victorino

Coordinador general del proyecto y diseño metodológico y conceptual del modelo

Rosa Icela Zavala Suárez

Coordinadora de los equipos operativos y diseño e implementación de los grupos de discusión con actividades de taller

Jovita Garduño Aceves

Oficial del proyecto y monitoreo de avances

Ana Gabriela Torres Canseco

Diseño de la encuesta sobre necesidades de salud sexual y salud reproductiva de las adolescentes, y realización y análisis de entrevistas a profundidad en Río Bravo.

Ivon Silva

Talleres de capacitación en Educación Integral de la Sexualidad a grupos de adolescentes como promotoras por experiencia de Ciudad Victoria y Reynosa.

Lorena Santos Zárate

Marco conceptual de los determinantes sociales del embarazo adolescente

Pablo Rivera Valencia y Rocío Jurado Galicia

Realización y análisis de entrevistas a profundidad en Nuevo Laredo y Matamoros

Erandi Mercado Guzmán y Solemn Domínguez Resendiz

Capacitación sobre aspectos biomédicos de la salud reproductiva y orientación-consejería a coordinadores y orientadores

María Luisa Ledesma Ibarra y Jeannette Lealde Sánchez

Diseño de bases de datos

César Cerna y Luis Manuel González Carreón

Aspectos administrativos

EQUIPOS OPERATIVOS POR MUNICIPIO

CIUDAD VICTORIA

ORIENTADORES / AS

Alejandro Mata Rodríguez, Celeste Ivón Deleija Rodríguez, Felipe Rodríguez García, Karina Guadalupe Sánchez Leal, Jair Macario Arévalo Valadez, Esmeralda Jazmín Cepeda Cuellar, Juana Torres Mora, Consuelo Ismenia Calvillo Martínez y Rosa Amparo Andaverde Flores.

COORDINADORA DE PROCESOS INTEGRALES

Graciela Aguilar Sánchez.

REYNOSA

ORIENTADORES/A

Carlos Antonio López Cervantes, Gibran Gerardo Valdivia Valdez, María de Lourdes Ceballos Martínez, Diana Salas Adame, Bitia Nohemí Romero Cordero y Dulce María Navar Morales.

COORDINADORA DE PROCESOS INTEGRALES

Rossana Fantini Cárdenas.

NUEVO LAREDO

ORIENTADORES/AS

Francisco Martínez Trejo, Cecilia Viviana Luna Escobedo, Alberto Ceballos Alatorre, Gloria Lorena Gómez Martínez, Karla Daniela Hernández Pérez, Paola Yembief Torres Bahena y Anakaren Rodríguez.

COORDINADOR DE PROCESOS INTEGRALES

Carlos Alberto Soto Cantú y Eva Thelma Parra Trujillo.

MATAMOROS

ORIENTADORES /AS

Araceli Zárate Corona, Jessica Jazmín Castillo, Carlos Antonio de León Cárdenas, Elisa María González Barrera y Alheli Zolezzi Carvajal.

COORDINADORA DE PROCESOS INTEGRALES

Gisela Aranda Benavides y Rosa Alicia De la Garza Roiz.

TAMPICO

ORIENTADORAS

Judith Lizeth Hernández Banda, Jerusa Cano Rodríguez y Javier Manuel Trejo García.

COORDINADOR DE PROCESOS INTEGRALES

Alejandro Rubio de la Portilla y Sofía Mariño Ruiz.

RÍO BRAVO

ORIENTADORAS

Arely Yaxkin López Aguilar, José Santos Castillo Galván y Carolina Alanis Quintanar.

COORDINADOR DE PROCESOS INTEGRALES

Javier Manuel Treviño Hernández.

Índice

Agradecimientos	8
Presentación	14
Introducción	16
PRIMERA PARTE FUNDAMENTOS DE REENCONTRÁNDOME	21
I. Objetivos	22
II. Aplazamiento del segundo hijo	22
III. Diseño conceptual y metodológico	26
IV. Organización del trabajo	35
SEGUNDA PARTE: DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO NO PLANEADO EN ADOLESCENTES DE LOS POLÍGONOS	39
V. Perfil sociodemográfico de las mamás adolescentes	40
VI. Análisis cuantitativo de las necesidades y expectativas reproductivas y del proyecto de vida	48
VII. Análisis de pareja y redes de apoyo	65
VIII. Análisis cualitativo	86
IX. Diagnóstico cuantitativo y cualitativo del Municipio de Río Bravo	101

TERCERA PARTE: RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	123
X. Logros de la orientación y acompañamiento	124
XI. Logros en la gestión y vinculación de servicios públicos locales	127
XII. Consideraciones finales	131
Anexos	134
Bibliografía	142

Agradecimientos

Un agradecimiento enorme y especial a las mamás adolescentes que participaron en la construcción de Reencontrándome, por permitirnos entrar en sus vidas, en temas tan importantes y personales como lo es su sexualidad, relaciones de pareja y el cuidado de sus hijos y familia.

Son muchas las personas de la comunidad en los polígonos, instituciones y organizaciones que hicieron posible que Reencontrándome fuera una realidad para las mamás adolescentes que participaron en el modelo; gracias a todas y todos por su sensibilidad y apoyo personal, laboral y profesional.

Al Lic. Santiago Cosío Pando, Presidente del Consejo de Administración de Mexfam, por confiar en el equipo técnico responsable del proyecto y por permitir que se diseñara como propuesta un esquema de investigación-acción, que dio pie a la formulación e implementación del modelo.

A la Lic. Consuelo Terán Rodríguez, Directora del Centro Estatal de Prevención Social de la Violencia y Participación Ciudadana de Tamaulipas, por darle oportunidad a Mexfam de demostrar su trabajo y por el apoyo brindado durante todo el proceso de implementación de *Reencontrándome*.

A la Jurisdicción Sanitaria de Ciudad Victoria a través del Dr. Moisés Saldívar Aguilar, Jefe Jurisdiccional y del Lic. Crisanto Delgado, Coordinador del Área de Salud Reproductiva, por dar apertura para trabajar en todos los centros de salud y por hacer posible que las mamás adolescentes recibieran servicios de salud por medio del Seguro Popular.

Al Departamento de Salud de Infancia y Adolescencia de Ciudad Victoria a través de la Directora, la Dra. María de Jesús Martínez Escobar, por dar atención oportuna y adecuada a las adolescentes que lo requerían.

Al DIF Municipal de Ciudad Victoria, particularmente a la Directora Katya Salinas de Etienne, a la Lic. Ana Bella Meida Hanun y a la Lic. Juana Juárez.

Al Programa Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (PROMAJOVEN), a través de la maestra Estrella García Rodríguez por apoyar como enlace en Reynosa, a través del C. Pedro Cortina Alcalá en Ciudad Victoria y a través del Lic. Rosalío Gómez en Nuevo Laredo.

A las oficinas de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) de Ciudad Victoria por apoyar para que las adolescentes ingresaran al Seguro de Madres Jefas de Familia y leche LICONSA; a la oficina equivalente de Matamoros por otorgar despensas mensuales a las adolescentes, y de Reynosa por apoyar con estudios médicos y medicamentos a las adolescentes y a sus familias. Así como a la Dirección de Salud y Grupos Vulnerables de Reynosa a través del Dr. José Luis Ortiz Salinas (Consultorio SEDESOL), por proporcionar atención médica y canalización de las adolescentes.

Al Servicio Nacional del Empleo de Ciudad Victoria, Reynosa, Tampico y Matamoros, quienes a través del Programa PRONAPRED, específicamente del Programa Socio Productivo, brindaron capacitación a las jóvenes sobre una actividad laboral dentro de los Parques de Barrio y les dieron acceso a la Bolsa de Trabajo.

A Vive Mujer A.C. de Ciudad Victoria, especialmente a la Lic. Gema García por brindar asesoría legal a las adolescentes; así como al Programa de Violencia quien a través de la Lic. Laura Gracia Sáenz asesoró en casos de mujeres vulnerables.

Al Instituto de Educación para Adultos (ITEA) de Ciudad Victoria, Reynosa, Nuevo Laredo, Matamoros y Tampico, por apoyar a las jóvenes para que continuaran con sus estudios.

Al Sistema de Preparatoria abierta de Ciudad Victoria a través de la Lic. Whaiba Villarreal, Coordinadora Estatal, por apoyar en la reincorporación de las jóvenes a la preparatoria.

A los voluntarios que apoyaron en dar pláticas en el Club de Madres Adolescentes de Ciudad Victoria: al Lic. Mario Hernández Amaro con la plática "Sexualidad, El Lenguaje del Amor", al Lic. José Manuel Hinojosa con la plática "Liderazgo" y a la Lic. Iris Alejandra Cepeda con la plática "Autoimagen y Automaquillaje". Así como a los líderes comunitarios de los diferentes polígonos de Ciudad Victoria que brindaron su apoyo para la localización de las adolescentes, especialmente del Polígono Echeverría.

A la Oficina del Centro Estatal de Prevención Social de la Violencia y Participación Ciudadana a través de la Lic. Dulce Navar Morales, Jefa de Control Territorial de Reynosa.

Al Instituto Municipal de la Mujer de Tampico, Reynosa y Nuevo Laredo, por ayudar a las jóvenes que por alguna razón se encontraban en situación de vulnerabilidad.

Al Centro Regional del Instituto de la Mujer Tamaulipeca (IMT) de Reynosa, especialmente a la Coordinadora, la Lic. Gabriela Barrera Tamez y a la Lic. en Psic. Jocabed Rivera Morales, por su invaluable disposición para apoyar a las adolescentes en situación de violencia; así como al Centro de Mecanismos Alternativos para la Solución de Conflictos por dar atención jurídica a las adolescentes que lo requerían.

Al DIF Fuerza Joven de Reynosa a través de la Lic. Brenda Treviño Casas.

A la Dirección Regional de Educación de Reynosa por la gestión de restitución de certificados para las jóvenes que por determinadas razones ya no contaban con el mismo y por la implementación del Programa de Preparatoria en Línea para las jóvenes que no la habían cursado.

Al Programa PROSPERA representado en la ciudad de Reynosa por el Lic. Sergio Juárez Duque quien facilitó un espacio en las reuniones de las beneficiarias(os), posibilitando el contacto con candidatas para el proyecto.

A la Jurisdicción Sanitaria Número V de Nuevo Laredo a través del Dr. Jaime Emilio Gutiérrez Serrano, Jefe de la Jurisdicción, por prestar las instalaciones y facilitar servicios médicos a las adolescentes que no contaban con Seguro Popular. Así como al Dr. Jesús Gregorio Ortigón Martínez; al Dr. Ignacio Martínez Ramírez y a la Dra. Martha Alejandrina Míreles Salazar, por contribuir en las gestiones para la búsqueda de adolescentes, canalización y oferta de servicios salud.

A los centros de salud Parque Industrial y Enrique Cárdenas de Nuevo Laredo, en particular a la QFB. Magdalena Gómez López, a la C. Brenda Pérez Aranda; a las Lics. en Enfermería Luz Patricia Mejía Alcanta, Ruth Nohemí Ulloa Silva, Heidy Aguilar Besares y María de los Ángeles Arechiga Serna; así como al Dr. Héctor Hernández de Luna Vázquez y a la Dra. Adriana García Zárate, por la pronta atención y consulta para las adolescentes que no contaban con Seguro Popular.

Al DIF Nuevo Laredo a través del Lic. Sergio Octavio García, Procurador del Área del Jurídico, por apoyar en trámites gratuitos de dispensas de edad y cartas de registro en las oficialías del Registro Civil de la ciudad.

Al Programa Hábitat de Desarrollo Social de Nuevo Laredo a través del Ing. Víctor Portales, Coordinador del Programa, por brindar apoyo para la gestión del Seguro de Vida para Jefas de Familia; a la Dirección de Obras Públicas a través del Ing. Carlos Germán de Anda por apoyar con despensas; al Lic. Raúl Ramírez, asistente de Regidores en Presidencia, por ayudar con cartas de residencia, lentes y medicamentos; al Patronato de Damas Voluntarias de los agentes aduanales de Nuevo Laredo, en específico a la Presidenta la C. Sanjuanita y a Alba Castillo, por el apoyo brindado a las jóvenes. Así como a las jefas de colonia de Nuevo Laredo, en particular a la Sra. Irma Cantú Miranda del Polígono San Mauricio y la Sra. Aurora Cárdenas, jefa de la Colonia 150 Aniversario, por su valioso apoyo en el contacto con adolescentes y con otros socios comunitarios.

Al Seguro Popular de Nuevo Laredo a través del Lic. Alfredo Flores Pérez y del Lic. Carlos Contreras Gutiérrez, por apoyar en la gestión para que las adolescentes tuvieran acceso a dicho servicio. Así como al Módulo de Reservas Territoriales a través del Dr. Eduardo Rivera, por proporcionar consultas gratuitas a las adolescentes y a sus bebés que no contaban con Seguro Popular, y a la Enf. Victoria Espinoza, por apoyar con la promoción de métodos anticonceptivos.

A la Profra. Angélica Ledesma, encargada del círculo de estudio del polígono Colorines de Nuevo Laredo, por apoyar con la apertura de un grupo especial para las participantes del proyecto.

Al Instituto Tamaulipeco de Capacitación para el Empleo (ITACE) y a Punto México Conectado: Centro de Inclusión Digital de Matamoros, por haber facilitado que las adolescentes ingresaran a los cursos de capacitación laboral.

A los centros de salud urbanos Esperanza y Reforma de Matamoros, en especial a la Dra. Sofía L. González Motes, a la clínica 36 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través del Dr. Juan Antonio Talamantes Romero y de la Lic. Trab. Soc. Aide Neira; al Módulo de Adolescentes a través de la Dra. Claudia Karina Ramos Jaso, al Hospital General de Zona número 13 a través de la Lic. Enf. Hermelinda, así como al Centro Comunitario Chapultepec a través de la Dra. Alicia Lara, por brindar información relativa al censo de jóvenes embarazadas, principalmente del polígono Popular y por mostrar interés y disposición hacia el trabajo con las jóvenes.

A la empresa INTEVA PRODUCTS en Matamoros, por la donación de ropa para las y los bebés de las adolescentes; así como a la asociación civil Oasis, por participar y colaborar con las "Tardes de Película".

Al DIF Fuerza Joven de Matamoros.

A la Dirección de Prevención del Delito y Atención Ciudadana del Municipio de Tampico a través del Director, el Ing. Juan Antonio Morales Torres.

A la Jurisdicción Sanitaria No. II de Tampico a través del Jefe de la Jurisdicción, el Dr. Esteban Barrón Guardado, así como al Hospital General de Tampico "Carlos Canseco" a través del Director, el Dr. Luis Miguel Rodríguez González, por la atención brindada a las adolescentes.

Al Centro de Fortalecimiento Familiar (CEDIF-DIF) de Tampico, en específico a la Lic. María Teresa Madrid Martínez por atender a las adolescentes por medio del Programa de Atención a Madres Adolescentes (AMA) y por la oportunidad para acceder a los cursos de capacitación del Centro para el Desarrollo Integral de la Familia (CEDIF), principalmente al Programa Mujeres con Valor que abrió la posibilidad de incluir económica y socialmente a las adolescentes.

Al H. Ayuntamiento de Tampico a través del Lic. Gustavo R. Torres Salinas, Presidente Municipal; a la Delegación Municipal de la Zona Norte a través del Lic. Lae Esteban Valdez Silva, jefe administrativo; al Instituto Tamaulipeco de la Juventud (ITJ) a través de la Lic. Magdalena Sofía Juárez Salazar, coordinadora regional de la zona sur; y a la Dirección de

Educación del Ayuntamiento de Tampico a través del Profr. Rolando Ríos Neri, director; por su apoyo con las adolescentes.

A la Maestra Alicia Barajas Orozco, fundadora de la Asociación AMAAC y a su colaboradora la voluntaria María De los Santos Compean por la orientación en el tema de la Prevención del Cáncer en la Mujer, en el municipio de Río Bravo.

Reconocemos la disposición y hospitalidad de la Sra. María Dolores Martínez Quintana, Presidenta de la Colonia Benito Juárez de Río Bravo, quien nos apoyó con el equipo de Voluntarias por la Paz en la localización y punto de reunión de las adolescentes.

A la Lic. María Guadalupe Moreno Rivera coordinadora del Programa Fuerza Joven del Sistema DIF Río Bravo, quien nos dio promoción en radio y facilitó la localización de mamás adolescentes.

Al Regidor César Nacienceno López de Río Bravo quien nos facilitó reuniones de trabajo con la oficina de enlace de PROSPERA para la localización de mamás adolescentes.

A las oficinas de Desarrollo Social de la Presidencia Municipal de Río Bravo, al C.P. David López Salvares quien fue nuestro enlace; al Lic. Levy González Vargas de la Secretaría de Desarrollo Social y en el área del DIF PANNARTI al Lic. Jorge Luis Avalos Palacios y la maestra Julia García Ledezma.

A las Maestras Paula Reséndes Loera y Yanette Vega Moyega coordinadora de CONAFE en Río Bravo, quienes apoyaron con la ubicación y orientación de las mamás adolescentes sobre el tema de educación inicial.

A la Sra. Rosa María Hernández Aguilar presidenta de la Colonia las Américas de Río Bravo, y a su equipo de Voluntarias por la Paz que tuvieron la disposición de localizar a las mamás adolescentes y ofrecer su domicilio como punto de reunión para las reuniones grupales. A las autoridades del sector salud, a la Dra. Marbelia García García, encargada de la Unidad 102 del IMSS Río Bravo; a la enfermera Norma Alicia Aza Sánchez quien nos apoyó desde el Módulo de Atención al Adolescente; y por último, al Dr. Alejandro Hinojosa del Centro de Salud CADIF que nos apoyó en ese mismo tenor.

Presentación

En el Centro Estatal de Prevención Social de la Violencia y Participación Ciudadana del Gobierno de Tamaulipas se ha trabajado con la firme convicción de encontrar soluciones que mejoren la convivencia en nuestras comunidades, particularmente de aquellas que viven en circunstancias de desventaja social y económica, tratando de actuar desde la raíz de los problemas a fin de procurar medidas que favorezcan la prevención de la violencia, de sus causas y posibles consecuencias.

Si bien el embarazo no planeado y no deseado en adolescentes se ha convertido en un problema social y de salud pública en el país, esa situación se agudiza en escenarios donde la violencia y la delincuencia se presentan como variables del propio contexto en que se desarrollan y viven las y los adolescentes, tal es el caso de los *polígonos*, definidos por zonas geográficas urbano marginadas ubicadas mayormente en la periferia de las ciudades y áreas metropolitanas. Se torna como tarea prioritaria el contar con herramientas de implementación, sistematización y evaluación que nos apoyen en el desarrollo de modelos de intervención integrales y transversales de prevención, que nos garanticen la posibilidad de convertirse en prácticas de éxito a nivel local, que después puedan reproducirse en otros espacios de nuestro país.

Es por eso, que se apostó a la conformación de un modelo integral sustentado en evidencia científica y en el marco de los derechos humanos, particularmente de los derechos sexuales y derechos reproductivos, que permitiera el empoderamiento de la mamá adolescente mediante un proceso de orientación en diferentes aspectos vinculados a sus necesidades de salud y de su hijo, así como del desarrollo educativo, económico y de su propio proyecto de vida; pero también, del acceso a servicios de salud, al reencuentro con sus estudios que había dejado pendientes y a la capacitación

para el trabajo, haciendo participar a las instituciones y organizaciones que ofertan localmente ese tipo de servicios.

Surge así *Reencontrándome*, como una alternativa efectiva para la reinserción y el respeto social de la adolescente, cuyo modelo de trabajo está orientado a que la mamá adolescente vuelva a encontrarse, recobre su confianza, resaltando sus cualidades y facultades temporalmente perdidas y aplazando el segundo embarazo. La implementación de esta estrategia es el resultado del trabajo conjunto entre el gobierno, la comunidad y la sociedad civil, representada en este caso por Mexfam.

La presente publicación refleja las complejidades asociadas al embarazo adolescente, y determina que entre los motivos por los que muchas adolescentes quedan embarazadas a tan corta edad, está la falta de información, la falta de oportunidades, las expectativas sociales y la violencia sexual; documenta la experiencia acumulada con la implementación piloto en 22 polígonos, ubicados en seis municipios de Tamaulipas (Ciudad Victoria, Reynosa, Nuevo Laredo, Matamoros, Tampico y Río Bravo) y nos deja, entre otras lecciones aprendidas, la importancia del acompañamiento de los padres en la edad temprana del menor, la creación de programas para fomentar la información y los servicios requeridos a los jóvenes, para que fomenten conciencia hacia una sexualidad responsable así como la apertura que debe tener la sociedad en la educación sexual de nuestros niños y jóvenes.

LIC. CONSUELO TERÁN RODRÍGUEZ

Directora del Centro Estatal de Prevención Social
de la Violencia y Participación Ciudadana del Estado de Tamaulipas

Introducción

Las consecuencias del embarazo a temprana edad conllevan desventajas e inequidades en el desarrollo escolar y laboral en la adolescente. Sus causas se asocian a que las y los adolescentes no han visto satisfechas sus necesidades de salud sexual y salud reproductiva conforme a sus derechos; esto es, mediante un acceso real y oportuno a información, educación y servicios desde la perspectiva integral de la sexualidad. Y sus consecuencias se relacionan con la deserción escolar y un freno para su desarrollo social y económico, vinculado a limitaciones para alcanzar su proyecto de vida.

Desde la perspectiva de la medición de la salud reproductiva para mujeres adolescentes entre los 15 y 19 años de edad, con los datos reportados por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) efectuada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en el 2014, se estima una tasa elevada de fecundidad adolescente para Tamaulipas, del orden de 76.5 nacidos vivos por cada mil mujeres adolescentes, ocupando el lugar 15 en el ranking estatal de mayor a menor fecundidad, y ese nivel es equivalente al estimado para el país en su conjunto, que fue de 77 por mil. Sin embargo, en la proporción de embarazos no deseados (*no quería embarazarse*) y no planeados (*deseaba esperar más tiempo*), según los datos de la ENADID 2009, Tamaulipas se posiciona en el lugar 6 en el ranking estatal de mayor a menor nivel, con 53.8%, cifra que ubica al estado con los niveles más altos, sólo superado por Sonora, Colima, Ciudad de México, Chihuahua e Hidalgo. Resulta obvio decir que estas situaciones se acentúan en condiciones de mayor atraso socioeconómico, tales como los polígonos o zonas de mayor marginación urbana, entre otros grupos poblacionales.

Como una alternativa para abordar el problema, Mexfam ha implementado su Programa Gente Joven (PGJ) por más de 20 años, cuya estrategia de pares, de joven a joven, ha sido referencia nacional e internacional y se ha evaluado, de forma externa, por medio de una serie de encuestas en 1999, 2002 y 2004 en ámbitos urbanos, donde se ha destacado su eficacia para la transmisión de información y educación en temas vinculados con la salud sexual y salud reproductiva de las y los adolescentes. Y en una aproximación más cercana a la evaluación de impacto del Modelo de Atención de Adolescentes Rurales (MAAR), cuya adaptación del PGJ se aplicó en zonas rurales de los valles centrales del estado de Oaxaca entre 2004 y 2008, y se demostró un mayor uso de anticonceptivos al inicio de las relaciones sexuales y una menor incidencia de embarazos en las localidades intervenidas con el modelo en comparación con las de control.

A mediados de 2016 Mexfam terminó la implementación del proyecto denominado MIIO-A, financiado por la Federación Internacional para la Planificación Familiar (IPPF), para construir un Modelo Innovador de Investigación Operativa para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes de 10 a 19 años de edad, en la Ciudad de México. El eje del proyecto es la integración de los sectores educativos, de salud y de la sociedad civil para generar oferta y demanda de servicios de salud para adolescentes.

La utilidad e innovación en la construcción del modelo radica en la coparticipación activa y coordinada con las autoridades en salud de los diferentes niveles: jurisdiccionales, directores de centros de salud (CS), además del personal operativo

y administrativo de cada uno de los nueve CS participantes en el proyecto, ubicados en la delegación Venustiano Carranza, en la Ciudad de México. Se ha enfatizado en la participación activa de líderes sociales en cada una de las colonias de trabajo, de adolescentes no escolarizados y la vinculación con las escuelas de la zona.

La metodología de construcción del MIO-A es de procesos, de resultados y de impacto; lo que le permite crear, ajustar y readaptar las estrategias desarrolladas con base en evidencia científica y herramientas bien organizadas. La evaluación pre y post intervención demostró la bondad de las estrategias para impactar positivamente en una mayor cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes en las zonas de influencia del modelo en comparación con el área de control.

La lección aprendida de los modelos que se han trabajado en Mexfam, es que, las estrategias dirigidas a prevenir el embarazo no planeado y no deseado en adolescentes mediante el fortalecimiento del ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, deben estar acompañadas de acciones que vayan más allá de esas medidas intermedias a fin de procurar progresivamente cambios en sus niveles de vida.

Con esa perspectiva, *Reencontrándome* está encaminado a conformar una metodología sólida, desde el enfoque de la investigación-acción y en el marco de los determinantes sociales del embarazo en adolescentes; que contribuya a la prevención del embarazo no planeado, particularmente del embarazo de orden dos. Esto es, la intervención diseñada debe impactar en el mediano y largo plazos

en la ampliación del primer intervalo intergenésico (espacio entre el primero y segundo hijos), y por ende, en la disminución de la fecundidad, particularmente de la no planeada o no deseada.

Se construye una experiencia de éxito, demostrada y susceptible de ser transferida posteriormente a otros polígonos y municipios de Tamaulipas y de otras entidades federativas del país. Se apoya en la utilización de una serie de herramientas vinculadas al *estudio de caso*: “mujeres adolescentes cuyo primer embarazo es el actual o que ya tuvieron su primer hijo”; mediante la implementación de un proceso de orientación–acompañamiento que posibilite a la adolescente y su pareja, en su caso, disponer de los elementos de información y educación en relación con la toma de decisiones reproductivas en el contexto amplio de su plan o proyecto de vida individual, educativo y económico. La hipótesis subyacente es que, al disponer de esos elementos y habilidades, le permitirá demandar los servicios de salud preventivos a los cuales tiene derecho, incluidos los anticonceptivos.

Reencontrándome inició su conformación en noviembre de 2014 en siete polígonos de Ciudad Victoria, tres en Reynosa y seis en Nuevo Laredo; en julio de 2015 se incorporaron dos polígonos de Matamoros e igual número en Tampico, y a partir de septiembre de 2016 se agregó el municipio de Río Bravo con dos polígonos más. Este libro documenta el diseño conceptual y metodológico del modelo, el proceso de implementación y la experiencia y lecciones aprendidas, ubicando el contenido en tres grandes apartados: los fundamentos del modelo, el diagnóstico del embarazo no planeado en adolescentes de los polígonos y los resultados de la intervención.



Primera parte: Fundamentos de *Reencontrándome*

La conformación de este modelo tiene como base la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), que mediante acciones interinstitucionales coordinadas con políticas y planes nacionales, estatales y municipales enfrenta tanto las condiciones que motivan el embarazo en adolescentes, sus determinantes económicos, sociales y culturales así como sus causas subyacentes (Gobierno de la República, 2015). Un componente de primera importancia para el éxito de la ENAPEA es focalizar acciones intensivas en los municipios que presentan las mayores tasas de embarazo adolescente.

I. Objetivos

1.1 Objetivo general

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y desarrollo de adolescentes embarazadas o con un hijo, residentes en los polígonos, mediante estrategias integrales vinculadas con el desarrollo educativo y económico, y un proceso de seguimiento y asesoría basado en un esquema de orientación-acompañamiento en salud sexual y salud reproductiva, que les permita tomar decisiones responsables respecto al ejercicio de su sexualidad.

1.2 Objetivos específicos

- a) Sentar bases sólidas de información, orientación y acciones de apoyo en las adolescentes embarazadas o con un hijo, que contribuya al aplazamiento del segundo hijo en el contexto de su proyecto de vida.
- b) Construir una experiencia de éxito en la prevención del embarazo no planeado y no deseado de adolescentes, cuya metodología permita su transferencia en polígonos de otras zonas de Tamaulipas y del país.
- c) Formar equipos de profesionales con mayor sensibilidad y capacitación respecto a la prevención del embarazo no planeado y no deseado en adolescentes de zonas de mayor desventaja socioeconómica, que constituyan parte importante de la capacidad instalada en los municipios del proyecto.
- d) Contribuir a la sostenibilidad de este modelo de prevención del embarazo no planeado y no deseado en adolescentes en la comunidad, mediante la formación de agentes de cambio social, como promotoras por experiencia en la persona de la mamá adolescente participante.

II. Aplazamiento del segundo hijo

¿Por qué es importante el aplazamiento del segundo hijo?

2.1 El intervalo intergenésico y su relación con la salud materna

En el contexto de la salud sexual y reproductiva es trascendental que todas las mujeres puedan gozar de una educación integral y universal. Para ello, deben ofrecerse las herramientas necesarias sobre temas como los métodos anticonceptivos, las infecciones de transmisión sexual (ITS), salud materna e infantil.

Es de vital importancia que las mamás adolescentes accedan a esa información para que se beneficie su salud, la de sus hijos y la de sus futuros embarazos. Por ello, entre los temas fundamentales que impactan en gran medida la salud reproductiva de las mujeres y la de su descendencia, se encuentra el espaciamiento entre dos hijas/os, mejor conocido como período o intervalo intergenésico.

“El período intergenésico se define como el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo” (Dominguez & Vigil-De Gracia, 2005, pág. 38). El período intergenésico es uno de los factores más importantes en la sobrevivencia de un bebé, incluso en la salud de la propia madre (Conde Vinacur, Fernández, Guevel, & Marconi, 2001; González Vázquez, y otros, 2014). A pesar de ello, no se ha valorado adecuadamente desde el punto de vista médico y de la salud pública en muchos países; a tal grado que es un factor de riesgo poco conocido entre la población (Dominguez & Vigil-De Gracia, 2005; González Vázquez, y otros, 2014).

Diversas investigaciones médicas y epidemiológicas han encontrado que períodos intergenésicos muy cortos o extremadamente largos presentan los mismos riesgos de mortalidad materna, perinatal y neonatal (Firdous, Manzoor, Qureshi, & Pandit, 2014; Dominguez & Vigil-De Gracia, 2005; Instituto Mexicano del Seguro Social, 1989). A pesar de que no existen evidencias claras para explicar los mecanismos que inciden en los riesgos asociados con los períodos cortos o largos, se han detectado cuáles son los riesgos físicos y médicos que afectan tanto a la madre como al producto, especialmente aquellos relacionados con los períodos cortos que son los de mayor impacto en la salud (Conde-Agudelo, Rosas-Bermudez, Castaño, & H. Norton, 2012).

Las mujeres que han tenido más de un hijo con períodos intergenésicos menores a 24 meses, tienen un mayor riesgo de presentar parto pretérmino, trastorno hipertensivo, óbito, diabetes gestacional, sufrimiento gestacional agudo, bajo peso y baja talla al nacer del hijo (Dominguez & Vigil-De Gracia, 2005; González Vázquez, y otros, 2014; Conde-Agudelo, Rosas-Bermudez, Castaño, & H. Norton, 2012; Conde Vinacur, Fernández, Guevel, & Marconi, 2001). Estos riesgos están fuertemente asociados con la baja capacidad de recuperación física o síndrome de agotamiento materno que tienen las mujeres después de un evento obstétrico (Population Information Program, 2002; Instituto Mexicano del Seguro Social, 1989).

En cambio, los intervalos intergenésicos mayores a 49 meses, se han asociado principalmente con riesgos que derivan en mortalidad fetal y perinatal, como asfixia al nacer, malformaciones congénitas, desnutrición *in útero*, complicaciones placentarias, o bien, desarrollo de trastornos hipertensivos como la preeclampsia y/o eclampsia (Conde-Agudelo, Rosas-Bermudez, Castaño, & H. Norton, 2012; Dominguez & Vigil-De Gracia, 2005; Instituto Mexicano del Seguro Social, 1989).

Esto demuestra que los períodos intergenésicos extremos, particularmente los intervalos cortos son de un mayor riesgo. Por ello, se ha establecido el concepto de *intervalo óptimo*,

que es el intervalo asociado con la mayor probabilidad de obtener el nacimiento de un niño vivo normal de término, el cual, es de entre 18 y 48 meses (Dominguez & Vigil-De Gracia, 2005; Firdous, Manzoor, Qureshi, & Pandit, 2014; Population Information Program, 2002).

Los beneficios a la salud de la mujer que se obtienen con un período intergenésico óptimo, son principalmente el restablecimiento de las reservas nutricionales y la restauración de las condiciones pregestacionales de sus órganos reproductores que se ven alterados como consecuencia del embarazo (Instituto Mexicano del Seguro Social, 1989, pág. 145). Entre tales ganancias, se pueden enlistar algunas:

- Recuperación de nutrientes esenciales para la madre y para el desarrollo fetal del subsecuente producto, especialmente folatos (Morgan-Ortiz, Muñoz-Acosta, Valdez-Quevedo, Quevedo-Castro, & Báez-Barraza, 2010; Conde-Agudelo, Rosas-Bermudez, Castaño, & H. Norton, 2012). Esto en muchos casos, evita anemias en la madre y malformaciones en el feto.
- Ganancias en la vascularidad útero-placentaria, lo cual, previene los partos pretérmino (Conde-Agudelo, Rosas-Bermudez, Castaño, & H. Norton, 2012; Dominguez & Vigil-De Gracia, 2005).
- Mejor reparación uterina en los casos de mujeres que tuvieron un parto por cesárea (Conde-Agudelo, Rosas-Bermudez, Castaño, & H. Norton, 2012).
- Baja probabilidad de que la madre presente un cuadro hipertensivo, y por ende, que el producto no sufra de muerte perinatal (Dominguez & Vigil-De Gracia, 2005).

Como se ha mencionado anteriormente, no hay evidencias claras sobre cuáles son los mecanismos relacionados con los intervalos intergenésicos extremos que conllevan al deterioro en la salud materna, y en particular, de la salud perinatal y neonatal (Conde-Agudelo, Rosas-Bermudez, Castaño, & H. Norton, 2012). No obstante, se ha demostrado que los períodos extremos tienen una fuerte relación con la mortalidad infantil. En un estudio que evaluó el impacto del Programa de Planificación Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la mortalidad perinatal dentro de su población derechohabiente, se encontró que la probabilidad de morir en el primer año de vida de un bebé, disminuye sensiblemente conforme se incrementa el lapso de tiempo del intervalo intergenésico. Las tasas de mortalidad perinatal son elevadas en intervalos extremadamente cortos (0 a 3 meses), y se acentúa considerablemente a partir de períodos intergenésicos por arriba de los 39 meses (Instituto Mexicano del Seguro Social, 1989, pág. 146 y 147).

Otros trabajos documentan que la sobrevivencia en los períodos neonatales, postneonatal e infantil, está estrechamente vinculada con intervalos intergenésicos cortos (Fonseca-Aguilar, 2006). Asimismo, se tiene la evidencia de que aquellos niños nacidos con un período intergenésico de entre tres y cuatro años, tienen una probabilidad 1.5 veces mayor de sobrevivir la primera semana de vida y hasta 2.4 veces mayor de sobrevivir hasta los cinco años de edad, en comparación con un niño que nació con menos de dos años de aplazamiento (Population Information Program, 2002).

El buen término de los embarazos no depende del aplazamiento óptimo por sí sólo, también obedece en gran medida a factores socioeconómicos, culturales y de salud de la madre, como son: la edad, la nutrición, el nivel de educación, la zona de residencia, la lactancia y el uso de métodos anticonceptivos; incluso, también incide el orden de nacimiento del producto (Conde Vinacur, Fernández, Guevel, & Marconi, 2001).

2.2 La importancia del aplazamiento del segundo hijo

Es necesario que dentro de una educación sexual integral, se hable y concientice sobre la importancia que el intervalo intergenésico tiene en la salud materna e infantil; especialmente entre las madres adolescentes. Porque la enorme dificultad de prevenir el primer embarazo en la adolescencia, escapa a los objetivos de los programas tradicionalistas orientados únicamente a su prevención. El embarazo adolescente no tiene significados unívocos y difiere entre grupos sociales y culturales; lo cual, requiere de un enfoque que contextualice tales actores, porque dicha variabilidad se relaciona con características específicas de los contextos sociales y familias que predisponen a las adolescentes a embarazarse (Stern, 2012; Szasz & Lerner, 2010).

Tradicionalmente se reconocía que las adolescentes, en general, tenían embarazos no deseados por falta de acceso a métodos anticonceptivos y que ello, truncaba la continuación de sus estudios formales. En la actualidad, hay evidencia empírica que demuestra que los embarazos no deseados en las adolescentes están por debajo del 20 por ciento del total de embarazos tempranos, y que un número importante de mamás adolescentes ya no estudiaban cuando ocurrió el evento (Consejo Nacional de Población, 2011; Szasz & Lerner, 2010). No obstante, es más común el embarazo no planeado entre la población adolescente, por una falta de acceso y de información sobre los métodos anticonceptivos.

“El significado del embarazo adolescente y sus implicaciones para la joven, para su pareja, para su familia, para la comunidad y para la sociedad en general, varía entre los diferentes grupos sociales y contextos socioeconómicos” (Stern, 2012, pág. 31). En zonas rurales el embarazo en adolescentes es normal porque se valora socialmente (Stern, 2012). En un estudio realizado en el sureste de México sobre el embarazo adolescente, más del 70 por ciento de los adolescentes estudiados recibieron con alegría la noticia del embarazo; a pesar de que tanto hombres como mujeres tuvieron que dejar de estudiar o cambiar sus proyectos de vida. A pesar de ello, este “problema” tuvo su resolución más común, en una unión o matrimonio con la posterior aceptación por parte de los abuelos del nuevo miembro de la familia (Tuñón Pablos, 2006). O bien, el embarazo puede formar parte de los procesos y mecanismos de sobrevivencia y reproducción, y el embarazo se ve como una solución a problemas familiares; mientras que para otros, como en los sectores altos, significa un “accidente” sin grandes consecuencias y existe un apoyo total por la familia de los jóvenes (Stern, 2012, pág. 31).

Por ello, se debe considerar que el embarazo adolescente es un fenómeno multifactorial y que no debe reducirse sólo a un “problema” encausado en la disposición de métodos anti-conceptivos. Deben de existir programas integrales sobre salud sexual y reproductiva, que incidan en el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Y conocer cuál es el período intergenésico óptimo para hijos de orden superior, es parte fundamental de la educación integral de la sexualidad. Es preciso que el intervalo intergenésico sea difundido con un mayor empeño en los programas y proyectos de salud sexual y reproductiva, como un factor preponderante en la salud materna e infantil. Se sabe que en México en las últimas dos décadas, la población femenina en edad fértil ha optado por períodos intergenésicos más amplios; pero aún existe un alto porcentaje de mujeres que tienen intervalos intergenésicos cortos, lo que representa un factor de riesgo para su salud materna y para la salud de su hija/o (véase el caso de Tamaulipas en el cuadro 1).

Cuadro 1. Tamaulipas: distribución porcentual de mujeres en edad fértil según duración del primero y segundo intervalo intergenésico, 1997 y 2009

AÑOS	1997		2009	
	PRIMERO	SEGUNDO	PRIMERO	SEGUNDO
Menos de 2	40.1	33.8	26.5	23.9
De 2 a < 4	38.9	33.5	36.2	32.0
4 y más	21.0	32.7	37.3	44.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Consejo Nacional de Población. Perfiles de salud reproductiva. México, 2011.

Por ello, es pertinente que la población beneficiada sea principalmente la de menores recursos sociales y económicos. Porque es bien sabido que un alto porcentaje de embarazos adolescentes no son planeados, y muchos de ellos están ligados a condiciones de precariedad (Szasz & Lerner, 2010). Además, se ha demostrado que las mamás adolescentes en estos contextos, tienen muy bajas tasas de uso de métodos anticonceptivos posparto, lo cual, incide directamente en una alta ocurrencia de períodos intergenésicos cortos (González Vázquez, y otros, 2014; Fonseca-Aguilar, 2006).

III. Diseño conceptual y metodológico

3.1 Estudio de caso

Se utiliza el *Estudio de Caso* como una herramienta de investigación cualitativa cuyo propósito en el modelo es comprender a profundidad el fenómeno del embarazo no planeado y no deseado de forma individual desde la perspectiva de la adolescente, para disponer de un entendimiento global sobre las vivencias, problemas a los que se enfrenta, necesidades y factores que podrían prevenir o posibilitar un segundo embarazo no planeado. Y a partir de

ello se buscan alternativas de prevención que a la propia adolescente le parecen factibles y necesarias.

Si bien la indagación es particular con cada adolescente y a partir de ella se toman decisiones para la orientación y acompañamiento individual, el marco desde donde se analiza el embarazo en adolescentes toma como base general los determinantes sociales.

3.2 Enfoque conceptual de los determinantes sociales del embarazo adolescente

El enfoque conceptual del modelo, en sus diferentes fases, es el de los *determinantes sociales del embarazo en adolescentes*¹, que se interpretan como las condiciones socioculturales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, e influyen sobre los procesos de salud y toma de decisiones, incluidas aquellas estructuras políticas y programáticas (instancias de salud, educación, trabajo, familia, etc.). Desde esta perspectiva se pretenden explicar y analizar las relaciones y corresponsabilidades entre actores sociales e institucionales que tienen influencia en el embarazo no planeado y no deseado en adolescentes, a fin de considerarlas en las estrategias de intervención.

Este enfoque permite comprender la diversidad de causas que condicionan y reproducen el embarazo adolescente como problema social; revelándolo como resultado de las desigualdades, exclusión social y rezagos en la salud sexual y salud reproductiva, que afecta principalmente a las adolescentes. En México, la investigación desde este enfoque ha documentado la multiplicidad de factores que condicionan al embarazo adolescente, entre ellos destacan las siguientes características:

- Socioeconómicas: clase y/o estrato social, pobreza y marginación social.
- Demográficas: edad, escolaridad, estado civil, etnia y tipo de localidad.
- Culturales: reales posibilidades de realización, expectativas de vida, ideales sobre la "mujer" y la maternidad.
- Estrategias de sobrevivencia: el embarazo como solución.

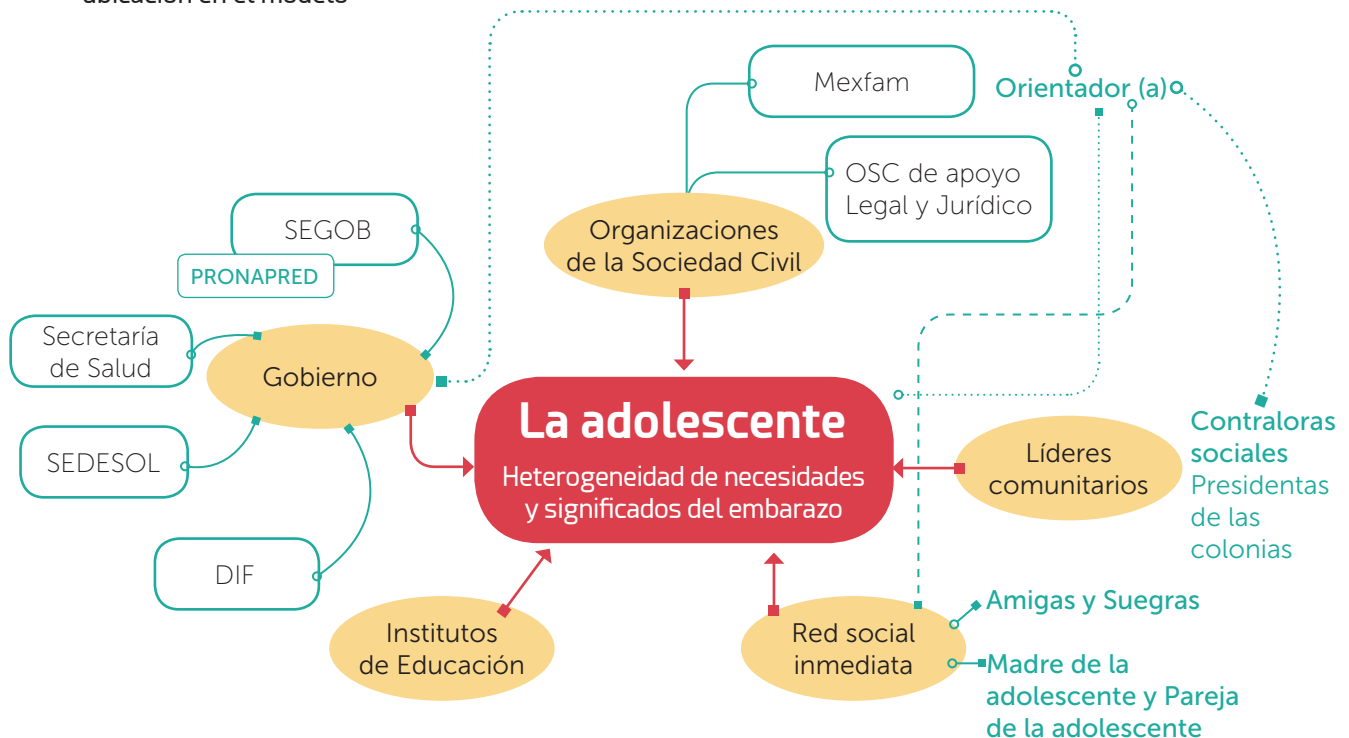
Por otra parte, existen elementos que influyen en la tensión que se genera entre el respeto a los derechos reproductivos y sexuales de la población adolescente y el cumplimiento de los lineamientos de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) sobre la prescripción de metodología anticonceptiva. Las metas programáticas institucionales ejercen fuerte presión sobre el personal encargado y sobre los que prestan servicios de salud, además de las creencias y posturas del propio personal de salud en materia de sexualidad, adolescentes y anticoncepción (Ervti, et al., 2010).

¹ En el número 4 de esta misma serie de publicaciones, se hace una descripción detallada del esquema de determinantes sociales del embarazo en adolescentes.

Pero el embarazo adolescente es también expresión de la deficiente educación en sexualidad; la cual debe ser integral, es decir, considerar la diversidad de factores de contexto que afectan la vida cotidiana de las y los adolescentes. Por lo que el educador debe conocer las características específicas de los educandos para poder ajustar los contenidos informativos a sus necesidades, a la vez que utilice metodologías participativas y dialógicas que garanticen la apropiación de los conocimientos.

En el esquema 1 se representan los diferentes niveles de actuación de los determinantes sociales del embarazo adolescente en los polígonos y su consideración en la implementación del modelo. Desde esta perspectiva se plantea que la heterogeneidad de necesidades y significados del embarazo para la mamá adolescente, determina y condiciona la participación de diferentes actores según niveles alternativos de influencia en el marco de los derechos humanos, a saber: la orientadora como parte del equipo de Mexfam, tiene la función de acompañar y facilitar los procesos sirviendo como mediadora con los diferentes actores, mientras que otras Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) pueden brindar el apoyo legal o jurídico que se requiera; los líderes comunitarios, desde su propia percepción, permiten contextualizar el embarazo adolescente en los polígonos y sirven de enlace para la identificación y reclutamiento de las mamás adolescentes; la red social y familiar constituye un actor fundamental en tanto puede fungir como favorecedor o limitante para la toma de decisiones de la adolescente; y los institutos de educación así como las diferentes instancias gubernamentales, permiten conformar el directorio de servicios potenciales de los cuales puede echar mano la adolescente a fin de mejorar su salud, desarrollo económico y condiciones de vida.

Esquema 1. Mapa conceptual de los determinantes sociales del embarazo en adolescentes y su ubicación en el modelo



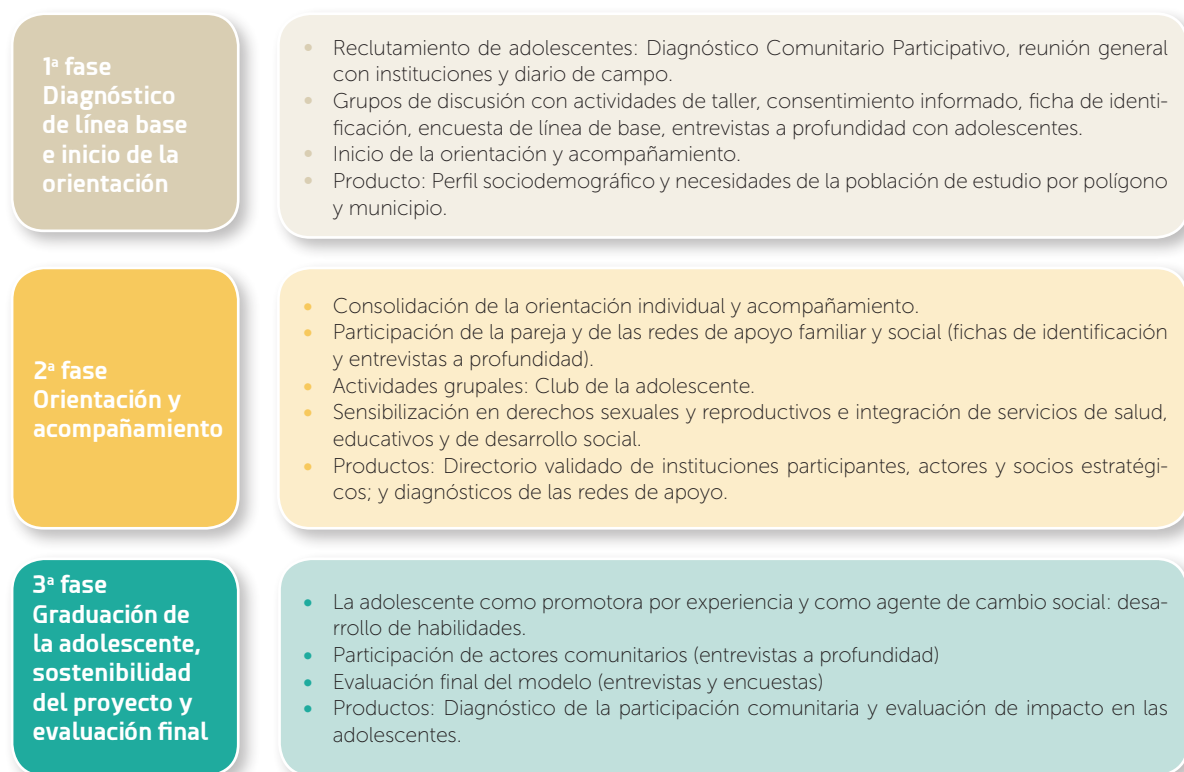
3.3 Criterios de inclusión de la población de estudio

Adolescentes menores de 20 años de edad y residentes en el polígono de referencia, que al momento de ser contactadas se encontraran embarazadas por primera vez o hubieran tenido su primer hijo; independientemente de que vivieran en pareja o de su estado civil.

3.4 Fases del modelo

Reencontrándome está pensado para implementarse en tres fases seriadas, que inician con el reclutamiento de las mamás adolescentes, la identificación de sus necesidades e inicio de la orientación individual; para pasar a la consolidación del proceso de orientación-acompañamiento e incorporación de las redes de apoyo familiar, social e institucional; y finalmente a la graduación de la adolescente como promotora por experiencia y agente de cambio social, que garantice la sostenibilidad del modelo en la comunidad, con la consecuente evaluación al respecto (véase esquema 2). La primera fase toma aproximadamente 10 meses, la segunda un año y la tercera ocho meses, para hacer un total de dos años y medio como duración promedio para llevar a cabo el modelo en sus diferentes etapas.

Esquema 2. fases del modelo y herramientas.



3.5 Fase 1: Diagnóstico de línea base e inicio de la orientación

El alcance de esta fase es disponer del perfil sociodemográfico de las mamás adolescentes del polígono, identificar sus principales necesidades en salud reproductiva, educativas, laborales y de proyecto de vida; y en consecuencia, iniciar el proceso de orientación-acompañamiento individual. Para ello, se llevan a cabo las siguientes actividades:

- a) El reclutamiento de adolescentes conforme a los criterios de inclusión, el cual se apoya en la realización de *Diagnósticos Comunitarios Participativos (DCP)* y *reuniones gerenciales con instituciones*. Con estas actividades se inicia el manejo de un *diario de campo* que cada orientador y coordinador de procesos integrales debe llevar consigo.
- b) Con las adolescentes ya reclutadas se llevan a cabo *grupos de discusión con actividades de taller* y se inicia el trabajo individual mediante la aplicación de la *Ficha de Identificación de la Adolescente (FIA)*, la firma del *consentimiento informado* y de *asentimiento* en el caso de las menores de edad, se aplica la *encuesta de línea base* y se realizan *entrevistas a profundidad*.
- c) El conocimiento del caso con la recolección de la información previa por el propio orientador, le permite iniciar la *orientación-acompañamiento* individual.
- d) En esta fase se dispone de un primer producto del modelo: el perfil sociodemográfico y necesidades de la población de estudio por polígono y municipio.

Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP). Es una reunión de primer acercamiento con líderes de la comunidad y actores estratégicos que apoyan en la identificación y reclutamiento de las adolescentes. Ésta puede llevarse a cabo en los parques de barrio, en el Tamul o en otro sitio accesible para los participantes. El éxito del DCP depende de la capacidad de gestión y convocatoria así como de la habilidad para involucrar a la comunidad en el tema del embarazo no planeado en adolescentes.

Reunión gerencial con instituciones. Se trata de una reunión equivalente al DCP, pero ahora con las instituciones de salud (centros de salud y jurisdicciones sanitarias), educativas, de capacitación técnica, SEDESOL, entre otras, que puedan sumarse para apoyar a las adolescentes en la búsqueda por mejorar su calidad de vida.

En las dos actividades previas es fundamental el apoyo y representación del responsable municipal del PRONAPRED, por su poder de convocatoria con actores estratégicos en el polígono y con las promotoras por la paz; cuya labor de referencia, además de la *estrategia de bola de nieve* (búsqueda intencionada entre las propias adolescentes embarazadas o con un primer hijo) facilitó la identificación de los casos de estudio.

Diario de campo. Es un instrumento utilizado para registrar aquellos hechos que son susceptibles de ser interpretados de los casos. Una herramienta que permite sistematizar las

experiencias para luego analizar los procesos y resultados. En el diario de campo se debe registrar la siguiente información: gestión con instituciones o actores sociales, descripción de aspectos sociales, de contexto y situaciones en las que se trabaja; testimonios relevantes; percepciones, ideas, mitos y actitudes de los diferentes actores respecto al embarazo en la adolescencia (todos son informantes clave); descripción de intervención, cómo se desarrolla la orientación-acompañamiento, contención, impresiones de los procesos de intervención; y lo más importante: impresiones de caso y de sus redes sociales que permitan trabajar con las personas que forman parte de la vida de la adolescente.

Grupos de discusión con actividades de taller. Una vez seleccionadas las adolescentes que participarán en la intervención, se lleva a cabo una reunión para que se conozcan y se den cuenta que así como ellas hay otras adolescentes que han pasado o viven la misma experiencia. Esta herramienta permite que las adolescentes externen sus necesidades y preocupaciones de forma espontánea.

Ficha de Identificación de la Adolescente (FIA). Al inicio del proyecto, se aplica la FIA de forma individual a todas las mamás adolescentes identificadas que cumplan con los criterios de inclusión. Se hace énfasis en la identificación de redes de apoyo familiar y social, como factores protectores en relación con la prevención del siguiente embarazo y el plan de vida de la adolescente.

Encuesta precodificada de línea base. Este instrumento se aplica al inicio del proyecto, de forma individual a cada adolescente embarazada o con un hijo, para disponer de una base de datos sobre el perfil y datos duros en relación con los factores asociados al embarazo actual o último; así como de las percepciones, conocimientos y prácticas, y acerca de las necesidades de información, orientación y de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva².

Tanto la FIA como la encuesta se aplican por lo menos a 30 adolescentes por polígono a fin de disponer de una muestra mínimamente representativa y de uso estadístico razonable.

Entrevistas a profundidad. Esta herramienta está dirigida a complementar la información de la encuesta precodificada, para disponer de aquellos elementos que bajo el enfoque de los determinantes sociales del embarazo en adolescentes, ayuden a entender los procesos que dieron lugar al embarazo actual o primer embarazo, a fin de identificar las condiciones favorecedoras para la prevención de futuros embarazos no deseados o no planeados. La conversación establecida para ello va encaminada a reconstruir una parte de la historia de la adolescente, desde las propias circunstancias de vida alrededor de la ocurrencia del embarazo.

Orientación-acompañamiento. En este modelo la orientación-acompañamiento se visualiza como un proceso de comunicación interpersonal que consiste en ofrecer a las mamás

² La experiencia demostró que es mejor ampliar el contenido de la FIA y prescindir de la encuesta de línea base. De esta forma, en la conformación final del modelo ya no aparece la encuesta.

adolescentes la información necesaria para posibilitar la toma de decisiones, libre, voluntaria y fundamentada en el conocimiento. Dicha orientación-acompañamiento es única para cada una de ellas, ya que parte de sus propias inquietudes y necesidades, y permite abordar todas las cuestiones relacionadas con sus expectativas reproductivas, desarrollo educativo y económico en el contexto de su plan o proyecto de vida.

Para llevar a cabo el estudio y la intervención, es necesario disponer del *consentimiento y/o asentimiento informado* de la adolescente y/o padre/madre o tutor, previa información sobre los objetivos del proyecto, la forma de participación, así como los riesgos o beneficios que pudieran generarse a partir de ésta. Una vez que se ha informado adecuadamente a las personas, éstas tienen la posibilidad de otorgar o no su consentimiento para participar, de manera libre y voluntaria.

A partir del primer contacto con cada caso de estudio, la intervención toma como base la *historia de vida* que se va integrando de cada adolescente embarazada o con un hijo, con las correspondientes medidas de confidencialidad y privacidad acordadas.

3.6 Fase 2: Orientación-acompañamiento

Se enfoca a consolidar la orientación-acompañamiento individual a las adolescentes, así como la participación de la pareja y de la red familiar y social. Se apoya en las siguientes actividades:

- a) Consolidación de la *orientación-acompañamiento* individual con la mamá adolescente, iniciada en la fase 1.
- b) Énfasis en la *incorporación de la pareja y de las redes de apoyo familiar y social*, previa identificación por la adolescente mediante la FIA. Se aplica la *Ficha de Identificación de la Pareja* (FIPA), la *Ficha de Identificación de la Red de Apoyo* (FIRA) y se realizan entrevistas a profundidad.
- c) *Sesiones grupales* mediante la conformación de clubes de adolescentes, en ocasiones con la participación de las parejas.
- d) *Sensibilización en derechos sexuales y derechos reproductivos* e integración de los servicios de salud, educativos y de desarrollo social.
- e) En esta fase se generan dos productos: el directorio validado de instituciones participantes, actores y socios estratégicos, por polígono; y el diagnóstico de las redes de apoyo, incluyendo a la pareja.

Orientación-acompañamiento. Este proceso es continuación del ya iniciado en la primera fase y está basado en el planteamiento de su proyecto de vida, de manera que las orientaciones y acompañamientos sobre diferentes temas y necesidades adquieren mayor sentido y significancia. La encomienda es que ahora, se proporcione de preferencia, en compañía de su pareja, cuando es posible.

Participación de la pareja y de la red familiar y social. Siguiendo con el esquema de los determinantes sociales del embarazo adolescente, se tiene que la red familiar y su interacción con la adolescente, repercute en las decisiones que conforman su plan de vida. Es por eso que resulta fundamental en esta segunda fase del proyecto, contar con la participación activa de los personajes que constituyen su red de apoyo familiar y social, incluida la pareja.

Se ha observado que a los talleres o actividades grupales, convocados para las adolescentes, asistían también algunos padres de familia o la pareja. Este primer acercamiento da pie a estrategias de invitación exclusiva para trabajar con ellos en temas relacionados con sensibilización en salud sexual y salud reproductiva, uso de métodos anticonceptivos, violencia de género, paternidad responsable, cuidado del niño y otros aspectos que puedan crear conciencia y apertura para aceptar y coadyuvar a la adolescente a tomar sus propias decisiones.

Ficha de Identificación de la Pareja (FIPA). Datos básicos sobre el perfil y necesidades de información y orientación en salud sexual y reproductiva de la pareja, paternidad responsable, participación en las actividades de cuidado del hijo y acompañamiento a la mamá adolescente.

Ficha de Identificación de la Red de Apoyo (FIRA). Perfil general de las personas que forman parte de la red de la adolescente, características del tipo de red en cuanto a cercanía e influencia potencial en las decisiones de la adolescente y necesidades de información en salud sexual y salud reproductiva.

Entrevista a profundidad con la pareja y con la red familiar y social. Las entrevistas cualitativas a padres, tutores y la pareja de la adolescente aportan mayores elementos para orientar las estrategias de trabajo con ellos. Evidencian las percepciones entorno al embarazo adolescente, al plan de vida de sus hijas/pareja así como la apertura que tienen para tratar estos temas con ellas.

Club de la adolescente. De manera adicional al importante trabajo de orientación, se gestiona un espacio para las adolescentes. Un lugar de fácil acceso al que las participantes acuden por orientación, información o realización de talleres que organizan los orientadores. Se tratan temas referentes al plan de vida, salud sexual y salud reproductiva, cuidado del niño y en el que las adolescentes intercambian experiencias.

Sensibilización en derechos sexuales y derechos reproductivos e integración de los servicios de salud. En los primeros acompañamientos con las adolescentes a los servicios de salud, se detectó como área de oportunidad interactuar con el personal de las unidades médicas (centros o módulos de salud) mediante sesiones de sensibilización e intercambio de experiencias en el abordaje con la población adolescente, a fin de contribuir a la prevención del embarazo no deseado y no planeado a temprana edad, desde el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos y de los determinantes sociales de la salud; de tal forma que todo el personal se sensibilice y esté consciente acerca de la necesidad de procurar el acceso amigable a los servicios de salud para las y los adolescentes.

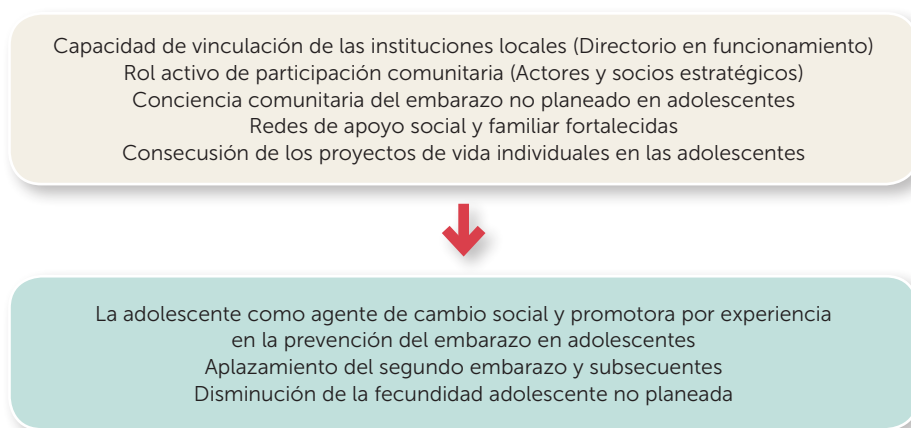
3.7 Fase 3: Graduación de la adolescente

Llegar a esta etapa implica haber incorporado a las redes de apoyo familiar, social e institucional, además de la pareja; y el modelo plantea que si la mamá adolescente se ha empoderado en el ejercicio de sus derechos, cuyos indicadores reflejan el reencuentro con su proyecto de vida familiar, educativo y laboral en función de sus expectativas reproductivas, el enfoque de los determinantes sociales apunta que en la corresponsabilidad para la prevención del embarazo adolescente no planeado solo faltaría incorporar de manera focalizada el nivel comunitario, en que la propia adolescente debe tener un rol activo y vinculatorio con otros actores, a fin de buscar su incorporación como agente de cambio social y promotora por experiencia en la prevención del embarazo adolescente no planeado, no solo del de orden dos sino desde el primero.

De modo que en esta fase se gradúa a la mamá adolescente. Previa capacitación formal en elementos técnicos sobre Educación Integral de la Sexualidad (EIS) mediante talleres vivenciales, se le invita a transferir su experiencia y conocimientos a otras adolescentes, sus vecinas, familiares o compañeras de trabajo o escuela, en la modalidad que acomode a sus tiempos y ocupaciones. El supuesto es que poco a poco se posicione en la comunidad y sea reconocida por las instituciones locales como actor estratégico para una resonancia comunitaria, que contagie a otras adolescentes y personas adultas para convertirlas en aliadas y monitoras con un fin común, el aplazamiento de los embarazos y en consecuencia la disminución de la fecundidad no planeada o no deseada (véase esquema 3).

La intervención permitió efectuar dos talleres sobre EIS con futuras promotoras por experiencia y agentes de cambio social para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes, uno en Ciudad Victoria (en diciembre de 2016) y otro en Reynosa (en febrero de 2017). Las mamás adolescentes recibieron con gran motivación la estafeta de parte de la facilitadora del taller y de las orientadoras, asumiendo la responsabilidad de compartir sus conocimientos, experiencias y habilidades con otras adolescentes.

Esquema 3. Resultados esperados



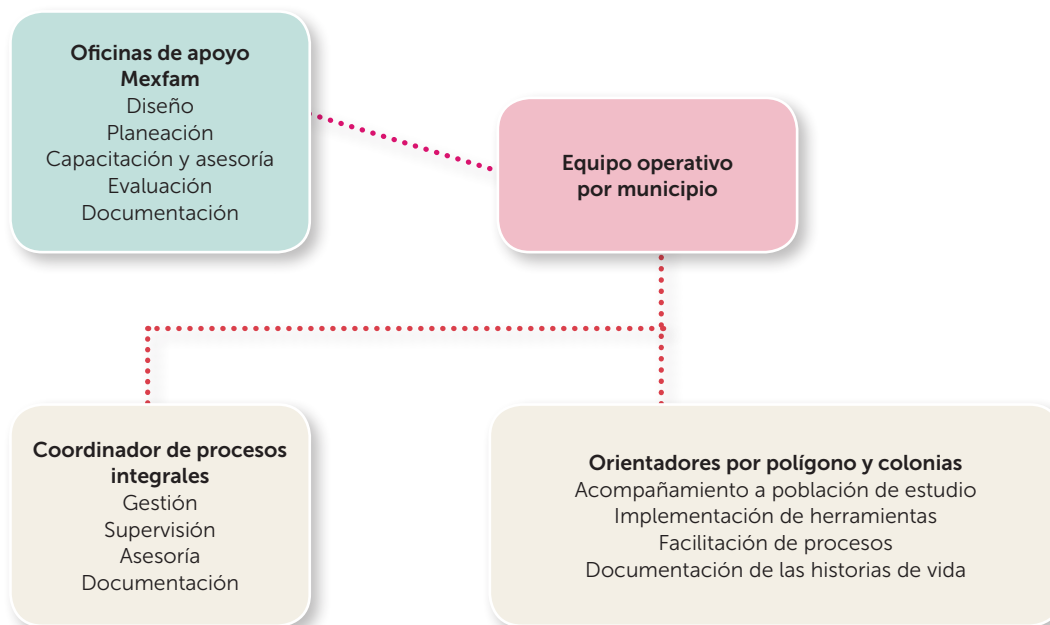
IV. Organización del trabajo

Para implementar *Reencontrándome* se requiere la participación de dos equipos (véase esquema 4), el de oficinas centrales de Mexfam, que se encarga del diseño de la implementación, la planeación de los procesos, la capacitación y asesoría al equipo operativo, la evaluación y monitoreo y la documentación de la experiencia. Este equipo se encarga del diseño de las herramientas e instrumentos necesarios y estar pendiente de las capacitaciones o actualizaciones del equipo operativo; para ello, efectúa visitas y acompañamientos constantes para garantizar el correcto avance y desarrollo de las estrategias. El equipo operativo, por su parte, le corresponde concretar las acciones con las adolescentes y sus redes de apoyo, así como con los diferentes actores en la comunidad e instituciones.

4.1 Equipo operativo

El equipo operativo está integrado por *seis coordinadores de procesos integrales (CPI)*, uno por municipio. Cada coordinador está apoyado por un número de orientadores de acuerdo al número de polígonos de cada municipio; esto es, siete en Ciudad Victoria, tres en Reynosa, seis en Nuevo Laredo, dos en Tampico, dos en Matamoros y dos en Río Bravo. Cada orientador le da seguimiento al trabajo en un polígono.

Esquema 4. Organización del trabajo



4.2 Coordinador de procesos integrales

La experiencia adquirida en Tamaulipas demostró que no se requiere un perfil académico estricto, puede ser cualquier profesionista, no importa que provenga de un área social, administrativa o médica; lo importante es que le guste el trabajo comunitario y de interacción con las personas, que tenga vocación por llevar a cabo un verdadero servicio social y tenga interés y motivación por incorporarse en el mundo de la salud sexual y reproductiva en el contexto de los derechos correspondientes, particularmente referidos a la población adolescente y joven.

Por las funciones que le corresponde, es importante, sin embargo, que sea una persona responsable y dedicada, esmerada en su quehacer y con liderazgo, que posea conocimientos básicos de computación, redacción de informes, documentación y aptitud para llevar a cabo diferentes gestiones institucionales y comunitarias, así como de participar en procesos de transmisión de conocimientos y habilidades con los orientadores.

Función genérica

Garantizar la calidad técnica de los insumos desarrollados en cada uno de los procesos mediante el monitoreo sistemático de los alcances a corto, mediano y largo plazos, definidos con los agentes sociales.

Funciones específicas:

- a) Generar los insumos de documentación de los procesos y de los casos de cada uno de los polígonos, según la información que los orientadores generen; identificando patrones que caractericen a los factores protectores individuales y externos (sociales) para la prevención del segundo embarazo.
- b) Monitorear los alcances en cada uno de los procesos con actores clave de diferentes niveles de decisión de gobierno y comunidad.
- c) Proporcionar acompañamiento técnico a los orientadores en el uso de herramientas para la documentación de casos y en el proceso de orientación-consejería de cada mujer adolescente embarazada o con un hijo.
- d) Coordinar los acompañamientos y entrega puntual de los insumos primarios de cada uno de los orientadores.
- e) Establecer relaciones de coordinación y gestión con los decisores de los sectores involucrados; y en caso necesario, tomar las decisiones pertinentes.
- f) Reportar oportunamente al equipo coordinador de oficinas de apoyo de Mexfam, los resultados alcanzados por etapa, conforme a los formatos establecidos.

4.3 Orientador

El perfil de orientador(a) tampoco requiere de una disciplina determinada, lo importante es que le motive el trabajo de interacción con las personas, particularmente con las mamás adolescentes, sus parejas y redes de apoyo social y familiar. No obstante, la lección aprendida en Tamaulipas da pie para tener mayor inclinación por orientadoras que sean psicólogas o trabajadoras sociales, con un interés demostrado por adentrarse en el estudio y conocimientos de la salud sexual y reproductiva.

Es deseable que tenga conocimientos básicos de computación, redacción y aptitud para dar orientación, seguimiento y acompañamiento individual así como coordinar y efectuar reuniones de trabajo y talleres con diferentes personas, particularmente con mamás adolescentes.

Función genérica

Facilitar los procesos de acompañamiento precisos a cada uno de los casos de mujeres adolescentes embarazadas o con un hijo, para que disponga de las condiciones necesarias para la toma de sus decisiones.

Funciones específicas:

- a) Generar los insumos primarios necesarios para la documentación de cada uno de los casos, considerando los factores protectores individuales y externos (sociales) para la prevención del segundo embarazo.
- b) Gestionar y resolver cualquier problema en la implementación que le impida a la adolescente continuar con sus estudios o ingresar a la escuela, recibir atención de calidad para espaciar su segundo embarazo o para el autocuidado de su salud sexual y salud reproductiva.
- c) Vincular las necesidades específicas detectadas de la adolescente y/o de sus parejas, según cada caso con su red social; garantizando la confidencialidad y seguridad de la información que se maneje de cada adolescente.
- d) Comunicar y reportar sus hallazgos y resultados de manera periódica a su Coordinador de Procesos Integrales, según mecanismos previamente definidos.



Segunda parte: Diagnóstico del embarazo no planeado en adolescentes en polígonos de Tamaulipas

Este apartado muestra el Diagnóstico que se realizó con los datos obtenidos de la encuesta precodificada de línea base, denominada *Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas*, aplicada en la primera etapa del proyecto en los municipios de Ciudad Victoria, Reynosa, Nuevo Laredo, Matamoros y Tampico.

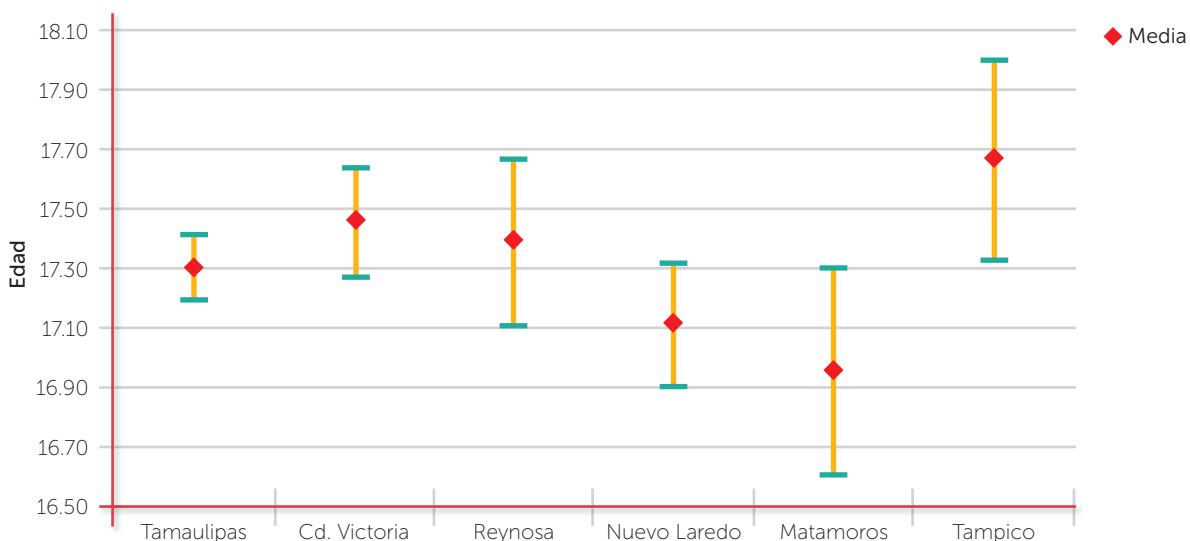
V. Perfil sociodemográfico de las mamás adolescentes

Edad

La mayoría de las adolescentes captadas en el proyecto se encontraban entre los 16 y 18 años de edad. La edad promedio fue de 17.3 años. No obstante, se registraron cuatro jóvenes de menos de 14 años de edad y dos con 20 años.

Por municipio, las edades promedio parecen similares, pero la de Tampico se observa diferente al menos con Matamoros y Nuevo Laredo (Gráfica 1). Las de ese municipio son en promedio medio año mayores.

Gráfica 1. Intervalos de confianza para la media al 95% de la edad de las adolescentes.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

Mediante un análisis de varianzas (ANOVA), se reconoce que hay diferencias significativas entre las medias de la edad de las adolescentes; y que hay al menos dos grupos diferenciados por la edad promedio de las mamás adolescentes. Con las comparaciones múltiples del análisis ANOVA, considerando que las varianzas son iguales según el estadístico de Levene, se corrobora que la media de Tampico difiere significativamente únicamente con Matamoros (Cuadro A1).

Precisamente, Tampico y Matamoros son diferentes en cuanto a la distribución de las adolescentes, según su edad. Tampico fue el municipio con el mayor promedio de mujeres con edades por encima de los 17 años de edad. En cambio, Matamoros mostró las edades promedio más bajas.

A nivel de polígonos, las edades promedio se concentraron entre los 17 y 18 años. Las más adolescentes más jóvenes se registraron en el polígono *Fraccionamiento Nueva Victoria* de Nuevo Laredo, una joven de 12 años y otra de 13 años; además, se contó con otra mamá adolescente de 13 años de edad en el polígono *Benito Juárez* de Ciudad Victoria. A pesar de que la población objetivo del proyecto se definía entre los 10 y 19 años de edad, se contó con encuestas de dos mujeres de 20 años de edad; esto se dio en el polígono de *Villas de la Concordia* en Nuevo Laredo, y en el polígono *Tancol* de Tampico.

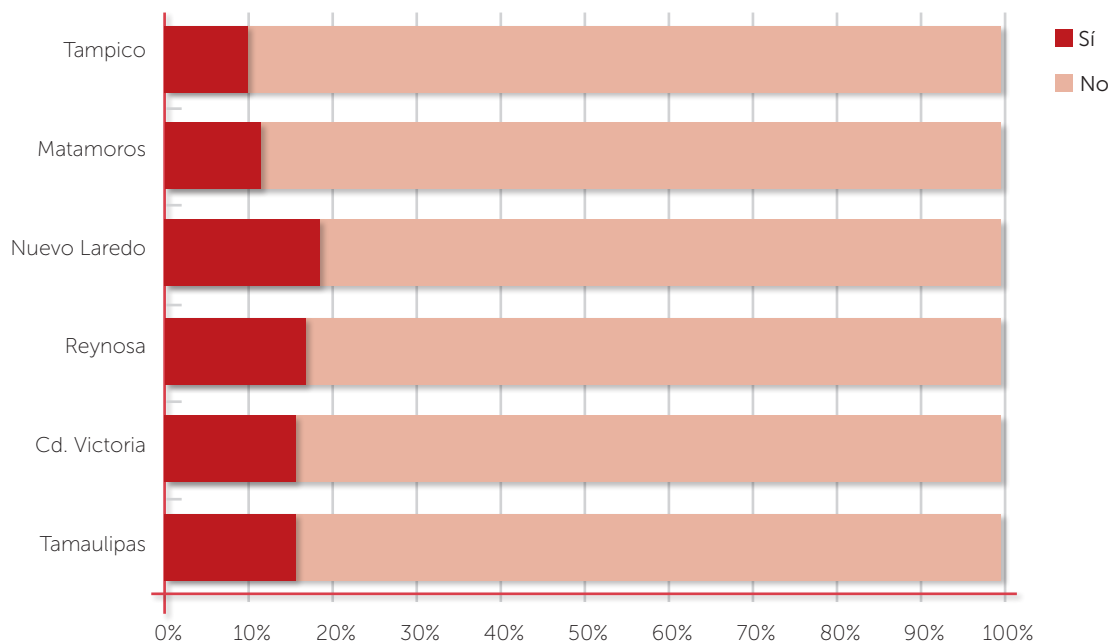
Escolaridad

El embarazo se mostró como una limitante en la continuación de los estudios de las más adolescentes. Al menos, cerca del 84 por ciento de las jóvenes declaró que no asistían a la escuela. En Matamoros y Tampico se registró la mayor proporción de jóvenes que no acudían a la escuela. En Nuevo Laredo se dio el mayor porcentaje de adolescentes que aún continuaban estudiando a pesar de haber experimentado un embarazo (Gráfica 2).

Por ello, el nivel de escolaridad que presentaron las mamás adolescentes fue muy bajo. Poco más de un tercio de las jóvenes tenían secundaria completa, y apenas un 23 por ciento secundaria incompleta; cerca de un 27 por ciento, estudió algún grado de nivel medio superior, y sólo 2 por ciento tenía estudios superiores. Matamoros presentó los niveles educativos más bajos, con cerca de un 20 por ciento de mamás adolescentes con primaria completa y poco más de 35 por ciento con secundaria incompleta. En cambio, Nuevo Laredo presentó 21 por ciento de jóvenes que contaban con estudios incompletos de preparatoria, y poco más de un 27 por ciento con secundaria completa (Gráfica 3).

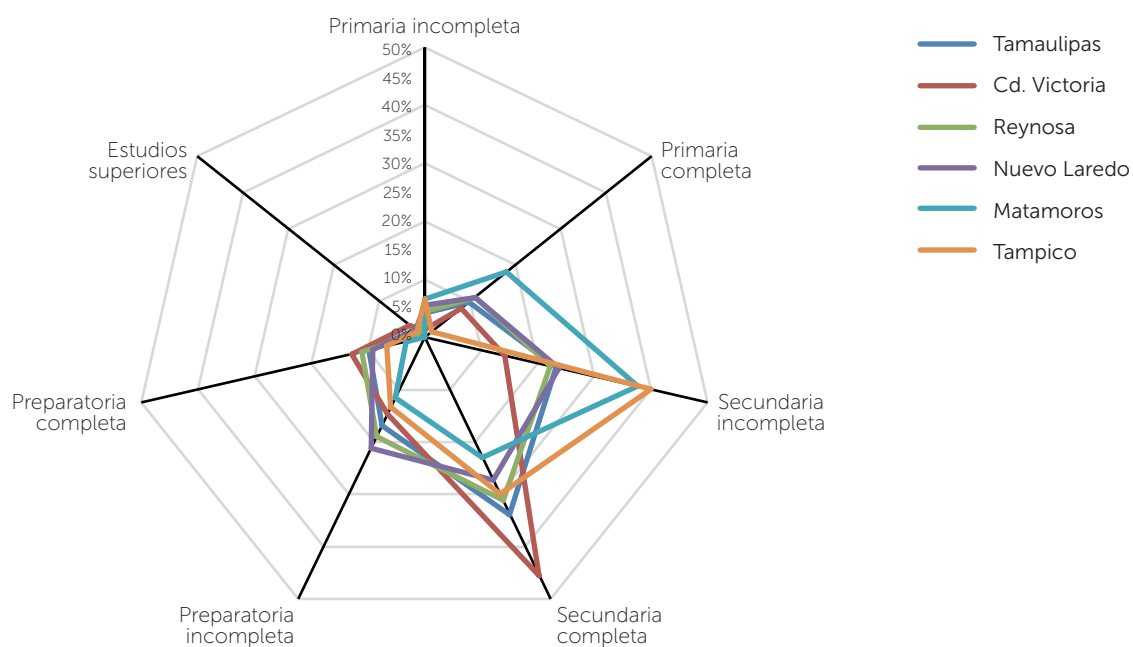
El grado promedio de escolaridad corrobora que el nivel de instrucción en las mamás adolescentes es muy bajo. El promedio de escolaridad fue apenas de 8.8 años. El promedio de los años de escolaridad en cuatro municipios, tiene una distribución muy similar; excepto Matamoros que parece ser sólo afín a Tampico (Gráfica 4). El análisis ANOVA de los años de escolaridad muestra que las varianzas y las medias por municipio son diferentes significativamente. Con las comparaciones múltiples del análisis ANOVA, se confirma que la media de los años de escolaridad de Matamoros difiere significativamente de las medias de escolaridad de Ciudad Victoria, Reynosa y Nuevo Laredo (Cuadro A2).

Gráfica 2. Condición de asistencia escolar.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

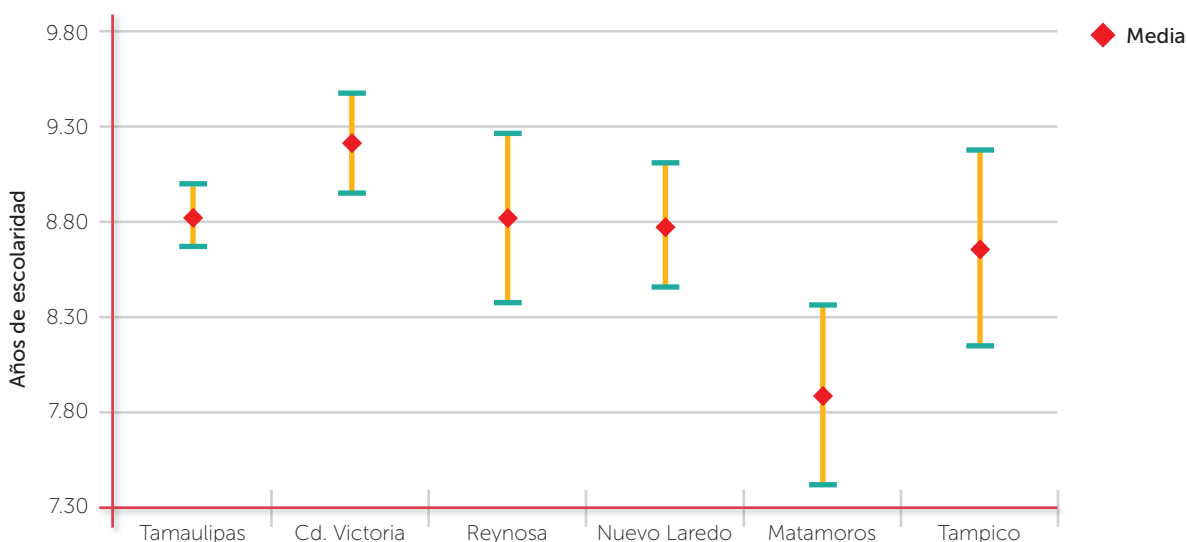
Gráfica 3. Nivel de escolaridad de las mamás adolescentes.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

Precisamente, Matamoros y Tampico que tuvieron promedios similares, fueron los municipios con el menor nivel educativo promedio de las mamás adolescentes. Mientras que Ciudad Victoria se mostró con el mejor nivel educativo promedio.

Gráfica 4. Intervalos de confianza para la media al 95% de los años de escolaridad.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

Dentro de cada municipio, se confirma la baja escolaridad presente en las mamás adolescentes, y también los contrastes socioeconómicos que cada polígono ofrece. En Reynosa y Nuevo Laredo hay polígonos en donde una de cada diez mamás adolescentes tenían sólo estudios de primaria. En Reynosa hay al menos tres polígonos con un importante número de mamás adolescentes que cuentan con algún grado de primaria, como son: *La Joya* (20.5%), *Lomas del Pedregal* (16.3%) y *La Cima* (10.5%); mientras que en Nuevo Laredo sobresalen *Fraccionamiento Nueva Victoria* (9.3%), *San Miguel* (5.6%) y *San Mauricio* (4.4%). Precisamente en Nuevo Laredo, se tiene un caso en *Villas de San Miguel*, que declaró haber cursado sólo un año de primaria³. Otros polígonos con casos de mamás adolescentes con muy bajo nivel de escolaridad son: *Pajaritos* (Ciudad Victoria), *La Cima* (Reynosa) y *Villas la Concordia* (Nuevo Laredo) en donde se encuestó a mujeres con apenas dos años cursados de primaria; o bien, *Tancol* (Tampico), *La Popular* (Matamoros), *Solidaridad* (Nuevo Laredo) y *El Palmar* (Ciudad Victoria) que tuvieron registros con jóvenes que cursaron hasta el tercer año de primaria.

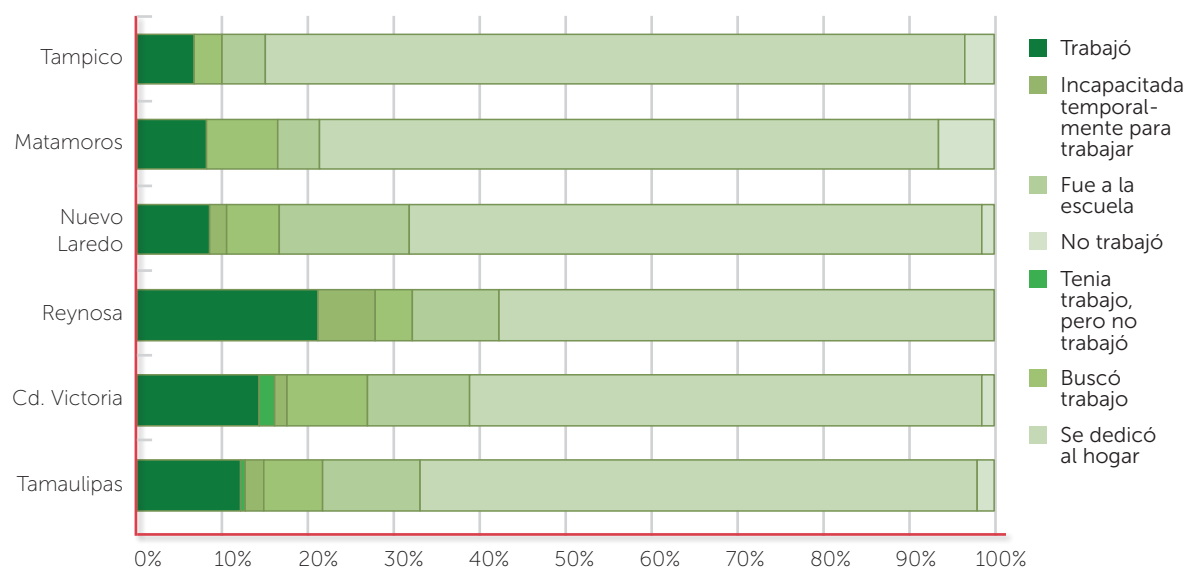
³ Dentro de la encuesta, dicho caso se identificó que la joven era analfabeta y se le detectó un posible problema de aprendizaje.

Con mejores situaciones educativas, está Ciudad Victoria que contó con tres polígonos con tales características. Entre estos, destacan los polígonos de *Benito Juárez* (10%), *Luis Donaldo Colosio* (17.5%) y *El Palmar* (12.5%) en donde había un importante número de adolescentes con preparatoria concluida; así como un caso en *Ampliación Linda Vista* con estudios superiores (normal con preparatoria terminada). De igual forma, Reynosa presentó polígonos con una proporción considerable de jóvenes con estudios terminados en el nivel medio superior, como: *Solidaridad* (25%), *Colorines* (10.8%) y *Hacienda la Concordia* (11.6%).

Principales actividades económicas

Más de dos terceras partes de las mamás adolescentes declararon dedicarse a actividades relacionadas con el hogar. Esto demuestra que el papel tradicional de proveedor del varón, se mantiene en un importante número de hogares dentro de los polígonos estudiados de Tamaulipas. Por otro lado, no es nada despreciable la participación económica de las adolescentes en sus hogares. Al menos el 21 por ciento de ellas se encontraban activas laboralmente o estaban inactivas, pero estaban buscando un nuevo trabajo, o tenían incapacidad temporal para trabajar o no trabajaron la semana anterior a la encuesta (Gráfica 5).

Gráfica 5. Principales actividades que realizaron las mamás adolescentes la semana anterior a la encuesta.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

A nivel de municipios, en Tampico y Matamoros se dio el mayor número de mamás adolescentes dedicadas al hogar. Los Diagnósticos detallan que en el polígono *La Borreguera* de Tampico, se tuvo la mayor proporción de mamás adolescentes dedicadas al hogar, con más del 93 por ciento. De los cinco municipios bajo estudio, en Reynosa y Ciudad Victoria se captó el menor número de jóvenes que realizaban labores relacionadas con el hogar,

aunque representaron más de la mitad en sus respectivos territorios. Y precisamente, en éstos municipios se registró el mayor número de mamás adolescentes que trabajaban, particularmente en Reynosa (21.1%) (Gráfica 5). En dicho municipio, los polígonos de *Lomas de Pedregal* (33.3%) y *La Cima* (20%) son dos de los cuatro polígonos que tienen el mayor porcentaje de mamás adolescentes que trabajan en los municipios intervenidos.

Es claro que los quehaceres del hogar y el trabajo son las principales actividades de las mamás adolescentes; no obstante, destaca que Nuevo Laredo registró el mayor número de jóvenes que continuaban estudiando (15%). En cuatro de seis polígonos de Nuevo Laredo, asistir a la escuela fue la segunda actividad más importante entre las mamás adolescentes; en ello, destacan los polígonos de *Solidaridad* (50%), *La Concordia* (13.3%) y *Los Colorines* (12.5%).

Corresidencia en el hogar

El aspecto más interesante captado en las encuestas, fue sin duda el alto porcentaje de las mamás adolescentes que vivían en casa de sus abuelos. Poco más del 44 por ciento de las jóvenes se encontraba en este tipo de coresidencia. En segundo lugar, con poco más del 23 por ciento, vivían en casa con sus papás o al menos con uno de ellos; y en tercer lugar, se encontró la cohabitación de la joven con su pareja en la casa de sus suegros (18%). Sin embargo, sobresale el bajo porcentaje de mamás adolescentes que viven únicamente con su pareja (4%); lo que da cuenta de las dificultades económicas que tienen para formar un hogar nuclear, que no dependa del apoyo de sus papás o de sus suegros (Gráfica 6).

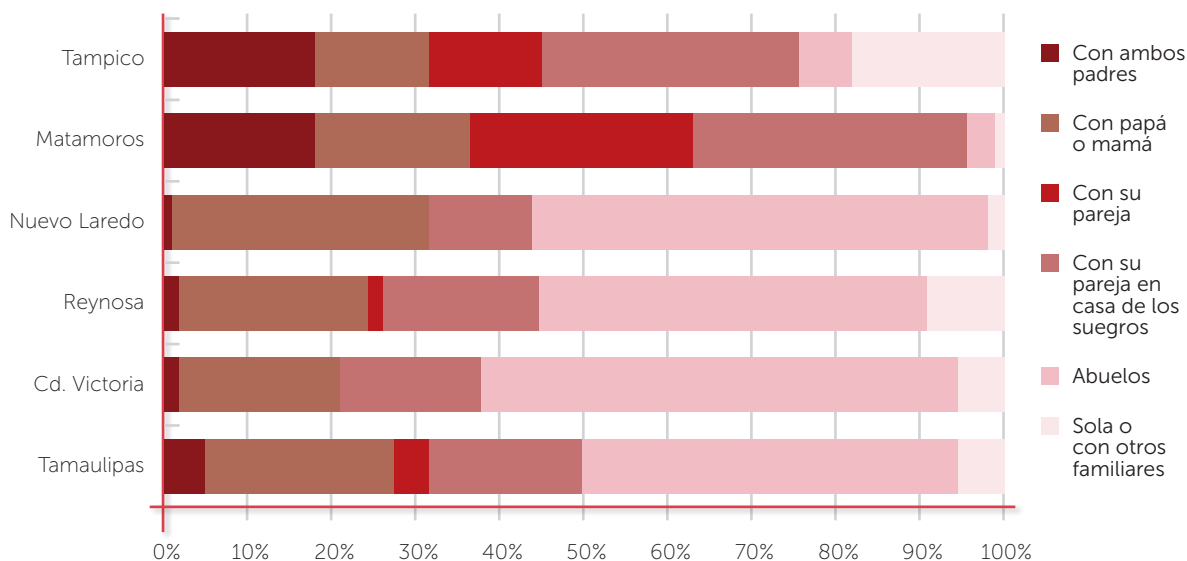
Pero lo más relevante es la coresidencia con los abuelos de las mamás adolescentes. Este factor puede relacionarse quizá, con una falta de apoyo por parte de los padres o problemas familiares con las adolescentes después del embarazo, o bien de una simple conformación a priori de hogares extensos en donde también se incluya la presencia de papá o mamá, pero que son jefaturados por los abuelos. Este tema deberá ser estudiado con un mayor análisis en futuros proyectos o estudios.

En este contexto, Ciudad Victoria, Nuevo Laredo y Reynosa presentaron las más grandes proporciones de mamás adolescentes que vivían en casa de alguno de sus abuelos (Gráfica 6). En estos municipios los Diagnósticos destacan los polígonos *Echeverría* (50%) y *Benito Juárez* (38.7%), en Ciudad Victoria; *Fraccionamiento Nueva Victoria* (46.7%) y *Villas de San Miguel* (36.7%) en Nuevo Laredo, con las mayores proporciones de coresidencia en casa de los abuelos. En cuanto a la cohabitación en la casa de los padres de la adolescentes, destaca en Ciudad Victoria, el polígono *Niños Héroes* (50%) y *El Palmar* (40%); en Reynosa, *La Cima* (40%); y en Nuevo Laredo, *Los Colorines* (50%), *San Mauricio* (50%), *Hacienda La Concordia* (44%) y *Villas San Miguel* (43.4%).

Por otro lado, Matamoros y Tampico fueron los municipios con las proporciones más bajas de coresidencia en casa de los abuelos, pero sobresalen por los altos porcentajes de adolescentes que vivían con los suegros. Por ejemplo, en el polígono *La Borreguera* de Tampico, se registró una coresidencia en casa de los suegros por encima del 46 por ciento; que representa ser el

valor más alto de todos los polígonos intervenidos. Al mismo tiempo, Matamoros y Tampico también mostraron la mayor proporción de mamás adolescentes que vivían con su pareja; particularmente, resalta el polígono *Buenavista*, de Matamoros, en donde se captó que poco más del 43 por ciento de las mamás adolescentes constituían un hogar nuclear biparental.

Gráfica 6. Tipo de coresidencia en el hogar.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

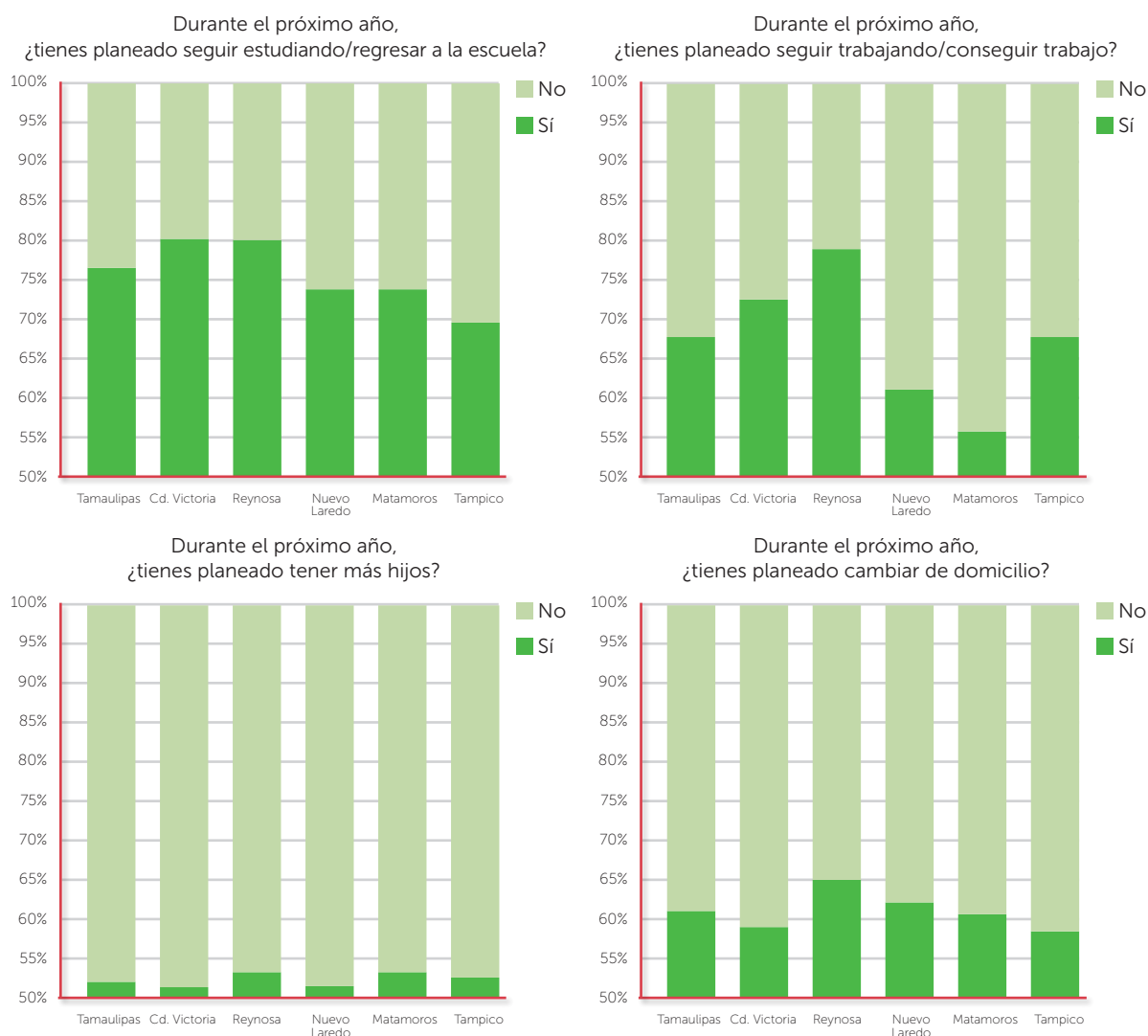
Expectativa de vida

Las expectativas de vida que se configuran entre las mamás adolescentes, presentaron parámetros muy similares entre sí, en aspectos como la continuación de los estudios, el tener más hijos o cambiar de residencia; en cambio, conseguir un trabajo fue un punto que tuvo diferencias muy marcadas entre municipios.

A pesar de que el embarazo y la maternidad se establecen como eventos que limitan a las adolescentes en la continuación de sus estudios formales, más del 76 por ciento de ellas piensa continuarlos en un futuro próximo. Casi el 80 por ciento de las mamás adolescentes encuestadas en Ciudad Victoria y Reynosa, tenían planeado continuar sus estudios. En cambio, menos del 70 por ciento de las jóvenes de Tampico conservaban esa expectativa de vida, pero seguían siendo un importante grupo. En los Diagnósticos y seguimientos realizados a nivel de polígonos, *Villas de la Concordia* (93.3%) de Nuevo Laredo, junto con *El Palmar* y *Pajaritos* de Ciudad Victoria, así como *Lomas del Pedregal* de Reynosa, estos últimos tres con más del 86 por ciento, fueron los polígonos con las mayores proporciones de mamás adolescentes que tenían planeado continuar sus estudios. En el otro extremo, los polígonos *Fraccionamiento Nueva Victoria* (43.3%) y *Solidaridad* (66.7%) de Nuevo Laredo,

y Buenavista (63.3%) de Matamoros, fueron los polígonos con los porcentajes más bajos de mamás adolescentes que tenían planeado seguir o regresar a sus estudios. Destaca el bajo porcentaje que mostró el polígono *Solidaridad*, pero ello tiene su respuesta en que más del 50 por ciento de las jóvenes aún se mantenían estudiando (Gráfica 7).

Gráfica 7. Expectativas de vida en las mamás adolescentes.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

También se evidenció que un importante sector de mamás adolescentes (67.6%), quería seguir desarrollándose mediante la obtención de un empleo. En Reynosa poco más del 78 por ciento de las jóvenes planeaban conseguir o regresar a trabajar, y en Matamoros sólo el 55 por ciento se proyectaba haciéndolo. A nivel de polígonos hay un patrón muy similar en

donde más de dos terceras partes de las mamás adolescentes buscarían un trabajo; pero hay casos atípicos como el polígono *Solidaridad* de Nuevo Laredo, en donde sólo el diez por ciento buscaría un empleo. Esto, porque como se mencionó anteriormente, es el polígono en donde más jóvenes seguían estudiando (Gráfica 7).

El deseo de tener más hijos en el corto plazo, fue una expectativa de vida poco aceptada en más del 95 por ciento de las mamás adolescentes. En los cinco municipios, el porcentaje de madres jóvenes que pensaba tener más hijos un año después de la encuesta, no rebasó siquiera siete puntos porcentuales. En Ciudad Victoria y Nuevo Laredo el valor es apenas de tres por ciento; mientras que en Matamoros (6.6%) y Reynosa (6.7%), se dieron los porcentajes más altos en este tema. Por polígonos, la tendencia fue muy similar de acuerdo con los Diagnósticos; sólo en el polígono *La Cima* (13.3%) de Reynosa, se rebasaron los diez puntos porcentuales de mamás adolescentes que deseaban tener más hijos en el corto plazo. El resto de los polígonos presentaron porcentajes por debajo del diez por ciento; incluso en polígonos como *Niños Héroes* y *Luis Donald Colosio* de Ciudad Victoria, *La Joya de Reynosa*, *Solidaridad* y *Villas de San Miguel* de Nuevo Laredo, no se registró un sólo caso que deseara más hijos en el corto plazo (Gráfica 7).

Otro punto importante dentro del tema de expectativas de vida de las mamás adolescentes, fue la planeación de un cambio de domicilio. Apenas una quinta parte de las jóvenes encuestadas señaló que le gustaría cambiar de residencia en el corto plazo. Este deseo fue mayor en Reynosa (30%) y menor en Tampico (16.9%). El polígono *La Cima* (36.7%) de Reynosa tuvo el mayor porcentaje de mamás adolescentes que quisieran cambiar de domicilio; mientras que en los polígonos *Solidaridad* (3.3%) de Nuevo Laredo y *Ampliación Linda Vista* (0%) de Ciudad Victoria se encontraron los porcentajes más bajos.

Las evidencias sobre las expectativas de vida de las mamás adolescentes son muy importantes para el proyecto, dado que uno de los principales objetivos específicos de éste, es facilitar los mecanismos de vinculación y procesos de empoderamiento necesarios para continuar con su desarrollo individual y familiar, que les permita tomar decisiones responsables sobre su salud sexual y reproductiva, especialmente en el aplazamiento del segundo hijo.

VI. Necesidades y expectativas reproductivas y de proyecto de vida

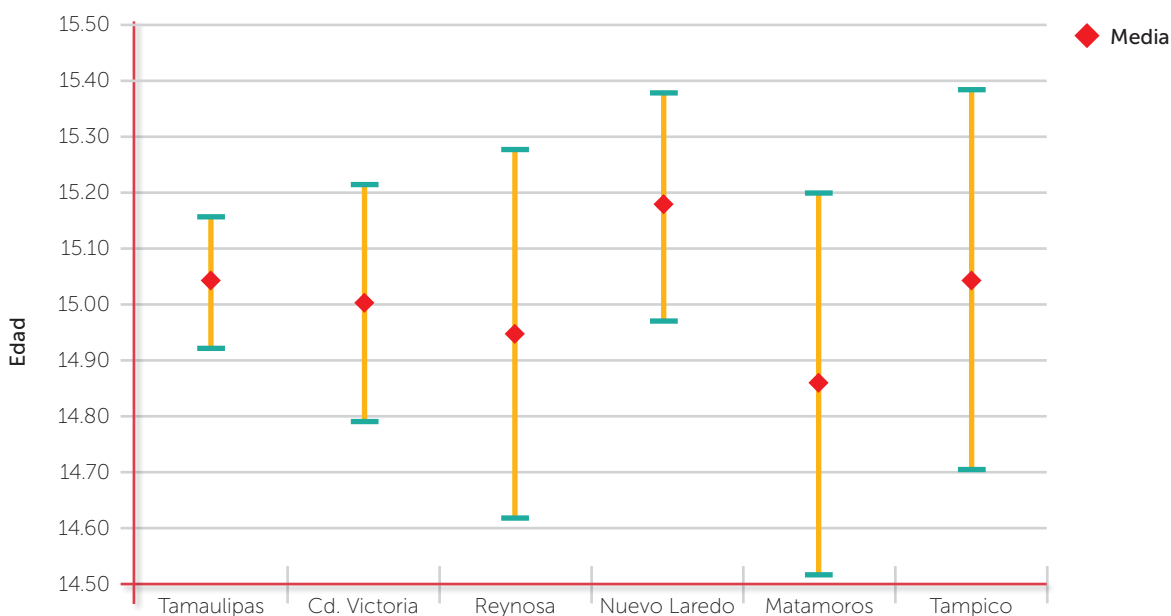
Exposición al riesgo de embarazo y uso de la anticoncepción al inicio de las relaciones sexuales

En Tamaulipas las mamás adolescentes captadas en el proyecto, tuvieron en promedio su primera relación sexual a los 15 años de edad. En los cinco municipios intervenidos, las edades

promedio de la primera relación sexual se encuentran entre los 14 y 15 años de edad, y son muy similares entre sí. Nuevo Laredo fue el municipio que presentó la edad media más tardía (15.2 años) y Matamoros la más precoz (14.9 años) (Gráfica 8). Un análisis ANOVA señala que no hay diferencias significativas entre las medias de la edad de la primera relación sexual; lo cual, refiere que el inicio de la vida sexual entre las mamás adolescentes fue similar (Cuadro A3).

Los datos captados en la encuesta, refieren que 54 por ciento de las mamás adolescentes usaron algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual. A nivel de municipios, se observa que es generalizado el riesgo de exposición al embarazo durante la primera relación sexual. En Ciudad Victoria se dio el menor uso de anticonceptivos durante el primer encuentro sexual por parte de las mamás adolescentes (46.9%). En el otro extremo, en Tampico se tuvo el porcentaje más alto (65%) de jóvenes que optaron por protegerse en su primer encuentro sexual (Gráfica 9).

Gráfica 8. Intervalos de confianza para la media al 95% de la edad de la primera relación sexual.

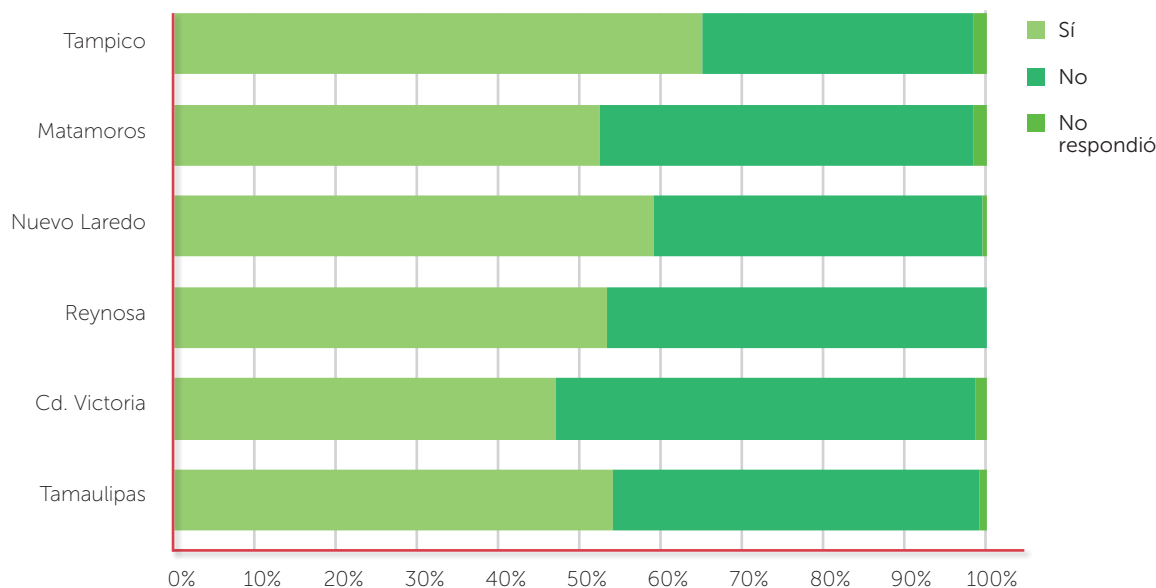


Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

Del total de las mamás adolescentes que declararon haber usado algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual, más del 90 por ciento decidió usar el condón masculino; lo cual, muestra que dicho método sigue siendo el preferido y más difundido. En segundo orden de predilección, se encuentran las pastillas anticonceptivas y, en tercer lugar la pastilla anticonceptiva de emergencia (PAE) (Gráfica 10). Estos datos dejan entrever por una parte, que quizá el uso de las pastillas anticonceptivas tenga una relación con la presencia de uniones a priori al inicio de la vida sexual; y por otro, que las pastillas de emergencia se están usando como un método anticonceptivo y no como un medio de emergencia.

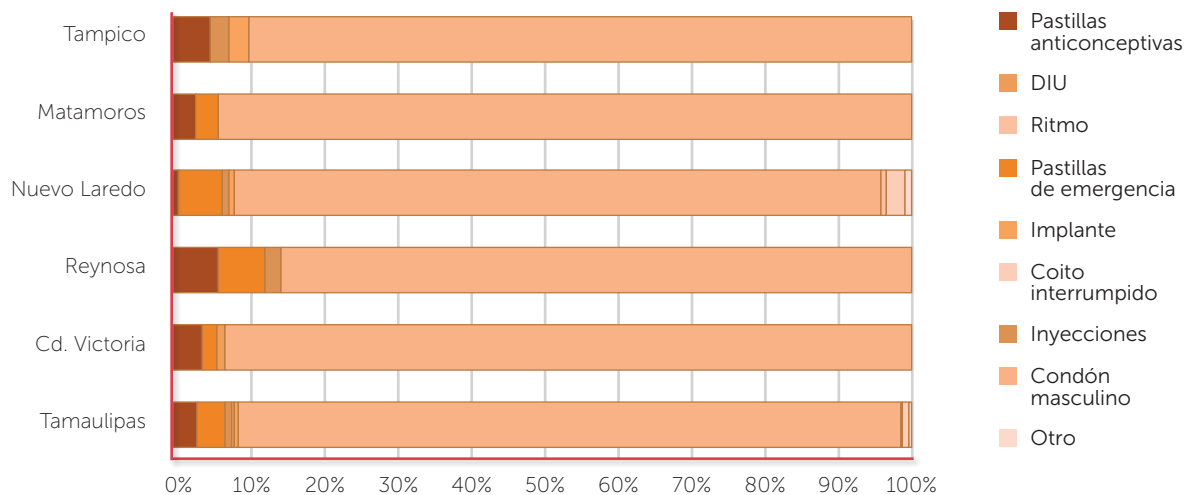
Es interesante observar que en Reynosa se presentó la menor proporción de uso del condón durante la primera relación sexual, pero tuvo un mayor uso de métodos hormonales, especialmente de emergencia. Incluso en Nuevo Laredo el uso de la anticoncepción de emergencia fue mayor que las pastillas anticonceptivas. También resalta que en Nuevo Laredo se dio el mayor número de casos que declararon haber optado por el coito interrumpido o por el ritmo como métodos de anticoncepción (Gráfica 10).

Gráfica 9. Uso de algún método anticonceptivo durante la primera relación sexual.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

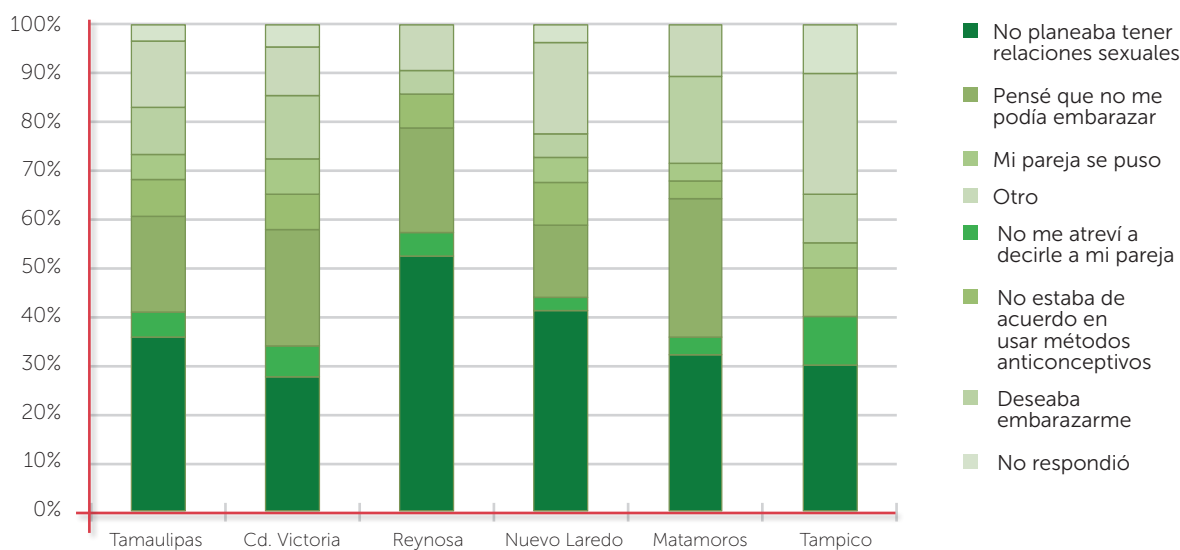
Gráfica 10. Tipo de método anticonceptivo usado durante la primera relación sexual.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

La principal razón declarada por las adolescentes, del por qué no usaron algún método anti-conceptivo, fue que no planeaban tener relaciones sexuales. Y la segunda razón, fue porque la adolescente pensaba que no podía embarazarse. Esto evidencia que la falta de planeación es “normal” entre las adolescentes, seguido de una falta de conocimiento sobre su sexualidad, pues un importante número de ellas declaró que pensó que no podían embarazarse (Gráfica 11).

Gráfica 11. Principal razón por la que la adolescente o su pareja no hicieron o usaron algo para no embarazarse.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

En los cinco municipios estudiados, las principales razones del no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación, tuvo una mayor variedad, pero todos los casos confluyen hacia la falta de planeación y al desconocimiento sobre las causas que dicha omisión les causaría. Sobresale el rol que jugaron las parejas de las madres adolescentes en el no uso de anticonceptivos, con las categorías “No me atreví a decirle a mi pareja” y “Mi pareja se opuso”, que en conjunto con la falta de planeación, determinan que haya cierta irresponsabilidad de ellos en el uso de la anticoncepción.

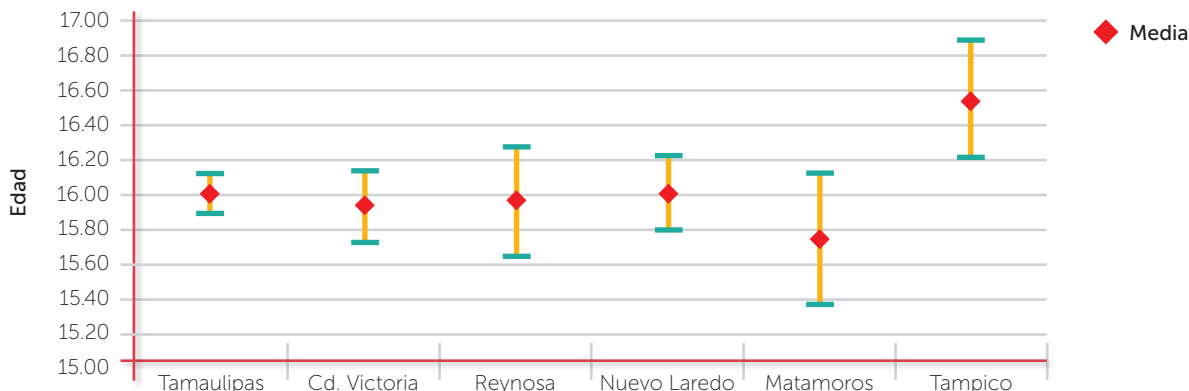
Deseo y planeación del primer embarazo

La edad promedio del primer embarazo en las mamás adolescentes fue de 16 años. En promedio, el evento sucedió apenas un año después del inicio de su vida sexual. Las edades promedio del primer embarazo por municipio, son significativamente diferentes entre sí, según un análisis ANOVA. Las medias son significativamente similares al menos entre Tampico, Reynosa y Nuevo Laredo (Cuadro A4).

En promedio, las mamás adolescentes de Matamoros tuvieron su primer embarazo a una edad más joven que el resto (15.8 años); por el contrario, en Tampico la edad promedio fue

la más alta (16.5 años) (Gráfica 12). Sin embargo, ambos datos se mantienen en el rango promedio de hasta un año después del inicio de la primera relación sexual.

Gráfica 12. Intervalos de confianza para la media al 95% de la edad del primer embarazo.

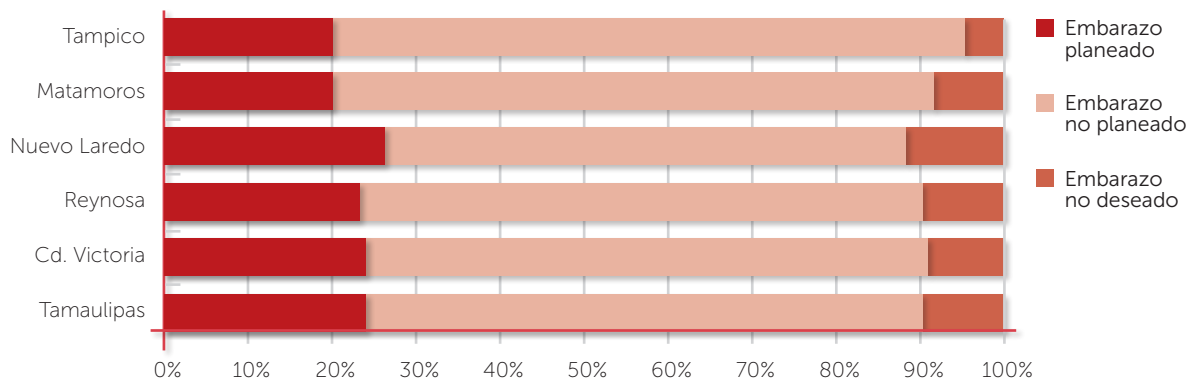


Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

Un importante número de mamás adolescentes no planearon su primer embarazo (66.5%). A pesar de ser mujeres muy jóvenes, cerca del 24 por ciento planearon embarazarse. Y nueve por ciento de las mamás adolescentes declararon que su primer embarazo fue no deseado. Este patrón fue prácticamente similar en los cinco municipios. Sobresale Nuevo Laredo que tuvo el mayor porcentaje de embarazos no deseados (11.6%) y el mayor porcentaje de embarazos planeados. En tanto, Tampico fue el municipio con menos embarazos no deseados (5%), pero fue en donde se registró la mayor proporción de embarazos no planeados (85%) (Gráfica 13).

Mediante un análisis de correspondencias se buscó ahondar en el tema de la planeación del embarazo, y encontrar algunas causalidades que permitan entender dicho fenómeno en el contexto de Tamaulipas; incluso como un recurso para la generación de nuevas hipótesis sobre dicho tema para futuros estudios y proyectos.

Gráfica 13. Planeación y deseo del primer embarazo de las mamás adolescentes.

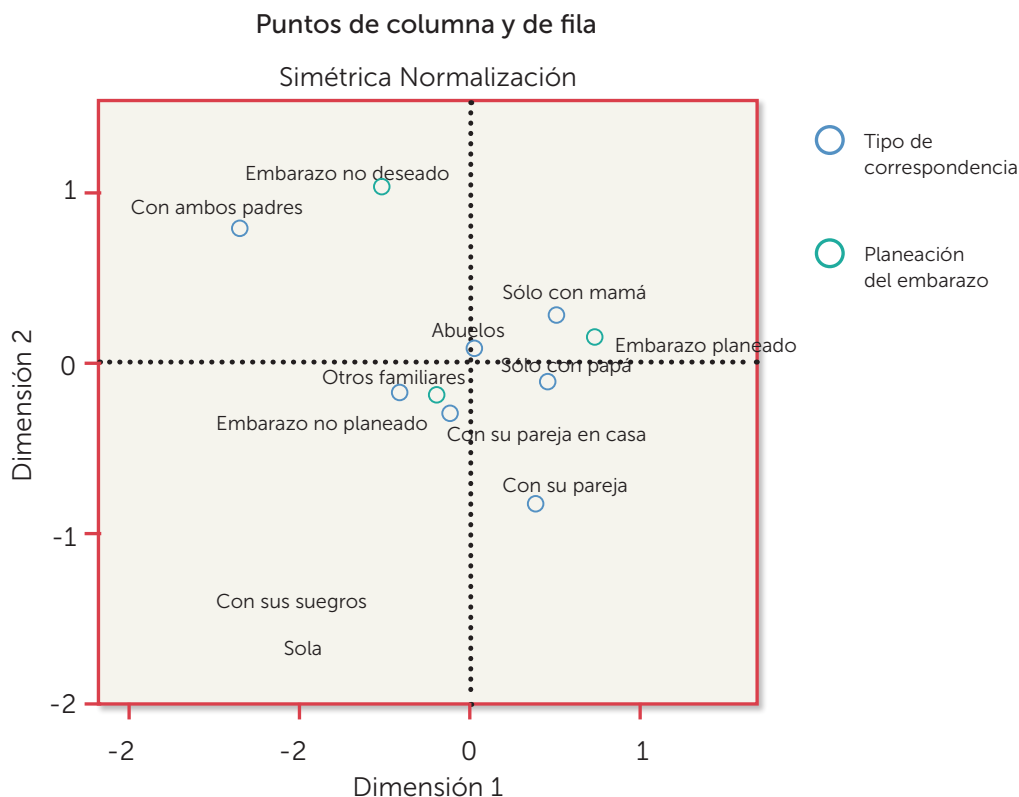


Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

El análisis de correspondencias se llevó a cabo para encontrar la relación existente entre la planeación del embarazo y el tipo de coresidencia que declararon las mamás adolescentes al momento de la encuesta. Dicho análisis permitió observar que la ocurrencia de un embarazo no planeado está altamente relacionada, con que las jóvenes residieran con su pareja en casa de sus suegros, con otros familiares y con sus abuelos; es decir, estar fuera de su hogar de origen es una condicionante de los embarazos no planeados. En cambio, el embarazo no deseado estuvo más relacionado con que vivieran con ambos padres. Este último resultado, muestra que hay factores familiares que inciden en la exposición de un embarazo no deseado entre las adolescentes, como posiblemente, la falta de comunicación o de cohesión familiar. En tanto, el embarazo planeado encontró una alta afinidad con que las jóvenes vivieran sólo con alguno de sus padres (Gráfica 14).

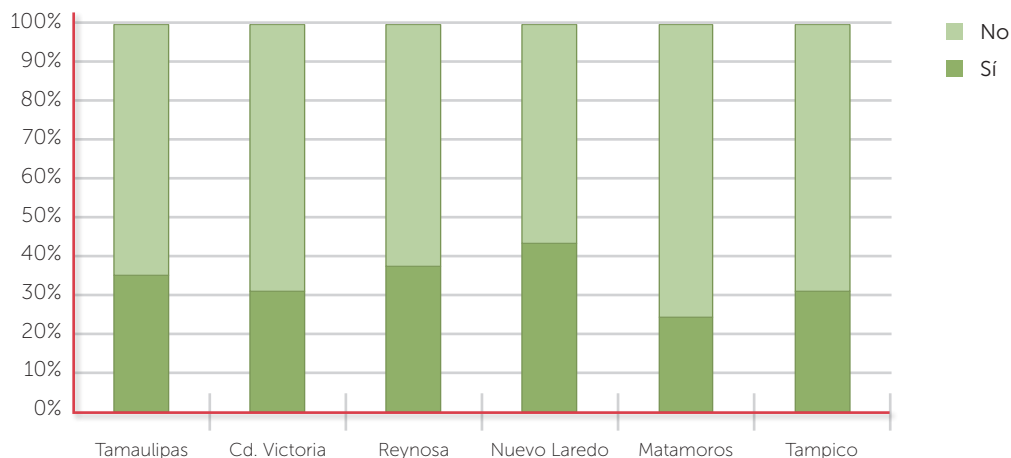
En este mismo sentido, se observa que de las mamás adolescentes que tuvieron un embarazo no planeado o no deseado, menos del 35 por ciento usaba algún método anticonceptivo; lo cual, da cuenta clara del riesgo al embarazo al que estaban expuestas. En Nuevo Laredo, se registró el mayor uso de anticonceptivos al momento del primer embarazo, con más del 40 por ciento; y Matamoros fue el municipio en donde la prevención al momento del primer embarazo fue la más baja (Gráfica 15).

Gráfica 14. Diagrama de dispersión biespacial de los puntos de columna y de fila.



Fuente: Cuadro A5.

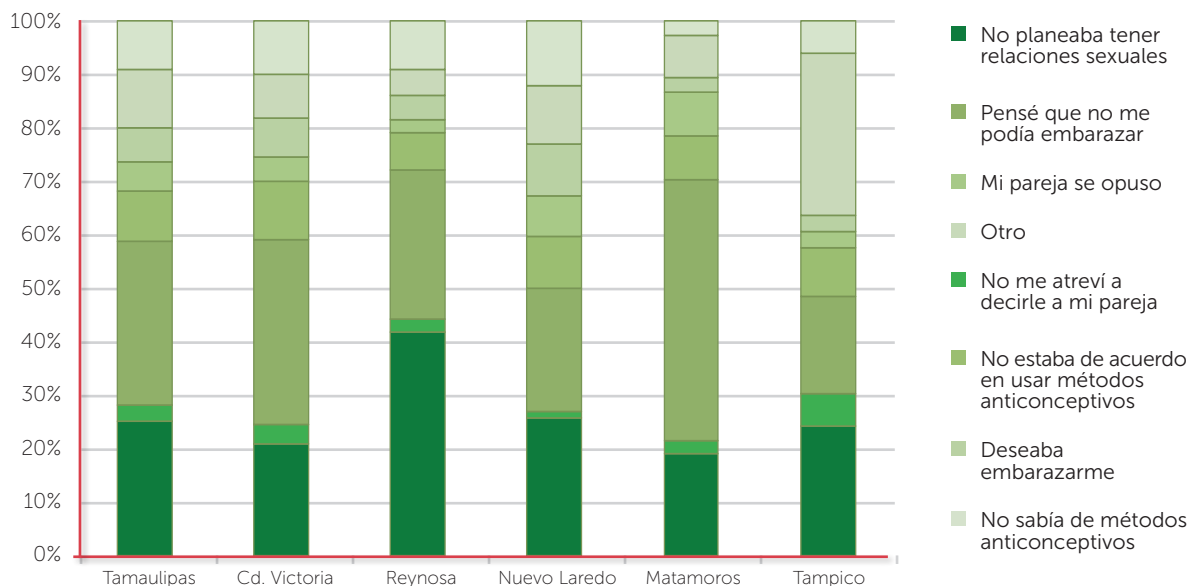
Gráfica 15. Uso de algún método anticonceptivo al momento del primer embarazo.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

La falta de planeación, la negligencia y el desconocimiento en el uso de anticonceptivos, fueron las principales causas de los embarazos no planeados y no deseados. Destaca que en algunos municipios, al menos una de cada diez mamás adolescentes no tenían conocimiento sobre métodos anticonceptivos, como en Ciudad Victoria, Reynosa y Nuevo Laredo. También resalta el alto porcentaje en la falta de planeación en Reynosa, y el alto porcentaje de jóvenes en Tampico que declararon "otras" razones; entre las cuales, prevalecen respuestas relacionadas con la desidia en el uso de métodos al momento de un encuentro sexual (Gráfica 16).

Gráfica 16. Principal razón por la que la adolescente o su pareja no usaban algún método anticonceptivo cuando ocurrió el primer embarazo.

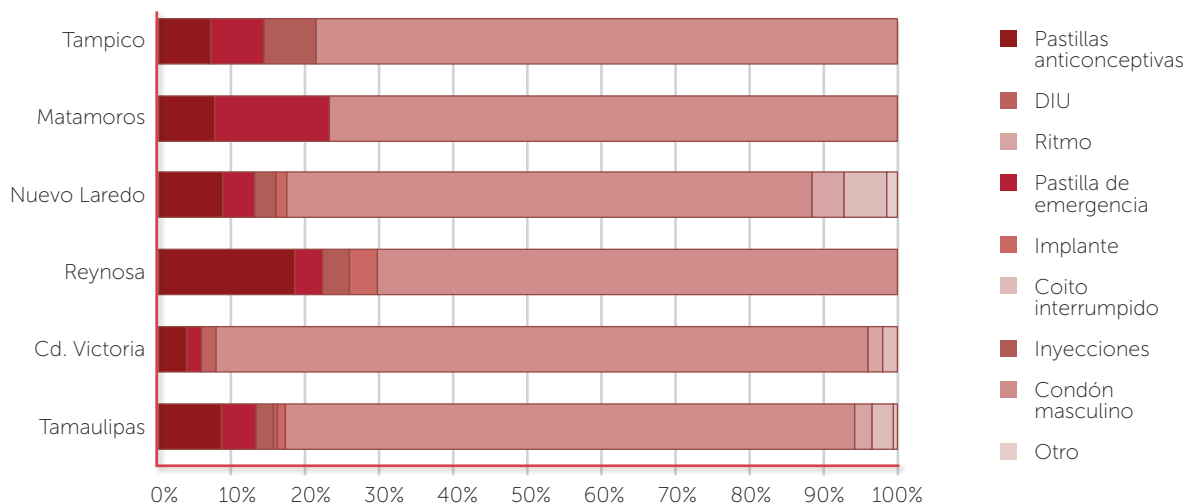


Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

Al momento del primer embarazo, la gran mayoría de las mamás adolescentes que no planearon o no desearon su primer embarazo y que declararon haber usado algún método anticonceptivo en ese momento, señalaron que eran usuarias del condón masculino; y un grupo muy reducido usaban las pastillas anticonceptivas y la anticoncepción de emergencia (Gráfica 17). Estos resultados son similares a los obtenidos en el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual. Nuevamente se observa que existen posibles fallas en el uso de la anticoncepción oral y de un uso indiscriminado de la anticoncepción de emergencia.

Los altos porcentajes de embarazos no deseados, como se vio con anterioridad, respondieron más a una falta de planeación y a una negligencia por parte de las mamás adolescentes y de sus parejas, que a una falta de información. Los datos demuestran que aún existe un amplio uso del condón masculino y los métodos hormonales. Así lo demuestra el *conocimiento total*⁴ sobre métodos anticonceptivos, en donde el condón masculino es el método más difundido, seguido por el Dispositivo Intrauterino (DIU) y los métodos hormonales (pastillas anticonceptivas, inyecciones y PAE). Los métodos con menos difusión son: el condón femenino, los implantes subdérmicos, los parches y los métodos permanentes como la vasectomía y las ligaduras de trompas (Gráfica 18).

Gráfica 17. Tipo de método anticonceptivo usado al momento del primer embarazo.



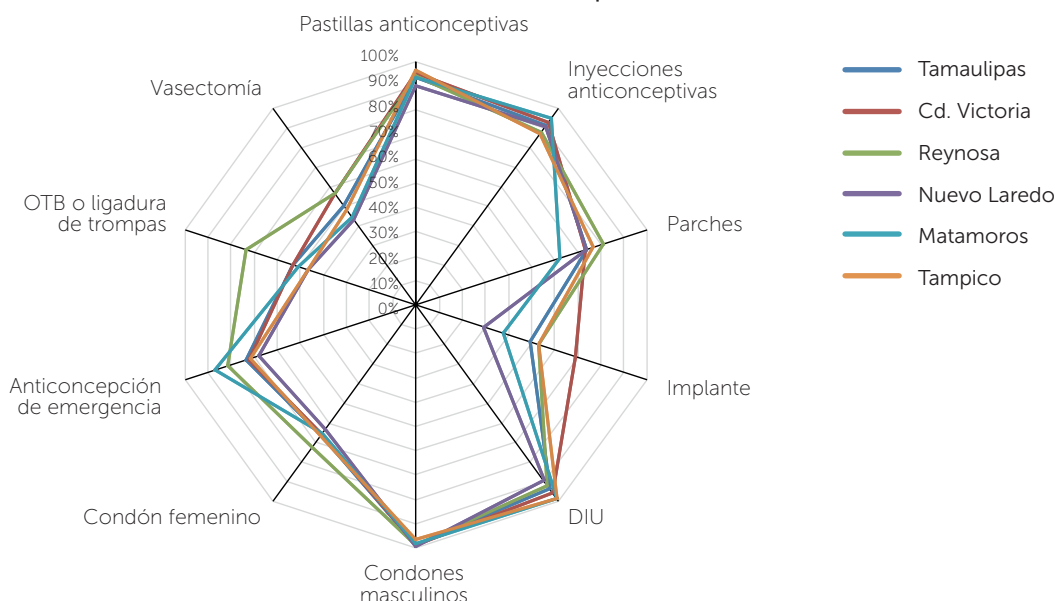
Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

Esto deja entrever que aún hace falta trabajo para acercar la información sobre el uso y funcionamiento del amplio espectro de metodologías anticonceptivas que existen. También muestra la imperiosa necesidad de que los métodos menos conocidos, sean más accesibles a la población en general, dentro de los esquemas de planificación familiar que el Estado ofrece; porque parece existir una relación directa entre el conocimiento y la oferta de tales métodos. Este desconocimiento, no se debe a una limitada difusión de la información

⁴ El *conocimiento total* sobre métodos anticonceptivos es el resultado de la suma de la respuesta espontánea y la respuesta "con ayuda".

relativa a dichas metodologías, sino a la baja demanda que tienen, por sus altos costos en relación con métodos tan ampliamente difundidos y de acceso fácil, como el condón masculino. Asimismo, es necesario trabajar sobre la sensibilización en los hombres sobre el uso de los métodos anticonceptivos.

Gráfica 18. Conocimiento total sobre métodos anticonceptivos.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

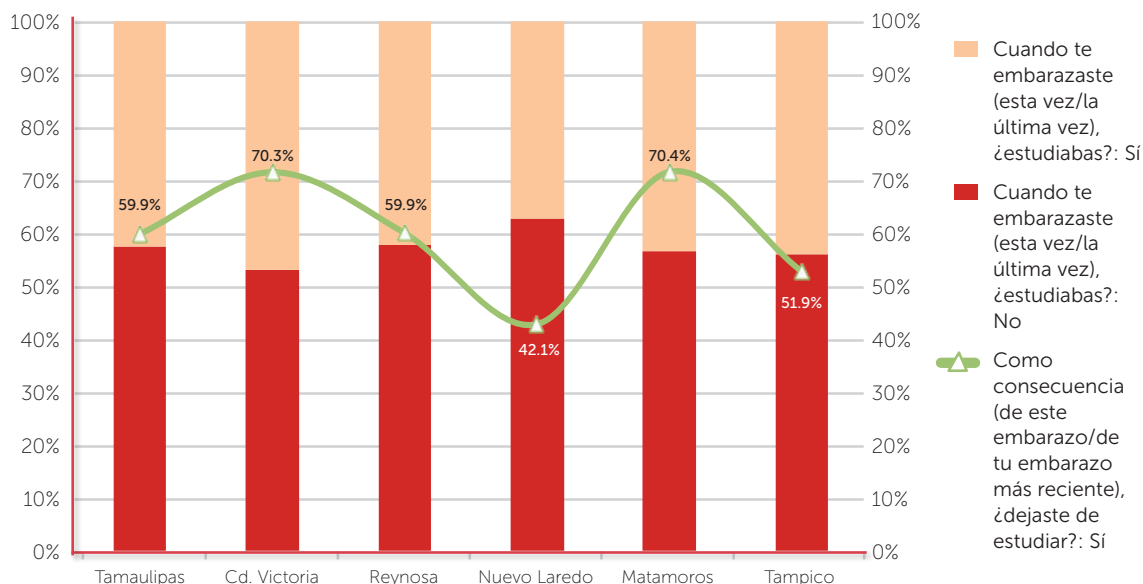
Consecuencias del actual o último embarazo

Un 43 por ciento de las mamás adolescentes se encontraban estudiando cuando se embarazaron. Esto es, que un importante número de mamás adolescentes no se encontraba estudiando. Este patrón fue análogo en los cinco municipios bajo estudio, en donde más de la mitad de las jóvenes no estudiaban. Nuevo Laredo fue en donde menos jóvenes estudiaban (38.4%); mientras que en Ciudad Victoria se encontró el mayor número de jóvenes (47.9%) que estaban estudiando cuando se embarazaron. Como consecuencia del embarazo temprano, se registró que del total de jóvenes que estudiaban al momento de su embarazo, casi 59 por ciento dejó los estudios. Con lo cual, apenas dos de cada diez adolescentes continuaron sus estudios aún después de haberse embarazado. Ciudad Victoria fue el municipio que registró el mayor abandono de estudios y Nuevo Laredo el de menor deserción escolar (Gráfica 19).

A pesar de que un importante sector de adolescentes no estudiaba, se esperaba que estuvieran inmersas en el plano laboral; sin embargo, muy pocas mamás adolescentes trabajaban al momento de su primer o último embarazo. Las jóvenes que trabajaban al momento de la encuesta, apenas representaban poco más de 18 por ciento. En Tampico (26.6%) y Ciudad Victoria (23.7%) se registró el mayor número de jóvenes laborando al momento de su primer embarazo. En cambio, en Mata-

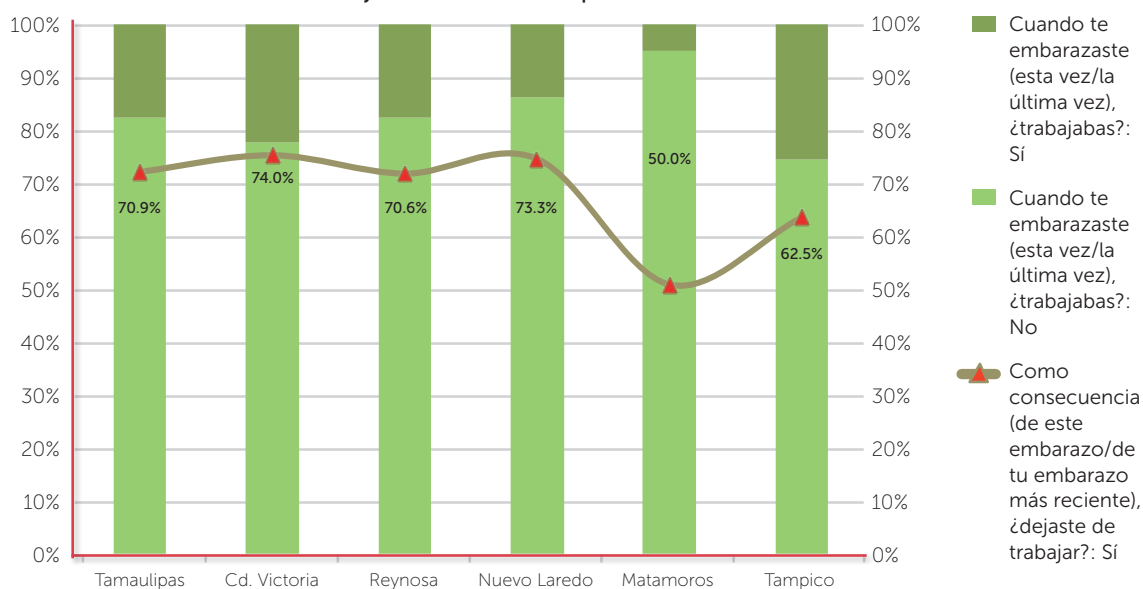
moros apenas lo hacía un seis por ciento. El embarazo temprano también dio como resultado un alto abandono laboral en aquellas adolescentes que trabajaban: siete de cada diez mujeres dejaron de trabajar como consecuencia de su embarazo. Ciudad Victoria registró el mayor abandono laboral con 74 por ciento, mientras que en Matamoros fue de 50 por ciento (Gráfica 20).

Gráfica 19. Condición de estudio al momento del primer o último embarazo.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

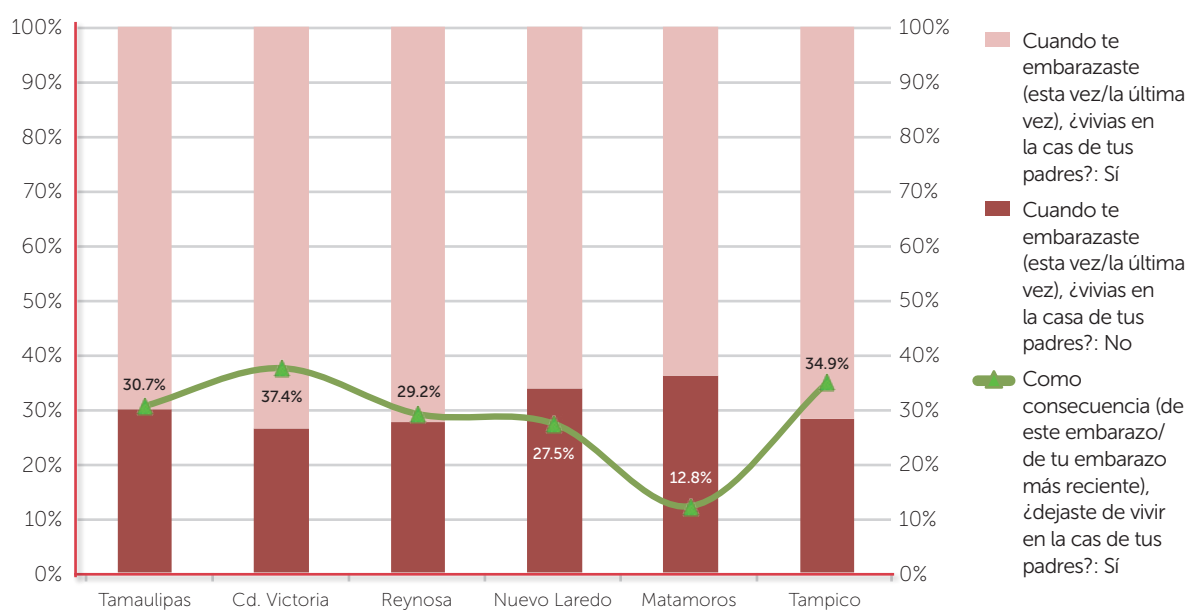
Gráfica 20. Condición de trabajo al momento del primer o último embarazo.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

Al igual que los altos porcentajes de mamás adolescentes que no estudiaban y no trabajaban, destaca que casi un tercio de ellas no vivía en casa de sus padres al momento de su primer o último embarazo. En los cinco municipios estudiados, el patrón también fue muy similar, en donde al menos, más de una cuarta parte de las jóvenes no vivía con sus padres al momento del evento. En Matamoros, se dio la mayor proporción, y ligeramente por debajo, Tampico y Ciudad Victoria registraron los menores porcentajes. Como consecuencia del embarazo, casi 31 por ciento de las jóvenes que vivían en casa de sus padres, dejaron de vivir con ellos. En Ciudad Victoria se dio el mayor cambio de residencia (37.4%), en tanto que en Matamoros fue el que menos se dio con casi el 13 por ciento (Gráfica 21).

Gráfica 21. Condición de residencia en el hogar de origen al momento del primer o último embarazo.

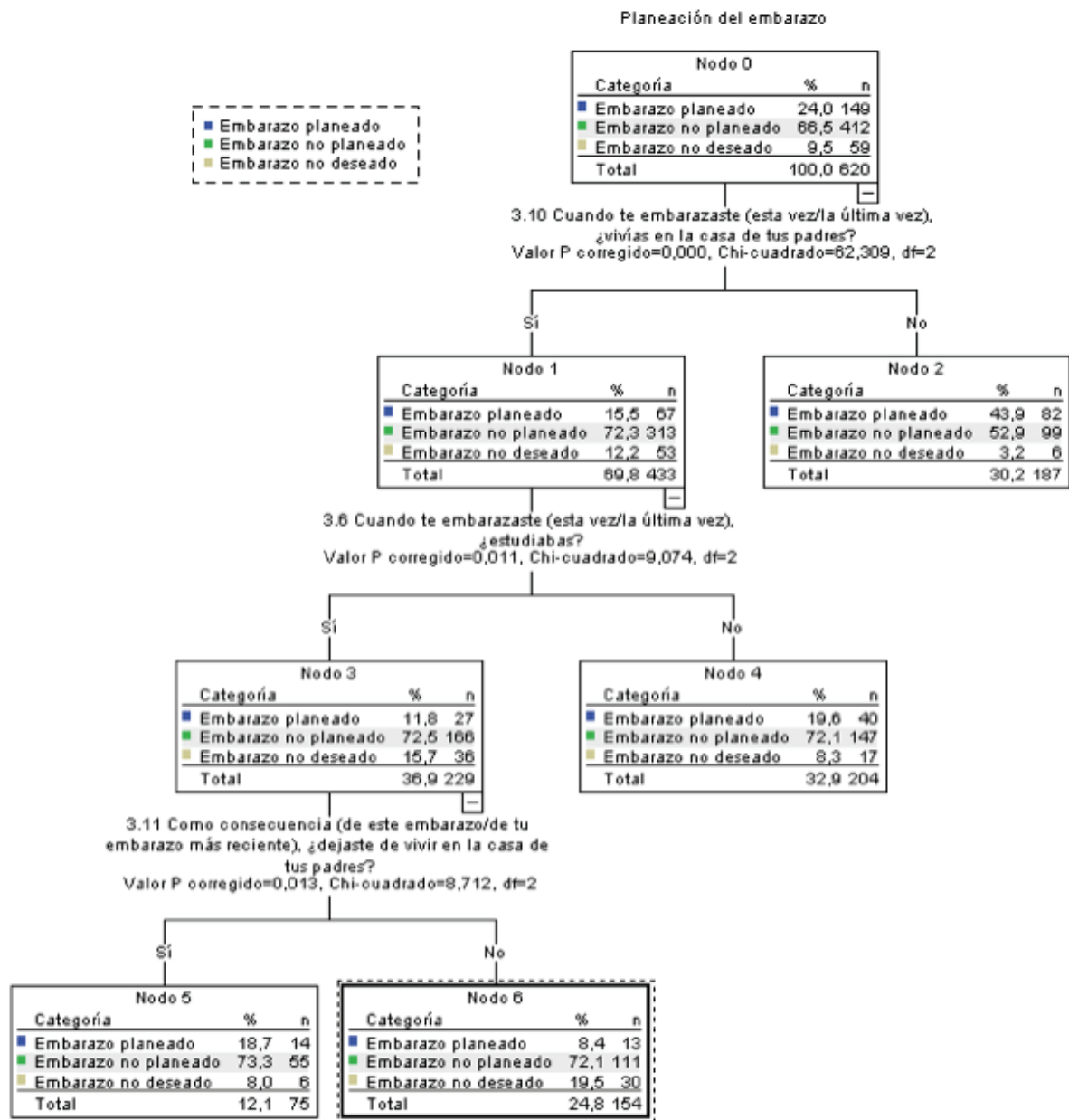


Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

Para interpretar con mayor claridad las consecuencias del embarazo adolescente, se realizó un árbol de decisión para obtener una aproximación de cómo dicho evento se caracterizó. Como variable dependiente se tomó la planeación del embarazo, y como variables independientes aquellas relacionadas con la condición y consecuencias del embarazo en la continuación de los estudios, el trabajo y la coresidencia en la casa de los padres; y una variable que identifica las principales causas de deserción escolar.

El análisis de árbol mostró que la principal característica del embarazo adolescente en los polígonos estudiados del estado de Tamaulipas, es que no es planeado (Nodo 0); el cual, se dio cuando las adolescentes vivían en casa de sus padres (Nodo 1) y se encontraban estudiando (Nodo 3). Y como consecuencia del embarazo, éstas jóvenes se mantuvieron viviendo en la casa de sus padres (Nodo 6) (Gráfica 22).

Gráfica 22. Diagrama de árbol del modelo de causas y consecuencias de la planeación del embarazo.

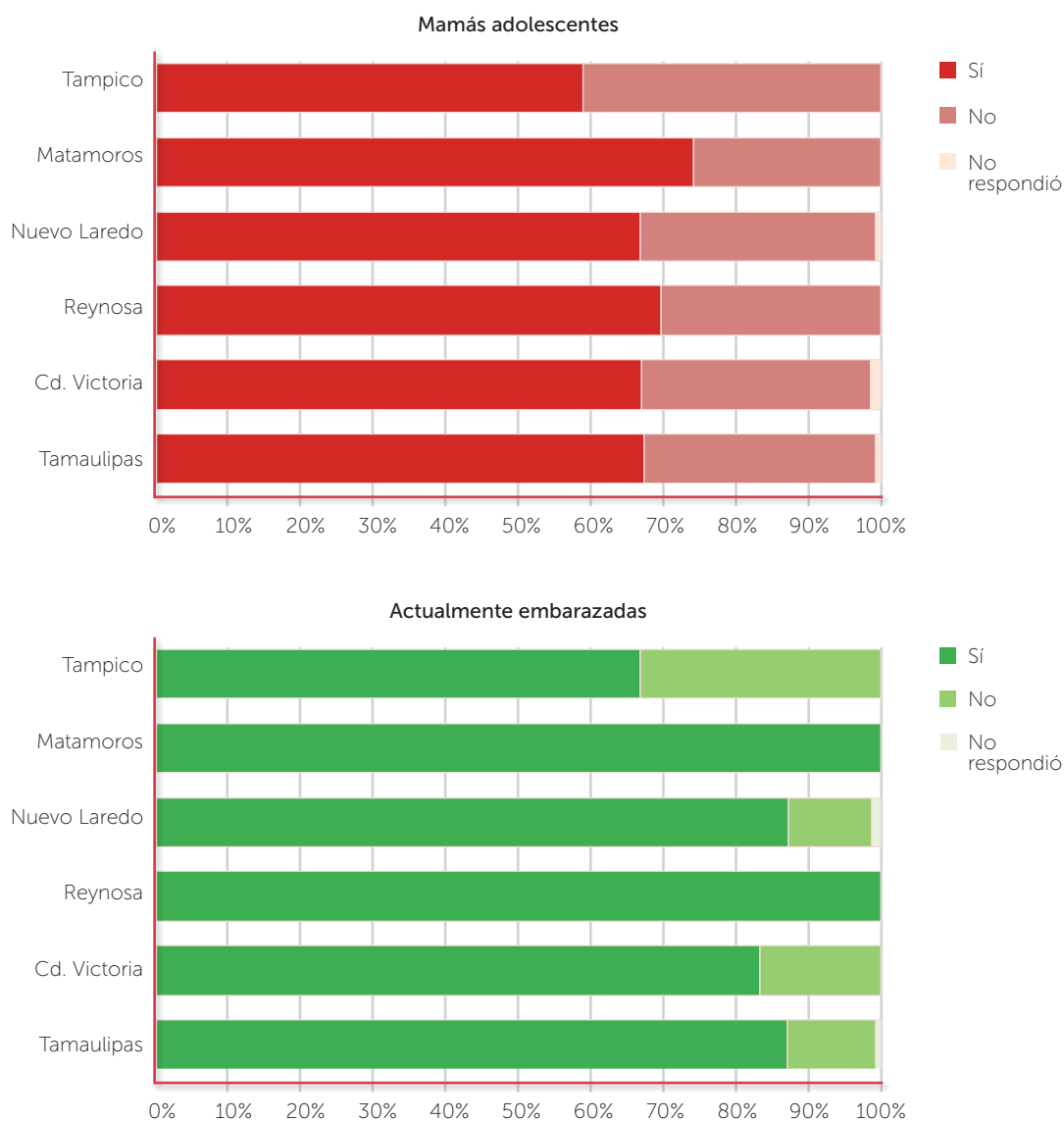


Anticoncepción posparto

Del universo total de mamás adolescentes que fueron encuestadas, poco más del 80 por ciento ya tenía un hijo; el resto de ellas, se encontraba embarazadas. De las jóvenes que ya eran madres, casi 68 por ciento, ellas o su pareja usaron algún método anticonceptivo después del embarazo. Esto demuestra que poco más de un tercio de las adolescentes estaban expuestas a un nuevo embarazo, poco tiempo después de haber concluido su último em-

barazo. En todos los municipios se dio el mismo comportamiento, en donde al menos tres de cada diez jóvenes estaban expuestas a un nuevo embarazo posparto. A pesar de que la encuesta captó a un número muy reducido de jóvenes embarazadas, por lo cual, los datos no permiten valorar adecuadamente las respuestas obtenidas, es de destacar que más del 85 por ciento de ellas, señalaron que pensaban utilizar algún método anticonceptivo posparto (Gráfica 23).

Gráfica 23. Uso de métodos anticonceptivos después del último embarazo o al término del actual embarazo.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

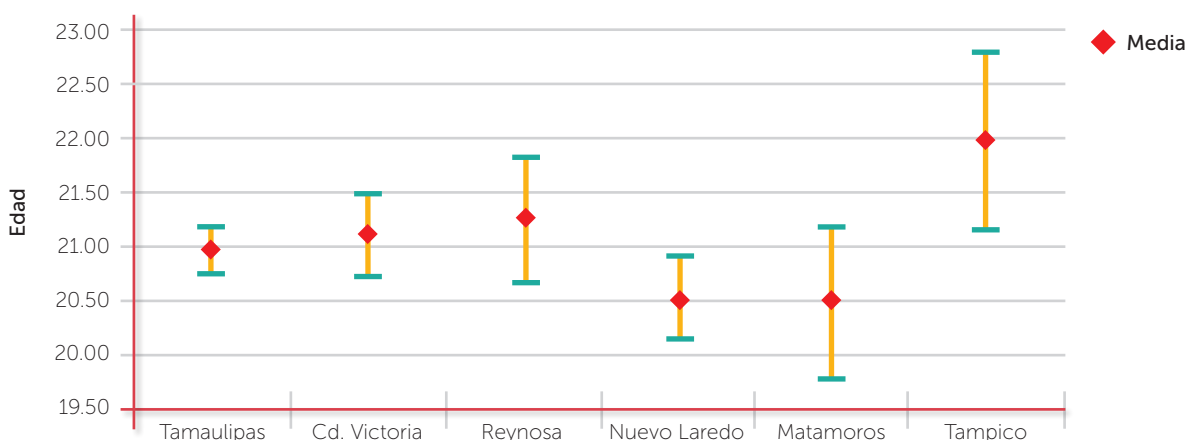
Preferencias reproductivas

La edad promedio de deseo del primer hijo en las mamás adolescentes fue de 20.9 años. Este indicador es en promedio cinco años mayor a la edad promedio en la cual tuvieron su primer hijo. Es de resaltar que hay un deseo generalizado en el aplazamiento del primer hijo en los cinco municipios, que es después de los 20 años. En Matamoros se registró el promedio más joven con 20.5 años, y en Tampico el de mayor edad promedio con 21.9 años (Gráfica 24).

El análisis ANOVA muestra que las medias de la edad de deseo del primer hijo no son significativamente similares. Tampico sólo conserva una similitud significativa con las medias de edad de deseo del primer hijo con los promedios de Ciudad Victoria y Reynosa, que precisamente se pueden visualizar como los municipios en donde los valores están por encima de los 21 años (Cuadro A6).

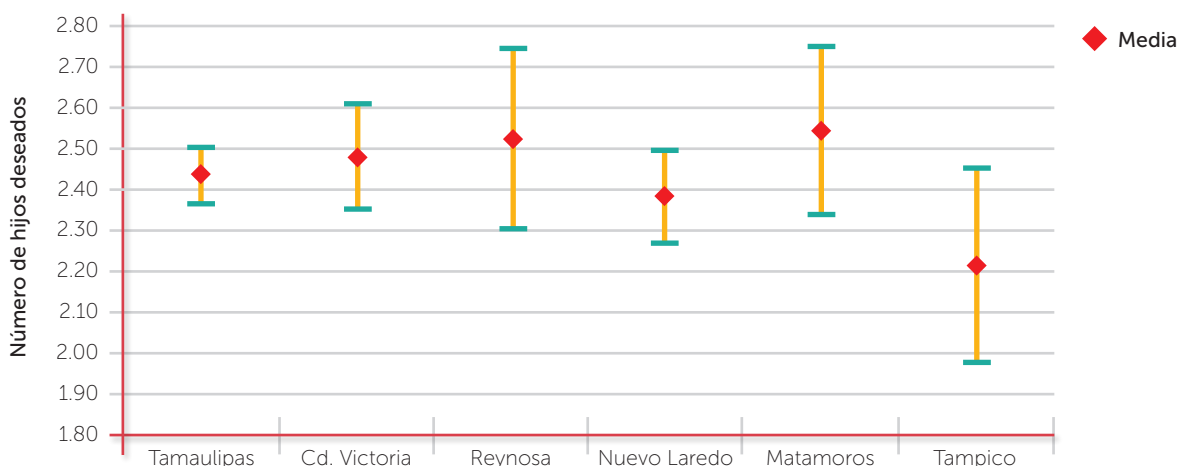
El promedio ideal de hijas/os fue de 2.4 hijas/os por mujer. El ideal está entre dos y tres, aunque en Tampico se muestra cierta predilección por tener un sólo hijo (Gráfica 25). No obstante, el análisis ANOVA identifica que el promedio del número de hijas/os, es significativamente similar entre los cinco municipios y la media global (Cuadro A7). Estos datos coinciden con los promedios del ideal de hijos, obtenidos en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

Gráfica 24. Intervalos de confianza para la media al 95% de la edad de deseo del primer hijo.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

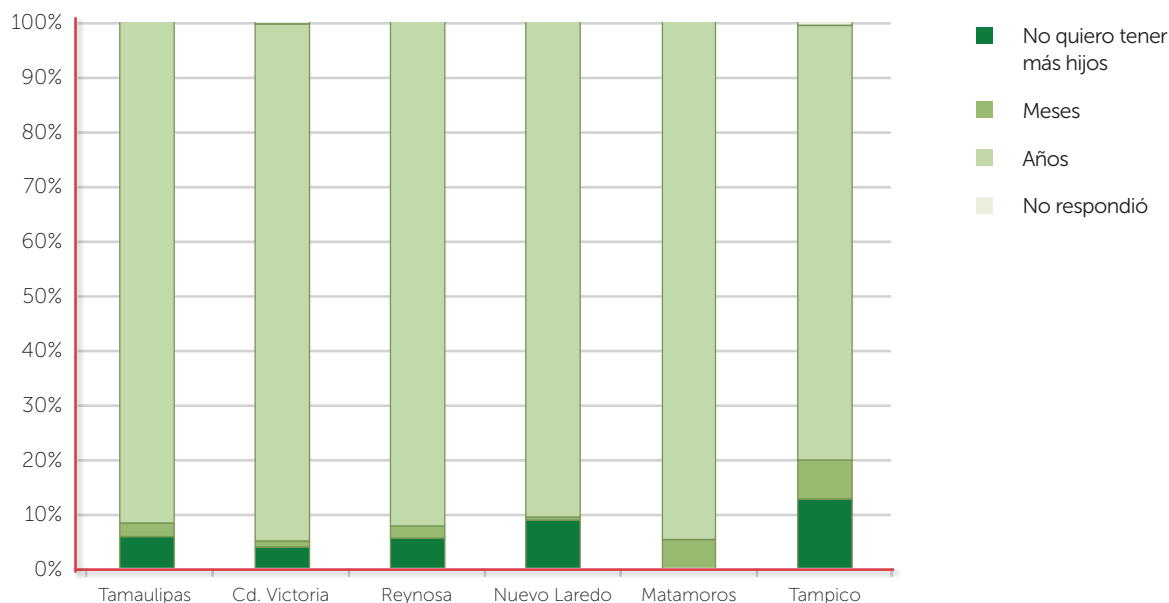
Gráfica 25. Intervalos de confianza para la media al 95% del número de hijas e hijos deseados en toda la vida de las mamás adolescentes.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

Más del 86 por ciento de las mamás adolescentes, declararon esperar años para tener más hijos. Sólo dos por ciento planeaba tener hijos en los siguientes meses, y más de diez por ciento señaló que no quería tener más hijos. En Tampico y Nuevo Laredo se registró el mayor número de jóvenes que declararon no querer más hijos, y en Matamoros, el mayor número de adolescentes que deseaba continuar su vida reproductiva (Gráfica 26).

Gráfica 26. Tiempo de espera deseado para el siguiente embarazo.

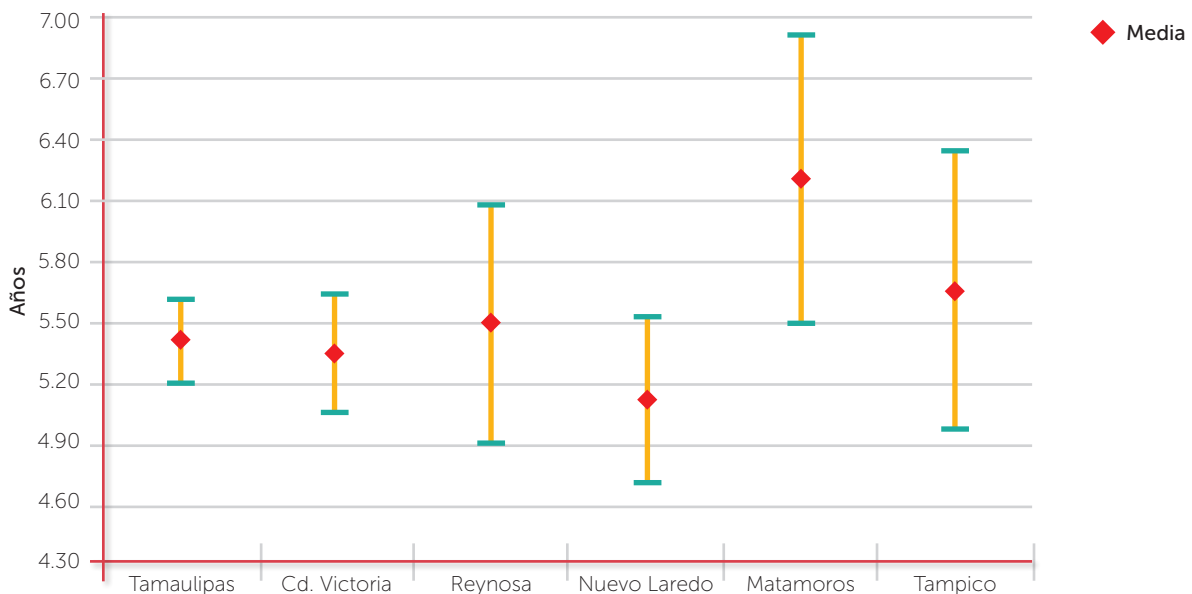


Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

En promedio, las mamás adolescentes señalaron que les gustaría esperar 5.4 años para tener su próximo embarazo. En Matamoros, se dio el tiempo promedio de espera más largo con 6.2 años, mientras que en Nuevo Laredo fue el más bajo con 5.1 años (Gráfica 27). Sin embargo, un análisis ANOVA permitió encontrar que las medias de los años de espera deseados para el siguiente embarazo, son significativamente iguales (Cuadro A8). Estos datos muestran que las mamás adolescentes sí tienen claramente establecidos cuáles son sus deseos y/o planes reproductivos, por lo cual, es necesario continuar ofreciendo las herramientas necesarias que les permitan decidir plenamente sobre su salud reproductiva, y que ello incida sobre la salud infantil de su descendencia.

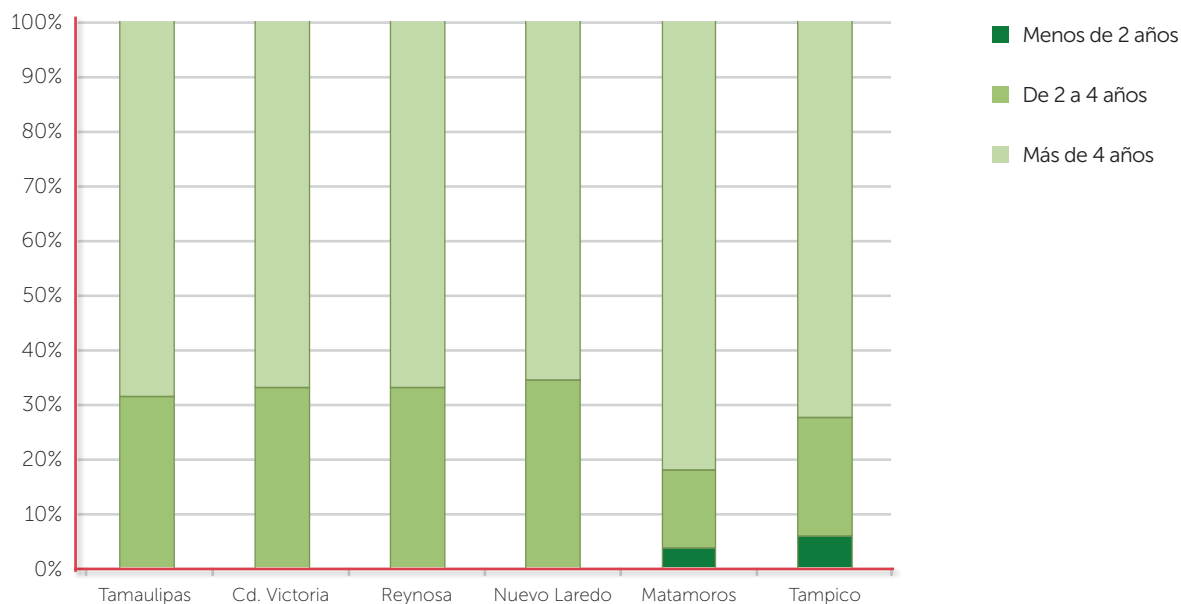
En este sentido, mediante un análisis de los intervalos intergenésicos deseados para el próximo embarazo, se observa que efectivamente las mamás adolescentes piensan a mediano y largo plazo tener un nuevo embarazo. Dos de cada tres mamás adolescentes desea tener su próximo hijo en cuatro años o más, y poco más del 30 por ciento piensa esperar entre dos y cuatro años. En cambio, apenas cuatro por ciento piensa esperar menos de dos años. Es interesante observar, que Matamoros, en donde se presentaron las edades promedio más jóvenes de inicio de vida sexual y de primer embarazo, se haya registrado el mayor número de jóvenes que desean esperar más años un nuevo embarazo. También es de destacar los municipios como Ciudad Victoria, Reynosa y Nuevo Laredo, en donde poco más de un tercio de las mamás adolescentes tenían en mente tener períodos intergenésicos óptimos (de dos a cuatro años) (Gráfica 28).

Gráfica 27. Intervalos de confianza para la media al 95% de los años de espera deseados para el siguiente embarazo.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

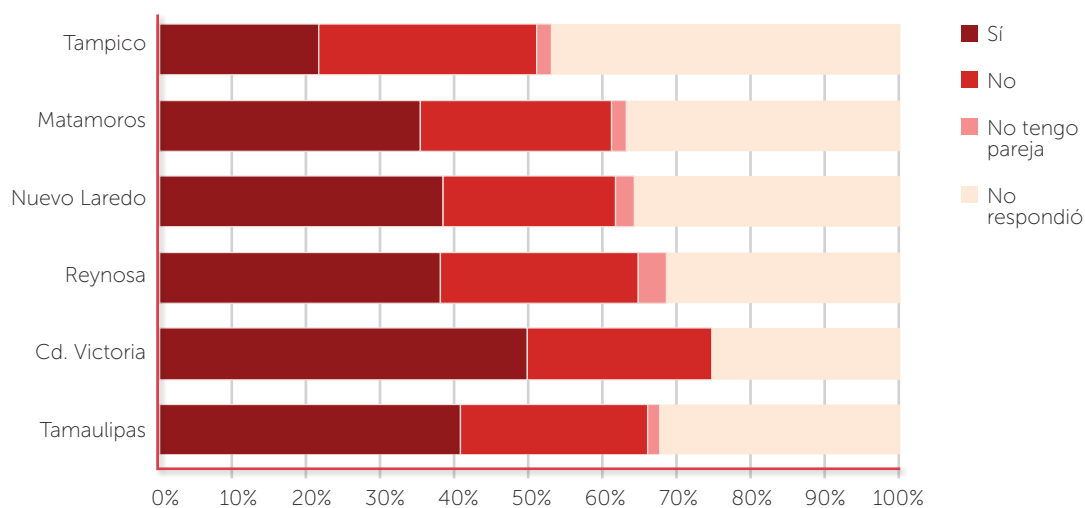
Gráfica 28. Intervalos intergenésicos deseados para el siguiente embarazo.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

A pesar de que existía un deseo de aplazar en mediano o largo plazo un nuevo embarazo, sólo un 40 por ciento de las mamás adolescentes que no se encontraban embarazadas al momento de la encuesta, usaban algún método anticonceptivo. Registrándose el menor uso de anticonceptivos en Tampico (21%) y Matamoros (35%), en cambio, en Reynosa se observó el mayor uso de anticonceptivos (Gráfica 29).

Gráfica 29. Uso de métodos anticonceptivos al momento de la encuesta.



Fuente: Cuestionario Individual de Identificación de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Mamás Adolescentes y Adolescentes Embarazadas.

VII. Análisis de pareja y redes de apoyo

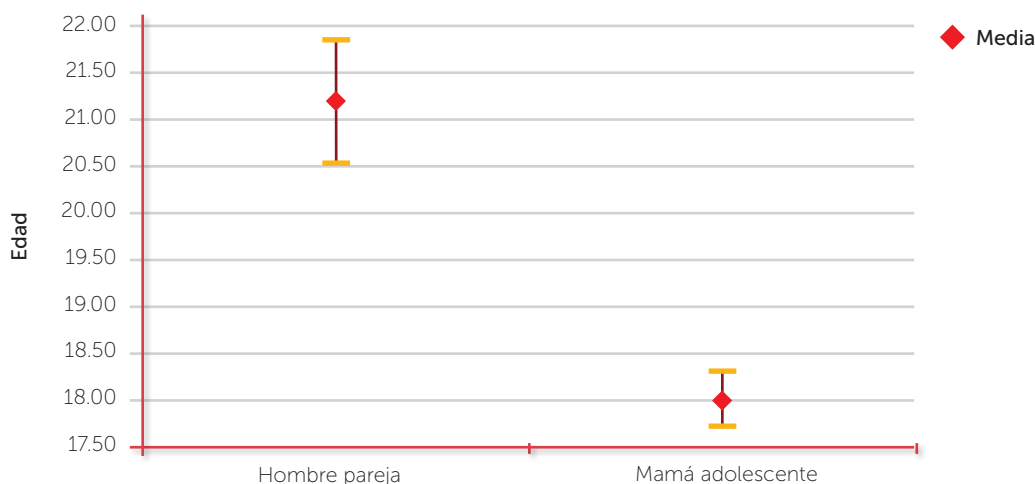
En este punto se muestra el Diagnóstico que se realizó con la información obtenida con las FIPA y FIRA levantadas en la segunda etapa del proyecto Reencontrándome.

Características sociodemográficas de los hombres pareja de las mamás adolescentes

Edad

Durante la segunda etapa del proyecto Reencontrándome se logró el levantamiento de 119 FIPA. La edad mediana de las parejas encuestadas se situó en los 21 años. En cambio, la edad mediana de sus parejas adolescentes fue de 18 años. En general, es notable que las mamás adolescentes prefieran tener una pareja, en promedio, al menos 3 años mayor que ellas (Gráfica 30 y 31).

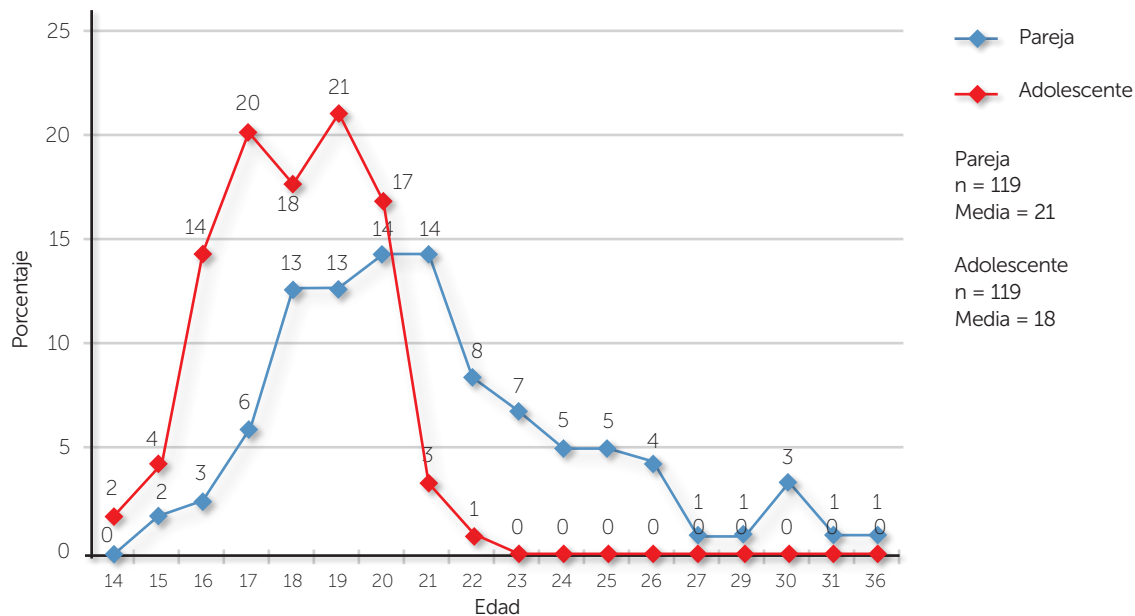
Gráfica 30. Intervalos de confianza para la media al 95% de la edad de la pareja y las mamás adolescentes.



Fuente: Base de datos FIPA.

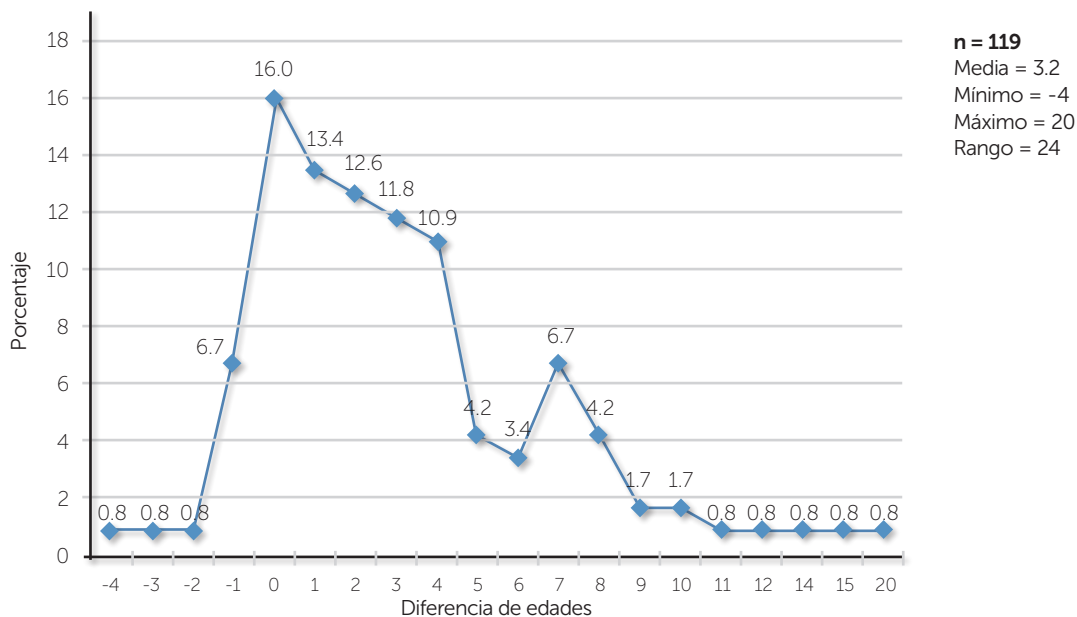
En este sentido, la distribución de la diferencia de edades entre las parejas, muestra que sólo uno de cada diez hombres son menores con respecto a su compañera (Gráfica 32). Dichas disimilitudes sólo son de entre uno y hasta cuatro años de edad. No obstante, cerca del 49 por ciento de los hombres son entre uno y cuatro años mayores, y poco más de un 26 por ciento tienen desde cinco hasta 20 años de diferencia (Gráfica 33). Sólo el 16 por ciento de las parejas señalaron tener la misma edad.

Gráfica 31. Distribución de las edades, entre la pareja y las mamás adolescentes.



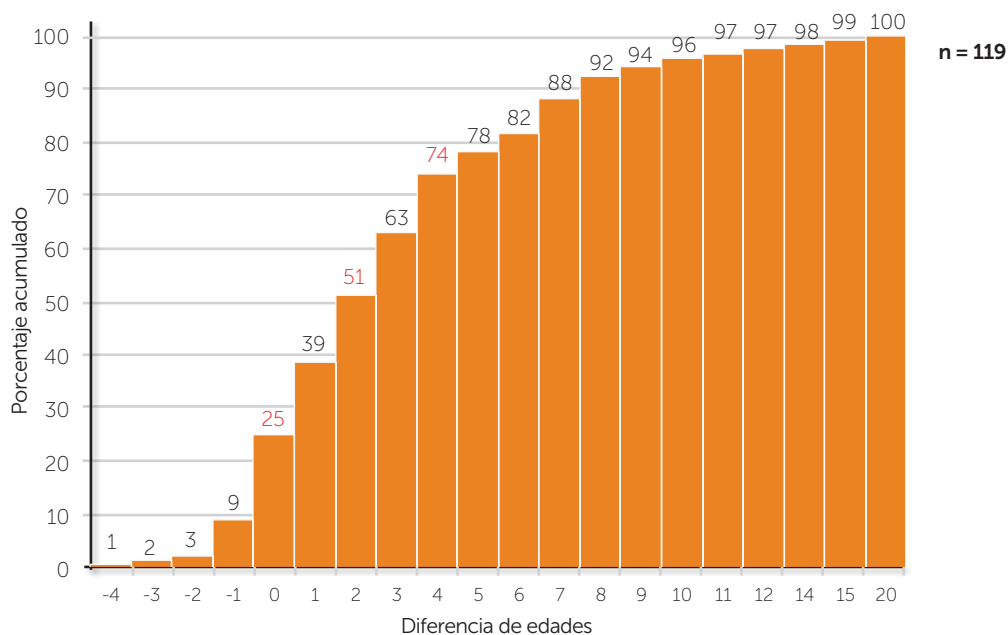
Fuente: Bases de datos FIPA y FIA segunda etapa.

Gráfica 32. Distribución de la diferencia de edades, entre la pareja y las mamás adolescentes.



Fuente: Bases de datos FIPA y FIA segunda etapa.

Gráfica 33. Distribución acumulada de la diferencia de edad, entre la pareja y las mamás adolescentes.



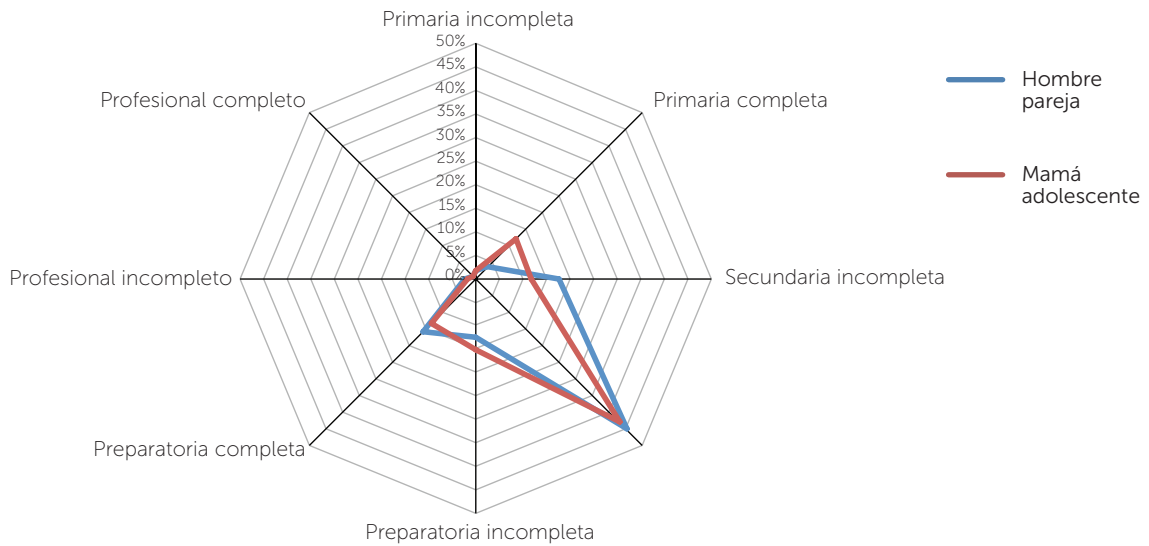
Fuente: Bases de datos FIPA y FIA segunda etapa.

Escolaridad

Las parejas de las mamás adolescentes presentaron, ligeramente, mejores credenciales educativas que ellas. El promedio de escolaridad de los hombres fue de 9.4 años de escolaridad, mientras que el de las mujeres fue de 9.2 años. Esta leve diferencia fue debido al efecto del número de mamás adolescentes que declararon como máximo nivel de estudios la primaria (11.9%) (Gráfica 34). Sin embargo, entre las parejas no existen discrepancias educativas muy evidentes, lo que evidencia que su conformación se da entre personas con condiciones socioeconómicas similares.

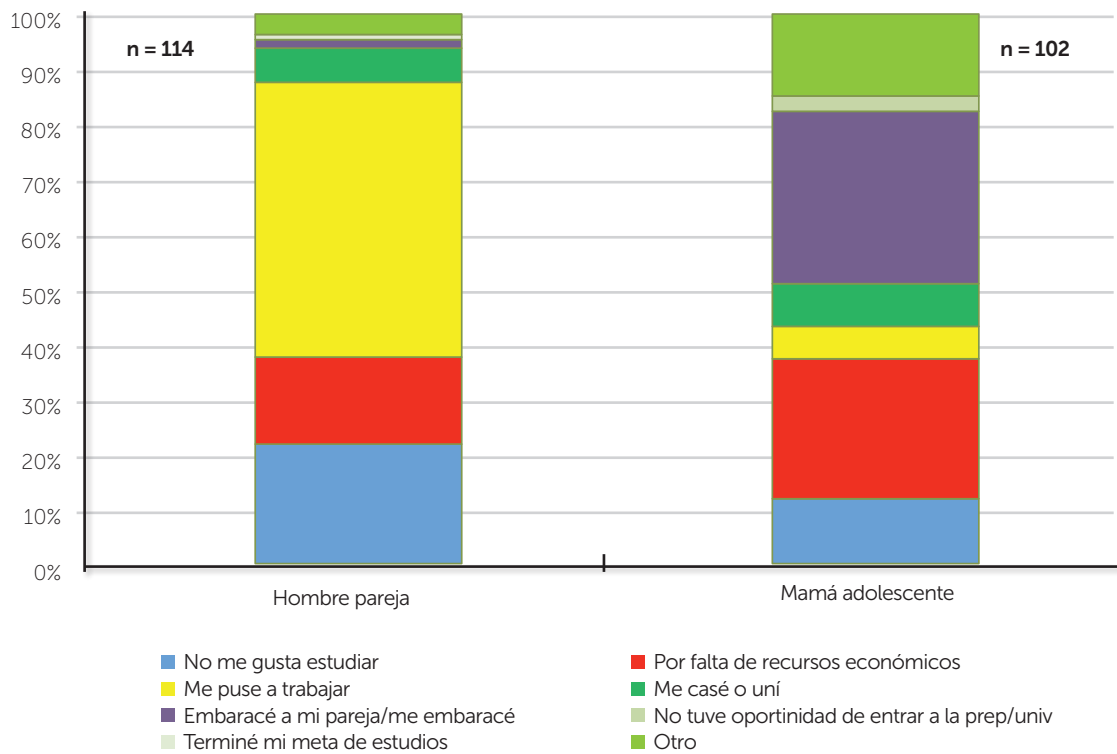
En cambio, al observar si seguían estudiando y las causas del abandono escolar, hay efectos distintos según el sexo. Al momento del levantamiento de la Ficha de Identificación, un mayor número de mamás adolescentes continuaban estudiando (13.4%) en comparación a sus parejas (4.2%). Al observar las principales causas del abandono escolar, la mitad de los hombres pareja declararon que fue debido a que se pusieron a trabajar, y cerca de un 22 por ciento dejó los estudios porque no les gustaba. En cambio, los principales motivos de sus parejas fueron el embarazo (31%) y la falta de recursos económicos (25%). No obstante, nueve jóvenes (8.8%) declararon como “otra razón” de abandono escolar, la necesidad de cuidar a su hija/o; lo cual, determina que cerca del 40 por ciento de las jóvenes abandonaron sus estudios como resultado del embarazo que experimentaron (Gráfica 35).

Gráfica 34. Nivel de escolaridad, entre la pareja y las mamás adolescentes.



Fuente: Bases de datos FIPA y FIA segunda etapa.

Gráfica 35. Principales razones de abandono escolar, entre la pareja y las mamás adolescentes.

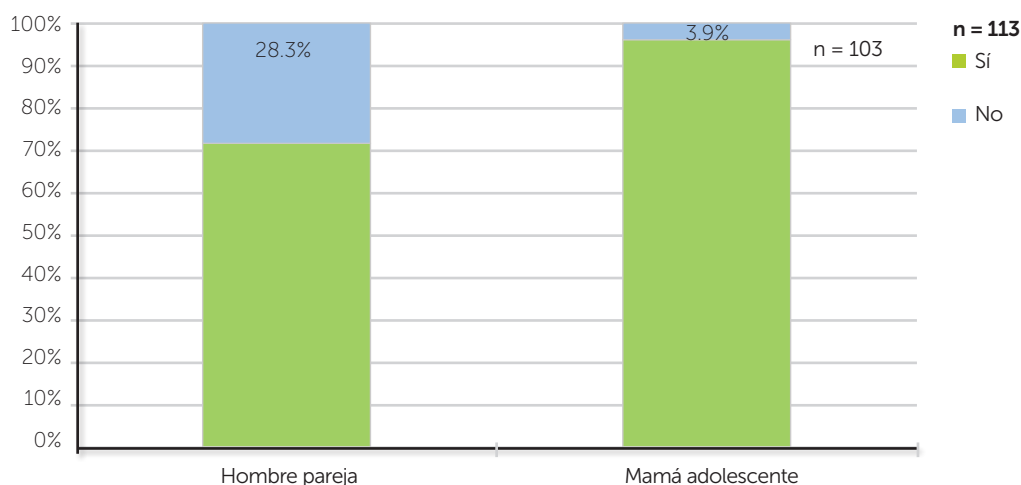


Fuente: Bases de datos FIPA y FIA segunda etapa.

Los resultados anteriores señalan una falta de oportunidades entre la población joven de los polígonos de Tamaulipas, para que continúen estudiando. Al menos en este pequeño sector de la población, por una parte, se observa que los hombres abandonan sus estudios para insertarse lo más pronto posible al mercado laboral, y formar al poco tiempo una familia; y por otro lado, las mamás adolescentes abandonan la escuela por un embarazo o por su primera unión.

A pesar de las limitaciones para continuar con los estudios, hay una mayor disposición de las mujeres para seguir estudiando o aprender un oficio, al contrario de sus parejas. Sólo 71 por ciento de los hombres indicó que les gustaría seguir estudiando o aprender algún oficio, aduciendo que “ya para qué” si ya tienen un trabajo o simplemente, no tienen tiempo por su trabajo actual. En cambio, un 96 por ciento de sus similares adolescentes señaló que estarían dispuestas a continuar sus estudios o aprender un oficio (Gráfica 36).

Gráfica 36. Disposición para continuar estudiando o aprender algún oficio, entre la pareja y las mamás adolescentes.



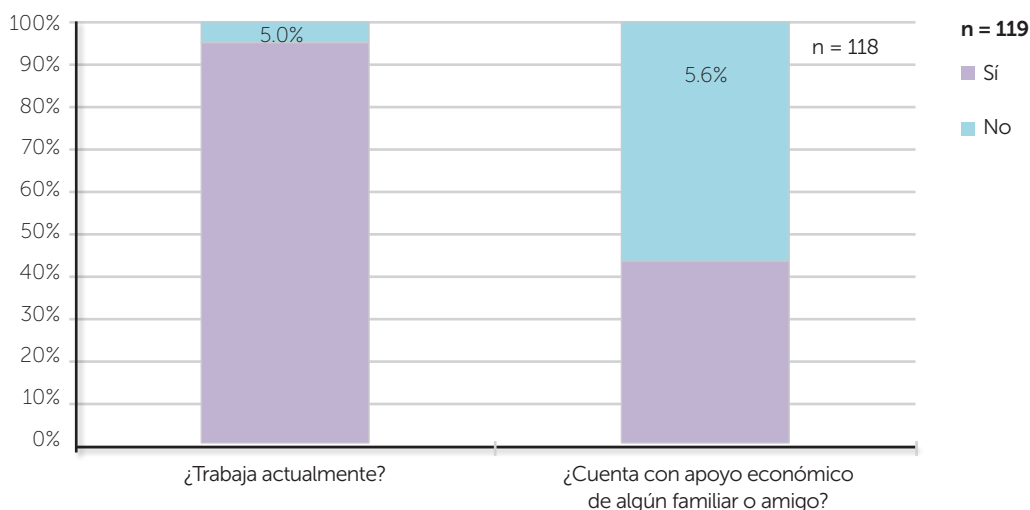
Fuente: Bases de datos FIPA y FIA segunda etapa.

No obstante, en ambos casos, cerca del 70 por ciento de quienes sí desean seguir estudiando, quieren obtener mayores conocimientos ingresando o concluyendo sus estudios trunco de secundaria o preparatoria, o ingresar a una carrera profesional o técnica; mientras que al menos uno de cada cinco busca aprender algún oficio.

Trabajo y apoyo económico

Cerca del 95 por ciento de las parejas de las mamás adolescentes se encontraban laborando al momento del levantamiento de la FIPA (Gráfica 37). Este es el principal motivo por el cual, sólo tres de cada diez jóvenes tenían la idea de continuar estudiando o aprender algún oficio.

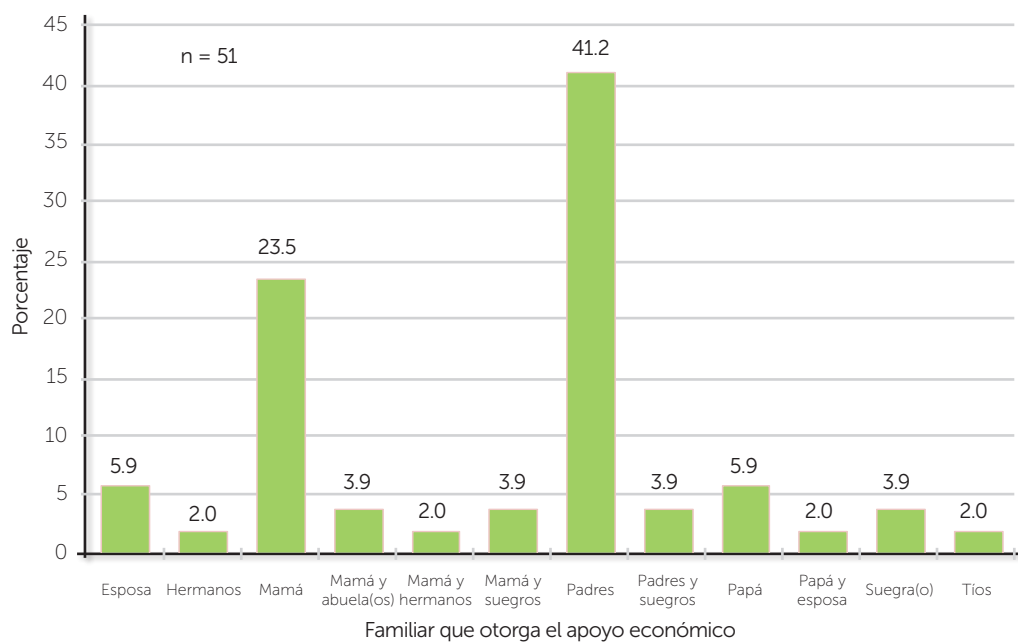
Gráfica 37. Ocupación y apoyo económico recibido por la pareja.



Fuente: Bases de datos FIPA y FIA segunda etapa.

Aunque los datos señalan cierta independencia económica por parte de los hombres, cerca del 43 por ciento de ellos declaró que cuentan con el apoyo económico de algún familiar. Su principal apoyo proviene de sus padres. Poco más del 41 por ciento de los jóvenes declaró que recibe algún tipo de auxilio de sus padres, y cerca de un 23 por ciento lo obtiene únicamente de su mamá (Gráfica 38).

Gráfica 38. Origen del apoyo económico que recibe la pareja.



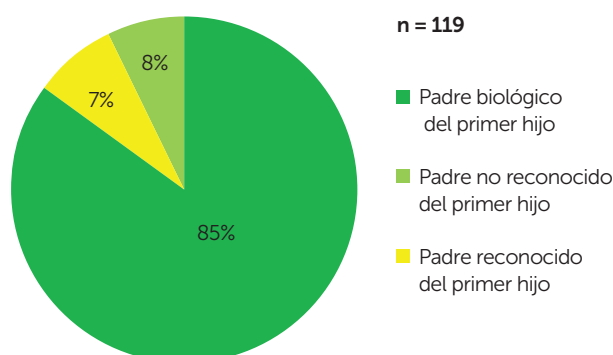
Fuente: Base de datos FIPA.

Como se había identificado en la primera etapa del proyecto, los hogares de las mamás adolescentes son encabezados generalmente por su pareja. No comparten la responsabilidad económica dado que se mantiene la concepción de que la mujer debe dedicarse enteramente al cuidado y crianza de los hijos, mientras que el varón es el principal proveedor; aunque deban recurrir al apoyo familiar para completar su rol.

Principales eventos sexuales y reproductivos

Del total de hombres pareja que fueron entrevistados a través de la FIPA, el 85 por ciento fue identificado como padre biológico del primer hijo; un 7 por ciento fue padre reconocido del primer hijo, esto es, que no es el padre biológico pero tiene un papel fundamental en la crianza del primer hijo; y el 8 por ciento restante fue ubicado como padre no reconocido del primer hijo, es decir, sólo tiene una relación sentimental con la mamá adolescente sin llegar a interferir en el cuidado del primer hijo de la joven (Gráfica 39).

Gráfica 39. Distribución del tipo de padre, pareja de las mamás adolescentes.

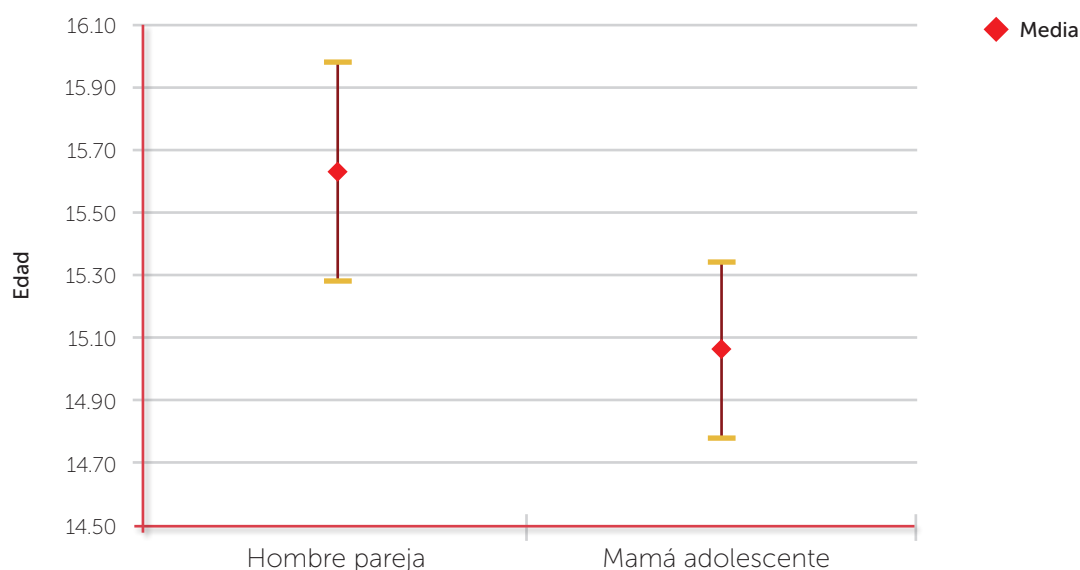


Fuente: Base de datos FIPA.

Edad de la primera relación sexual

La edad mediana de inicio sexual en los hombres pareja fue de 16 años. En tanto, sus parejas adolescentes, mostraron un inicio más temprano de su vida sexual. La edad mediana de la primera relación sexual de las adolescentes fue de 15 años (Gráfica 40). Esto es normal considerando que en promedio, los varones son 3 años mayores que ellas, e indica que ambos inician su vida sexual al mismo tiempo.

Gráfica 40. Intervalos de confianza para la media al 95% de la edad de la primera relación sexual, entre la pareja y las mamás adolescentes.



Fuente: Bases de datos FIPA y FIA segunda etapa.

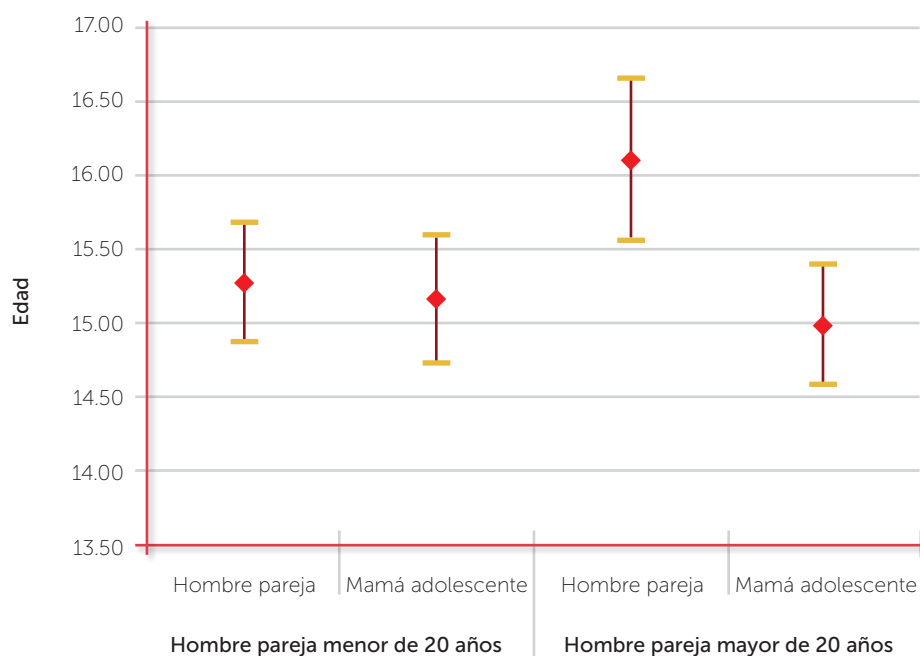
Al analizar el inicio de la vida sexual en los hombres en dos grupos, uno menor a 20 años y el otro grupo de más de 20 años, es posible observar que el primer grupo prácticamente inició su vida sexual al mismo tiempo que las mujeres. Es muy seguro que tales parejas tuvieron su primer encuentro sexual entre ellos.

En cambio, el grupo de hombres de más de 20 años de edad, tuvo en promedio su primera relación sexual más tarde, cerca de los 16 años de edad (Gráfica 41). Es claro que los hombres que presentan una diferencia más amplia de edad con respecto a su pareja adolescente, tuvieron su primera experiencia sexual con otra persona que no es su pareja actual.

Embarazo no planeado y no deseado

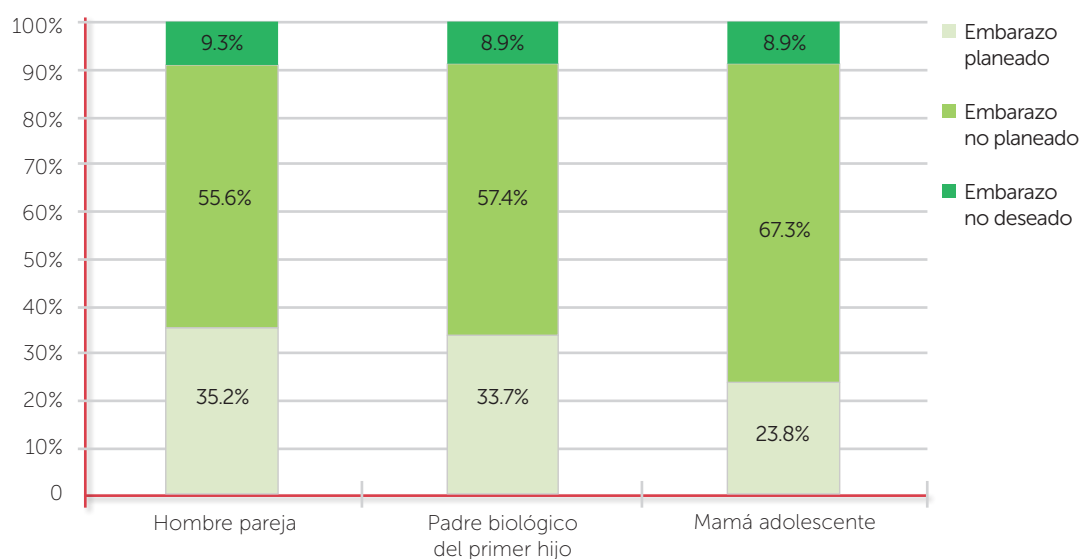
Al menos 35 por ciento de los hombres pareja declararon que el primer embarazo de su pareja fue planeado, lo cual, discrepa en más de diez puntos porcentuales con lo señalado por las mamás adolescentes (Gráfica 42). Esto muestra que hay una menor aceptación por parte del hombre a que el primer embarazo no fue planeado, sino que la decisión de un embarazo, no fue de común acuerdo.

Gráfica 41. Intervalos de confianza para la media al 95% de la edad de la primera relación sexual, entre la pareja y las mamás adolescentes, según edad de la pareja.



Fuente: Bases de datos FIPA y FIA segunda etapa.

Gráfica 42. Embarazo no deseado y no planeado, entre la pareja y las mamás adolescentes.

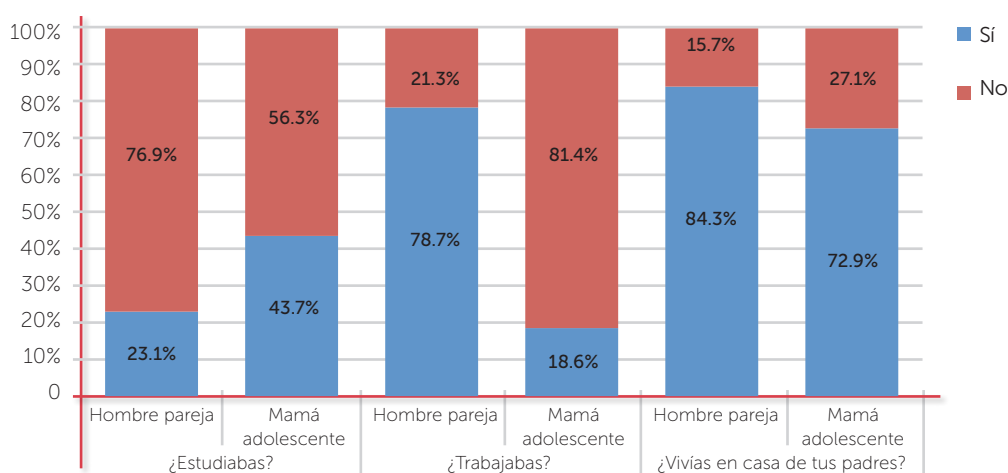


Fuente: Bases de datos FIPA y FIA segunda etapa.

Situación en el momento del primer embarazo

Tal y como se había identificado en la primera etapa del proyecto, hay un alto número de mujeres que no estudiaba al momento de su primer embarazo. En el caso de los hombres pasa lo mismo. Tres de cada cuatro hombres no estudiaba al momento del primer embarazo, y 56 por ciento de las mamás adolescentes, estaban en la misma situación. No obstante, casi el mismo porcentaje de los hombres pareja que declararon no estudiar, se encontraban trabajando; es decir, sólo 2 por ciento de los hombres no trabajaba ni estudiaba. En cambio, un alto porcentaje de mujeres no trabajaba ni estudiaba (Gráfica 43).

Gráfica 43. Situación en el momento del primer embarazo, entre la pareja y las mamás adolescentes.



Fuente: Bases de datos FIPA y FIA segunda etapa.

Se comprueba nuevamente, que un gran número de mamás adolescentes no estudiaba ni trabajaba al momento de su primer embarazo. Esto confirma que tanto hombres y mujeres jóvenes residentes en polígonos del estado de Tamaulipas, que viven en condiciones de alta vulnerabilidad y rezago social, carecen de oportunidades sociales que les puedan proporcionar una mejor calidad de vida.

Edad de deseo del primer hijo

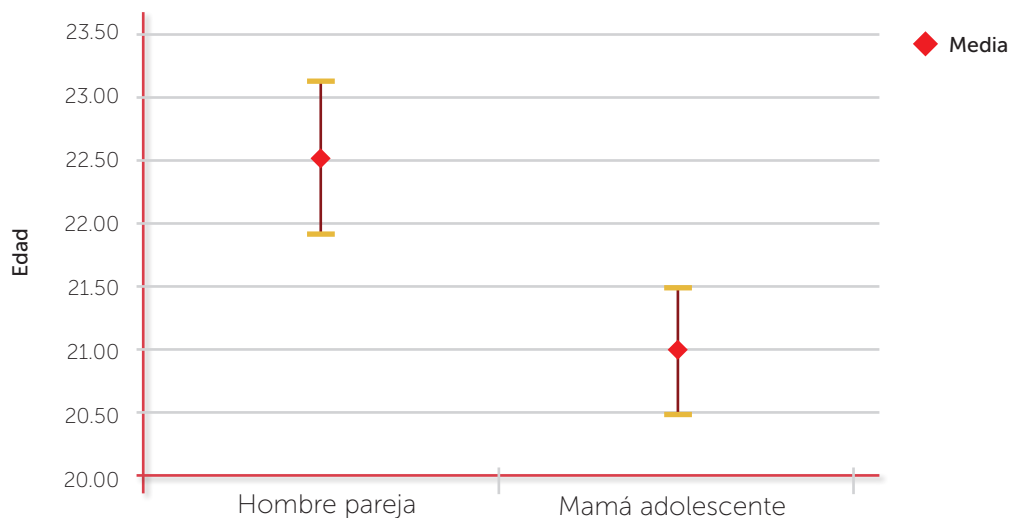
La edad de deseo del primer hijo es en promedio, hasta 1.5 años más tarde en las parejas que entre las mamás adolescentes. Este estadístico parece ligarse a una cuestión de retraso idealizado de la paternidad, por parte de los hombres, en aras de una satisfacción estudiantil y de vida (Gráfica 44).

Número deseado de hijos

Los hombres pareja mostraron una mayor preferencia por tener más hijos que sus contrapartes adolescentes (Gráfica 45). En promedio, los hombres desean tener 2.7 hijos, y sus

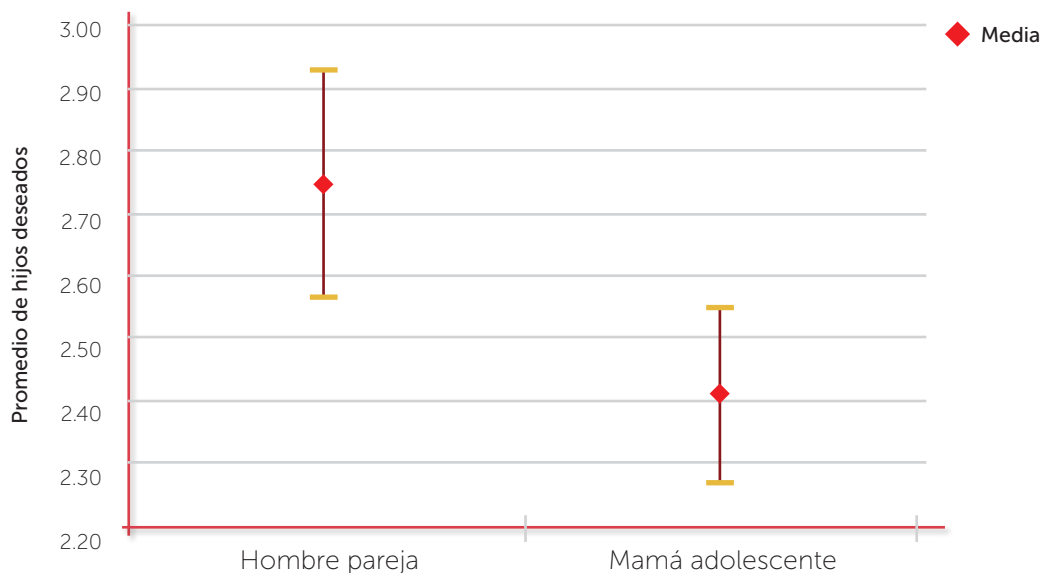
parejas 2.4 hijos. Las mamás adolescentes tienen un ideal de familia más acotado que sus parejas, quizá por la enorme responsabilidad que llevan en el cuidado y la crianza de sus hijos, debido a la poca participación de sus parejas. En cambio, los hombres piensan en una familia más extendida, quizá por una cuestión de fortalecimiento de la imagen masculina, a pesar del contexto de precariedad en el que viven.

Gráfica 44. Intervalos de confianza para la media al 95% de la edad de deseo del primer hijo, entre la pareja y las mamás adolescentes.



Fuente: Bases de datos FIPA y FIA segunda etapa.

Gráfica 45. Intervalos de confianza para la media al 95% del número deseado de hijos, entre la pareja y las mamás adolescentes.

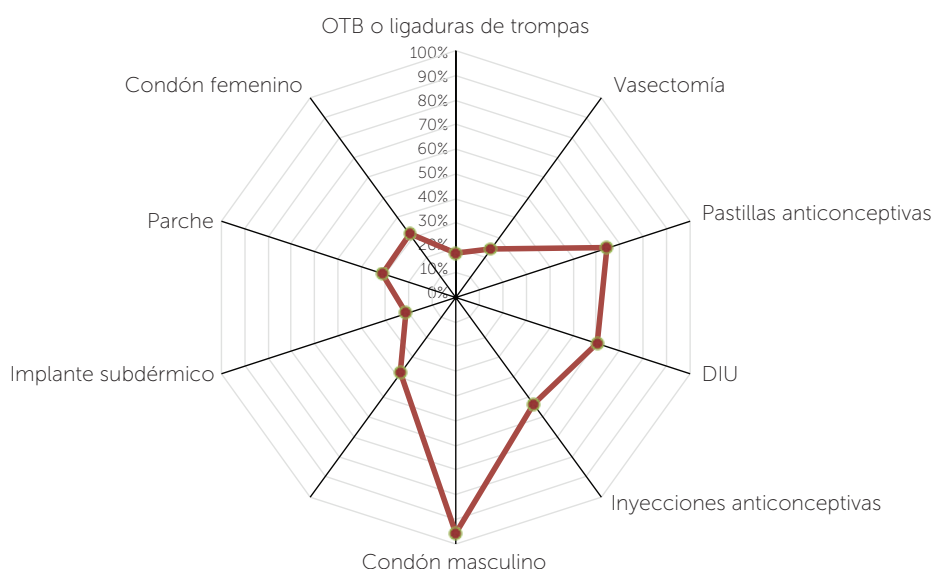


Fuente: Bases de datos FIPA y FIA segunda etapa.

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

En general, el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos entre los hombres pareja, es bajo. Es notable el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos "clásicos" y con mayor difusión entre la población, como el condón, las pastillas anticonceptivas, el DIU y las inyecciones anticonceptivas (Gráfica 46). Quizá el alto conocimiento sobre las pastillas anticonceptivas, el DIU y las inyecciones anticonceptivas, está ligado al uso de tales anticonceptivos por parte de sus parejas adolescentes.

Gráfica 46. Conocimiento de métodos anticonceptivos.



Fuente: Base de datos FIPA.

Dado que es evidente un desconocimiento generalizado sobre los métodos anticonceptivos disponibles en México, es preocupante, el conocimiento sobre las PAE que indicaron los hombres, puesto que se ha detectado que su uso se está generalizando como un método contraceptivo más, y no como un medio de emergencia.

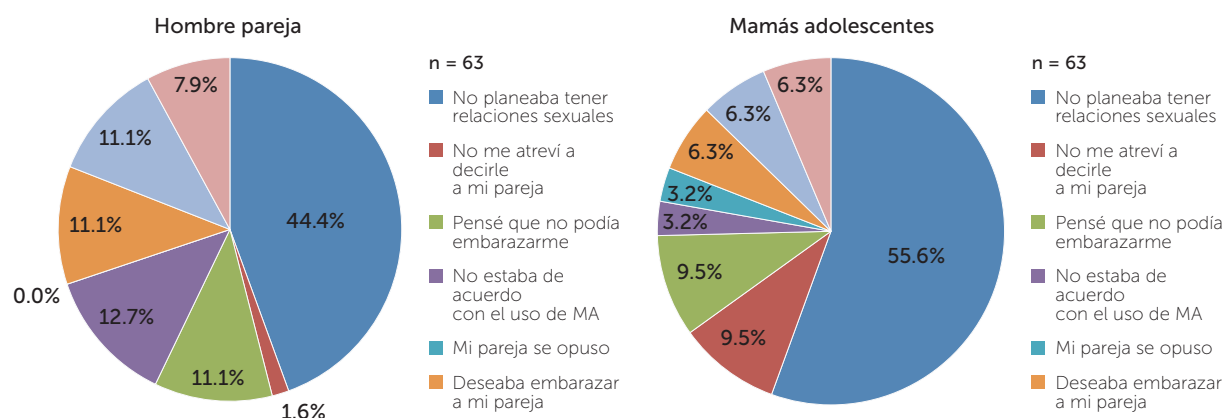
Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual

El primer acto sexual de los hombres encuestados se llevó a cabo bajo un marco de poca prevención. Un alto porcentaje de hombres (47%) indicaron no haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.

Al observar las principales razones por las cuales no usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, 44 por ciento de los hombres que no usaron, indicaron que no pensaban tener relaciones sexuales. No obstante, se observa que las mamás adolescentes señalaron en mayor medida, esa falta de prevención (55%), lo que deja entrever que en los hombres hay una mayor intencionalidad de ejercer su sexualidad sin un aparente temor por sus

consecuencias. Justamente, esto se confirma al observar los porcentajes relativos al deseo por embarazar a su pareja (11%) y al desacuerdo en el uso de métodos anticonceptivos (12%), por parte de los hombres (Gráfica 47). Bajo este contexto, debe resaltarse que una de cada diez jóvenes declaró que no se atrevió a decirle a su pareja que usaran algo para evitar el embarazo.

Gráfica 47. Principal razón por la cual no hicieron o usaron algo para no embarazarse.



Fuente: Bases de datos FIPA y FIA segunda etapa.

Estos últimos puntos, muestran que hay hombres que ejercen coerción sexual sobre sus parejas, lo cual, deriva en prácticas sexuales de riesgo.

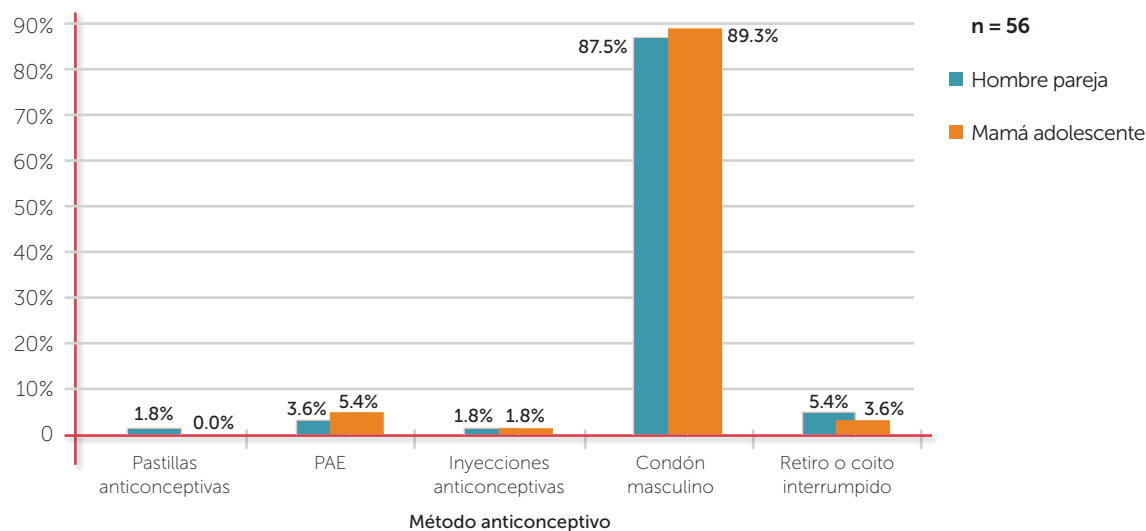
Por otra parte, los hombres que indicaron que sí usaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual, tuvieron una gran preferencia por el condón masculino, la PAE y el coito interrumpido (Gráfica 48). Esto es preocupante, ya que es una señal clara de una amplia falta de conocimiento en el uso y los alcances de tales métodos anticonceptivos, especialmente, de la PAE y sus efectos nocivos por el mal uso en las mujeres.

Salud sexual y reproductiva en la pareja

Los hombres encuestados mostraron muy poca cultura de prevención sobre su salud sexual y reproductiva. Sólo 18 por ciento de ellos, había asistido a la revisión de sus genitales (pene y/o testículos) (Gráfica 49). Cerca del 6 por ciento de quienes asistieron a una exploración de sus genitales, lo hicieron como parte de una rutina de salud; el resto de ellos, sólo lo hizo por afectaciones graves en sus genitales.

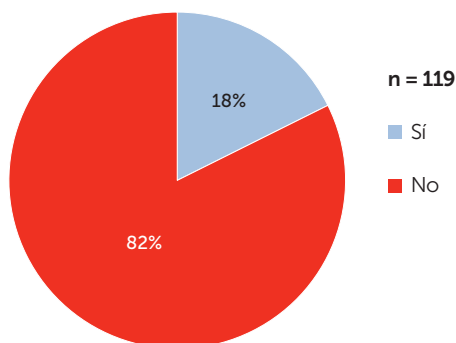
En este sentido, es interesante observar que 55 por ciento de los hombres, señalaron no asistir a revisiones médicas de rutina con respecto a sus genitales, porque no se han enfermado. Poco más de 13 por ciento, dice no asistir por desidia, y cerca de 14 por ciento no lo hace porque no sabe a dónde ir o porque es necesario hacerlo. Prevalece la idea de que sólo se asiste al médico cuando se está enfermo o se tienen síntomas de una enfermedad que le causan mucho dolor o incomodidad, además de que salud sexual no es un tema prioritario (Gráfica 50).

Gráfica 48. Método anticonceptivo que usaron en la primera relación sexual.



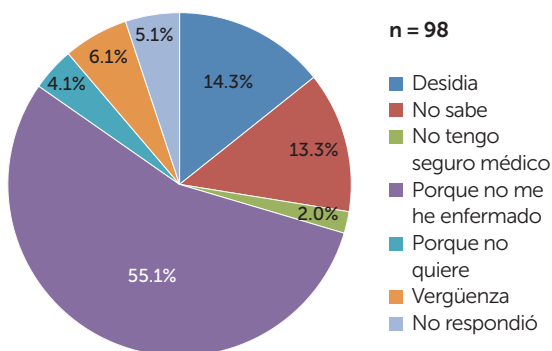
Fuente: Bases de datos FIPA y FIA segunda etapa.

Gráfica 49. Asistencia a revisión médica de sus genitales (pene y/o testículos).



Fuente: Base de datos FIPA.

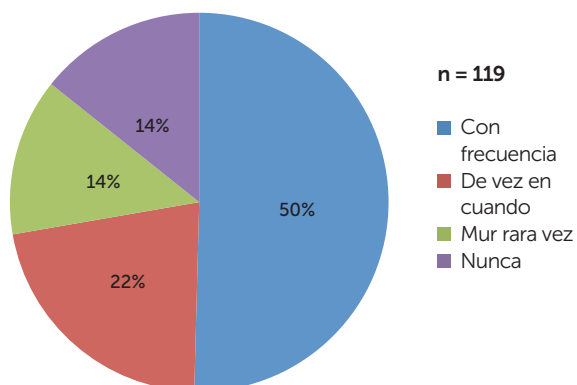
Gráfica 50. Principal causa por la cual no asiste a la revisión de sus genitales (pene y/o testículos).



Fuente: Base de datos FIPA.

Aunado a lo anterior, sólo uno de cada dos hombres se revisa sus genitales con frecuencia, 14 por ciento lo hace muy rara vez y una proporción similar, nunca lo lleva a cabo (Gráfica 51).

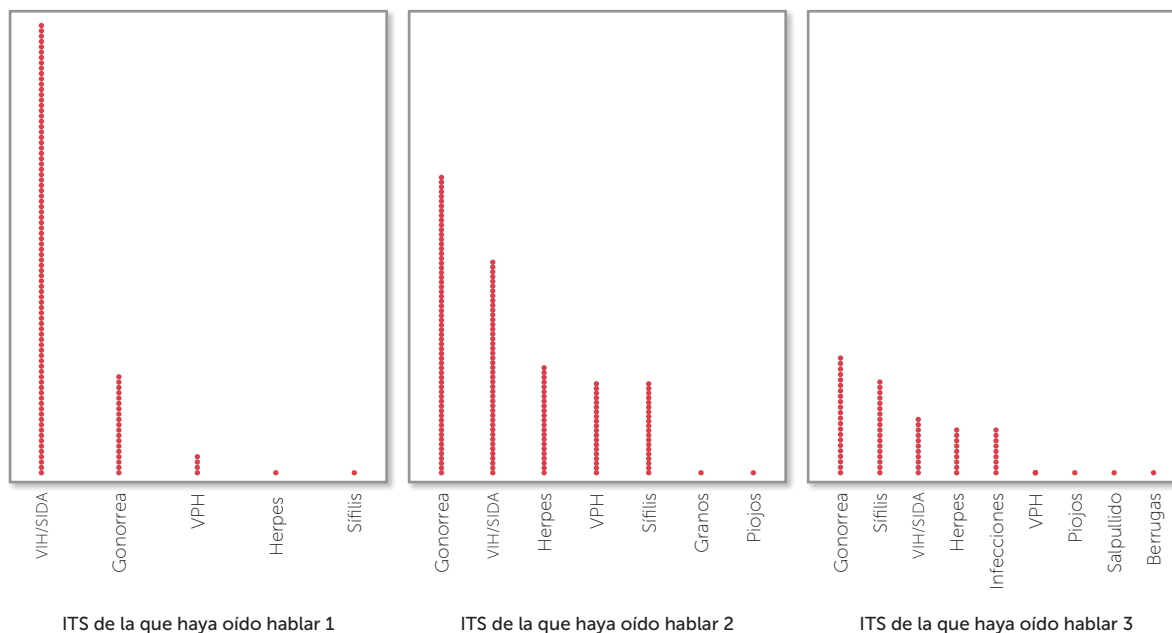
Gráfica 51. Frecuencia con la cual se revisa sus genitales (pene y/o testículos).



Fuente: Base de datos FIPA.

A pesar de lo anterior, una gran mayoría de los encuestados identifica al menos tres tipos diferentes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Las ITS más conocidas son el VIH/SIDA, la gonorrea, sífilis y herpes (Gráfica 52). Muy pocos hombres desconocieron la existencia de las ITS. Casi 92 por ciento de los hombres respondieron que sí han oído de las ITS: 51 de 119 hombres, señalaron conocer tres ITS; 38 reconocieron al menos dos ITS; y 19 contestaron al menos una ITS. Esto indica que en algún momento de sus vidas han recibido información al respecto o han escuchado de ellas. El problema radica en que no conocen con claridad los síntomas de una ITS, dado que sólo mediante la aparición de granos, ardor o comezón, deducen la presencia de una posible enfermedad sexual.

Gráfica 52. Infecciones de transmisión sexual de las cuales ha oído hablar.



Fuente: Base de datos FIPA.

Paternidad responsable

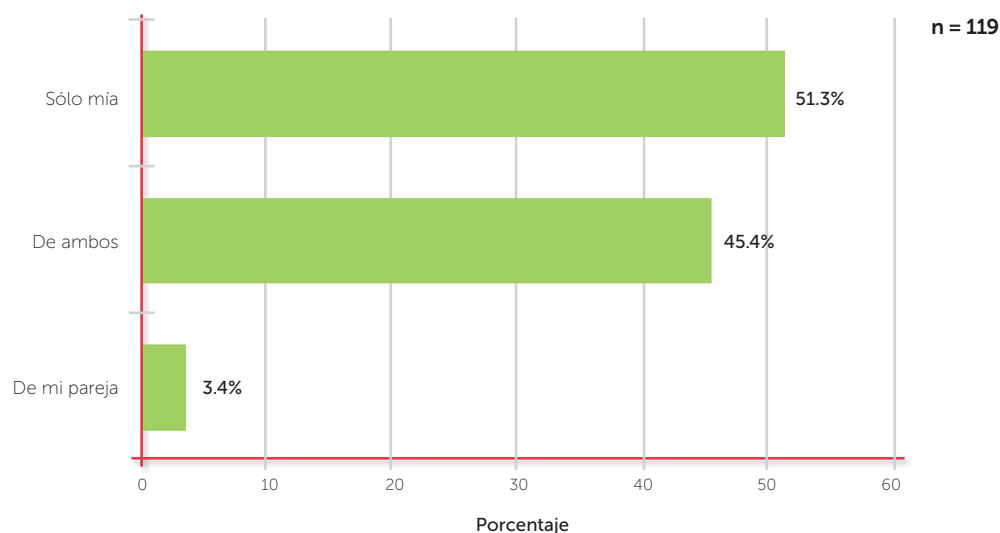
Como se había comentado con anterioridad, entre estos hombres se mantiene idealizada la imagen del hombre como proveedor del hogar que han formado. Por ello, no es extrañarse que un alto porcentaje de ellos (51%) haya señalado que la responsabilidad económica de mantener un hogar y el cuidado de los hijos, es cuestión exclusivamente de él. En cambio, cerca del 45 por ciento señaló que tales compromisos son tareas compartidas con su compañera (Gráfica 53).

Cuando se tratan los temas de la comunicación con la pareja en diferentes aspectos, los hombres muestran parámetros bastantes disímiles entre sí, pero dejan entrever un fuerte arraigo de los roles de género tradicionales.

En este sentido, se identificó que dos tercios de los hombres, casi siempre se interesan y hablan con su pareja sobre el cuidado y la salud de sus hijos, y casi un 32 por ciento lo hacían sólo algunas veces (Gráfica 54). Lo anterior es una muestra que un amplio sector de los hombres, están al pendiente de la salud de sus hijos, pero no necesariamente coadyuvan directamente en el cuidado.

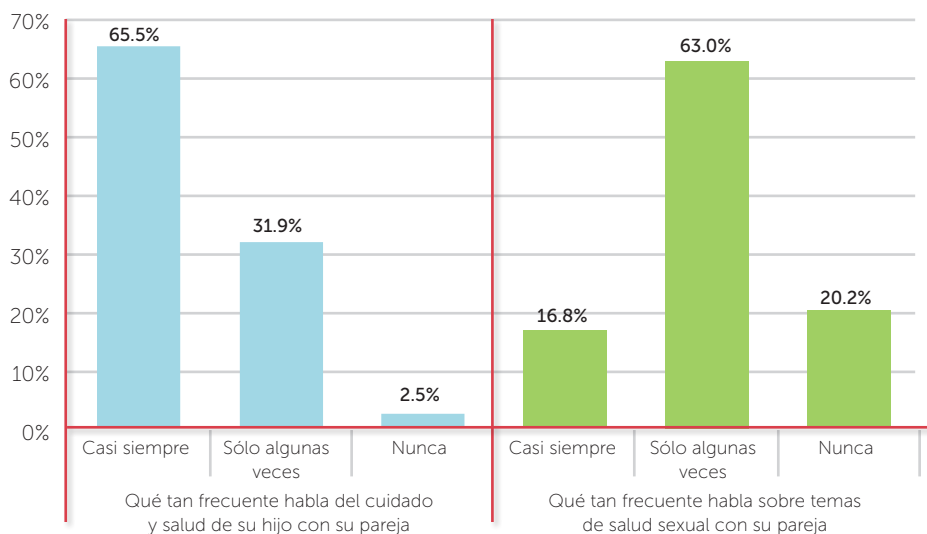
Por otro lado, hablar sobre temas de salud sexual con su pareja, sigue siendo un tabú dentro de los hombres encuestados. Sólo 17 por ciento de ellos, hablan con frecuencia de dicho tema con sus parejas; en cambio, 63 por ciento de los hombres pareja señalaron que "sólo algunas veces" hablan con su pareja de temas de salud sexual; y uno de cada cinco nunca toca esos temas. Lo anterior refuerza los resultados obtenidos sobre el poco interés en los temas de salud sexual, principalmente, por parte de los hombres.

Gráfica 53. Idea de la responsabilidad económica de mantener un hogar y del cuidado de los hijos.



Fuente: Base de datos FIPA.

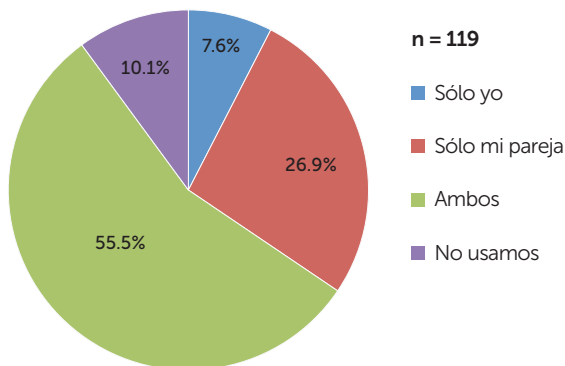
Gráfica 54. Comunicación acerca del cuidado y salud de los hijos, y salud sexual, entre la pareja y las mamás adolescentes.



Fuente: Base de datos FIPA.

En el uso de métodos anticonceptivos, se observó una alta corresponsabilidad y comunicación con su pareja. Más del 55 por ciento de los hombres señaló que tanto él como su pareja, deciden qué método anticonceptivo usar. Pero como se ha dilucidado, prevalece en un amplio sector de esta población de hombres, que los temas de salud sexual no deben tocarse o es responsabilidad única de las mujeres: casi el 27 por ciento de los hombres, declaró que la decisión del uso de un método anticonceptivo es responsabilidad de su pareja (Gráfica 55).

Gráfica 55. Determinación del uso de métodos anticonceptivos, entre la pareja y las mamás adolescentes.



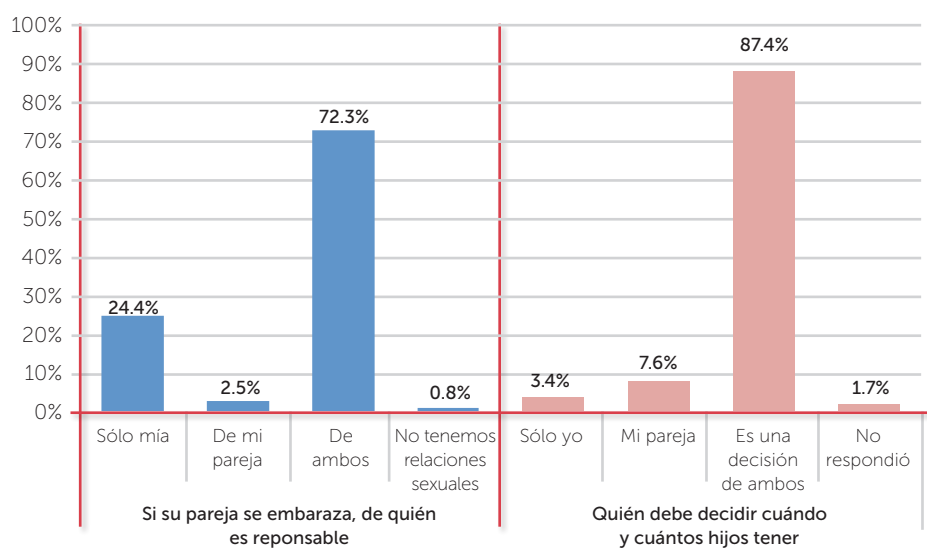
Fuente: Base de datos de FIPA.

En el tema de salud reproductiva, los hombres mostraron una mayor apertura. Si se presenta un embarazo, cerca del 72 por ciento de los hombres indicó que ello sería una responsabilidad de ambos; en cambio, 24 por ciento mantiene firme su ideal de acatar el compromiso de un hijo (Gráfica 56). Lo mismo sucede con la decisión de cuándo y cuántos hijos tener. Más del 87 por ciento señaló que esa responsabilidad es de ambos, y sólo 3 por ciento piensa que es una decisión unilateral de ellos.

Al observar estos últimos datos, es evidente que se preservan los roles masculinos de proveedor y figura de autoridad entre los hombres pareja; no obstante, en el momento que “aparece” la figura de la hija/o, dicho papel se transforma y se suaviza hacia uno de mayor colaboración y empatía con su pareja.

En este mismo tenor, vemos los comportamientos sobre los cuidados de la hija/o, los cuales, señalan claramente esa ambivalencia entre el rol clásico del hombre proveedor y de aquel hombre que muestra un comportamiento más apegado al concepto de paternidad responsable⁵.

Gráfica 56. Idea sobre la responsabilidad de la paternidad y la planificación familiar.



Fuente: Base de datos FIPA.

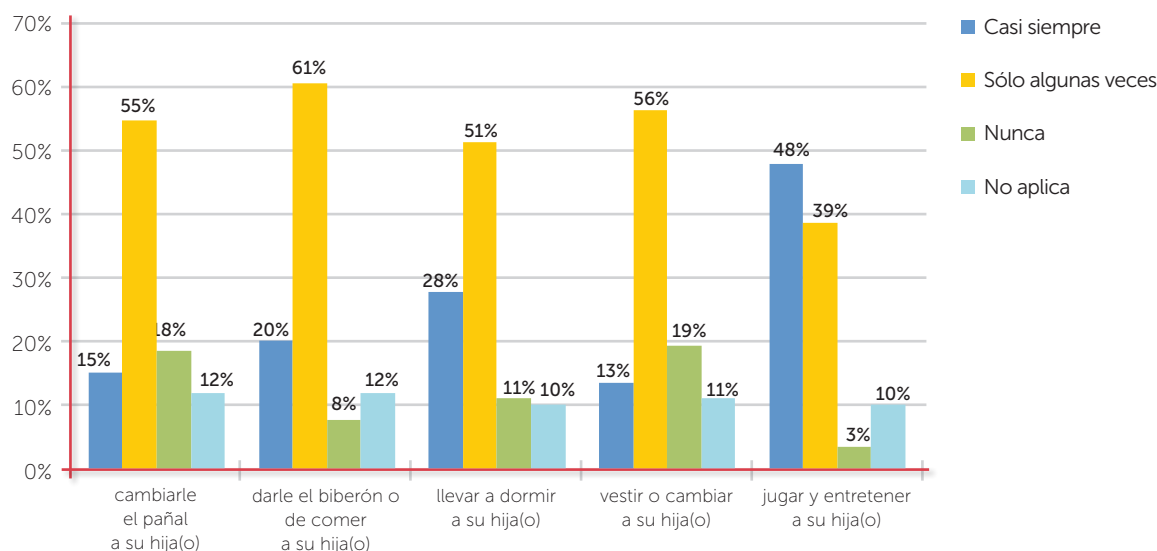
Así, se observa que al menos un 15 por ciento de los hombres pareja declararon que casi siempre le cambia el pañal a su hija/o; uno de cada cinco le da biberón o de comer; 28 por ciento la/o lleva a dormir; 13 por ciento la/o cambia de ropa; y casi la mitad de ellos le dedica tiempo para jugar. En cambio, más de la mitad de ellos señalaron que tales actividades las realizan sólo algunas veces, con excepción del juego (Gráfica 57).

La principal causa por la cual muchos hombres declararon que llevan a cabo esas actividades de cuidado de su hija/o “sólo algunas veces”, es porque carecen de tiempo para realizarlas debido a sus actividades laborales.

⁵ Es asumir responsabilidad en el cuidado de hijos e hijas, no sólo en responder a necesidades económicas, como se ha entendido la paternidad (padre-proveedor). Debe brindar calidad de vida en términos afectivos, involucrarse desde el momento de la procreación y contribuir activamente en la educación de los hijos e hijas, así como en el cuidado de la salud. Implica no solamente dar un apellido y reproducir el esquema de ser hombre y padre, sino que debe replantearse dicho rol a funciones orientadoras, educadoras, ser amigo solidario y acompañante en el proceso de crecimiento, roles que tradicionalmente son asignados a la madre. Se trata de que los padres estén más atentos a las necesidades vitales de la vida de un ser humano (Santos Villareal & Richard Muños, 2010).

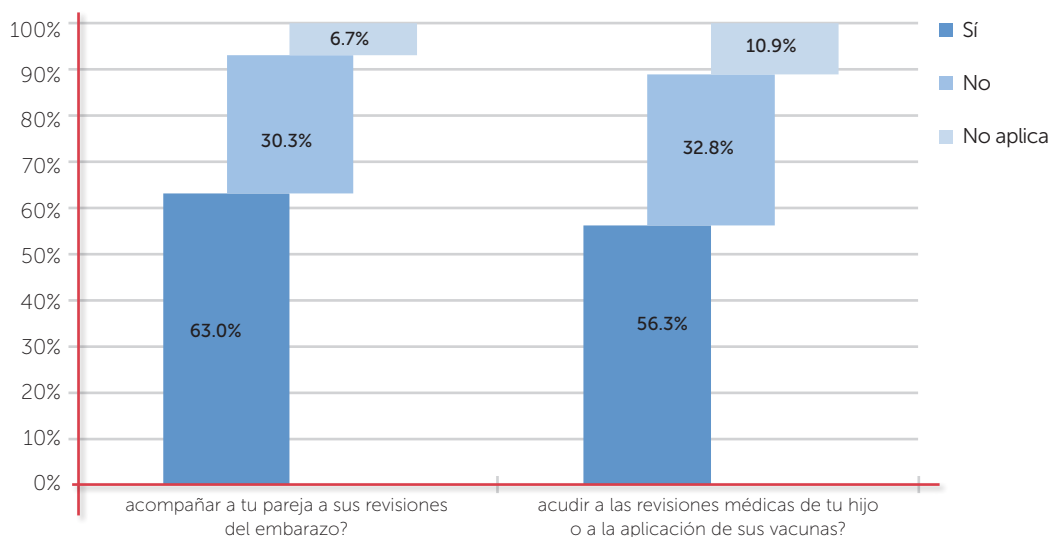
El trabajo de los hombres pareja, también fue indicado como el principal obstáculo para que ellos participen más en la salud y el cuidado de su pareja e hija/o. Sólo dos de cada tres hombres acompañaron o acompañan a sus parejas a sus revisiones médicas durante el embarazo; y tan sólo 56 por ciento lo hacía con relación a las revisiones médicas de su hija/o o a la aplicación de sus vacunas (Gráfica 58).

Gráfica 57. Comportamiento en el cuidado de la hija o hijo.



Fuente: Base de datos FIPA.

Gráfica 58. Asistencia y/o acompañamiento a las revisiones durante el embarazo de su pareja o a las revisiones médicas de su hija(o).



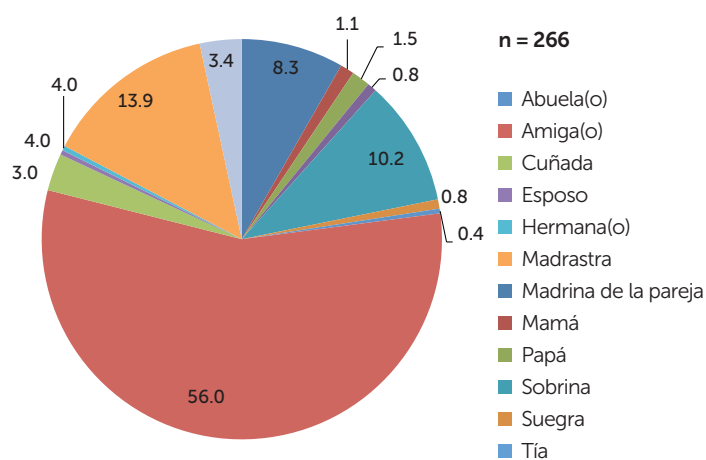
Fuente: Base de datos FIPA.

Las redes de apoyo de las mamás adolescentes

Las principales redes de apoyo de las mamás adolescentes se concentran en su círculo familiar. Cerca de 56 por ciento de sus redes de apoyo están representadas por sus mamás, seguido por sus suegras (13.9%) y hermanos (10.2%) (Gráfica 59). El 95% de dichas redes están conformadas por mujeres, y tienen en promedio 41 años.

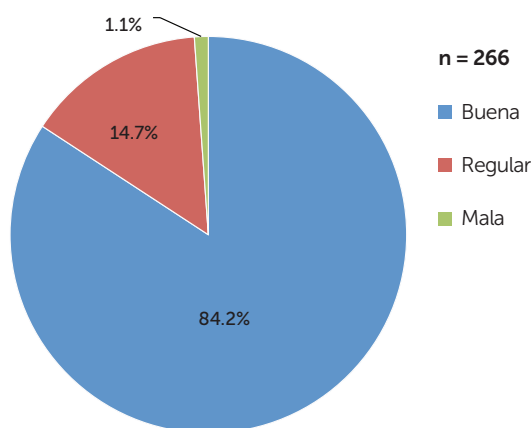
En general, la relación que llevan las redes de apoyo con las mamás adolescentes es buena. Un 84 por ciento declaró que la comunicación con la joven es buena, y 14 por ciento señaló que es regular (Gráfica 60).

Gráfica 59. Principales redes de apoyo de las mamás adolescentes.



Fuente: Base de datos FIRA.

Gráfica 60. ¿Cómo considera la comunicación con la mamá adolescente?

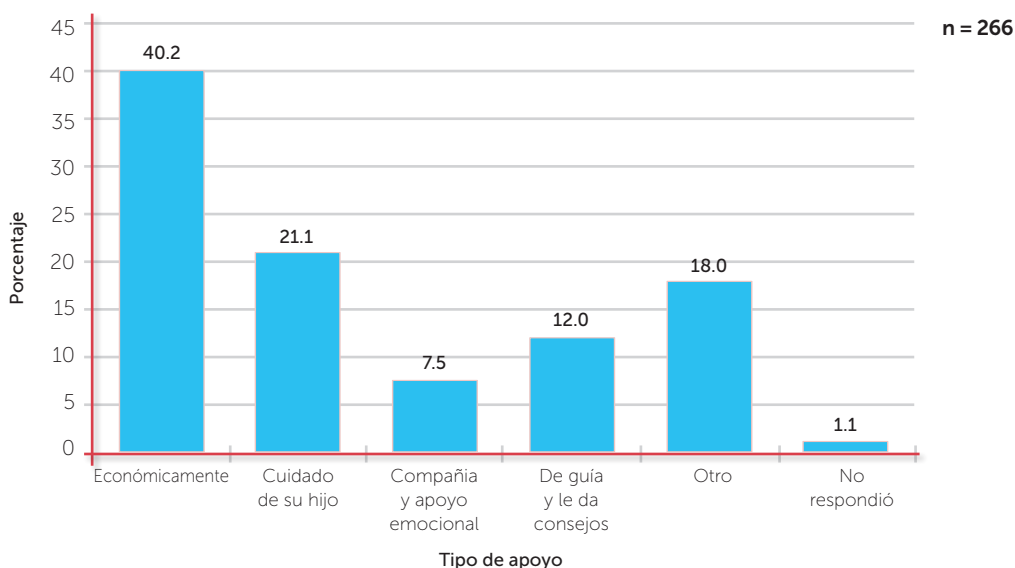


Fuente: Base de datos FIRA.

Tanto las mamás adolescentes como sus parejas, han mencionado que el principal apoyo económico provenía de sus familias, en particular, de sus mamás o suegras. Precisamente,

las redes de apoyo aludieron que su principal aporte hacia las adolescentes es en el aspecto económico (40.2%). En segundo término, ayudan a sus hijas cuidando de sus hijos (21.1%) y otro grupo señaló que le apoyan de otra manera, siendo lo más habitual “ayudarlas en todo un poco” (Gráfica 61).

Gráfica 61. Tipo de apoyo que ofrecen la redes de apoyo a las mamás adolescentes.

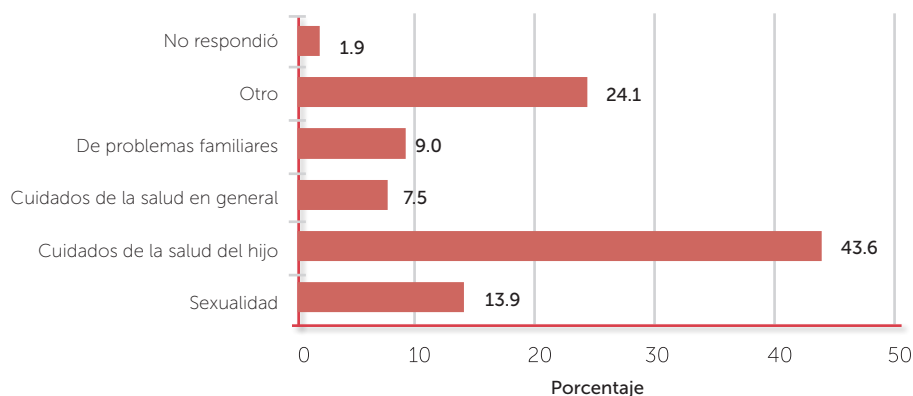


Fuente: Base de datos FIRA.

Entre las principales razones por las cuales deciden ayudar a las mamás adolescentes, está el sentimiento de apoyo incondicional a su hija y a su nieta(o). De igual manera, mencionaron que las ayudan porque son jóvenes e inexpertas y les duele verlas sufrir. Sin embargo, es evidente que la parte económica es la que más les ocupa a las redes de apoyo, debido a las limitaciones monetarias que tanto las mamás adolescentes como sus parejas tienen que enfrentar al conformar su hogar.

Cuando se les preguntó acerca de qué temas hablan cuando la adolescente se acerca a ellas (redes de apoyo), indicaron que hablan principalmente del cuidado y salud de los hijos (Gráfica 62). Lo que quiere decir que, tomando en cuenta que un importante grupo lo conforman las mamás y las suegras, ofrecen los conocimientos y experiencias que tienen en el cuidado de los hijos. En segundo término, los temas que más tratan con las jóvenes son los temas familiares, particularmente, los problemas que presentan las adolescentes con sus parejas.

Gráfica 62. Temas que tratan las redes de apoyo cuando las mamás adolescentes requieren hablar



Fuente: Base de datos FIRA.

VIII. Análisis cualitativo

Se realizaron entrevistas a profundidad a 22 mujeres adolescentes residentes de las colonias ubicadas dentro de los polígonos de Nuevo Laredo y Matamoros en el estado de Tamaulipas. Dichas entrevistas se realizaron a 10 mujeres del municipio de Nuevo Laredo y 12 del municipio de Matamoros. La selección de las adolescentes que participaron se llevó a cabo a partir del contacto iniciado y el trabajo realizado por parte las y los orientadores; quienes eligieron para las entrevistas a adolescentes con diferentes grados de vulnerabilidad social. De esta manera, las 22 adolescentes a las que se entrevistaron representan cualitativamente y de manera significativa a las jóvenes de este proyecto.

A cada una de las entrevistadas se le solicitó su consentimiento para audiograbar la sesión y se garantizó la confidencialidad de la información. El material recolectado fue codificado y categorizado en subtemas, para finalmente realizar de forma inductiva el análisis de la información y el proceso de sistematización. Se presenta la información en una puntualización de los elementos significativos.

Los espacios en los cuales se realizaron las sesiones de las entrevistas fueron esencialmente cuatro: los domicilios de las adolescentes, ya que se consideró que podrían garantizar la privacidad necesaria para mantener la confidencialidad de la información; también se recurrió a los parques de barrio⁶, aunque estrictamente son espacios públicos, cuentan con un salón que siempre nos fue prestado, y que la mayor parte de las veces facilitó la privacidad necesaria; un salón de la Quinta Jurisdicción de la Secretaría de Salud del Estado; y un comedor comunitario del Programa de Desarrollo Social del Estado. Las entrevistas se realizaron en no más de dos sesiones con el objetivo de garantizar la riqueza de las respuestas ofrecidas por las adolescentes.

⁶ Espacios públicos pensados y administrados desde una lógica gubernamental, los cuales buscan acercar esencialmente a los niños y jóvenes a actividades lúdicas y deportivas, así como favorecer un sentido de comunidad al interior de las colonias en las que están insertos dichos espacios.

Cuadro 2. Datos sociodemográficos de las adolescentes entrevistadas.

Adolescente	Edad*	Condición	Escolaridad al momento del embarazo	Ocupación al momento del embarazo	Familia de Origen	Edad de las parejas*	Actualmente habita con*
IJ	16	Madre	3º de secundaria	Estudiante	Extensa ⁷	17	Familia política
DY	17	Madre	2º de secundaria	Trabajaba	Compuesta o agregada ⁸	22	Familia política
AD	14	Embarazada	1º de secundaria	Estudiante	Nuclear	19	Familia de origen
AB	16	Madre	Secundaria	Trabajaba	Monoparental	19	Familia de origen
LZ	15	Madre	3º de secundaria	Estudiante	Nuclear ⁹	19	Familia política
LC	15	Madre	Primaria	Desocupada ¹⁰	Nuclear	22	Familia de origen
AE	14	Madre	2º de secundaria	Estudiante	Monoparental	23	Familia extensa
MC	14	Embarazada	3º de secundaria trunco	Estudiante	Familia nuclear	17	Familia de origen
NA	17	Madre	3º secundaria	Desocupada	Monoparental	22	Familia política
PR	15	Embarazada	2º secundaria	"Trabajaba"	Extensa	19	Familia de origen
ELZ	19	Embarazada	1er. año de preparatoria	Trabajaba	Extensa	20	Familia política
YDT	17	Madre	Primaria trunca	Desocupada	Monoparental	19	Familia extensa
FBL	16	Madre	1er. semestre de preparatoria	Estudiante	Monoparental	16	Familia extensa
ERK	17	Madre	3er. año de preparatoria	Estudiante	Nuclear	20	Familia de origen
YSK	16	Madre	2º año de secundaria	Desocupada	Compuesta	25	Familia política
MRS	16	Madre	3er. año de secundaria	Estudiante	Monoparental	17	Familia de origen
MRM	17	Embarazada	5º semestre de preparatoria	Estudiante	Nuclear	20	Familia de origen
PLN	16	Madre	1er. año de secundaria	Desocupada	Monoparental	21	Familia extensa
ANH	18	Madre	6º semestre de preparatoria	Estudiante	Compuesta o agregada	18	Familia de origen
FLR	17	Embarazada	1er. semestre preparatoria	Estudiante	Monoparental	19	Familia extensa
STF	18	Madre	6º semestre de preparatoria	Estudiante	Nuclear	20	Familia de origen
CRS	16	Segundo embarazo	6º primaria	Estudiante	Compuesta o agregada	21	Familia de origen

*Datos al momento de realizar la entrevista.

⁷ Familia extensa: conformada por tres generaciones (abuelos, tíos y padres, e hijos).

⁸ Familia compuesta o agregada: al menos uno de los cónyuges o concubinos, proviene de una unión familiar anterior.

⁹ Familia nuclear: conformadas por madre, padre e hijos.

¹⁰ Desocupada: adolescente que no estudia y tampoco trabaja.

De las 22 entrevistas realizadas a mujeres adolescentes, se encontró que 15 habían concluido su embarazo, una de ellas estaba gestando su segundo hijo y siete estaban embarazadas (Cuadro 2).

La edad de las adolescentes fue de 16 años en promedio y la de sus parejas de 19 años. Las familias de siete de las adolescentes tenían una estructura nuclear (madre, padre e hijos); cuatro de ellas formaban parte de una familia compuesta (es decir se conformaban por la unión de dos familias a partir del padre y la madre); tres en familia extensa (en estos casos generalmente los abuelos asumían el cuidado y crianza de las adolescentes) y ocho de las familias eran monoparentales, dirigidas en su mayoría por las madres (únicamente una, en la que recientemente se había producido la separación, era dirigida por el padre).

Respecto de la escolaridad al momento del embarazo: una de las adolescentes cursaba estudios de primaria, otra terminó este nivel escolar y una había abandonado la escuela; cinco tenían secundaria trunca, una adolescente la había concluido y seis la estaban cursando. En el nivel medio superior, seis adolescentes se encontraban cursando la preparatoria, de las cuales, dos estaban próximas a concluirla y una recientemente la había abandonado.

En el aspecto ocupacional, de igual manera antes de embarazarse, 13 de las adolescentes entrevistadas estudiaban, cinco se encontraban “desocupadas” (es decir no estudiaban y tampoco trabajaban) y cuatro adolescentes trabajaban.

Contexto comunitario

Respecto al contexto social en el que se encontraban inmersas las adolescentes, existe en el discurso de ellas la percepción de inseguridad y el reporte de diferentes tipos de violencia. Hay que mencionar que estas jóvenes evidentemente han tenido cercanía con contextos delictivos o de violencia; por lo que la normalización de la violencia constituye una forma de adaptarse a las condiciones para poder continuar con sus actividades cotidianas.

“De las balaceras y eso... pues no está tan bien que haiga balaceras todos los días; te la paso pal treinta y uno que los balazos pal año nuevo y así pero no para que haiga cada semana, cada mes”.

Llama la atención que a partir del análisis de la información se pudo observar una suerte de normalización de la inseguridad pública de algunas de las comunidades en las que habitan. Así, este tipo de acontecimientos constantemente generan miedo en las jóvenes, de tal suerte que en algunos casos reportan el conocimiento o experiencia de prácticas de raptos y/o violación. Esto incrementa el temor a salir a la calle y redundo en la disminución de la participación de las actividades que tienen en los espacios públicos, incluso, algunas de ellas comentaron que en algún momento les gustaría cambiar de residencia, por ejemplo a otro estado de la República. Dichas prácticas son reconocidas y reportadas directamente por varias adolescentes e implican para ellas la posibilidad de vivir un embarazo no deseado; como se muestra en el siguiente fragmento, donde además se muestra el aumento de vulnerabilidad, por la falta de acceso a la justicia:

“Sí, bueno porque ellos me llevaron al ministerio y todo...Me llevaron al doctor que me checara y me dice, no oye tú estás embarazada... él me checó y me dijo no te penetró, intentó nomás (en referencia al segundo ataque), pero ya me checaron y todo. Y pues después mi mamá ya les comentó (sobre la violación) y le dijeron ¿por qué no denunció? Y así, ¿verdad? Y ya hicieron la denuncia y ya vinieron por el muchacho y todo...pero creo que pagaron familiares de él (para que quedara en libertad)...sí sentí feo, por lo que hizo (violación), verdad, de que él estuviera fuera...Ya al último supe que ya lo habían matado o sea que ya no vivía, pero no sé si es cierto o no. Pues sí andaba en malos esos pasos, sí sabe ¿no?...pues sí que les dicen así que son malos, por eso yo tenía miedo de decir algo, porque pensaba que me podían hacer algo y yo por eso no decía nada”.

El escenario para los hombres adolescentes es descrito de la siguiente manera por una de las entrevistadas:

“Sí es inseguro, yo digo que en todas partes, yo digo que la gente de aquí ya está acostumbrada a todo lo que hacen...de ver a muchachos así fumando mariguana en la calle, o fumando o tomando, o de las balaceras...hay quienes quieren meterse en eso también y hay mucha gente, chavos que le entran en eso...pues según que por el dinero que gana muy bien, y porque traen droga o porque simplemente quieren traer una pistola”.

Es así como participar en actividades delictivas ofrece una alternativa inmediata para acceder a una mayor solvencia económica y al ejercicio de poder (e incluso es sinónimo de prestigio). Por otro lado es posible que la cultura dentro de los cárteles favorezca el refuerzo de estereotipos de género, donde el hombre tiene mayor libertad sexual y menor responsabilidad frente a la paternidad.

“Sí, pues como tengo un amigo que dijo yo no me voy a juntar, yo no voy a trabajar, yo no voy a hacer nada y mi amigo es mañoso, anda en esas cosas, tiene una niña; allá por donde yo vivo tiene dos niñas aparte...tiene cuatro niños arrumbados y él nada más anda paseándose en las trocas. Y me dice yo no le doy nada a mis esposas...”.

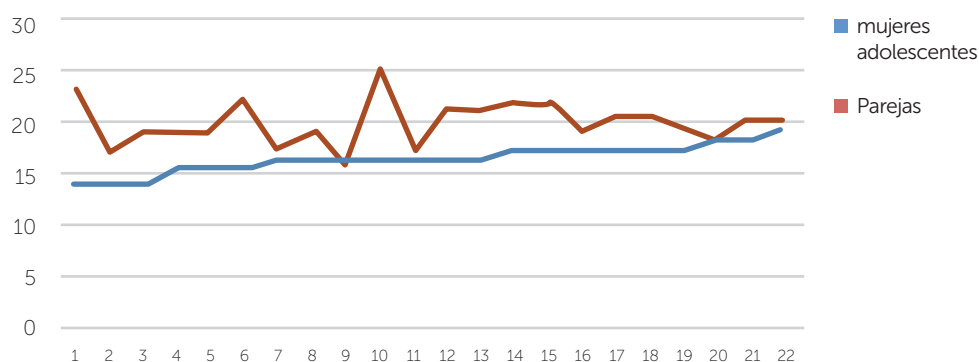
Diferencias de edad y otras condiciones respecto de las parejas

Es importante hacer visible que en la adolescencia, las experiencias de hombres y mujeres varían de acuerdo a los estereotipos de género y a ciclos en los que se transita (generalmente determinados por grados escolares). Esto marca diferencias importantes entre adolescentes que en apariencia tienen edades similares, ya que con pocos años de diferencia se pueden acumular experiencias (en relación a otros adultos, grupo de pares, formación académica, sexualidad, etc.) que fortalecen el desarrollo socio-afectivo y el desenvolvimiento en el entorno.

En este caso, pensar en los diferentes escenarios ocupacionales de estas adolescentes, de en promedio 16 años (que se encuentran en la transición entre la secundaria y la preparatoria, o bien que se encuentren desocupadas) con bajas oportunidades de contribuir en su comunidad; en contraste con un hombre adolescente de 19 años con mayor probabilidad de tener participación social e incluso que haya accedido a actividades económicas, pinta un escenario de desventaja para estas jóvenes en temas como individuación, independencia y autonomía.

Lo anterior en el contexto en que las adolescentes y sus parejas se encuentren estrictamente en el promedio (16 y 19 años); sin embargo como se observa en la Gráfica 63, las diferencias de edad son sustanciales y a menor edad, se observa que las parejas son de edades significativamente mayores (entre 14 y 16 años); pudiendo encontrar parejas con 9 años de diferencia.

Gráfica 63. Edades de las adolescentes y sus parejas.



Probablemente por la reproducción de estereotipos en la conformación de las parejas, en el 85% de los casos, los hombres eran mayores, únicamente en el 33% eran de edades próximas (entre 0 y 2 años). Destaca que en el 52% éstos tenían edades de entre 20 y 25 años.

La mayoría de las adolescentes con menor edad, reportaron que sus parejas tenían participación en actividades delictivas; en algunos casos coincide con la presencia de adicción a sustancias, sin embargo esto también se presentó en menor medida, en los comentarios de adolescentes mayores. Es posible que entre menor edad tenga la adolescente y mayor edad la pareja, aumente la presencia de violencia hacia las adolescentes.

“Sí me ha aventado y jaloneado. Hubo una vez que me dejó un moretón en los pies, porque así de coraje no sé lo que le pegó. Yo estaba hablando bien con él, estábamos molestos. Nomás de repente me dio un golpe y sí me dolió en el instante y me salí de ahí y me enojé”.

"...y es que "así me conociste" (la adolescente refiere de la pareja). Sí depende, yo no te conocí así, yo te conocí al cigarro normal pero no a la mota ni al bote...Fue cuando ya estaba embarazada, cuando empecé a ir con su familia... Pues tampoco me gustaba yo decía que se alejara de ese "trabajo"(colaborar con actividades delictivas); podía pasar a una fábrica: que no te pagan bien pero te dan seguro, si te pasa algo... pero a él no le gustaba".

Otras expresiones de violencia, se dan a través de los celos y acciones dirigidas a ejercer el control de las adolescentes; donde el embarazo puede ser un medio para ejercerlo y paralelamente una forma de detener la violencia física por parte de las jóvenes. Es importante resaltar que estas situaciones se exageran cuando de por medio hay consumo de sustancias.

"Una ocasión sí. Es que cuando tomaba un día, como era muy celoso, yo platiqué con su amigo y me dio una cachetada enfrente de su amigo".

"Porque era muy celoso. Aparte era como no sé, como que de todo se enojaba. No podía ni (pausa), ya a veces me daba miedo platicar con él. Porque a veces se daba a llevar él...pero a veces llegaba así riendo y así, y yo también pues me alegraba y (decía) pues hay llegó contento...Pues yo lo noté que cambió desde que me embaracé. Desde que supo que estaba embarazada, y aparte porque me puse muy mal...Y desde ahí cambió, y hasta la fecha".

A pesar de que las parejas suelen ser de mayor edad, ello no implica que hayan trascendido la etapa adolescente, puesto que a través del discurso de las jóvenes puede inferirse que tienen actitudes de inmadurez emocional. A pesar de ser mayores de 20 años, también suelen ser dependientes económicos, y en pocos casos son autónomos en la toma de decisiones.

"...porque yo digo que un huerquillo (adolescente de edad similar a ella) si le digo ya no hay leche, ya no hay pañales; pues yo digo que le vale porque no piensa muy bien. Y él que ya es un hombre maduro (25 años) porque ya dos veces casado, pues yo le digo no hay leche y pañales; y él lo consigue pues con su mamá".

En el caso del uso de métodos anticonceptivos, cuando la pareja es mayor, de igual manera tiene más acceso, y en algunos casos mejor conocimiento de su uso (condón principalmente). Situación que contribuye a la vulnerabilidad de las adolescentes a vivir un embarazo no planeado, puesto que ellas tienen menor probabilidad regular el uso adecuado y por ende la efectividad de los mismos.

CASO 1

Adolescente (A): pues decían que esas pastillas (de emergencia) no me las tenía que tomar mucho, que porque te salían quistes y que no sé qué... me cuidaba con condón también

Entrevistadora (E): ¿tu pareja estaba de acuerdo en usar el condón?

A: sí

E: ¿lo platicaron?

A: ajá...

A: él decía que sí quería tener un bebé; yo le decía que no, pero él sí

E: él ya quería ser papá; ¿no compartía tu idea de vivir un tiempo solos?

A: no

CASO 2

A: Sí nos cuidamos pero, fue un día que no, pasó un día que no nos cuidamos; porque sí tenía tiempo teniendo relaciones con él pero no; en primera trataba, y tampoco le tenía mucha confianza a él

E: ¿Y sólo usaban condón?

A: Sí...

E: (en el segundo embarazo) ¿Antes se había roto o habían tenido alguna dificultad?

Adolescente: Sí, ya estaba roto, o no ya venía roto; o a lo mejor lo rompió él (risa)

E: ¿cómo crees que lo rompió?

A: No sé, no entendía porque se había roto, ¿por qué se va a romper?

Se observó que cuando las edades de las parejas son cercanas a las de las adolescentes, había mayor posibilidad de que ellas buscaran negociar el lugar donde vivirían. En el caso de las adolescentes que trataban de integrar a la pareja dentro de su familia de origen, en la mayoría hubo poca disposición de ellos. Situación que favoreció la ruptura y el abandono de las responsabilidades frente a las hijas o hijos.

En las situaciones en que las parejas se integran a trabajos formales, se someten a dinámicas de mucho desgaste y de una fuerte inversión en tiempo, lo cual incide en la forma en que estas parejas ejercen la paternidad. En estos casos la misma dinámica empuja a que se mantengan roles tradicionales (en que la crianza se delega a las mujeres y los hombres son periféricos a dichas responsabilidades). Incluso las parejas pueden continuar realizando actividades lúdicas características de la adolescencia, independientemente de la edad del progenitor.

Algunas mujeres a partir del primer embarazo y de la estabilidad o calidad de la relación con su pareja (temprana edad de ambos, ejercicio de violencia, consumo de sustancias, situación económica, etc.) se replantean la posibilidad del uso de algún método anticonceptivo, a lo cual pueden eventualmente acceder en los casos donde las adolescentes refirieron una relación más equitativa; o en los casos en que se cambian internamente y empiezan a ser más autónomas. Este sería un momento clave para que accedan a orientaciones efectivas sobre el uso de la anticoncepción.

“Sí, ahorita tengo puesto según el DIU, como sea me gustaría protegerme más si se puede”.

En otro escenario aunado a diversas condiciones de vulnerabilidad (como el aislamiento, la lejanía o falta de apoyo de la familia de origen, la presencia de violencia, el control por parte de la pareja, la imposición del uso de algún método por parte de los servicios de salud, etc.) se observó que había mayores posibilidades de que tuvieran un segundo embarazo no planeado.

“... yo sola me quedaba con el niño, como que no me ayudaba casi con el niño (primer hijo) y prácticamente yo lo mantenía...Cuando empecé con el programa ya nos habíamos separado...y luego fue y pues pasó (tuvieron relaciones sexuales), y sí, si acepta que siga embarazada...y pues sigo siendo la mala para todos, bueno en caso de mi mamá (debido a la segunda separación)...”.

Finalmente respecto a las obligaciones y las responsabilidades frente al ejercicio de la sexualidad, es muy importante destacar que tanto las jóvenes adolescentes como sus parejas, casi en su totalidad se ciñen a roles tradicionales donde la mujer se dedica al cuidado de los hijos, mientras que el hombre provee económicamente. En este mismo sentido, también hay que señalar que cuando las parejas se ajustan a dicho modelo, las adolescentes refieren estar satisfechas, al percibir que bajo este esquema, ambos comparten responsabilidades frente a sus hijos.

Las familias de origen

Los patrones de reproducción intergeneracionales tienen una fuerte influencia en los embarazos de estas adolescentes, ya que la mayoría de las entrevistadas tuvieron modelos o referentes significativos en este sentido; es decir, generalmente sus abuelas, sus madres y sus hermanas mayores también fueron mamás adolescentes.

E: ¿qué edad tiene tu mamá?

F: 47

E: tu hermana tiene 30, entonces más o menos a los diecisiete (se embarazó la mamá)

A: sí, 16 creo

E: ¿tu hermana de 30 tiene hijos?

F: sí, una de 13 y está embarazada ahorita

E: o sea más o menos a los 17, 16 años fue mamá. ¿Y ahorita está embarazada?

F: ajá

Entrevistador: y ¿ya saben qué va a ser?

F: niña

E: oye, pues entonces compartieron sus embarazos, ¿verdad?

F: sí, un tiempcito

Es importante comprender en qué contexto se dan dichos embarazos, puesto que hay un aparente mayor acceso a los métodos anticonceptivos, información, etc. Para ello se hará referencia a las estructuras familiares y sus dinámicas, puesto que destaca que la mayoría

de estas adolescentes estaban insertas en familias con estructura monoparental o nuclear. Cuando la familia tiene una estructura monoparental, es muy posible que las adolescentes tengan que asumir los cuidados de los hermanos, ayuden de las labores del hogar, o incluso apoyen a las madres en las actividades económicas, por lo que el rol que se estimula dentro de las familias, es el ser madres prematuras de sus hermanos.

“Pues no lo esperaba (embarazo) y todavía hasta la fecha me miro así y no lo creo (ríe). Porque yo siempre de “joven”...como lidié también con mis hermanitos, estaban muy chiquitos... Mi hermano todavía tenía dos años, todavía usaba pañal y apesta, y vete a cambiarlo al cuarto y...no me dio ganas ya (de embarazarse).”

En lo que concierne a las adolescentes entrevistadas, en su mayoría se refleja en su discurso la falta de comunicación directa y eficiente con sus padres, quienes cumplían con proveer de los recursos esenciales de subsistencia (comida, techo y en algunos casos el acceder a educación) pero perdían de vista la importancia de otras opciones de desarrollo (académico, social, recreativo, etc.). Es por ello que a pesar de ser evidentes las dificultades relacionales y/o académicas por parte de las adolescentes, no emprendían acciones de acompañamiento, escucha o de búsqueda de recursos para apoyarlas.

“mi papá no me decía nada; a él le valía chetos; siempre se peleaban porque vivían así a mí expulsándome de la escuela y mi papá no decía nada. Nada más me decía pórtate bien, pórtate bien”.

En muchos de los casos se notaba cierta indiferencia a estas problemáticas, probablemente porque no contaban con las herramientas para ejercer una crianza que diera respuesta a las mismas, o porque atravesaban por otras dificultades personales (alcoholismo, problemas emocionales como depresión, dificultades económicas, problemas con la pareja, etc.).

CASO 1

E: ¿Y hubo alguna condición que favoreciera que tuviera el infarto (mamá de la adolescente)?

A: Tomó pastillas creo y le hicieron un lavado y no lo aguantó...siempre estaba contenta, pero a veces se ponía triste porque pues a veces no alcanzaba y ella se fregaba y decía que no podía con nosotros. Pero siempre trató de salir adelante con todos nosotros.

“(me sentía) pues mal, porque son mis apás y yo quisiera que hubiera química entre ellos dos, y pues no, se la pasaban peleando y pues sí me hizo sentir gacho. Pues una familia normal, yo pensé que iba a ser, pero nada que ver”.

La presencia de consumo de sustancias, la rigidez y dificultad de escucha, así como las diferentes expresiones de violencia en la familia de origen; de forma directa pueden ser situaciones que favorezcan la expulsión de las adolescentes de sus familias y coyunturalmente propiciar un embarazo no planeado.

“Porque mi mamá nos pegaba mucho a las dos (adolescente y hermana) y yo cuidaba a C y G que vivían allá. Entonces a mí se me ocurrió escaparme con el muchacho y a ella también se le ocurrió escaparse y yo le dije -no yo me voy a ir...”

Se advirtió que el riesgo de ser expulsadas era mayor en las familias con estructura monoparental en contraste con las adolescentes que vivían en una familia extensa, ya que las primeras contaban con menos recursos sociales. En las familias extensas además, a través de las abuelas se puede activar la red familiar y disminuir esta probabilidad de expulsión; si por algún motivo la madre no estaba presente (por muerte o abandono), generalmente las abuelas asumían la crianza.

“...porque necesitaba ayuda y mi abuelita me dijo: si necesitas ayuda ven a acá: porque mi tío S no me iba a recibir y ya yo vine con mi abuelita, y me ayudó bastante. También mi tío M me ayuda”.

Como se observa en el párrafo anterior, las abuelas son un nodo fuerte en la red de apoyo de las adolescentes, éstas también tenían otras herramientas que facilitaban la comunicación, acompañamiento y el hablar sobre sexualidad. Otro nodo importante en las redes de las adolescentes podían ser las tías (en un porcentaje menor también los tíos).

Paradójicamente también en las familias extensas y compuestas, en las adolescentes podía haber la percepción de falta de pertenencia, sentimientos de inadecuación o de distinción de derechos; esto último cuando además habían vivido abandono de uno o ambos progenitores.

“Yo me sentía rara pues ellos sí se acoplaron bien, pues ellos sí eran hijos del señor y yo no; y aunque no me trataba mal, él (padraastro) me compraba todo y me decía que yo era su hija y así, pero como quiera yo me sentía rara porque yo quisiera conocerlo (padre) y saber de él, que siquiera se preocupara por mí en algún momento”.

En algunas familias hay una aparente apertura sobre el inicio de la actividad sexual e incluso se recomienda el uso de métodos anticonceptivos, sin embargo no se proporcionan los medios para acceder a la información y se delega a las instituciones (principalmente a la escuela).

“Me dicen (algunas mujeres de su familia)...no piensan las cosas cuando salen embarazadas, pero ya no hay nada que hacer, cuando una está embarazada ya no hay nada que hacer... siempre me dicen hay muchas cosas para cuidarse y nunca se cuidaron, y ahí está lo que pasa...”

Después del embarazo la respuesta de varias familias fue de reprobación y existía cierto reclamo por el inicio de la actividad sexual, independientemente del contexto en el que hubiese ocurrido el embarazo.

A pesar de lo descrito, las familias independientemente de su estructura, podían reorganizarse para cobijar a las adolescentes y a sus hijos, por lo que la densidad de la red de apoyo de estas adolescentes se encontró en la familia de origen: abuela, padre, madre, hermanos y la pareja o el padre de los hijos; incluso a esta red se puede sumar el apoyo de los suegros y de las amigas y los amigos, aunque no siempre es así.

Servicios

Respecto a la información sobre salud sexual y reproductiva que las adolescentes han adquirido antes y después del embarazo, tanto en instituciones educativas como del sector salud, su nivel de satisfacción es variable.

“Era una psicóloga de (unidad de salud) ahí mismo...(me sentí) muy a gusto, y de hecho me convenía más el DIU, porque no tenía hormonas, no nada así; y pues como yo que iba a dar pecho me convenía más”.

“...no me han hablado de eso (métodos anticonceptivos), sólo me dijeron (en una unidad de salud) que elija alguno de esos aparatos y me dejaron que pensara un rato, que tomara la decisión y que firmara...y pus lo único que miré fueron las inyecciones pero no sé qué...porque muchas suben de peso y no sé qué tenga esa inyección...”.

Sin embargo, es importante destacar que las jóvenes entrevistadas perciben que el personal de dichas instituciones (de salud y educativas) ha sido poco sensible a sus problemáticas; lo cual se refleja en la presión o imposición para utilizar algún método anticonceptivo (en particular el DIU) y la dificultad para acceder a los servicios.

“Pues no fue en el centro de salud, fue en el IMSS donde tuve a mi bebé...ahí también me hablaron (sobre métodos anticonceptivos), pero también me advirtieron que si no me cuidaba no me iban a dejar salir del seguro...ya me tenían harta que cada vez que iba a cita de control del embarazo, me decían que si me iba a poner el DIU o que con qué me iba a controlar, o que si ya no iba a tener relaciones o así... hasta que ya llegó el día en el que les dije: no ya, pónganme el DIU”.

Hay que mencionar que la vulnerabilidad en la que se encuentran las adolescentes, desde las perspectivas del acceso a la salud sexual y reproductiva es alta, ya que se encontró que no sólo existe un déficit en términos de información, también hace falta sensibilizarlas en la importancia de la atención médica especializada, por ejemplo; nutrición, servicios ginecológicos, servicios de atención al menor, etc.

“mire estas manchas, enséñale, mire (la adolescente se observa incómoda). Dígale que tiene que ir al médico, nada más para eso vine. Pues sí porque tú no le dices ¿verdad?” es que uno le dice por su bien de ella, digo de la anemia viene la leucemia” (abuela política).

Desde la perspectiva de la salud mental, se pudo observar que una de las demandas explícitas por parte de algunas adolescentes se refiere a la atención psicológica. Incluso sería favorable que algunas pudieran recibir atención psiquiátrica, ya que el diagnóstico en esta materia podría ser de mucha ayuda en términos de la prevención y atención de depresión, suicidio, déficit de atención e incluso problemas neurológicos.

En el escenario de las instituciones educativas, donde las adolescentes obtienen la primera información sobre métodos anticonceptivos, otro de los principales hallazgos se refiere a la distancia que existe entre haber recibido algún tipo de información y que ésta favorezca que las jóvenes introyecten el cuidado y conocimiento del cuerpo; ya que la totalidad de las adolescentes entrevistadas tienen información al menos sobre un método anticonceptivo (lo cual no se traduce en la utilización del mismo). Al indagar sobre los recursos con los que cuentan los profesores a nivel de formación, sensibilización y en los recursos materiales, se observan insuficientes.

“Había uno (maestro), de quien tengo muy presente era un maestro que nos enseñaba y con un palo de escoba puso el dese (condón), pero fue un maestro que nos daba orientación. Sí, él fue el que nos explicó un poquito más pero las otras maestras no, nada más nos enseñaban el condón en el empaque y ya. Y el maestro no, lo sacó y nos dijo esto va a ser aquí y acá y nos enseñó todo. Pero no así, como hay algunos maestros que lo hacen pero muy grosero. Él no, trató de hacerlo más y todos estábamos muy serios (ríe)”.

Los siguientes fragmentos reflejan la necesidad de acceder a orientaciones en el tema de sexualidad bajo un esquema de involucramiento, escucha y atención de sus necesidades; además de reflejar la distancia que existe entre ello y la información estrictamente teórica sobre los métodos anticonceptivos.

“...me gustaría que nos mostraran las demás cosas (otros métodos anticonceptivos), porque namás habla y hablan, y de lo mismo y lo mismo...y nos hablan de las demás cosas pero casi no comprendemos, si las miramos ya...”

“pues yo digo que la plática entre pareja, o así los métodos anticonceptivos entre ellos...pues juntar a las parejas y platicar con ellos, y que ellos lo tomen en serio”.

Es importante puntualizar que al momento de realizar las entrevistas, el 80% de las adolescentes habían abandonado la escuela, siendo el embarazo una de las principales motivaciones. Sin embargo, anterior a este evento, diversas jóvenes narran la existencia de dificultades para adaptarse a los contextos escolares, entre los que destacan problemas de conducta y de aprendizaje. Incluso la propia institución escolar juega un papel importante en este proceso de abandono y/o expulsión.

“porque yo era de esas que no hacía nada en las clases y a cada rato andaba en mi avión; y ese maestro a cada rato me decía que hiciera esto...trabajos así y no escribía, y me mandaba a la dirección allá no me hacían caso, y me devolvían, y ese era el coraje de él”.

“En la primera (preparatoria) los promedios que pedían eran muy altos y no los alcancé. La segunda por indisciplina. La tercera...yo me salí de estudiar un rato y les ayudaba un año (abuelos) y me metía a trabajar”.

Una vez conocido el embarazo de las adolescentes, éstas perciben poco apoyo por parte de las autoridades escolares para que continúen asistiendo, bajo el argumento de protegerlas o proteger a sus compañeras; aún cuando este tipo de posicionamientos son contrarios a la Ley para Prevenir y Erradicar la Discriminación en el Estado de Tamaulipas.

“... la panza no me estorbaba ni nada, como quiera yo iba a trabajar y a estudiar y no siento que ya no pudiera... O sea, salí de vacaciones y después ya no volví a entrar porque la directora me dijo que mis compañeros me podían hacer algo, no sé, me podían lastimar y mejor ya no podía ir. Y no sé qué me dio, cómo decirte... tristeza me dio porque ya no podía ir a la escuela...bueno todos mis amigos me cuidaban mucho...o quién sabe los demás y ella me decía: no pues es que los demás ya sabes que andan jugando y pues te pueden lastimar, te pueden pegar, te pueden tumbar o te puede pasar algo; dice: mejor en tu casa y aquí te vamos a pasar con las mismas calificaciones. Y ya dejé de ir a la escuela”.

Desde la perspectiva del ámbito laboral, sólo el 20% de las adolescentes entrevistadas han incurrido en algún tipo de actividad remunerada y quienes venían desarrollándolas, se observan con la adquisición de mayores habilidades sociales, redes y sentimientos de auto-efficacia que pudieran ser eventualmente factores de protección para las jóvenes.

“... en el trabajo tengo amigos así, que saben lo que me pasó ¿verdad? Y ellos me dicen que como quiera que salga adelante para seguir estudiando porque dicen conocemos mucho...me dicen “no, tú has sido muy fuerte superando todo lo que te ha pasado (violación) y has salido adelante con tu niño verdad. Tú lo has hecho, no pues cualquier cosa que necesites nosotros te podemos ayudar”, pero a mí me da pena andar pidiendo; pero ya cuando de verdad necesite a lo mejor sí puedo pedirles ayuda pero no...”

En contraste, las familias con ideas más conservadoras sobre el rol femenino, pocas veces estaban abiertas a la integración de las jóvenes en dichos espacios (incluso si éstas no estaban insertas en la escuela), sin tener conciencia del riesgo en que las coloca desenvolverse exclusivamente en el ámbito privado (dentro de casa).

“...me la pasaba en la casa nomás... pues yo intenté trabajar pero mis papás no me dejaron. Me dijeron que yo era menor de edad, y pero para qué. Dijo: mientras yo tenga hija, usted no tiene porqué trabajar; y pues no trabajé”.

Proyecto de vida, contexto no estimulante

En el discurso de las entrevistadas, no se logró identificar cuáles son los recursos con los que cuenta su comunidad para disminuir las condiciones de vulnerabilidad por las que atraviesan al momento de vivir un embarazo en esta etapa.

Generalmente las colonias que integran los polígonos donde habitan las adolescentes, presentan condiciones de hacinamiento, deficiencia en los servicios de alumbrado público, así como falta de pavimentación de calles que dificultan el acceso del transporte público. Los lugares recreativos, educativos, sociales y deportivos son mínimos y se encontraban lejos de las viviendas de las adolescentes entrevistadas; por lo que las posibilidades de desarrollo en áreas académicas, culturales, de participación social y deportiva e incluso laboral, no podían constituir un recurso para estas mujeres adolescentes que durante esta etapa se encontraban en la búsqueda de conformar identidades que les posibilitara definir un lugar o un rol desde el cual desenvolverse en su contexto inmediato.

En algunos de los casos, ante la falta de un referente diferente al rol de madres, que vienen practicando a través de los cuidados de los hermanos menores, así como falta de estímulos por parte de la familia, asumen actitudes y conductas que pueden favorecer el embarazo (como por ejemplo juntarse con sus parejas y no usar métodos anticonceptivos) sin contar con proyectos alternativos y/o complementarios a dicho rol.

Algunas adolescentes pueden tener como meta terminar los estudios de educación básica, pero cuando no existe apoyo por parte de la familia o la economía de ésta no es lo suficientemente solvente, se puede facilitar la deserción escolar de estas jóvenes, con el propósito de ayudar a disminuir los gastos de la familia, y en otros casos inician su vida laboral.

Familia de la pareja

Las familias políticas tienen un papel importante en el inicio de vida de pareja entre las adolescentes y los padres de sus hijos. Ya que como se mencionó anteriormente, en general éstos siguen dependiendo emocional y económicamente de sus familias; lo cual les deja poco margen para posicionarse como una familia con autonomía e independencia en sus decisiones.

La influencia de la familia política (y de origen) puede ser indefinida, puesto que generalmente no tienen planes para independizarse. En el ideal, esto puede favorecer que las mujeres como sus parejas vayan poco a poco adquiriendo más habilidades para hacerse cargo de las vicisitudes a las que se enfrenten en lo cotidiano; sin embargo esto se detectó en pocas entrevistas.

Por otro lado, la pronta expulsión o la poca participación de los escenarios donde las adolescentes pudieran practicar la resolución de conflictos, así como la probable desestructura de las familias políticas hacen un lugar fértil para que se compliquen las relaciones entre las adolescentes, sus parejas y la familia política.

“Y esa vez fue porque estaba tomado y ya yo dije ya al siguiente día yo me voy, pues todavía hasta lo cuide porque estaba muy mal y mis cuñados igual le dijeron que estaba bien (que la golpeará) porque que no te hable así; y yo nada más me quede callada y dije ya mañana que esté bien ya hablo con él y ya se quedó así”.

Cuando una adolescente se muda con la familia política esto puede constituir otro elemento que contribuya a su vulnerabilidad. En un grado extremo la familia política también puede presionar para que la joven pareja acceda a un embarazo, como forma de control para las adolescentes.

Recapitulando...

A manera de síntesis, a través del análisis de las entrevistas realizadas a las adolescentes de los municipios de Nuevo Laredo y Matamoros, se pudieron conocer diversas circunstancias personales, familiares y de su contexto inmediato, que favorecieron la prevención. A continuación se enumeran los hallazgos más significativos:

- Los contextos de inseguridad en los que habitan disminuyen la posibilidad de que estas jóvenes se provean de recursos sociales (educativos, recreativos, ocupacionales, pertenencia a diversos grupos de pares, etc.) y favorecen condiciones de aislamiento.
- En algunos casos existen prácticas de estos mismos contextos de inseguridad y presencia de violencia comprometen la integridad física de las adolescentes y pueden desencadenar un embarazo no deseado.
- Las familias, tienen pocos recursos (de información, de comunicación, sociales e incluso culturales) para realizar una crianza flexible a las necesidades de esta etapa (por ejemplo, los temas relacionados al ejercicio de la sexualidad no se abordan o se delegan a las instituciones escolares).
- Independientemente de las estructuras familiares, existen diversos conflictos (económicos, de violencia, consumo de sustancias tóxicas, de relación entre los diferentes miembros, etc.) que pueden incrementar la posibilidad de que las adolescentes salgan de sus hogares.
- La familia es el principal recurso con el que cuentan las adolescentes al vivir un embarazo no planeado y/o no deseado; generalmente ésta se re-estructura para cobijar a las adolescentes o a las jóvenes parejas.
- Las adolescentes de menor edad (14 a 16 años), solían tener parejas de edades significativamente más avanzadas (hasta 9 años de diferencia).
- Cuanto más grande es la diferencia de edad entre las adolescentes y sus parejas, se advierte en las entrevistas, que hay mayor posibilidad de que ocurra un embarazo no planeado, que las parejas realicen actividades delictivas y que presenten consumo de sustancias.
- La diferencia en las edades también disminuye la posibilidad de que las jóvenes puedan regular el uso y por ende la efectividad de los métodos anticonceptivos; y hace más factible que éstas vivan algún tipo de violencia por parte de la pareja.
- Las adolescentes entrevistadas perciben pocas alternativas para su desarrollo psicosocial, dentro de sus comunidades.

- Las instituciones de salud y educativas requieren de mejorar estrategias más efectivas para sensibilizar a estas adolescentes respecto del conocimiento de su sexualidad y del uso de métodos anticonceptivos.
- En algunas ocasiones se impone el uso de algún método anticonceptivo (por parte de las instituciones de salud), y eventualmente se convierte en un problema para las mujeres entrevistadas, ya que al no estar convencidas del uso de éste, por ejemplo, no hay adherencia al uso de dicho método anticonceptivo.
- En la mayoría de las entrevistas se reportaron diversas dificultades en la relación con la familia política; sin embargo, otras adolescentes también refieren que la relación con ésta puede ser un recurso de soporte cuando no existe el apoyo de sus familias de origen.

IX. Diagnóstico cuantitativo y cualitativo del Municipio de Río Bravo

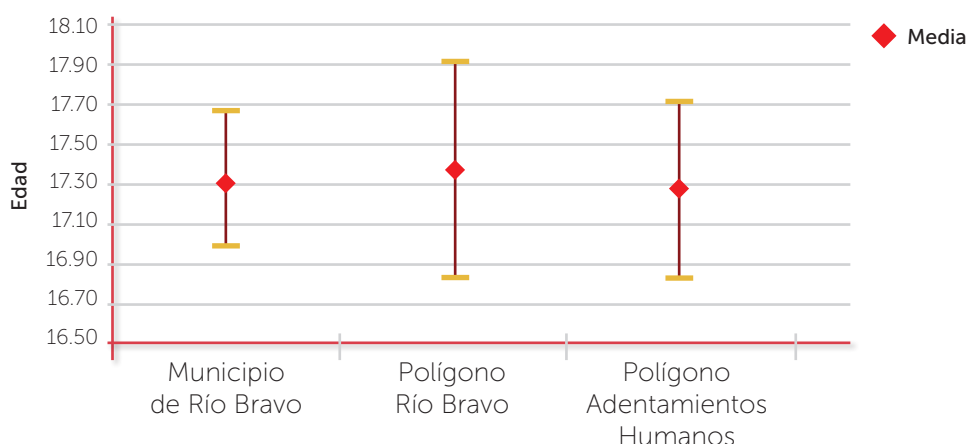
9.1 Necesidades en salud sexual y reproductiva de mamás adolescentes

Perfil sociodemográfico

Edad

La edad promedio de las mamás adolescentes que fueron entrevistadas es de 17.3 años. La edad promedio de las jóvenes en los dos polígonos del municipio de Río Bravo es prácticamente idéntica (Gráfica 64). A pesar de que la población objetivo del proyecto contempla como edad mínima los 12 años, no se tuvo ningún registro con esa edad.

Gráfica 64. Municipio de Río Bravo: intervalos de confianza para la media al 95% de la edad de las adolescentes, por polígono.

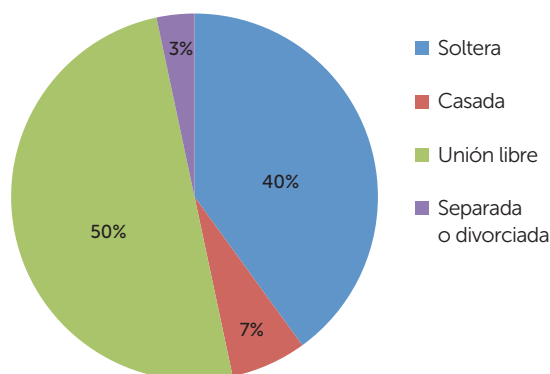


Fuente: Base de datos FIA del municipio Río Bravo.

Estado civil

La mitad de las jóvenes encuestadas viven en unión libre, mientras que poco más del 40 por ciento son solteras. De estas adolescentes, sólo el 8 por ciento tiene novio o pareja actualmente; y tan sólo dos jóvenes están separadas o divorciadas (Gráfica 65).

Gráfica 65. Municipio de Río Bravo: distribución de las mamás adolescentes, según estado civil



Fuente: Base de datos FIA del municipio Río Bravo.

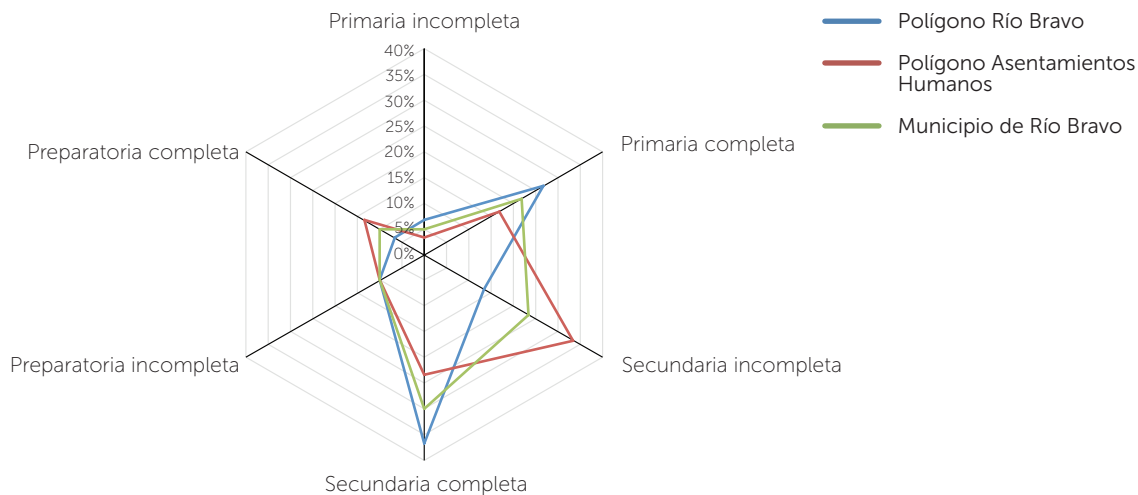
Escolaridad

El nivel de escolaridad de las mamás adolescentes es muy bajo. En promedio tienen 8.2 años de escolaridad, lo que significa que tienen secundaria incompleta. En el polígono Río Bravo el promedio de escolaridad es de 8 años y en Asentamientos Humanos es 8.4 años. Por nivel educativo, dos terceras partes de las jóvenes del polígono Río Bravo cuentan con la secundaria (36.7%) o la primaria (26.7%) concluida; pero en Asentamientos Humanos poco más del 56 por ciento tiene estudios al menos de secundaria, y sólo 23 por ciento estudios en media superior (Gráfica 66).

Al momento de la encuesta, sólo una de cada diez mamás adolescentes se encontraba cursando algún grado escolar. En promedio, las jóvenes dejaron de estudiar alrededor de los 14 años; es decir, que tomando en cuenta la edad promedio, las jóvenes tenían alrededor de 3 años de haber abandonado la escuela. Por esta razón, es que hay un importante grupo de jóvenes que solamente cuentan con estudios de educación básica, cuando deberían de tener al menos un grado de estudios en media superior.

De acuerdo con las principales razones de deserción escolar, cerca del 26 por ciento de las adolescentes encuestadas que ya no estudiaban, declararon que dejaron los estudios por falta de recursos económicos; casi 19 por ciento señaló que ya no estudió a causa de su embarazo, y 15 por ciento que no le gusta estudiar.

Gráfica 66. Municipio de Río Bravo: nivel de escolaridad de las mamás adolescentes, por polígono.

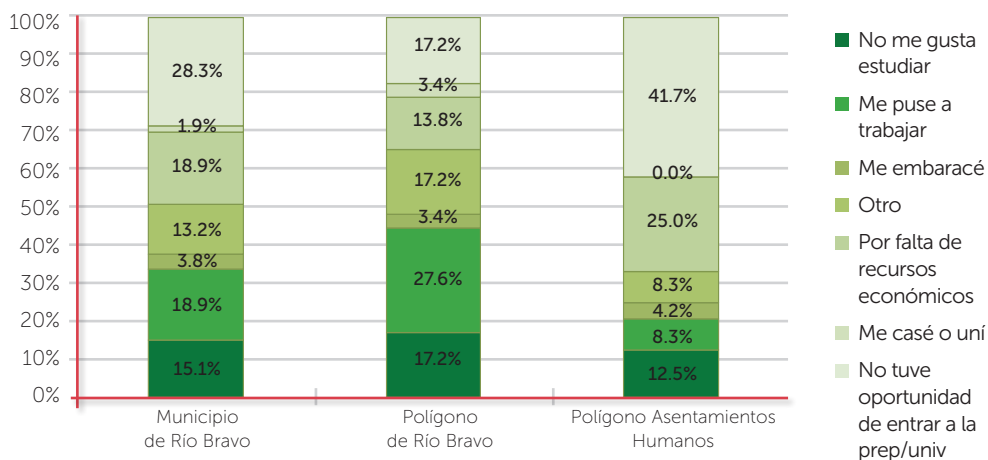


Fuente: Base de datos FIA del municipio Río Bravo.

A nivel de polígonos, destaca que casi 28 por ciento de las jóvenes del polígono Río Bravo, no continuaron sus estudios por falta de recursos económicos. En el polígono Asentamientos Humanos una de cada cinco mujeres señaló que fueron “otras” las razones por las que dejaron de estudiar, entre las que se encuentran el cuidado de familiares y la presencia de problemas con los maestros de la escuela (Gráfica 67).

A pesar de los problemas económicos, por su embarazo o los problemas escolares, ocho de cada diez jóvenes que ya no estudian, desean continuarlos. Prácticamente la mayoría de ellas desean concluir los estudios que dejaron incompletos, para después estudiar alguna carrera técnica o profesional, o al menos un oficio que les reditúe en un trabajo.

Gráfica 67. Municipio de Río Bravo: principales razones de abandono escolar entre las mamás adolescentes, por polígono.



Fuente: Base de datos FIA del municipio Río Bravo.

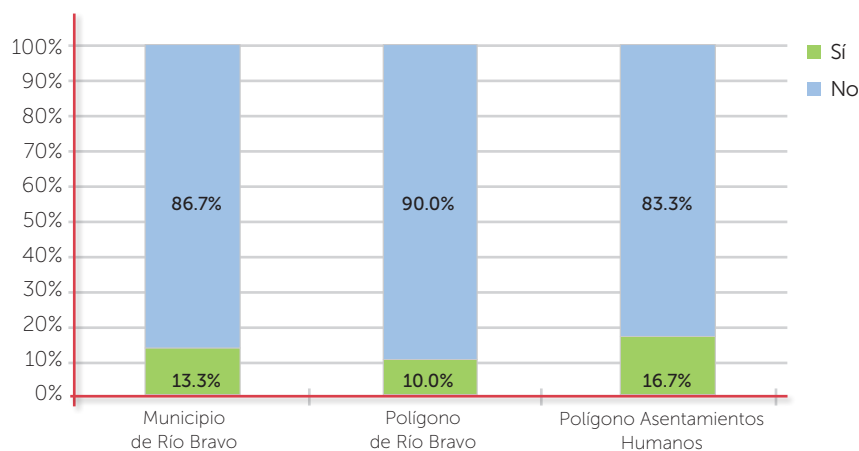
Corresidencia y apoyo económico

Poco más del 68 por ciento de las jóvenes declararon que viven con su pareja e hijo. De estas mujeres, sólo el 24 por ciento vive únicamente con su pareja e hijo, y el sector restante conforma hogares extendidos con la pareja, los papás de ellas o él, abuelos, hermanos y tíos. Esto demuestra que al menos en 55 por ciento de los hogares, vive al menos uno de los papás de las jóvenes, principalmente, la mamá. En tanto, casi el 17 por ciento de las adolescentes se mantienen en su núcleo familiar original, pues viven exclusivamente con sus padres o alguno de ellos. Es interesante señalar, que de aquellas jóvenes que declararon vivir con sus padres, el 54 por ciento declaró que sus padres están separados o divorciados. Debido a la conformación de hogares extendidos, es normal que el 88 por ciento de las mamás adolescentes reciba el apoyo económico de algún familiar. De estas jóvenes, poco más del 43 por ciento tiene apoyo únicamente de su pareja, y en un 13 por ciento, obtiene ayuda tanto de la pareja como de sus papás. Más de un tercio de las mamás adolescentes, recibe sustento de al menos uno de sus papás, principalmente, su mamá.

Condición de actividad

Cerca del 13 por ciento de las adolescentes declaró que trabajaba cuando se realizó la encuesta. En el polígono de Asentamientos Humanos es en donde se registró el mayor número de jóvenes que laboraban (Gráfica 68). Tomando en cuenta que 90 por ciento de las jóvenes ya no estudia, y un 13 por ciento trabaja, se puede considerar que al menos ocho de cada diez mamás adolescentes se dedica a las labores del hogar y al cuidado de los hijos.

Gráfica 68. Municipio de Río Bravo: condición de actividad laboral, por polígono.



Fuente: Base de datos FIA del municipio Río Bravo.

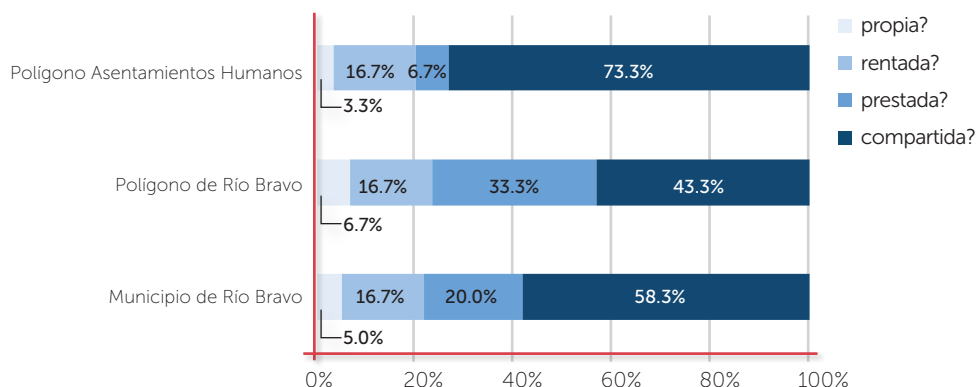
Condiciones de vivienda y habitabilidad

Sólo 5 por ciento de las jóvenes habita en viviendas propias, lo que demuestra que sus familias no cuentan con un ingreso suficiente para tener casa propia, o bien, rentarla. De acuerdo

con los datos obtenidos, sólo el 16 por ciento renta la casa en donde viven; en cambio, más del 78 por ciento comparte la vivienda o viven en una casa prestada. Este fenómeno es más intenso en el polígono de Asentamiento Humanos, en donde el 73 por ciento de las jóvenes comparten casa (Gráfica 69).

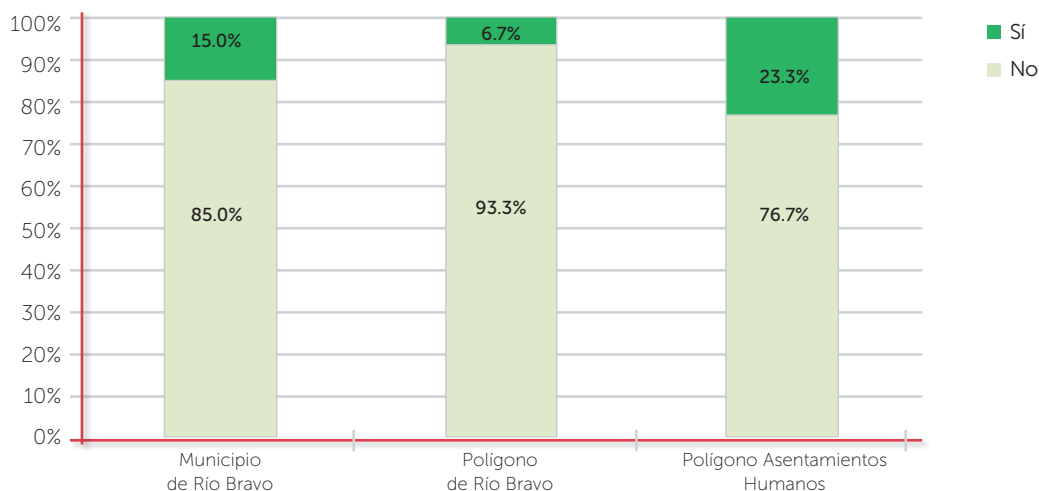
La mayoría de las viviendas en donde habitan las adolescentes encuestadas, cuentan con todos los servicios básicos de infraestructura y con las condiciones físicas mínimas de habitabilidad. Sin embargo, hay indicadores que demuestran carencias sociales en algunos hogares. Por ejemplo, cerca del 15 por ciento de las jóvenes viven en casas en donde carecen de un cuarto exclusivo para cocinar. Una situación que refleja que un grupo importante no cuenta con las condiciones mínimas de higiene para la preparación de alimentos o bien, usan el cuarto para cocinar como habitación para dormir (Gráfica 70).

Gráfica 69. Municipio de Río Bravo: tenencia de la vivienda, por polígono.



Fuente: Base de datos FIA del municipio Río Bravo.

Gráfica 70. Municipio de Río Bravo: existencia de un cuarto exclusivo para cocinar, por polígono.

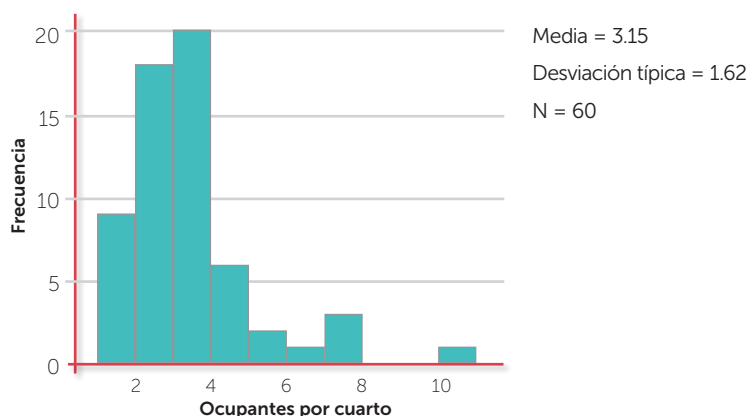


Fuente: Base de datos FIA del municipio Río Bravo.

A pesar de la carencia de un cuarto exclusivo para cocinar, casi la totalidad de las viviendas cuentan con los servicios básicos de infraestructura. El 97 por ciento de las jóvenes vive en casas con energía eléctrica; sólo dos adolescentes declararon que no cuentan con energía eléctrica en su vivienda; 92 por ciento de las jóvenes habita en casas con agua entubada dentro de su vivienda, y sólo una joven señaló que no cuenta con agua entubada y deben acarrear el agua; y en todas las viviendas se cuenta con drenaje y servicio de sanitario dentro de las viviendas.

A pesar de que las adolescentes habitan en viviendas con los servicios básicos de infraestructura, no cuentan con los espacios mínimos de habitabilidad. Las jóvenes viven bajo condiciones de hacinamiento. En promedio hay 3.2 ocupantes por cuarto, y hay casos en donde se encuentran hasta 8 o 10 ocupantes por cuarto; cuando el valor mínimo de hacinamiento requerido para que haya un impacto positivo de bienestar en las personas de una vivienda, es de 2.5 personas por cuarto (Gráfica 71).

Gráfica 71. Municipio de Río Bravo: ocupantes por cuarto.



Fuente: Base de datos FIA del municipio Río Bravo.

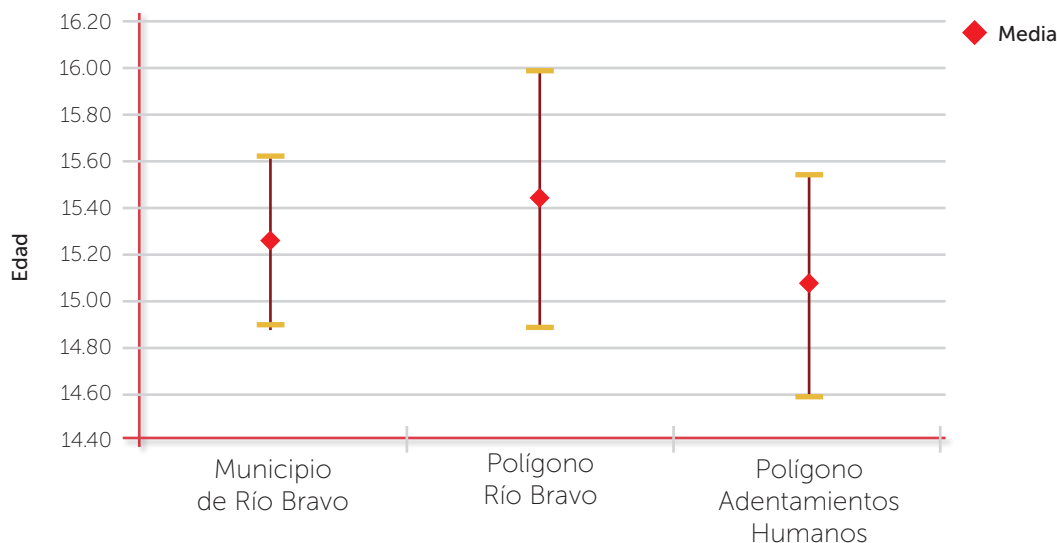
Eventos sexuales y reproductivos

Primera relación sexual, primer/a hija/o y edad deseada para el primer nacimiento

La edad promedio de la primera relación sexual entre las adolescentes encuestadas es de 15.2 años. En los dos polígonos, la edad de inicio de la vida sexual en las jóvenes es prácticamente igual, aunque en Asentamientos Humanos las jóvenes parecen iniciar más temprano su vida sexual (Gráfica 72).

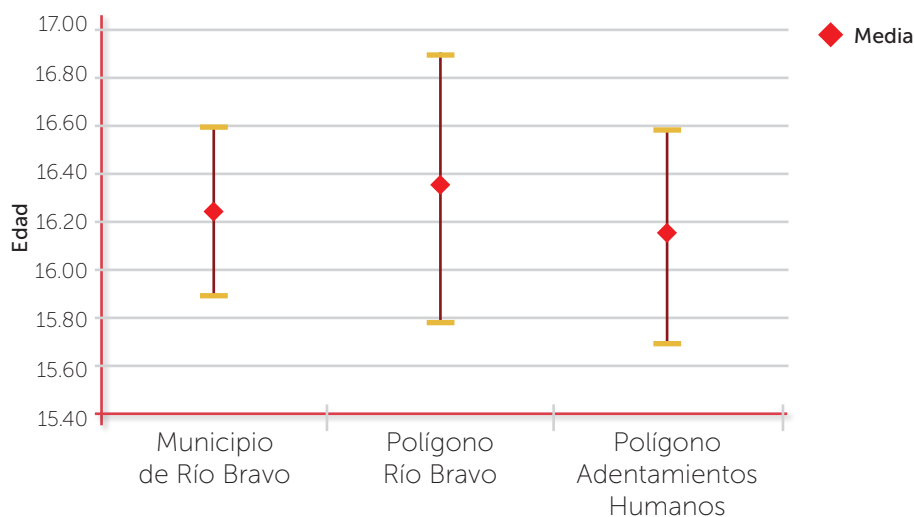
La edad promedio del primer embarazo es de 16.2 años; es decir, en promedio, apenas un año después de haber iniciado su vida sexual, las adolescentes se embarazaron por primera vez (Gráfica 73). Esto indica que hay un bajo uso de métodos anticonceptivos o que no hay una planeación adecuada en la vida sexual y reproductiva de las jóvenes.

Gráfica 72. Municipio de Río Bravo: intervalos de confianza para la media al 95% de la edad de la primera relación sexual, por polígono.



Fuente: Base de datos FIA del municipio Río Bravo.

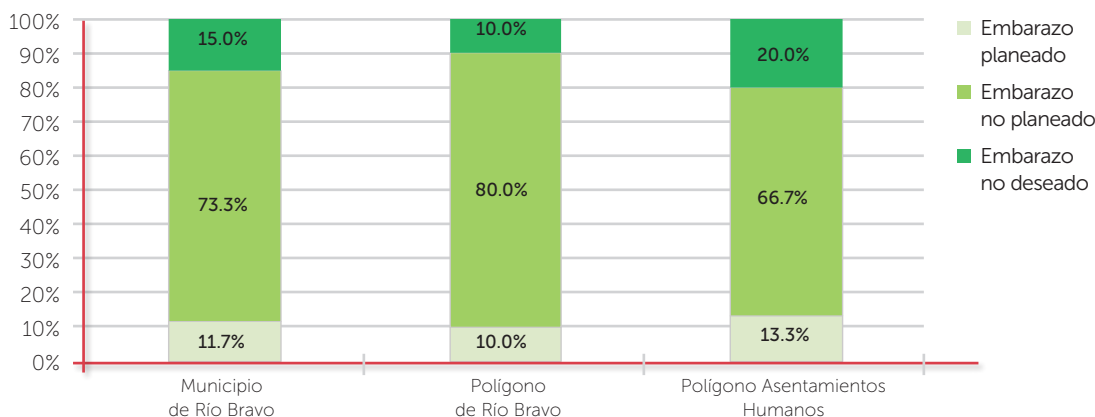
Gráfica 73. Municipio de Río Bravo: intervalos de confianza para la media al 95% de la edad del primer embarazo, por polígono.



Fuente: Base de datos FIA del municipio Río Bravo.

Los datos sobre embarazo no planeado y no deseado confirman lo anterior. Más del 73 por ciento de las adolescentes encuestadas señalaron no haber planeado su embarazo, y 15 por ciento no desearon su embarazo. En el polígono Río Bravo, el 80 por ciento de las adolescentes no planeó su embarazo y una de cada diez no deseaba embarazarse. En tanto, dos terceras partes de las mamás adolescentes del polígono de Asentamientos Humanos, no planeó su embarazo y 20 por ciento no quería embarazarse (Gráfica 74). La mayoría de las mamás adolescentes encuestadas declararon, que en promedio, les hubiera gustado tener su primer embarazo a los 21 años.

Gráfica 74. Municipio de Río Bravo: embarazo no planeado y no deseado, por polígono.



Fuen-

te: Base de datos FIA del municipio Río Bravo.

Lo anterior es una muestra que entre la población adolescente de los polígonos, no hay una adecuada educación sexual que les permita disfrutar de su vida sexual y reproductiva, para que puedan elegir cuándo tener su primer hijo.

Los datos señalan que el 70 por ciento de las mamás adolescentes desean esperar entre 2 y 5 años para tener su segundo hijo, y la proporción restante quiere hacerlo después de 5 años de tener su primer hijo.

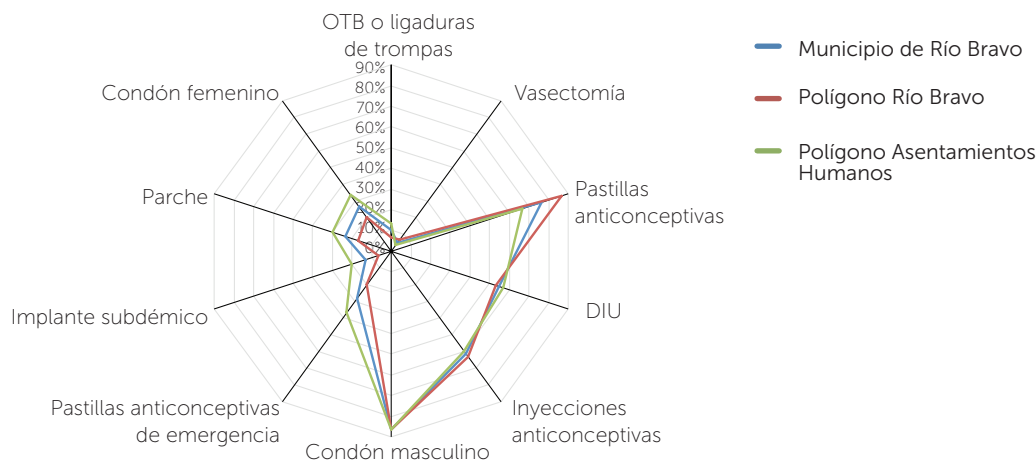
Esto es un claro indicador de que las jóvenes necesitan de medios que les garanticen su libre decisión de cuándo y cómo tener más hijos. Sin embargo, es evidente que existen serias limitaciones sociales y educativas que impiden que las adolescentes, accedan al menos, al conocimiento y uso correcto de los métodos anticonceptivos.

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

El 55 por ciento de las jóvenes encuestadas declararon que durante su primera relación sexual, no usaron o hicieron algo para embarazarse. Un importante sector de ellas no usaron algún método anticonceptivo por negligencia o porque no tenían el conocimiento necesario sobre ellos. Al menos, un tercio de las jóvenes no usó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, porque no planeaban tener relaciones sexuales; y un 27 por ciento declaró que no usó nada porque no sabían o simplemente no pensaron en ello. Del 45 por ciento de adolescentes que sí hicieron o usaron algo para evitar un embarazo, el 92 por ciento usó condón masculino.

En los polígonos del municipio de Río Bravo, el conocimiento de métodos anticonceptivos se limita al condón masculino, las pastillas anticonceptivas de uso diario, las inyecciones anticonceptivas y el Dispositivo Intrauterino (DIU) (Gráfica 75). Lo anterior demuestra que hay un alto desconocimiento sobre la amplia gama de métodos anticonceptivos que actualmente existen en los servicios de salud.

Gráfica 75. Municipio de Río Bravo: conocimiento de métodos anticonceptivos, por polígono.



Fuente: Base de datos FIA del municipio Río Bravo.

Conocimiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA

A pesar de los escasos conocimientos sobre métodos anticonceptivos entre las mamás adolescentes de los polígonos del municipio de Río Bravo, esto no se replica dentro del conocimiento de ITS y del VIH/SIDA. Al menos el 90 por ciento de las jóvenes encuestadas señalaron conocer o haber oído hablar de las ITS. El VIH/SIDA es la ITS más conocida entre las jóvenes; después, la gonorrea y el herpes son las enfermedades más identificadas por ellas.

No obstante que han escuchado sobre las ITS, cerca del 38 por ciento no sabe cuál o cuáles serían las reacciones en su cuerpo si tuvieran una ITS. El resto de las jóvenes, mencionan principalmente, que los síntomas que indican la presencia de una ITS es el ardor, comezón, granos y mal olor.

A pesar de que muchas jóvenes han oído hablar del VIH/SIDA, un tercio de las mamás adolescentes no sabe cómo se adquiere la enfermedad. En cambio, 53 por ciento indica que el medio de contagio es a través del contacto sexual, y sólo un 15 por ciento indicó que puede suceder mediante una transfusión de sangre.

Plan de vida

A pesar de las limitaciones sociales en las que viven las adolescentes, el 75 por ciento de ellas tienen una aspiración en la vida o proyecto de vida. Una situación que deja entrever que no hay incentivos de desarrollo personal para una cuarta parte de las jóvenes encuestadas. En el polígono de Asentamientos Humanos, la proporción de jóvenes que no tienen un proyecto de vida es ligeramente más alto que en el polígono Río Bravo. No obstante, del universo de adolescentes que tienen un proyecto de vida, más del 70 por ciento tiene planeado regresar a estudiar, o bien conseguir un empleo (89.8%). En cambio, tener un hijo no es prioridad a corto plazo para el 95 por ciento de las jóvenes.

Estos datos demuestran que las jóvenes necesitan de medios que les ayuden a superar sus carencias socioeconómicas, a través del estudio y/o de un empleo. Y que es pertinente, que también tengan acceso a recursos que faciliten su decisión de cuándo tener más hijos.

9.2 Diagnóstico cualitativo con las redes de apoyo familiar y social

El diagnóstico cualitativo se realizó mediante entrevistas a profundidad, las cuales se llevaron a cabo entre el 20 y el 23 de octubre de 2016 en polígonos de los municipios de Río Bravo y Reynosa. Se entrevistó a 18 personas que integran la red de apoyo de las adolescentes participantes en el proyecto "Reencontrándome": tres parejas, cinco mamás, dos abuelas, una suegra, tres hermanas, un hermano y tres amigas (Cuadro 3).

Las entrevistas fueron grabadas, excepto una, y se tuvo apoyo de los orientadores para tomar notas de la entrevista que ayudara a complementar lo dicho por los entrevistados.

Cuadro 3. Listado de entrevistas con las redes de apoyo de las adolescentes participantes en el proyecto.

Integrante de la red de apoyo	Características generales	Folio de la adolescente	Municipio	Orientador(a)
Esposo	18 años secundaria terminada trabaja	61023	Río Bravo	Areli
Pareja	20 años trabaja para apoyar a su suegro	61019	Río Bravo	Areli
Pareja	19 años	62004	Río Bravo	Santos
Mamá	45 años	61024	Río Bravo	Areli
Mamá	34 años	61013	Río Bravo	Areli
Mamá	47 años Principal sostén económico de la familia	20329	Reynosa	Diana
Mamá	37 años Madre adolescente	61014	Río Bravo	Areli
Mamá de Idalia (Sra. Dalia)	37 años Madre de 5 hijos		Río Bravo	Santos
Abuela materna	80 años Madre de 12 hijos	62001	Río Bravo	Santos
Abuela paterna de Daniela (Doña Eulalia)	Madre soltera de 3 hijos		Río Bravo	Santos
Suegra	37 años 7 hijos	61023	Río Bravo	Areli
Hermana	21 años Madre adolescente y hermana mayor	20329	Reynosa	Diana
Hermana de Dalila Ortega (Brenda)	Madre adolescente y hermana mayor	20351	Reynosa	Diana
Hermana	18 años	22018	Reynosa	Dulce
Hermano	25 años Trabaja y apoya económicamente a la familia	21019	Reynosa	Bithia
Amiga de Amairani (Denisse)	20 años		Río Bravo	Santos
Amiga de Lidia (Mariana)		22054	Reynosa	Dulce
Amiga de Nohela (Sarai)				Dulce

A continuación se presenta el análisis realizado en función de ejes temáticos clave para el trabajo con la red por parte de los coordinadores y orientadores del proyecto, así como una apreciación hecha a partir de lo recabado en las conversaciones.

Esposo o pareja de la adolescente

Las entrevistas a las parejas de las adolescentes en el proyecto se dio en un grupo no mayor a 20 años y se observa en ellos una actitud abierta para el trabajo de los orientadores. Uno de los indicios principales de las ideas no conservadoras del grupo, radica en que su sentido de responsabilidad se materializa al trabajar para apoyar económicamente a la familia -ya sea que vivan sólo con su pareja o con los suegros-, pero también se advierte que están pendiente de la crianza de los hijos y son sensibles a la distribución equitativa de las tareas en el hogar (Cuadro 4).

En todos ellos se muestra el deseo de postergar un segundo embarazo y es por eso que están usando algún método anticonceptivo o tienen intención de hacerlo. Esto también representa una oportunidad de trabajo con ellos para acercarlos alternativas anticonceptivas e informarlos a través de orientación consejería sobre otros temas de salud sexual y reproductiva. Los entrevistados manifiestan su preocupación en términos del cuidado de su salud ya sea porque les afecta en las ausencias laborales o para no contagiar a su pareja de alguna ITS.

“Yo no soy de los que anda en la calle con otras mujeres. Yo las cuido a ellas”
(Pareja 20 años, Río Bravo).

“Como yo soy cabeza de la familia, si me llego a enfermar pues tendría menos días de trabajo” (Pareja 18 años, Río Bravo).

A pesar de que declaran que los embarazos no fueron planeados o deseados, sus planes de vida se han ajustado a la paternidad.

“Uno es primerizo y la estamos atendiendo como uno puede, en lo que se requiera” (Pareja 18 años, Río Bravo).

Todos ellos quisieran seguir estudiando o tener un mejor empleo en un futuro y permitir que su pareja pueda continuar con sus proyectos de vida ya sea estudiando o trabajando.

El grupo entrevistado presenta una postura favorable al proyecto, aunque este grupo no es representativo del resto de las parejas de las adolescentes quienes, como se verá más adelante, no necesariamente están al tanto de sus hijos o no viven en pareja.

Cuadro 4. Aspectos cualitativos de los esposos o parejas entrevistados, de las mamás adolescentes.

Folio	Paternidad	Derechos sexuales y reproductivos	Comunicación y plan de vida	Observaciones
61023	Sensible a la salud de su hijo y de su pareja. Los acompañaba pocas veces a las revisiones antes del nacimiento del bebé, actualmente no le es posible pero está al tanto. Ella cuida al bebé casi por completo y cuando puede estar con él, lo cuida.	No usuarios de anticonceptivos aunque les gustaría para postergar un siguiente embarazo.	Modifica su estilo de vida a raíz del embarazo "Sentar cabeza, no andar pa'riba y pa' abajo" y considera que se comunica mejor con su pareja a partir de su unión y el nacimiento de su hijo. Platica con su pareja sobre el proyecto y le gustaría participar en las orientaciones.	Falta de tiempo para participar más en el cuidado de su hijo aunque sí quisiera involucrarse. Le gustaría cuidar de su salud y le preocupa.
61019	Es sensible a la salud de su pareja y de su hija. Está al tanto del cuidado de su bebé.	Es sensible a la equidad en las labores del hogar. Usan inyecciones como método anticonceptivo; antes del embarazo usaba implante. Es sensible a la salud de su pareja y va con ella a las consultas. Quisiera tener otro hijo pero desearía esperar a que su hija vaya a la escuela.	Platicaban sobre la escuela y no hablaban de casarse. Se unieron y vivieron juntos antes de embarazarse; el embarazo fue no planeado.	Le gustaría tener un trabajo con el que pudiera sacar adelante a su familia. Actualmente trabaja como apoyo a la familia. Acabó la secundaria abierta pero le gustaría estudiar estilismo y que su pareja termine la secundaria.
62004	Él participa en los cuidados cuando tiene tiempo, pero principalmente es ella quien se encarga.	Están usando un método. Le gustaría postergar otro hijo para que su pareja pueda hacer planes.	Como ella está estudiando, usan un método y desean esperar para tener otro hijo. Le gustaría estudiar de nuevo y ahora trabaja de chofer y le gusta.	A pesar de que su hija fue no planeada, la adolescente pudo seguir estudiando y él trabaja con miras a estudiar más adelante.

Mamá, suegra, abuela

Se consideró al conjunto de madres, abuelas y suegras como un sólo grupo de análisis debido a la interacción que tienen con las adolescentes en el proyecto. En términos generales, el apoyo que brindan a las adolescentes consiste en apoyo económico, en darles consejos y platicar con ellas y ayudarles en el cuidado de su hija/o, ya sea que la adolescente y su pareja sean corresidentes con ellas o no (Cuadro 5). En el caso de las adolescentes que no tienen contacto con el padre del bebé, este grupo se hace cargo de la manutención como apoyo principal.

La mayoría de las entrevistadas están a favor del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes para prevenir embarazos, aunque algunas de ellas refieren no haber usado alguno durante su etapa reproductiva. La religión no se considera como un aspecto que favorezca o prohíba el uso de los métodos; pero en el caso de una de las abuelas es la postura tradicional la que la lleva a rechazarlos, y a sugerir que es mejor la abstinencia y que las adolescentes

deben aprender a decir que no y “no caer en el error”. En el caso de los consejos previos al embarazo, se observa una preocupación por el uso de métodos y se menciona que se hablaba con ellas de estos temas.

“Va a llegar una etapa donde vas a tener relaciones sexuales y necesitas cuidarte [...] y te vas a encontrar a un chamaco que no sea responsable y **¿qué futuro le vas a dar a tu bebé?”** (Mamá 47 años, Río Bravo).

“Le dije, el día que vayas a tener relaciones, **hay tantas cosas para cuidarse para que no vayas a salir embarazada y así como se lo decía yo, se lo decía su papá”** (Mamá 37 años, Río Bravo).

(Le decía a su hijo) **“¿Para qué vas a embarazar a una chamaca con la que no te vas a casar?”** (Abuela 80 años, Río Bravo).

A pesar de las conversaciones previas que refieren haber tenido, no se explican el embarazo de las adolescentes. Saben que también reciben información en las escuelas a las que asisten y creen que quizá les faltó mayor comunicación con ellas. Algunas de las entrevistadas consideran que las adolescentes se dejaron llevar por el momento, cometieron un acto de rebeldía, no midieron las consecuencias o estaban enamoradas y no atendían a los consejos de los demás.

“Conmigo no le faltaba nada (...) uno no sabe cómo tratarlos”.

“Quieren vivir de volada la vida, quieren acabarla y no es así”.

Este evento puede estar rodeado de sentimientos de culpa por parte de los padres por no haber atendido lo suficiente a sus hijas, y algunas de las entrevistadas consideran el embarazo adolescente como un fracaso. En el caso de las abuelas, consideran además que el embarazo de sus nietas fue un error ya que se dio fuera del matrimonio.

“Está mal (...) el deber de ellas es estudiar y salir adelante; pero mire lo que hacen y uno tiene la culpa porque no hablamos bien con nuestros hijos” (Mamá 45 años, Río Bravo).

“No es tanto cosa de las niñas sino de la mamá. Hemos personas que **les echamos la culpa a la juventud y sí, porque son desobedientes; pero hay veces que tenemos mamás que solapamos y pues mal”** (Abuela 80 años, Río Bravo).

“Por un lado está bien porque los niños van creciendo junto con la mamá; pero donde hay un matrimonio” (Mamá 34 años, Río Bravo).

Se reporta también un cambio en la forma de vida de las adolescentes que la mayoría de las veces es favorable y de mayor responsabilidad. En ese sentido, refieren que ya no salen

tanto, que se encargan de cuidar de sus hijos y que algunas veces ha mejorado la comunicación posterior al nacimiento del bebé. En algunos casos, el cambio de vida no es óptimo ya que va acompañado de signos de violencia de la pareja en distintos niveles.

“Cuando estaba con él no podía ni venir porque tenía que pedirle permiso” (Mamá 47 años, Reynosa).

“Se amargó su vida” (Mamá 45 años, Río Bravo).

“Ella no disfrutó de ir a los bailes, al cine porque se juntó bien chiquilla” (Mamá 47 años, Reynosa).

En el caso de las mamás que fueron madres adolescentes o madres solteras, se observa una empatía mucho más inmediata con las adolescentes, sobre todo con aquellas que no cuentan con el apoyo de su pareja.

“Yo como hubiera querido que mis papás se quedaran conmigo y tú debes aprovecharlo” (Mamá 37 años, Río Bravo).

Todas ellas refieren que seguirán apoyando a las adolescentes para que continúen con su plan de vida. Ven en ellas la posibilidad de seguir estudiando o de trabajar para poder hacerse cargo de sus hijos, es por ello que la mayoría de ellas asume el cuidado del bebé mientras las adolescentes continúan con su proyecto de vida.

“No le quité una responsabilidad, la estoy preparando para que en algún momento que ella esté lista pueda quedárselo (a su hijo)” (Mamá 47 años, Reynosa).

“Yo te voy a apoyar para que salgas adelante y luego puedas trabajar por tus hijos” (Mamá 34 años, Río Bravo).

Quizá el mayor logro que esperan de la adolescente es que adquiera independencia por medio del trabajo y los estudios, aunque dos de ellas asocian también el plan de vida ideal, con tener una pareja.

“Que ya tengas tu fracaso no quiere decir que no te puedas encontrar un buen hombre que te quiera con tus hijos” (Mamá 34 años, Río Bravo).

Cuadro 5. Aspectos cualitativos de las mamás, abuelas y suegras entrevistadas, de las mamás adolescentes.

Folio	Tipo de apoyo	Derechos sexuales y reproductivos	Embarazo adolescente	Plan de vida	Observaciones
61023 (suegra)	Apoya en el cuidado del bebé y aconseja a su nuera (salud, cuidado del bebé y relación con su pareja).	A favor del uso de anticonceptivos sin que su religión influya. Recomendaría que se cuidara al menos cinco años con el DIU para que termine sus estudios.	Considera que un embarazo adolescente es difícil ya que las chicas no pueden estudiar ni trabajar. Considera que su hijo y nuera no estaban preparados para casarse (en términos materiales). Es un asunto de responsabilidad y cambio de vida "Ya no son los mismos de andar saliendo a los bailes".	A favor de que la adolescente estudie y ella cuidaría al bebé. Tamaño ideal de la familia: tres hijos. Le preocupa que no tengan un "hogar" y su salud.	Se muestra proactiva a las labores del proyecto.
61024 (mamá)	Apoya económicamente y en el cuidado del bebé. La adolescente vive con los padres.	A favor del uso de anticonceptivos sin que la religión influya. Ella no usó anticonceptivos porque "mi esposo me cuidaba y yo no tuve necesidad de andar buscando eso".	Ella considera que no se tocó suficientemente el tema con su hija. El cambio de vida fue no salir con sus amigas y no poder estudiar.	Apoyaría que su hija regresara a la escuela (dejó la secundaria) o que regrese a trabajar. "Ella sabe bien que si va a estudiar, va a estudiar y venirse derecho a ver a su niña porque también tiene una responsabilidad" Desearía que su hija sea independiente y se hiciera cargo de su hija y anduviera con "buenas compañías".	Tienen buena comunicación aunque a veces se peleen, lo que hace favorable el trabajo con ella por parte de los orientadores.
61013 (mamá)	Apoya económicamente y en el cuidado del bebé. La adolescente vive con ella ya que su pareja la apoya esporádicamente.	A favor del uso de anticonceptivos después del parto, le aconseja el DIU. Le aconseja a su hija que ya no tenga más hijos (ya tiene dos). Previo al embarazo ella hablaba con su hija de los métodos pero considera que la adolescente quería salir embarazada.	Ella también fue madre adolescente y no tuvo apoyo del papá, tuvo que trabajar para su hija. Su vida cambió de la noche a la mañana cuando se fue a vivir con su pareja No entiende por qué se embarazó su hija si ella le daba permiso de salir siempre.	Le gustaría que su hija trabaje y que rehaga su vida.	Le gusta el proyecto por la orientación que necesita su hija, que alguien más se lo diga. Espera que también hablen con la pareja de la adolescente.

Folio	Tipo de apoyo	Derechos sexuales y reproductivos	Embarazo adolescente	Plan de vida	Observaciones
20329 (mamá)	Apoya económicamente a su hija y cuida a su primer bebé, quien vive con ella.	Sería importante que tuviera un método para no tener otro hijo. Nadie en la familia se opone al uso de métodos.	Piensa que es por falta de información aunque no en el caso de su hija a quien refiere que se le dio información. Ella piensa que en el caso de su hija fue dejarse llevar por estar enamorada.	Apoyaría a su hija y la recibiría de vuelta en la casa paterna. Le gustaría que estudiara y la apoyaría con la inscripción y el uniforme. La adolescente optó por firmar la carta de derechos sobre el niño. Dentro de los planes la prioridad es la asistencia psicológica. "¿Qué es lo que querías? ¿Querías una niña, ahí está, tienes el apoyo de tus padres y tus hermanos que están lejos".	Pertenece a una familia que requiere apoyo de diversa índole ya que la mamá tiene ganas de apoyar a sus hijas; pero tiene problemas de salud importantes tanto ella como su esposo. Se necesita atención psicológica para la adolescente y su pareja. Hay un tema de violencia en la pareja y con la suegra.
61014 (mamá)	Apoyan económicamente a su hija porque la pareja no está con ella.	A pesar de la información y la apertura, considera que no estaban listos para cuidarse. "A esa edad no piensan las cosas, no tienen conciencia en eso". "Yo tenía comunicación con ella pero ella no se sentía con la libertad de decirme". No se cuidaban y ella no sabe por qué.	También fue madre adolescente y le ponía ese ejemplo a su hija para que se cuidara. Considera que los jóvenes no miden las consecuencias del compromiso que es ser padre. "Yo creo que (la pareja de la adolescente) está asustado y tiene miedo, pero mi hija también".	Su hija trabajaba antes del embarazo, ella espera que pueda volver a trabajar. No necesita que su hija se case con él pero sí que arreglen sus asuntos.	La pareja de la adolescente no la apoya, necesitan apoyo legal para la manutención del bebé. Se pide que la orientadora hable también con la pareja ya que la familia lo corrió y considera que no es suficientemente responsable ni tiene el apoyo de sus papás.
Mamá de Idalia	La adolescente vive con ella y su papá, ellos son el apoyo económico de la familia. Cuidan al bebé mientras la adolescente trabaja.	A ella se le aconsejaba que no fuera a salir embarazada, que se cuidara, y se reflejara en el espejo de sus conocidas que habían sido embarazadas. No se oponen al uso de métodos anticonceptivos. Actualmente usa el DIU.	Considera que está mal el embarazo en adolescentes pero que no puede darle la espalda a su hija. Sabía que sería una responsabilidad para toda la familia. Sabe que en las escuelas se les da información y no se explica por qué salió embarazada su hija.	Le gustaría que su hija pudiera hacerse responsable de todos los gastos de su hijo ya que ahora la apoyan con la mayoría. Le gustaría que siguiera estudiando (terminó la secundaria en el INEA) aunque ahora por su hijo no lo quiere descuidar. Desconoce los planes de la adolescente ya que le pregunta y no sabe.	La pareja de la adolescente está en la cárcel y los abuelos paternos no se hacen cargo ni están al pendiente de su nieto. Están preocupados por un siguiente embarazo porque tuvo problemas con el primero (estuvo hospitalizada).

Folio	Tipo de apoyo	Derechos sexuales y reproductivos	Embarazo adolescente	Plan de vida	Observaciones
62001 (abuela materna)	Aconseja a la adolescente	Considera que los jóvenes deben tener consentimiento de los papás para salir con los amigos. Deben saber con quién salen de su casa y pensarlo bien. Ahora ella ya no puede salir con sus amigas como antes. Ella no fue usuaria de anticonceptivos. No está de acuerdo con el uso de métodos en los jóvenes.	Es mejor hablar con ellos a tiempo y no cuando "ya cayó en fracaso". Considera que el embarazo de su nieta es un error porque no están juntos.	Le aconsejaría a su nieta que viva bien (con su pareja) para que la bebé tenga el cariño de papá y mamá.	Las ideas son tradicionales pero apoya a la adolescente con consejos. Le gustaría recibir la visita del orientador para aprender más y aprovechar que el proyecto busca el bienestar de las personas.
Abuela paterna (de Daniela)	Apoya con consejos y cariño a la adolescente y, a pesar de no ser su nieta consanguínea, pasa mucho tiempo en su casa. Cuando su nieta trabaje, ella propone cuidar a los bebés.	Está de acuerdo en el uso de métodos incluso en adolescentes. Aconsejaba de estos temas a su nieta y aconseja también a su hijo de 19 años.	Ella cree que su nieta quería tener el bebé ya que así se lo expresaba. Considera que su nieta se cuida más a raíz de su embarazo.	Sabe que su nieta va a salir adelante con el apoyo de toda la familia aunque no pueda trabajar por cuidar a sus hijos (gemelos) y que no tenga el apoyo de su pareja. El plan de la adolescente es buscar trabajo en una fábrica.	La adolescente no vive con su pareja y él no se hace cargo. Le gustaría conocer más sobre el proyecto para poder orientar a su nieta.

Hermana, amiga

En el caso de las hermanas y el hermano que formaron parte de las entrevistas, todos ellos apoyan con consejos, y dos de ellos son el sostén económico de la adolescente.

Ninguno de ellos expresa oposición al uso de métodos anticonceptivos. Casi todos los hermanos consideran que se habló lo suficiente con las adolescentes sobre temas de salud sexual y reproductiva y les aconsejaban que se protegieran con algún método anticonceptivo. Solamente una hermana, quien también fue madre adolescente, refiere que ni a ella ni a su hermana les hablaron nunca de esos temas, ya que sus papás no estaban acostumbrados a eso por sus ideas tradicionales. Este es un caso que no concuerda con el resto de las entrevistas, ya que los padres rechazaron a la adolescente y no quieren saber de ella o apoyarla (Cuadro 6).

Como motivos del embarazo adolescente, consideran que no es por falta de información ya que, incluso si los padres no hablaron con ellos, tienen suficiente acceso para resolver sus

dudas. Algunos de ellos consideran que este evento se da porque la adolescente busca amor o cariño fuera de casa o porque no se siente apoyada por los padres. En general, no están de acuerdo con los embarazos adolescentes ya que refieren que es una responsabilidad para la que no se está preparado.

Respecto al plan de vida de la adolescente y el apoyo futuro, se observa que todos desean que las adolescentes estudien o trabajen y están dispuestos a apoyarlas económicamente u organizarse con ellas para el cuidado de los hijos. En el caso de dos hermanas quienes también fueron madres adolescentes, se sabe que son más empáticas con la situación de las adolescentes.

Concretar las entrevistas para el conjunto de análisis con las amigas de la adolescente, representó una complejidad al momento de contactarlas, aunado a que son pocas las adolescentes que las refieren como parte de su red de apoyo.

En términos generales, se observa que las amigas de la adolescente la acompañan en el transcurso del embarazo por medio de consejos y las alientan a seguir adelante con sus estudios o bien, a ser más responsables para alcanzar sus metas. Ninguna de las entrevistadas en este grupo ha sido madre y eso puede ser un factor para que no haya tanta cercanía como con otros actores analizados previamente.

El hecho de tener algunas amigas de la adolescente como parte de la red, representa una gran oportunidad para prevenir embarazos no deseados dentro de este grupo por medio del trabajo de los orientadores.

Cuadro 6. Aspectos cualitativos de las hermanas y amigas entrevistadas, de las mamás adolescentes

Folio	Tipo de apoyo	Derechos sexuales y reproductivos	Embarazo adolescente	Plan de vida	Observaciones
20329 (hermana)	Aconseja a su hermana y platica con ella para compartir experiencias.	Hay suficiente acceso a información, en casa y en la escuela. Su hermana no está usando métodos.	Ella fue madre adolescente y refiere que ella no quería porque veía el caso de su hermana menor. Considera que su mamá tuvo apertura con ambas para hablar de métodos o llevarla con el médico cuando lo necesitaran. Tuvieron suficiente información en la escuela, también. Ella piensa que está mal embarazarse tan jóvenes. Siente que es por buscar amor y atención que no tienen en casa.	Su hermana le ayuda con el cuidado del primer hijo para que la adolescente pueda trabajar o por si quiere volver a la escuela. Quisiera que su hermana le dedicara más tiempo a sus hijos o que les diera más amor.	La adolescente presenta problemas de salud y psicológicos que requieren atención. Se tiene que atender el problema de intentos de suicidio y violencia que la adolescente vive con su pareja.
20351 (hermana)	Viven juntas y ella trabaja para su hija, la adolescente y su bebé.	Le habla de los métodos a la adolescente según lo que le dijeron a ella misma cuando tuvo a su bebé.	Yo creo que está mal pero que es falta de información. "Como mis papás son de rancho de eso no se habla". Considera que su hermana perdió su alegría por su embarazo y el rechazo de sus padres. A ella tampoco la apoyaron los padres cuando se embarazó, ella tuvo que vivir sola con su hija.	La apoyaría con su hija mientras la adolescente trabaja. Podrían hacerse cargo de sus hijas organizándose con su trabajo. Le preocupan las decisiones de su hermana en términos de dónde quiera vivir o si quiera trabajar. Considera que el proyecto le va a ayudar a la adolescente a sentirse mejor con ella y a no sentirse como una carga para su hermana.	La adolescente no tiene vínculo con los papás porque la rechazaron ni con la pareja porque no cree que sea suyo. Considera que si encuentra un tiempo para que la orientadora la visite, le gustaría participar en el proyecto aunque no sabía previamente de él.

Folio	Tipo de apoyo	Derechos sexuales y reproductivos	Embarazo adolescente	Plan de vida	Observaciones
22018 (hermana)	Es con quien platica la adolescente y en algunos casos le ayuda a cuidar al bebé.	Aunque no es su caso, considera que en algunas familias es difícil hablar sobre estos temas con los padres. Está de acuerdo con el uso de métodos tanto para prevenir embarazos como ITS.	No está de acuerdo con los embarazos adolescentes por el nivel de responsabilidad que implica. Considera que se dan por conflictos de los adolescentes con los padres y no por falta de información.	El cambio de vida de su hermana hizo que la viera más responsable y con menos discusiones con los padres. El plan de la adolescente es buscar trabajo para cuidar de su hija y esperar antes de tener otro.	La adolescente tiene el apoyo familiar. Se muestran abiertos al tema y a ser visitados por la orientadora.
21019 (hermano)	Apoya económicamente a la adolescente (desde el parto) y a toda la familia	No están en desacuerdo con el uso de métodos anticonceptivos. Previo al embarazo, también le aconsejaban que usara algún método.	"Estuvo mal porque no fue un valor que nosotros le inculcamos". Piensa que le faltó responsabilidad, no tanto información.	Piensa que su hermana necesita mayor responsabilidad y madurez para cuidar de su hijo y no salir tanto. La adolescente trabaja en este momento y su hermano espera que continúe así. Cree que su hermana hace planes muy fantasiosos y ve su futuro difícil.	No se manifiesta una relación tan estrecha entre la adolescente y su hermano, sin embargo, él es quien la apoya económicamente. Le gustaría tener una mejor comunicación con su hermana.
Amiga de Amairani	Platica esporádicamente con la adolescente por medio de redes sociales	Considera que deben usar métodos anticonceptivos para no embarazarse y poder seguir con los estudios.	Considera que se deben de cuidar aunque a veces suceden accidentes. (No expresa acuerdo o desacuerdo)	Le gustaría que su amiga siga estudiando y que salga adelante por su hija. Dice que su amiga es inteligente y que podría seguir estudiando.	Ambas son amigas de hace mucho tiempo y conviven poco; pero le gustaría estar en el proyecto ya que su hermana también es madre adolescente.
Amiga de Lidia	Platica con la adolescente y le da su opinión. Estudian juntas.	Está de acuerdo en el uso de métodos no sólo para prevenir embarazos sino para prevenir ITS.	Lo ve como un problema por las complicaciones a la salud de las adolescentes o porque los papás no las apoyen. En el caso de su amiga, no cree que está mal, aunque está joven y siente que le faltaba tiempo para ella y para seguir estudiando.	Le preocupa que su amiga no pudiera terminar su carrera por cuidar a su hijo. El plan de la adolescente es seguir estudiando para sacar adelante a su hijo. "Ya pensamos que si salimos juntas va a ser con el niño y seguir estudiando".	La adolescente tiene el apoyo de los padres y ha podido seguir estudiando.

Folio	Tipo de apoyo	Derechos sexuales y reproductivos	Embarazo adolescente	Plan de vida	Observaciones
Amiga de Nohela	Platica con la adolescente y la ha apoyado en temas de SSR sugiriéndole que asistiera con el médico.	Piensa que quienes tienen relaciones a temprana edad deberían prevenir y no dejarlo a la ligera. Está de acuerdo en el uso de métodos anticonceptivos y en el caso de su amiga, la familia no se oponía al uso de métodos.	Considera que no es un buen momento para los embarazos adolescentes ya que no hay buenos trabajos. En el caso de su amiga, ya vive con su esposo y sus papás la apoyan así que está bien por ella aunque batalle.	Le preocupa que su amiga pueda trabajar después y la considera muy responsable en las cosas que hace. La adolescente quiere estudiar belleza para poder trabajar.	La adolescente tiene el apoyo de sus papás y su pareja.



Tercera parte: Resultados de la estrategia de intervención

Se presentan en este apartado los resultados de la intervención de Reencontrándome con las mamás adolescentes o embarazadas, a quienes se les dio seguimiento mediante un proceso de orientación-acompañamiento. Se muestran primero los logros derivados de las gestiones y acuerdos con diferentes instituciones así como lo obtenido de las actividades grupales; y posteriormente los alcances cuantificados desde lo individual, en que un aspecto importante es el impacto demográfico en la disminución del embarazo.

X. Logros de las gestiones institucionales y actividades grupales

El trabajo de gestión y acuerdos institucionales así como de orientación-acompañamiento con las adolescentes significó una ardua labor del equipo operativo. Si bien se llevaron a cabo acciones grupales e incluso individuales cuando lo solicitaban algunas de las 986 más adolescentes identificadas en la etapa de diagnóstico y reclutamiento, las acciones se focalizaron en 288 para garantizar un acompañamiento permanente de parte del orientador, las cuales fueron elegidas con base en un análisis cuantitativo de necesidades y grado de vulnerabilidad a fin de incluir en la intervención a aquellas que se ubicaron con mayor prioridad según una escala construida para ello.

De esa forma, y con base en las propias características de acceso, circunstancias de riesgo por la inseguridad pública prevaleciente y recursos financieros disponibles para el proyecto por municipio, se determinó cuántas adolescentes serían acompañadas por cada orientador(a); este número fue de 10 en Ciudad Victoria, 20 en Reynosa, 15 en Nuevo Laredo, 20 en Matamoros y 15 en Tampico. Esto es, cada uno de los 20 polígonos contó con un(a) orientadora(a) (véase Esquema 5).

Esquema 5. Número de adolescentes participantes por polígono y municipio

Victoria	{ 7 polígonos participantes	{ Niños Héroes Benito Juárez Ampliación Linda Vista Luis Donaldo Colosio Pajaritos Echeverría El Palmar	{ 70 adolescentes beneficiadas
Reynosa	{ 3 polígonos participantes	{ La Joya Lomas de Pedregal La Cima	{ 61 adolescentes beneficiadas
Nuevo Laredo	{ 6 polígonos participantes	{ Colorines Villas de San Miguel Villas de la Concordia Solidaridad San Mauricio Nueva Victoria	{ 87 adolescentes beneficiadas
Matamoros	{ 2 polígonos participantes	{ Buena Vista La Popular	{ 40 adolescentes beneficiadas
Tampico	{ 2 polígonos participantes	{ La Borreguera Tancol	{ 30 adolescentes beneficiadas

En los párrafos que siguen de esta apartado se muestran los listados de instituciones y organizaciones que participaron en la intervención, por municipio, mismas que formaron parte de los directorios de instituciones que utilizaban los coordinadores de procesos integrales, orientadores y las propias adolescentes a fin de buscar apoyo.

Se agregan también las actividades desarrolladas con las redes de apoyo familiar y social de la adolescente y adicionalmente, cuando se avanzó de forma significativa en el municipio, la conformación y funcionamiento del Club de la Mamá Adolescente, en que las participantes se reunían de forma periódica para compartir experiencias en actividades grupales, talleres o convivencias acordadas.

Ciudad Victoria

- **Acompañamientos y vinculaciones institucionales:** CREE; Programa del Niño Sano; ITEA; AMA; Seguro de Vida para Jefas de Familia; DIF; Seguro Popular; Asociación Vive Mujer; LICONSA; CECATI; Becas PROMAJOVEN; CEDIF; Centro de Atención a Víctimas del Delito; CISAME; CAPASITS.
- **Actividades de apoyo:** taller de prevención de la violencia; asesorías legales para pensión alimenticia; autoestima y autocuidado; taller de Derechos Humanos; **Club de Madres Adolescentes**.
- **Trabajo con las redes de apoyo:** hermanos (acompañamientos para retomar estudios); hermanas (acompañamientos para ingreso a programas sociales como AMA, Seguro de Vida para Jefas de Familia y LICONSA).
- Se identificaron al menos diez mamás adolescentes, como potenciales **agentes de cambio**.

Reynosa

- Acompañamientos y vinculaciones institucionales: Programa del Niño Sano; Instituto de Mecanismos Alternativos para la Solución de Conflictos; Instituto Regional de la Mujer; AMA; CEDIF; Prepa Abierta de Servicios Regionales; Programa Mujer con Valor; Instituto Nacional del Empleo; Servicio Nacional del Empleo; Centro de Salud IV Jurisdicción; Dirección de Salud y Grupos Vulnerables; Seguro Popular; Fundación Misericordia de Reynosa A.C.; Instituto Municipal de la Mujer; Becas PROMAJOVEN; PROSPERA; Centro de Rehabilitación Integral del DIF; Departamento de Mediación de la Procuraduría de la Defensa de la Mujer y el Menor del DIF.
- Actividades de apoyo: pláticas sobre violencia; deserción escolar; deshidratación del menor; "Mujer rescata tu valor (empoderamiento)"; lactancia y cuidados del menor.
- Trabajo con las redes de apoyo: mamá de la joven (atención psicológica, violencia, uso del condón masculino y femenino, PAE y Papanicolau, estudios en el sistema abierto, importancia de la lactancia materna); pareja (estudios en el sistema abierto, uso del condón masculino, plan de vida, derechos sexuales y reproductivos, vasecto-

mía); suegra (derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos); cuñados (deserción escolar, uso del condón masculino); abuela (apoyo de Programas sociales).

- Se identificaron al menos dos mamás adolescentes, como potenciales agentes de cambio.

Nuevo Laredo

- Acompañamientos y vinculaciones institucionales: Seguro Popular; ITEA; Beca PRO-MAJOVEN; Secretaría de Salud; Beca YO NO ABANDONO; CONALEP; DIF; Seguro de Vida para Jefas de Familia (SEDESOL); Asociación de Agentes Aduanales A.C.; UNEVIG (apoyo legal); Programa de Planificación Familiar del Centro de Salud.
- Trabajo con las redes de apoyo: pareja (métodos anticonceptivos); primas (métodos anticonceptivos y continuación de estudios); mamá, hermana, hermanos (salud sexual, trámites, métodos anticonceptivos); hermana (apoyo con el DIF).
- Se identificó al menos a una mamá adolescente, como potencial agente de cambio.

Matamoros

- Acompañamientos y vinculaciones institucionales: AMA; Programa de Control del Niño Sano; Programa Fuerza Joven del DIF Municipal; Programa Federal Punto México; SEDESOL de Tamaulipas; Centro de Mecanismos de Mediación; IMSS Medicina Familiar; Servicio Estatal del Empleo; CETMAR; Centro Neurolingüística Integral.
- Actividades de apoyo: taller para fabricar bombones de chocolate -8 adolescentes y 5 madres de las mismas, aprendieron a fabricar productos para venta, y se capacitaron para conocer el proceso de emprender su propio negocio-; "Tardes de película" -se logró la participación de la asociación civil Oasis en la realización de las tardes de película facilitando el proyector y de la empresa INTEVA PRODUCTS en la donación de ropa para 8 bebés hijos de las adolescentes-; Festival de Barrio (promovido por PRONAPRED Matamoros) -las adolescentes participaron vendiendo sus productos-; 12 adolescentes participaron en el "Bazar de ropa" que es un intercambio de ropa para bebé, principalmente de frío, que ellas ya no utilizan y se la entregan a otra adolescente del proyecto de forma gratuita.

Tampico

- Acompañamientos y vinculaciones institucionales: AMA; LICONSA; Nutriendo Tamaulipas; Servicio Estatal del Empleo; ITEA; CEDIF; Seguro Popular; Programa Mujeres con Valor; Hospital Canseco; Instituto de Gastronomía CUALTI.
- Actividades de apoyo: Conferencia "Esencia y vida (motivacional)"; pláticas de lactancia materna.
- Trabajo con las redes de apoyo: suegra y cuñada (apoyo para el ingreso al ITEA).
- Se obtuvieron donaciones de pañales y cobijas, por parte de la casa del Migrante dirigida por el Padre Benito; por la comunidad de Tampico y por la Asociación Civil Mi Casita Hogar.

XI. Logros de la orientación y acompañamiento individual

11.1 Avance promedio en proyecto de vida, uso de la anticoncepción, incorporación a la escuela y trabajo, información sobre SSR y DSR, y empoderamiento

Para conocer el grado de avance en las estrategias de información, orientación y acompañamiento con las mamás adolescentes atendidas en el proyecto, se llevó a cabo un análisis que conjunta la información cuantitativa obtenida mediante la *Encuesta de Necesidades en Salud Sexual y Salud Reproductiva en mamás adolescentes y adolescentes embarazadas en Tamaulipas*, y la información resumen de 288 casos de estudio conseguida con las diferentes herramientas¹² que utilizaron las y los orientadores del proyecto. Estos elementos contienen de forma sintetizada las necesidades identificadas al momento del primer evento reproductivo; el proceso de orientación-acompañamiento y el seguimiento que requerirán en el futuro las adolescentes.

Con dicha información se optó por construir un indicador sencillo que midiera el grado de avance de las estrategias de información, orientación y acompañamiento que las mamás adolescentes obtuvieron al ser beneficiarias del proyecto. El primer parámetro del indicador fue otorgar una línea base del 40 por ciento para todas las jóvenes beneficiadas. Esto es, que con el hecho de haber sido captadas por el proyecto, las mamás adolescentes tuvieron orientación e información sobre temas en salud sexual y reproductiva; un aspecto que sin duda, impactó positivamente en su salud. Posteriormente, se establecieron seis temas estratégicos y prioritarios de orientación y acompañamiento, que se ofrecieron en el proyecto. A cada una de estas estrategias se les asignó una calificación de diez por ciento (Cuadro 7). Así, si una mamá adolescente registró una necesidad referente a cada una de tales estrategias, y si recibió atención en alguno de esos aspectos, se concedía la calificación correspondiente y se sumaba al valor de la línea base para obtener el grado de avance.

¹² Las herramientas que usaron las y los orientadores en el proyecto para recabar información importante de las mamás adolescentes, son: el diario de campo, el expediente comunitario y LLAVE (base de datos del seguimiento a las participantes).

Cuadro 7. Estrategias prioritarias de orientación-acompañamiento.

Temas de orientación-acompañamiento atendidos	Calificación (porcentaje)
1. Proyecto de vida.	10
2. Aceptante de método anticonceptivo	10
3. Reincorporación a sus estudios.	10
4. Incorporación a un trabajo.	10
5. Obtención de información sobre salud sexual y reproductiva (derechos sexuales y reproductivos).	10
6. Empoderamiento.	10

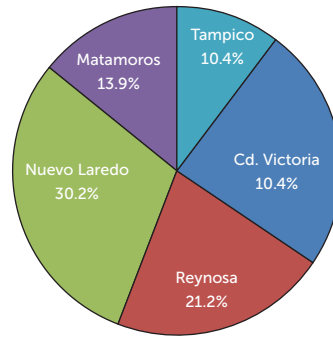
Mediante esta metodología, se analizaron y calificaron cada uno de los 288 casos de adolescentes del estudio; lo cual permitió valorar cuantitativamente una parte importante de la información cualitativa que las y los orientadores obtuvieron durante sus trabajos de campo en los diferentes polígonos de Tamaulipas (Cuadro 8 y Gráfica 76). Cabe mencionar que las adolescentes fueron acompañadas mediante orientaciones individuales por un lapso promedio de un año de seguimiento.

Cuadro 8. Estadísticos descriptivos del grado de avance en las estrategias prioritarias, por municipio.

Municipios	Números de casos		Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
	Absoluto	Porcentaje				Límite inferior	Límite superior		
Cd. Victoria	70	24.3	69.1	13.9	1.7	65.8	72.5	50	100
Reynosa	61	21.2	79.8	11.1	1.4	76.9	82.6	60	100
Nuevo Laredo	87	30.2	67.4	10.1	1.1	65.3	69.6	50	90
Matamoros	40	13.9	73.4	7.2	1.1	71.1	75.7	55	90
Tampico	30	10.4	66.2	8.3	1.5	63.1	69.3	50	85
Total	288	100	69.8	12.2	0.7	68.4	71.2	50	100

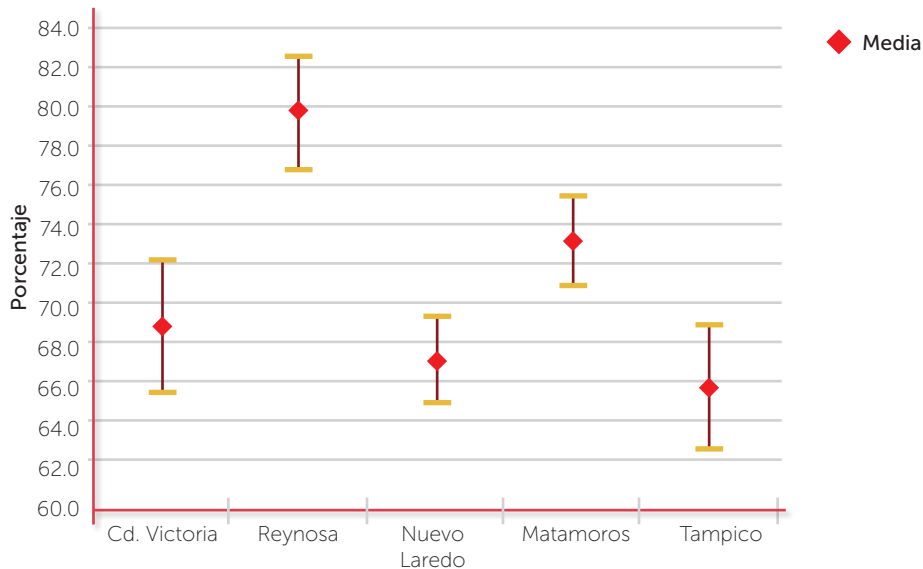
Los municipios con los grados de avance más altos se dieron en Reynosa (79.8%), Matamoros (73.4%) y Victoria (69.1%). Reynosa y Victoria, junto con Nuevo Laredo, fueron los municipios precursores del proyecto, y tuvieron poco más de año y medio de trabajo con las mamás adolescentes; tiempo suficiente para que un importante número de madres jóvenes recibieran orientación en métodos anticonceptivos, salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, empoderamiento y proyecto de vida (Gráfico 77).

Gráfica 76. Distribución porcentual de los casos de estudio, por municipio.



Fuente: Formatos LLAVE de la primera etapa del proyecto.

Gráfica 77. Intervalos de confianza para la media al 95% del grado de avance en las estrategias prioritarias, por municipio.



Fuente: Formatos LLAVE de la primera etapa del proyecto.

Las dificultades derivadas del entorno social y familiar en el que viven la mayoría de las más adolescentes de los polígonos, limitaron los alcances de algunas estrategias de orientación-acompañamiento, particularmente, en el municipio de Nuevo Laredo, que a la postre fue el municipio con la mayor carga de trabajo. Por ejemplo, muchas jóvenes fueron orientadas para que pudieran establecerse metas a corto o mediano plazos que beneficiaran su desarrollo personal, como concluir o seguir sus estudios. Sin embargo, en la mayoría de los casos, las limitaciones económicas de su hogar determinaban que decidieran trabajar para aportar económicamente en su familia o simplemente hacerse cargo de su hija(o) porque su pareja no estaba presente en ese aspecto; o bien, el entorno de alta inseguridad limitó la actuación de los orientadores en algunos polígonos de Nuevo Laredo.

Por otra parte, los municipios de Matamoros y Tampico iniciaron su trabajo un año después. Matamoros se logró posicionar como el segundo municipio con el mayor grado promedio de avance, gracias al fuerte impulso que se dio a las mamás adolescentes, en los temas de empoderamiento y proyecto de vida. Esto no quiere decir que en Tampico no se trabajara en estas estrategias; al contrario, los avances registrados en los casos de estudio señalan que se iniciaban las orientaciones en dichos rubros y se encontraban en desarrollo con las jóvenes; en tanto, eran atendidas oportunamente en los temas más fundamentales del proyecto, como los relativos a métodos anticonceptivos y salud sexual y reproductiva.

11.2 Impacto demográfico en la disminución del embarazo

Las 288 adolescentes tuvieron un registro continuo mediante una base de datos con periodos de exposición, protección anticonceptiva y otros eventos asociados con la salud sexual y reproductiva; de las cuales, 83 se encontraban embarazadas al inicio de la intervención. Esto es, 205 constituyen el denominador como casos posibles de experimentar un embarazo durante el seguimiento. Ocurrieron 9 embarazos, que aparecen señalados por número de folio en cursivas y en azul para cada municipio:

- uno fue reportado como planeado, y
- ocho como no planeados; de los cuales, seis se asociaron al uso incorrecto de los anticonceptivos (falla de método) y dos por violación.

Embarazos durante el seguimiento:

Victoria: **11213** (no planeado-al momento del contacto sospechaba y se confirma durante el seguimiento); **11624** (falló el método)

Reynosa: **22005** (producto de violencia); **20329** (planeado); **20331** (falló el método); **20322** (no planeado-al momento del contacto sospechaba y se confirma durante el seguimiento)

Nuevo Laredo: **33020** (violación)

Matamoros: **42006** (no se especificó la causa)

Tampico: **52026** (no planeado)

Con esos datos se obtuvieron las siguientes tasas:

Tasa de embarazos: $9/205 = 0.0439$; 43.9 embarazos por mil adolescentes.

Planeado: $1/205 = 0.0049$; 4.9 por mil

No planeado (global): $8/205 = 0.0390$; 39 por mil

No planeado (falla de método): $6/205 = 0.0293$; 29.3 por mil

No planeado (violencia/violación): $2/205 = 0.0098$; 9.8 por mil

Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) en Tamaulipas (ENADID 2014):

76.5 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años.

La estimación del impacto demográfico en la disminución del embarazo se obtiene tomando como referencia de comparación la TEFA, en la siguiente forma:

$$76.5 - 43.9 / 76.5 = 43\%$$

Bajo estas consideraciones y supuestos, significa que *Reencontrándome*, tiene un impacto demográfico aproximado del orden de 43% en la disminución del embarazo por efecto de las acciones de la intervención.

XII. Consideraciones finales

Se destina este espacio para hacer notar algunas expresiones de integrantes de los equipos de trabajo, que manifiestan emociones, objetividades, sugerencias o recomendaciones y agradecimiento de lo que les significó haber participado en la conformación de *Reencontrándome* como una experiencia de vida.

Puntos relevantes:

- Fue un proyecto integral de desarrollo social en donde la base de su construcción fue el ofrecimiento de orientación y acompañamiento en temas sobre salud sexual y reproductiva.
- Gracias a ello, las jóvenes que en su gran mayoría están inmersas en contextos de alto rezago social, lograron obtener beneficios derivados de programas sociales federales y estatales para estudiar, trabajar o apoyos económicos, monetarios o en especie (pañales, fórmulas lácteas, hospitalización especializada, etc.); así como, ayuda y orientación en la realización de trámites de documentos oficiales como Claves Únicas de Registro de Población, actas de nacimiento, credenciales del Instituto Nacional Electoral y certificados escolares.
- No sólo se ofrecen servicios relacionados con su SSR, sino que también se le ofrecen servicios como pláticas y talleres en temas como: violencia de pareja, autoestima, empoderamiento, deserción escolar e higiene del bebé.
- Todo ello confluyó a que las mamás adolescentes lograron establecer un plan de vida acorde a sus gustos y deseos, para que puedan obtener un mejor desarrollo social e individual.
- Este proyecto tiene la ventaja de ofrecer un sistema de orientación-acompañamiento individualizado, lo cual permite generar confianza en las jóvenes, dando mayores opciones a los orientadores para ofrecerles correctamente los beneficios que necesitan.
- Los beneficios son tan altos para muchas jóvenes, que algunas decidieron ser actores de cambio y participaron en el proyecto, buscando más jóvenes en situaciones similares; acercando a sus parejas y/o familiares para que recibieran información sobre temas en SSR, reincorporación a los estudios, talleres de capacitación para el trabajo y pláticas sobre la eliminación de la violencia.

- Se logró la participación de muchos actores sociales, comunitarios y gubernamentales de diferentes niveles, lo cual, deja un ejemplo claro de que la comunicación interinstitucional y comunitaria es posible y puede ser eficaz, si existe la disposición para actuar ante una necesidad social.
- No obstante, para que se lleve a cabo, el proyecto también deja un ejemplo de que, para actuar y atender a una población, se debe tener claro cuál es el problema a atender y cómo debe realizarse. Esto se logró gracias a la metodología sólida y consistente que elaboró Mexfam para dicho fin.

Áreas de oportunidad:

- Es necesario que si se plantea un nuevo proyecto análogo en varios municipios, éste debe iniciarse lo más posible al mismo tiempo y que su duración sea similar, para que los Diagnósticos y los resultados finales puedan ser comparables.
- Los orientadores deben estar altamente comprometidos con su tarea, para que utilicen y elaboren adecuadamente las herramientas que recaban información sobre las y los adolescentes, con el fin de que los análisis finales sean más consistentes y no dejen ambigüedades en el llenado de información, como los casos de estudio.

“Reencontrándome fue un experimento social muy enriquecedor, en donde todos aprendimos de todos y en donde todos compartimos un pedazo de la poca esperanza que teníamos en nosotros mismos, a alguien que llevaba ya muchos años en ayuno. Solo queríamos conocer la realidad pero aparte nos conocimos a nosotros mismos y tocamos muchas vidas en el transcurso; e hicimos el mundo, momentáneamente, un poco menos miserable”.

*“De inmediato acepté gustosa, pero jamás me imaginé que esta decisión cambiaría mi vida de manera tan radical como lo hizo *Reencontrándome* y las adolescentes. Acostumbrada a una vida de trabajo, esfuerzo y dedicación para poder sacar a mi familia adelante, jamás imaginé que habría tanta gente, que necesita pero sobre todo que desconociese. Siempre nos ponemos enfrente de un monitor, la televisión, la radio o simplemente a unos pasos de ti, solo a juzgar, por qué lo hizo, por qué no estudia, por qué no trabaja, por qué ella no dice que no, por qué ella se deja golpear, por qué ellos se dejan en esa vida de miseria... Todos somos capaces de hacer algo, todos tenemos el poder de juzgar y menospreciar a las personas. Pero pocos tenemos el privilegio de conocer el por qué de todas esas actitudes que adopta la sociedad y en este caso específico, las adolescentes de Tamaulipas. Porque me abrieron las puertas de su casa, de su corazón, de su familia pero sobre todo y la más significativa, la confianza. Quien le platica a un completo extraño, porque se siente mal, porque decidió tener hijos, porque quiere estar con esa persona que las trata mal. Podemos dar miles de significados y justificaciones, pero nunca vamos a estar en su lugar y ver a través de sus ojos la cruda realidad en la que viven”.*

"A mí me deja un excelente sabor de boca, el poder apoyar, no solo a conseguirle una ayuda, si no con el hecho de haber sembrado una pequeña semilla en ellas de lo que fuese, pero que de ahí se tomen sus cimientos para ser mejor persona. Eso deja una satisfacción que nadie te puede dar".

"Mexfam y Reencontrándome, me dejan nuevos amigos, nuevas ideas, proyectos personales, metas que alcanzar pero sobre todo me deja una satisfacción social, que solo pudieron lograr estas adolescentes con su inocencia y su gran amor, por sus hijos y por la vida!".

Anexos

Cuadro A1. Análisis ANOVA de un factor de la variable edad de la adolescente.

Prueba de homogeneidad de varianzas

Edad de la adolescente

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
1.090	4	609	0.361

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	27.536	4	6.884	3.511	0.008*
Intra-grupos	1194.119	609	1.961		
Total	1221.655	613			

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: edad de la adolescente	(I) Municipio	(J) Municipio	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
HSD de Tukey	Cd. Victoria	Reynosa	0.066	0.176	0.996	-0.416	0.548
		Nuevo Laredo	0.344	0.139	0.096	-0.035	0.723
		Matamoros	0.504	0.204	0.097	-0.053	1.061
		Tampico	-0.212	0.214	0.859	-0.796	0.373
	Reynosa	Cd. Victoria	-0.066	0.176	0.996	-0.548	0.416
		Nuevo Laredo	0.278	0.178	0.524	-0.209	0.765
		Matamoros	0.438	0.232	0.326	-0.197	1.073
		Tampico	-0.278	0.241	0.778	-0.937	0.382
	Nuevo Laredo	Cd. Victoria	-0.344	0.139	0.096	-0.723	0.035
		Reynosa	-0.278	0.178	0.524	-0.765	0.209
		Matamoros	0.160	0.205	0.936	-0.401	0.721
		Tampico	-0.556	0.215	0.075	-1.144	0.033
	Matamoros	Cd. Victoria	-0.504	0.204	0.097	-1.061	0.053
		Reynosa	-0.438	0.232	0.326	-1.073	0.197
		Nuevo Laredo	-0.160	0.205	0.936	-0.721	0.401
		Tampico	-0.716	0.262	0.050*	-1.432	0.000
	Tampico	Cd. Victoria	0.212	0.214	0.859	-0.373	0.796
		Reynosa	0.278	0.241	0.778	-0.382	0.937
		Nuevo Laredo	0.556	0.215	0.075	-0.033	1.144
		Matamoros	0.716	0.262	0.050*	0.000	1.432

*Significativo a un nivel de confianza de 0.05.

Cuadro A2. Análisis ANOVA de un factor de la variable años de escolaridad.

Prueba de homogeneidad de varianzas

Años de escolaridad

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
2.597	4	615	0.035*

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	85.584	4	21.396	4.930	0.001*
Intra-grupos	2668.963	615	4.340		
Total	2754.547	619			

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: años de escolaridad	(I) Municipio	(J) Municipio	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Tamhane	Cd. Victoria	Reynosa	0.391	0.260	0.764	-0.347	1.129
		Nuevo Laredo	0.430	0.212	0.352	-0.165	1.026
		Matamoros	1.312	0.269	0.000*	0.543	2.081
		Tampico	0.547	0.288	0.467	-0.280	1.373
	Reynosa	Cd. Victoria	-0.391	0.260	0.764	-1.129	0.347
		Nuevo Laredo	0.039	0.277	1.000	-0.746	0.825
		Matamoros	0.921	0.323	0.049*	0.002	1.839
		Tampico	0.156	0.339	1.000	-0.811	1.122
	Nuevo Laredo	Cd. Victoria	-0.430	0.212	0.352	-1.026	0.165
		Reynosa	-0.039	0.277	1.000	-0.825	0.746
		Matamoros	0.881	0.285	0.025*	0.068	1.695
		Tampico	0.116	0.304	1.000	-0.752	0.984
	Matamoros	Cd. Victoria	-1.312	0.269	0.000*	-2.081	-0.543
		Reynosa	-0.921	0.323	0.049*	-1.839	-0.002
		Nuevo Laredo	-0.881	0.285	0.025*	-1.695	-0.068
		Tampico	-0.765	0.346	0.255	-1.753	0.223
	Tampico	Cd. Victoria	-0.547	0.288	0.467	-1.373	0.280
		Reynosa	-0.156	0.339	1.000	-1.122	0.811
		Nuevo Laredo	-0.116	0.304	1.000	-0.984	0.752
		Matamoros	0.765	0.346	0.255	-0.223	1.753

*Significativo a un nivel de confianza de 0.05.

Cuadro A3. Análisis ANOVA de un factor de la variable edad de la primera relación sexual.

Prueba de homogeneidad de varianzas

Edad de la primera relación sexual

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
1.834	4	610	0.121

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	6.615	4	1.654	0.753	0.556
Intra-grupos	1339.018	610	2.195		
Total	1345.633	614			

Cuadro A4. Análisis ANOVA de un factor de la variable edad del primer embarazo de las mamás adolescentes.

Prueba de homogeneidad de varianzas

Edad del primer embarazo

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
0.477	4	614	0.753

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	21.850	4	5.462	2.564	0.037*
Intra-grupos	1308.092	614	2.130		
Total	1329.942	618			

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: ¿A qué edad te embarazaste por primera vez?	(I) Municipio	(J) Municipio	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
HSD de Tukey	Cd. Victoria	Reynosa	-0.024	0.184	1.000	-0.526	0.479
		Nuevo Laredo	-0.077	0.144	0.984	-0.472	0.318
		Matamoros	0.189	0.212	0.900	-0.391	0.770
		Tampico	-0.599	0.215	0.043*	-1.187	-0.011
	Reynosa	Cd. Victoria	0.024	0.184	1.000	-0.479	0.526
		Nuevo Laredo	-0.054	0.186	0.998	-0.561	0.454
		Matamoros	0.213	0.242	0.905	-0.450	0.875
		Tampico	-0.576	0.245	0.129	-1.245	0.093
	Nuevo Laredo	Cd. Victoria	0.077	0.144	0.984	-0.318	0.472
		Reynosa	0.054	0.186	0.998	-0.454	0.561
		Matamoros	0.266	0.214	0.725	-0.319	0.851
		Tampico	-0.522	0.216	0.113	-1.114	0.070
	Matamoros	Cd. Victoria	-0.189	0.212	0.900	-0.770	0.391
		Reynosa	-0.213	0.242	0.905	-0.875	0.450
		Nuevo Laredo	-0.266	0.214	0.725	-0.851	0.319
		Tampico	-0.788	0.267	0.027*	-1.517	-0.059
	Tampico	Cd. Victoria	0.599	0.215	0.043*	0.011	1.187
		Reynosa	0.576	0.245	0.129	-0.093	1.245
		Nuevo Laredo	0.522	0.216	0.113	-0.070	1.114
		Matamoros	0.788	0.267	0.027*	0.059	1.517

*Significativo a un nivel de confianza de 0.05.

Cuadro A5. Análisis de correspondencia entre las variables planeación del embarazo y tipo de coresidencia.

Tabla de correspondencias

Planeación del embarazo	Tipo de coresidencia									
	Con ambos padres	Sólo con mamá	Sólo con papá	Con su pareja	Con sus suegros	Con su pareja en casa de los padres/suegros	Sola	Abuelos	Otros familiares	Margen activo
Embarazo planeado	1	41	5	7	0	23	0	67	5	149
Embarazo no planeado	22	70	10	18	3	80	7	179	23	412
Embarazo no deseado	7	12	1	0	0	8	0	28	3	59
Margen activo	30	123	16	25	3	111	7	274	31	620

Resumen

Dimensión	Valor propio	Inercia	Chi-cuadrado	Sig.	Proporción de inercia		Confianza para el Valor propio	
					Explicada	Acumulada	Desviación típica	Correlación
								2
1	0.174	0.030			0.652	0.652	0.031	0.203
2	0.128	0.016			0.348	1.000	0.034	
Total		0.047	28.928	0.024*	1.000	1.000		

Examen de los puntos de fila

Planeación del embarazo	Masa	Puntuación en la dimensión		Inercia	Contribución				
		1	2		De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		
					1	2	1	2	Total
Embarazo planeado	0.240	0.726	0.134	0.023	0.726	0.034	0.976	0.024	1.000
Embarazo no planeado	0.665	-0.191	-0.194	0.007	0.140	0.196	0.571	0.429	1.000
Embarazo no deseado	0.095	-0.497	1.016	0.017	0.135	0.770	0.246	0.754	1.000
Total activo	1.000			0.047	1.000	1.000			

Examen de los puntos columna

Tipo de coresidencia	Masa	Puntuación en la dimensión		Inercia	Contribución				
		1	2		De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		Total
					1	2	1	2	
Con ambos padres	0.048	-1.331	0.779	0.019	0.491	0.230	0.800	0.200	1.000
Sólo con mamá	0.198	0.485	0.262	0.010	0.268	0.107	0.824	0.176	1.000
Sólo con papá	0.026	0.437	-0.124	0.001	0.028	0.003	0.944	0.056	1.000
Con su pareja	0.040	0.375	-0.801	0.004	0.033	0.203	0.231	0.769	1.000
Con sus suegros	0.005	-1.097	-1.521	0.002	0.033	0.088	0.416	0.584	1.000
Con su pareja en casa de los padres/suegros	0.179	-0.134	-0.304	0.003	0.018	0.130	0.209	0.791	1.000
Sola	0.011	-1.097	-1.521	0.006	0.078	0.205	0.416	0.584	1.000
Abuelos	0.442	0.010	0.077	0.000	0.000	0.021	0.021	0.979	1.000
Otros familiares	0.050	-0.418	-0.188	0.002	0.050	0.014	0.872	0.128	1.000
Total activo	1.000			0.047	1.000	1.000			

*Significativo a un nivel de confianza de 0.05.

Cuadro A6. Análisis ANOVA de un factor de la variable edad de deseo del primer hijo.

Prueba de homogeneidad de varianzas

Edad de deseo del primer hijo

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
2.285	4	591	0.059

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	116.215	4	29.054	3.946	0.004*
Intra-grupos	4351.362	591	7.363		
Total	4467.577	595			

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: ¿A qué edad te hubiera gustado tener tu primer hijo?	(I) Municipio	(J) Municipio	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
HSD de Tukey	Cd. Victoria	Reynosa	-0.151	0.347	0.992	-1.102	0.799
		Nuevo Laredo	0.571	0.272	0.224	-0.175	1.316
		Matamoros	0.622	0.407	0.543	-0.490	1.735
		Tampico	-0.867	0.412	0.220	-1.995	0.261
	Reynosa	Cd. Victoria	0.151	0.347	0.992	-0.799	1.102
		Nuevo Laredo	0.722	0.350	0.239	-0.237	1.681
		Matamoros	0.774	0.462	0.451	-0.491	2.039
		Tampico	-0.716	0.467	0.543	-1.995	0.563
	Nuevo Laredo	Cd. Victoria	-0.571	0.272	0.224	-1.316	0.175
		Reynosa	-0.722	0.350	0.239	-1.681	0.237
		Matamoros	0.052	0.409	1.000	-1.068	1.171
		Tampico	-1.438	0.415	0.005*	-2.573	-0.303
	Matamoros	Cd. Victoria	-0.622	0.407	0.543	-1.735	0.490
		Reynosa	-0.774	0.462	0.451	-2.039	0.491
		Nuevo Laredo	-0.052	0.409	1.000	-1.171	1.068
		Tampico	-1.489	0.513	0.031*	-2.893	-0.086
	Tampico	Cd. Victoria	0.867	0.412	0.220	-0.261	1.995
		Reynosa	0.716	0.467	0.543	-0.563	1.995
		Nuevo Laredo	1.438	0.415	0.005*	0.303	2.573
		Matamoros	1.489	0.513	0.031*	0.086	2.893

*Significativo a un nivel de confianza de 0.05.

Cuadro A7. Análisis ANOVA de un factor de la variable número de hijas e hijos deseados en toda la vida de las mamás adolescentes.

Prueba de homogeneidad de varianzas

Si pudieras escoger el número de hijas e hijos por tener en toda tu vida, ¿cuántos tendrías?

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
0.904	4	599	0.461

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	5.210	4	1.302	1.608	0.171
Intra-grupos	485.141	599	0.810		
Total	490.351	603			

Cuadro A8. Análisis ANOVA de un factor de la variable años de espera deseados para el siguiente embarazo.

Prueba de homogeneidad de varianzas

Años de espera para el siguiente embarazo

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
1.170	4	531	0.323

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	54.473	4	13.618	2.293	0.058
Intra-grupos	3153.676	531	5.939		
Total	3208.149	535			

Bibliografía

- CEPAL (2013). Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Consultado en línea el 1º de diciembre de 2015 en http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf
- Conde Vinacur, J., Fernández, M., Guevel, C., & Marconi, E. (2001). Intervalo interembarazo o intergenésico. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, Vol. 20, Núm. 1, 20-23.
- Conde-Agudelo, A., Rosas-Bermudez, A., Castaño, F., & H. Norton, M. (2012). Effects of birth spacing on maternal, perinatal, infant, and child health: a systematic review of causal mechanisms. *Studies in Family Planning*; 43[2], 93-114.
- CONAPO. (2011). *Perfiles de Salud Reproductiva: República Mexicana*, CONAPO, México, D.F., http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Republica_Mexicana_Perfiles_de_Salud_Reproductiva, consultado el 26 de Noviembre de 2015.
- Dominguez, L., & Vigil-De Gracia, P. (2005). El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 32(3), 122-126.
- DOF (2013). *Decreto de obligatoriedad de nivel de educación media superior*, publicado en 2012 y consultada en línea al 1º de diciembre, 2015 http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5233070&fecha=09/02/2012
- Firdous, N., Manzoor, R., Qureshi, A., & Pandit, B. (2014). Impact Of Interpregnancy Interval On Perinatal Outcome. *JK- Practitioner*, 19(3-4), 75-79.
- Fonseca-Aguilar, E. (2006). *Análisis de la relación entre intervalos intergenésicos y la sobrevivencia del niño, Honduras 2001*. San José de Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Gobierno de la República. (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)*. <http://www.issste.gob.mx/images/downloads/home/ENAPEA.pdf>
- González Vázquez, M., Balseiro Almarino, L., Pérez Cabrera, I., Terán Hernández, B., Santana Pomposo, L., Urueta Aranda, R., & Martínez Fajardo, L. F. (2014). Factores de riesgo biopsicosociales del embarazo, percibidos por mujeres de un Centro de Salud, del estado de Morelos. *Revista "Horizontes en Salud"*, Vol. 6, No.1, enero-julio, 37-48.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1989). *Impacto del programa de Planificación Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la mortalidad perinatal*. México, D.F.
- INEGI. (2015). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, ENADID, 2014: Principales resultados*, Página de internet de INEGI, http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/doc/resultados_enadid14.pdf, consultada el 26 de Noviembre de 2015.
- INEGI. (2011). *Panorama sociodemográfico de Tamaulipas, Censo de Población y Vivienda (2010)*, México.
- Morgan-Ortiz, F., Muñoz-Acosta, J., Valdez-Quevedo, R., Quevedo-Castro, E., & Báez-Barraza, J. (2010). Efecto del intervalo intergenésico postaborto en los resultados obstétricos y perinatales. *Ginecol Obstet Mex*, 78(1), 46-52.
- ONU. (2015). Proyecto de documento final de la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015. Consultado en línea el 1º de diciembre, 2015 http://200.23.8.225/odm/Doctos/TNM_2030.pdf

- Population Information Program. (2002). *Population Reports: Espaciamiento de los nacimientos: con intervalos de tres a cinco, más vidas a salvo*. XXX [3], Serie L, No. 13. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- Santos Villareal, G. M., & Richard Muños, M. P. (abril de 2010). *Paternidad responsable: instrumentos internacionales y consideraciones conceptuales en Centroamérica*. Obtenido de Biblioteca y archivo. Cámara de Diputados.: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spe/SPE-ISS-07-10.pdf>
- SEDESOL. (2014). *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social, 2014*, Reynosa, Tamaulipas, SEDESOL, Página de Internet de SEDESOL, http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Informes_pobreza/2014/Municipios/Tamaulipas/Tamaulipas_032.pdf, consultado el 22 de Noviembre de 2015.
- SEDESOL. (2014a). *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social, 2014*, Tamaulipas, SEDESOL, Página de Internet de SEDESOL, http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Informes_pobreza/2014/Estados/Tamaulipas.pdf, consultado el 22 de Noviembre de 2015.
- SEDESOL. (2015). *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social, 2015*, Reynosa, Tamaulipas, SEDESOL, Página de Internet de SEDESOL, http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Informes_pobreza/2015/Municipios/Tamaulipas/Tamaulipas_032.pdf, consultado el 22 de Noviembre de 2015.
- SEDESOL. (2015a). *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social, 2015*, Tamaulipas, SEDESOL, Página de Internet de SEDESOL, http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Informes_pobreza/2015/Estados/Tamaulipas.pdf, consultado el 22 de Noviembre de 2015.
- SSA. (2007-2012). *Criterios para la Operación de los servicios amigables en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes*. Documento impreso de consulta.
- SSA. (2013a). *Programa de Acción Específico 2013-2018, Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html
- SSA. (2013b). *Programa de Acción Específico 2013-2018, Planificación Familiar y Anticoncepción*. www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html
- SSA. (2013c). *Programa de Acción Específico 2013-2018, Salud Materna y Perinatal*. www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html
- Stern, C. (2012). *El "problema" del embarazo en la adolescencia. Contribuciones a un debate*. México, D.F.: El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos.
- Szasz, I., & Lerner, S. (2010). Salud reproductiva y desigualdades en la población. En B. García, & M. Ordorica (Coord.), *Los Grandes Problemas de México* (Primera ed., Vol. I, pág. 453). México, D.F.: El Colegio de México.
- Tuñón Pablos, E. (2006). Embarazo en adolescentes del sureste de México. *Papeles de Población*, 12[48], 141-154. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11204807>.

Serie lecciones aprendidas de evaluación, Investigación e incidencia política, número 6.

Reencontrándome: Modelo de investigación-acción en salud reproductiva y calidad de vida de mamás adolescentes que viven en condiciones de vulnerabilidad, desde y con ellas para el aplazamiento del segundo hijo.
Implementación piloto en Tamaulipas.

Documentación del modelo y diagnóstico del embarazo adolescente en los polígonos de los seis municipios participantes.

se termino de imprimir en el mes de mayo de 2017
en Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.
Calle 2 núm. 21, col. San Pedro de los Pinos, del Benito Juárez, 03800 México, D.F.

mexfam[®]

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C.

Juárez 208, Tlalpan, C.P. 14000, México D.F., Tel. +52 (55) 5487 0030, 01 800 007 7200

 mexfam.org.mx  [/Mexfam](https://www.facebook.com/Mexfam)  [@MexfamAC](https://twitter.com/MexfamAC)  comunicacion@mexfam.org.mx