



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



GENTE QUE TRABAJA Y LOGRA
enGRANDE



CIEPS
CONSEJO DE INVESTIGACIÓN Y
EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL

**Investigación Causas y Factores de la
Maternidad Adolescente en el Estado de México,
dentro del contexto del Programa de Desarrollo
Social
*Futuro en Grande***

“El embarazo en la adolescencia no es solamente una cuestión de salud. Está profundamente enraizado en la pobreza, la desigualdad entre los géneros, el matrimonio forzado y temprano, los desequilibrios de poder entre las jóvenes y sus compañeros, la falta de educación y el fracaso de los sistemas y las instituciones que deberían estar protegiendo los derechos de las niñas”.

Dr. Babatunde Osotimehin, Director Ejecutivo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

26 de septiembre “Día Nacional de la Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes”, México.

Índice

PRESENTACIÓN	I
1. CONOCIMIENTO E INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL Y NACIONAL SOBRE MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA	1
1.1. La maternidad en la adolescencia como fenómeno social	1
1.1.1. Causas y consecuencias de la maternidad adolescente	4
1.1.2. Factores de riesgo y factores de protección	7
1.2. El embarazo adolescente en el mundo	12
1.2.1. Adolescencia e iniciación sexual	14
1.2.2. Matrimonio, embarazo y parto en adolescentes menores de 15 años ..	16
1.2.3. Fecundidad y embarazo en adolescentes de 19 a 15 años	18
1.2.4. Fecundidad, maternidad adolescente y condiciones de vida	22
1.2.5. Embarazo adolescente y Educación	24
1.2.6. Las adolescentes como madres solteras	27
1.2.7. Multiparidad	28
1.2.8. Desarrollo económico y embarazo adolescente	29
Resumen del apartado	34
1.3. La maternidad adolescente en México	38
1.3.1. Actividad sexual, conocimiento y uso de anticonceptivos	38
1.3.2. Embarazo adolescente	49
Resumen de apartado	56
2. COMPARACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONALES E INTERNACIONALES	60
2.1. Políticas públicas internacionales	60
2.1.1. Organización Mundial de la Salud	60
2.1.2. Fondo de Población de la Naciones Unidas	64

2.1.3. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura	67
2.2. Políticas Públicas Federales y Estatales	70
2.2.1. Programa Nacional de Juventud (PROJUVENTUD).....	71
2.3. Comparación de políticas públicas estatales, nacionales e internacionales.....	85
3. LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA EN EL ESTADO DE MÉXICO...	88
3.1. Sexualidad y anticoncepción	88
3.2. Embarazo adolescente.....	96
Resumen del apartado.....	103
4. LAS BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA DE DESARROLLO SOCIAL <i>Futuro en Grande</i>: SUS CARACTERÍSTICAS Y CIRCUNSTANCIAS	106
4.1. El Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> y la percepción de sus beneficiarias	106
4.1.1. Tiempo como beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	107
4.1.2. Apoyos recibidos	108
Canasta alimentaria.....	108
Ácido fólico	109
Asesorías	109
Orientación integral	111
4.1.3. Apoyos esperados y necesidades no consideradas por el Programa. 113	
Canasta alimentaria.....	113
Canastilla de maternidad.....	114
Ácido fólico	114
Asesorías	115

Orientación integral	117
Capacitación para el trabajo	119
Necesidades de las beneficiarias que no son cubiertas por el Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	120
4.1.4. Beneficiarias apoyadas por otros Programas: apoyos adicionales	123
4.2. Análisis de Resultados	127
4.2.1. Situación biológica-socioeconómica de las madres adolescentes	127
Lugar de residencia	127
Edad	127
Hijos	128
Estado Civil	130
Idioma.....	132
Trabajo	132
Vivienda.....	134
Composición familiar	140
Ingreso y egreso familiar	143
Ingresos	143
Egresos	144
Alimentos	144
Electricidad.....	145
Gas.....	146
Ropa.....	147
Transporte.....	147
Gasolina	148
Gastos escolares	149

Renta.....	149
Hipoteca.....	150
Agua.....	151
TV de paga.....	151
Otros gastos.....	152
Otros apoyos económicos.....	153
4.2.2. Educación.....	155
Estudio y Escolaridad.....	155
Anticoncepción.....	157
Conocimiento.....	157
Acceso.....	159
Uso.....	160
4.2.3. Preconcepciones y afectos.....	164
Religión.....	164
Aborto.....	166
4.2.4. Pareja, Vida Sexual y Embarazo.....	169
Pareja.....	169
Vida sexual.....	174
Edad de iniciación sexual.....	174
Relaciones sexuales por voluntad propia.....	175
Historia del embarazo.....	178
Rol materno/Maternidad.....	185
4.2.5. Vinculación de factores que inciden en el embarazo adolescente.....	189
5. MOTIVACIONES Y DIFICULTADES QUE ENCARAN LAS MADRES ADOLESCENTES.....	198

5.1. Motivaciones y Aspiraciones	198
5.2. Dificultades	207
Conclusiones y recomendaciones para la política pública	208
Conclusiones	208
1. Adolescencia inmersa en la condición de vulnerabilidad	208
2. Iniciación sexual	209
3. Embarazo	209
4. Proceso personal y proyecto de vida	210
5. Las responsables del Programa	211
Recomendaciones	212
1. Ámbito sociocultural	213
2. Ámbito de la educación	214
3. Ámbito socioeconómico	215
Bibliografía	216
Glosario de términos	222
Glosario de siglas	224
Anexo 1	227
Programa Nacional de Juventud (PROJUVENTUD) 2014-2018 (Resumen)	227
Estrategia 2.1. Participar en el fomento de políticas para la salud integral de las personas jóvenes	228
Componente: Salud y Bienestar	228
Línea de acción: 2.1.9. Colaborar en la implementación de estrategias integrales para prevenir el embarazo temprano.	228
INDICADORES Y SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO	228
Indicadores	228
Consideraciones para el cálculo de la meta	231

Índice de Tablas

Tabla 1. Porcentaje de adolescentes sexualmente activos de 12 a 19 años de edad, según uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, por sexo y grupo de edad.....	42
Tabla 2. Porcentaje de adolescentes sexualmente activos por sexo, edad y uso de métodos anticonceptivos en la primera y última relación sexual.....	43
Tabla 3. Tasa de fecundidad en adolescentes de 12 a 19 años de edad por grupo de edad.....	52
Tabla 4. Directrices de la Organización Mundial de la Salud para prevenir el embarazo precoz y sus resultados reproductivos en adolescentes de los países en desarrollo identificadas por Gamboa y Valdés (2013).....	62
Tabla 5. Programas de algunos países de América Latina identificados en 2013 para prevenir el embarazo en adolescentes.....	69
Tabla 6. Programas identificados por entidad federativa en materia de prevención del embarazo en adolescentes, durante 2013.....	75
Tabla 7. Distribución porcentual de los adolescentes de 15 a 19 años de edad, según inicio de vida sexual antes de los 15 años, Estado de México.....	89
Tabla 8. Distribución porcentual de los adolescentes de 19 años de edad, según inicio de vida sexual antes de los 19 años, Estado de México.....	90
Tabla 9. Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de acuerdo con inicio de vida sexual y sexo, Estado de México.....	90
Tabla 10. Distribución porcentual de los adolescentes de 12 a 19 años, según uso de preservativo o condón en la primera relación sexual y sexo, Estado de México.....	91
Tabla 11. Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años con inicio de vida sexual, según uso de método anticonceptivo en la primera y última relación sexual, Estado de México.....	92
Tabla 12. Encuesta Estatal de Juventud 2013-2014.....	95
Tabla 13. Distribución porcentual de mujeres de 12 a 19 años con inicio de vida sexual, según si han estado embarazadas, Región Centro.....	96

Tabla 14. Distribución porcentual de mujeres adolescentes de 12 a 19 años con inicio de vida sexual que alguna vez estuvieron embarazadas, Estado de México.....	97
Tabla 15. Datos generados por el “Diagnóstico sobre Embarazo en Mujeres Adolescentes en municipios del Estado de México: Ecatepec, Nezahualcóyotl, Naucalpan, Toluca y Chimalhuacán”.....	99
Tabla 16. Estadísticas del Sector Salud del Estado de México: número de embarazadas con control prenatal y número de nacimientos resultantes.....	101
Tabla 17. Nacimientos en el Estado de México de 2008 a 2012, según grupos de edad de la madre	102
Tabla 18. Necesidades cubiertas por el Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> en general	121
Tabla 19. Necesidades no cubiertas por la canasta alimentaria	121
Tabla 20. Necesidades no cubiertas por la canastilla de maternidad.....	121
Tabla 21. Necesidades no cubiertas por las asesorías	122
Tabla 22. Necesidades no cubiertas por la orientación integral	122
Tabla 23. Necesidades no cubiertas por la capacitación para el trabajo.....	122
Tabla 24. Otras necesidades no cubiertas por el Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	123
Tabla 25. Situaciones extraordinarias sobre el Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	123
Tabla 26. Lugar de residencia	127
Tabla 27. Composición de la construcción de las viviendas de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	138
Tabla 28. Servicios con que cuentan las viviendas beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	138
Tabla 29. Aspectos físicos del embarazo de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	184
Tabla 30. Aspectos emocionales del embarazo de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	184

Tabla 31. Aspectos sociales del embarazo de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	185
Tabla 32. Metas y aspiraciones de las beneficiarias de Chalco	203
Tabla 33. Metas y aspiraciones de las beneficiarias de Naucalpan	204
Tabla 34. Metas y aspiraciones de las beneficiarias de San José del Rincón	204
Tabla 35. Metas y aspiraciones de las beneficiarias de Villa Victoria.....	204

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Comparación de la edad de iniciación sexual en algunos países.....	15
Cuadro 2. Datos sobre iniciación sexual forzada en menores de 15 años.....	16
Cuadro 3. Situación de fecundidad y embarazo en adolescentes de 15 a 19 años en países andinos	21
Cuadro 4. Hallazgos de algunas investigaciones sobre la relación entre Embarazo adolescente y Educación	24
Cuadro 5. Comparación entre Estados Unidos y Brasil: embarazo, nacimientos y salud reproductiva en chicas adolescentes de 15 a 19 años	30
Cuadro 6. Enfoque Ecológico UNFPA.....	66
Cuadro 7. Esquema de PROJUVENTUD 2014-2018.....	74
Cuadro 8. Comparación de políticas públicas estatales, nacionales e internacionales	85
Cuadro 9. Matriz Causal.....	196

Índice de Gráficas

Gráfica 1. Tasa de fecundidad adolescente en países miembros de la OCDE, 1980 y 2008	20
Gráfica 2. Tasas de fecundidad (por mil) de mujeres de 15 a 19 años, 1982-2008	50
Gráfica 3. Meses como beneficiaria del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	108
Gráfica 4. Calificación de las beneficiarias al apoyo recibido de canasta alimentaria: Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	108

Gráfica 5. Calificación de las beneficiarias al apoyo recibido de ácido fólico: Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	109
Gráfica 6. Calificación de las beneficiarias a las asesorías recibidas en el tema de maternidad: Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	110
Gráfica 7. Calificación de las beneficiarias a las asesorías recibidas en el tema de responsabilidad social: Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	110
Gráfica 8. Calificación de las beneficiarias a las asesorías recibidas en el tema de nutrición y salud: Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	111
Gráfica 9. Calificación de las beneficiarias a la orientación integral recibida en el tema de autoestima: Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	112
Gráfica 10. Calificación de las beneficiarias a la orientación integral recibida en el tema de motivación: Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	112
Gráfica 11. Calificación de las beneficiarias a la orientación integral recibida en el tema de superación personal: Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	113
Gráfica 12. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado de canasta alimentaria: Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	114
Gráfica 13. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado de canastilla de maternidad: Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	114
Gráfica 14. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado de ácido fólico: Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	115
Gráfica 15. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado de asesorías en el tema de maternidad: Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	116
Gráfica 16. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado de asesorías en el tema responsabilidad social: Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	116
Gráfica 17. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado de asesorías en el tema de nutrición y salud: Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	117
Gráfica 18. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado de orientación integral en el tema de autoestima: Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	118

Gráfica 19. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado de orientación integral en el tema de motivación: Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	118
Gráfica 20. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado de orientación integral en el tema de superación personal: Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	119
Gráfica 21. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado Capacitación para el trabajo: Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	120
Gráfica 22. Beneficiarias apoyadas por otro Programa gubernamental	124
Gráfica 23. Beneficiarias apoyadas por otro Programa de capacitación para el trabajo	124
Gráfica 24. Beneficiarias apoyadas en capacitación para el trabajo en otra institución	125
Gráfica 25. Beneficiarias apoyadas en capacitación para el trabajo en el propio trabajo	126
Gráfica 26. Edad de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	128
Gráfica 27. Edades de los hijos de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	129
Gráfica 28. Sexo de los hijos de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	129
Gráfica 29. Persona a cargo de los hijos de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	130
Gráfica 30. Estado civil de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	130
Gráfica 31. Porcentaje de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> que trabajan	132
Gráfica 32. Empleos de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	133
Gráfica 33. Zona de la vivienda de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	134

Gráfica 34. Porcentaje de pavimentación de la zona de vivienda de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	135
Gráfica 35. Propiedad de la vivienda de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	135
Gráfica 36. Tipo de vivienda de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	136
Gráfica 37. Tipo de muros de la vivienda de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	136
Gráfica 38. Tipo de piso de viviendas de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	137
Gráfica 39. Tipo de techo de las viviendas de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	137
Gráfica 40. Porcentaje de localidades con transporte público.....	139
Gráfica 41. Porcentaje de uso del transporte público entre las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	139
Gráfica 42. Composición familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	140
Gráfica 43. Distribución por sexos de los familiares de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	141
Gráfica 44. Distribución por edades de los familiares de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	142
Gráfica 45. Distribución de la escolaridad de los familiares de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	142
Gráfica 46. Distribución del ingreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	143
Gráfica 47. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> en alimentos.....	145
Gráfica 48. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> en electricidad	146
Gráfica 49. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> en gas	146

Gráfica 50. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> en ropa.....	147
Gráfica 51. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> en transporte.....	148
Gráfica 52. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> en gasolina.....	148
Gráfica 53. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> en gastos escolares.....	149
Gráfica 54. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> en renta de vivienda.....	150
Gráfica 55. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> en pago de hipoteca.....	150
Gráfica 56. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> en agua.....	151
Gráfica 57. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> en TV de paga.....	152
Gráfica 58. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> en otros gastos.....	152
Gráfica 59. Porcentaje de otro apoyo económico recibido por las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	153
Gráfica 60. Porcentaje de personas que ofrecen apoyo económico a las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	154
Gráfica 61. Monto del apoyo económico que otras personas ofrecen a las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	154
Gráfica 62. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> que estudia.....	155
Gráfica 63. Escolaridad de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	157
Gráfica 64. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> que conocía métodos anticonceptivos antes de embarazarse.....	158

Gráfica 65. Métodos anticonceptivos conocidos por las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> antes de embarazarse.....	159
Gráfica 66. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> que tenían acceso a métodos anticonceptivos antes de embarazarse	160
Gráfica 67. Métodos anticonceptivos usados por las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> antes de embarazarse	161
Gráfica 68. Razones de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> para no usar métodos anticonceptivos actualmente.....	163
Gráfica 69. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> que usaron métodos anticonceptivos “a escondidas” antes de embarazarse.....	164
Gráfica 70. Religión de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	164
Gráfica 71. Influencia de la religión declarada por las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> en su decisión de tener hijos.....	165
Gráfica 72. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> que consideró abortar.....	166
Gráfica 73. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> a quienes les sugirieron abortar	167
Gráfica 74. Porcentaje de beneficiarias del Programa “ <i>Futuro en Grande</i> que procuró abortar.....	167
Gráfica 75. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> que ha perdido un bebé en aborto espontáneo	168
Gráfica 76. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> que consideró la adopción.....	168
Gráfica 77. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> a quienes se les sugirió la adopción.....	169
Gráfica 78. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> que tiene pareja actualmente	169

Gráfica 79. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> cuya pareja actual es el padre de sus hijos.....	172
Gráfica 80. Porcentajes de la edad de las parejas de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	173
Gráfica 81. Porcentaje de quienes apoyan a las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> en la crianza de sus hijos.....	174
Gráfica 82. Edad de la iniciación a la vida sexual de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	174
Gráfica 83. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> que iniciaron voluntariamente su vida sexual	175
Gráfica 84. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> cuya relación que dio origen a su embarazo fue consensual	176
Gráfica 85. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> que quería quedar embarazada	177
Gráfica 86. Edad de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> al primer embarazo.....	177
Gráfica 87. Emociones de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> al saber que estaban embarazadas	178
Gráfica 88. Reacción emocional de las parejas de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> al enterarse del embarazo.....	179
Gráfica 89. Reacción emocional del padre de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> al enterarse del embarazo.....	180
Gráfica 90. Reacción emocional de la madre de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> al enterarse del embarazo.....	181
Gráfica 91. Reacción emocional de los hermanos de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> al enterarse del embarazo	182
Gráfica 92. Reacción emocional de las hermanas de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> al enterarse del embarazo	182
Gráfica 93. Reacción emocional de las amistades de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> al enterarse del embarazo	183

Gráfica 94. Sentimientos actuales de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> ante su maternidad.....	186
Gráfica 95. Porcentaje de apoyo percibido por las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> para el cuidado de sus hijos.....	187
Gráfica 96. Estado civil y edad de la beneficiaria en el primer embarazo	190
Gráfica 97. Escolaridad y edad de la beneficiaria en el primer embarazo.....	191
Gráfica 98. Edad de iniciación sexual y edad de la beneficiaria en el primer embarazo	192
Gráfica 99. Ingreso familiar y edad de la beneficiaria en el primer embarazo.....	193
Gráfica 100. Conocimiento de anticonceptivos y edad de la beneficiaria en el primer embarazo	194
Gráfica 101. Acceso a anticonceptivos y edad de la beneficiaria en el primer embarazo	195
Gráfica 102. Uso de anticonceptivos y edad de la beneficiaria en el primer embarazo	196
Gráfica 103. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> ante su maternidad que declaran tener metas de vida.....	198
Gráfica 104. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> que quiere dedicarse a criar a sus hijos	199
Gráfica 105. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> que quiere seguir estudiando	200
Gráfica 106. Porcentaje de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> que quiere trabajar	201
Gráfica 107. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> que quiere seguir trabajando.....	202
Gráfica 108. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> que quiere un trabajo diferente al actual	202
Gráfica 109. Porcentaje de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i> que necesita capacitación para obtener un trabajo.....	203

PRESENTACIÓN

La presente investigación se realizó a través del Consejo de Investigación y Evaluación de la Política Social (CIEPS), cuyo objetivo fue comprender las causas y factores del embarazo de las adolescentes que fueron beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*.

En consecuencia, la investigación se desarrolló aplicando una estrategia combinada que; resume el estado del conocimiento mundial y nacional sobre el tema y lo confronta con estudios referidos al Estado de México. Además, ayuda a conocer las características de quienes participan en el Programa y la forma en que las beneficiarias lo aprovechan; así como, ofrece los elementos para comprender las motivaciones y necesidades de las adolescentes y jóvenes en torno a la maternidad temprana; considerando entre otros aspectos, su grado de conocimiento –pre y post evento- sobre las formas de prevenir el embarazo y la posibilidad material y relacional de aplicarlas.

De este modo, la investigación se realizó en cuatro etapas, en la primera se llevó a cabo la revisión bibliográfica de las investigaciones relacionadas con el tema en los niveles mundial, nacional y estatal. Seguido de la caracterización básica de las adolescentes y jóvenes beneficiarias del Programa apoyada en un análisis cuantitativo y cualitativo. Posteriormente, el análisis de las causas y motivaciones conducentes a la toma de decisiones prácticas por parte de los actores directamente implicados, sustentado con información generada por grupos focales. Y por último, la síntesis e integración de los hallazgos y resultados.

Se espera que este documento contribuya a facilitar a las instituciones y a los tomadores de decisiones sobre el diseño de los Programas orientados a las poblaciones más vulnerables, entre quienes están, sin duda, las adolescentes embarazadas en condiciones de pobreza multidimensional, sus hijos y sus familias.

Marivel Jaqueline Zúñiga González
Secretaria Ejecutiva

1. CONOCIMIENTO E INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL Y NACIONAL SOBRE MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA

1.1. La maternidad en la adolescencia como fenómeno social

Los términos más comunes para referirse al proceso reproductivo femenino son: embarazo, gestación y maternidad. Desde la perspectiva médica, el primero y el segundo son correlativos al proceso de crecimiento y desarrollo del producto dentro del útero. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo inicia con la implantación del óvulo fecundando por el espermatozoide en la pared del útero y termina con el parto.

En México, el artículo 61 de la Ley General de Salud considera a la maternidad como la secuencia del embarazo, parto, post-parto y puerperio. Mientras, en un sentido social, es un término muy amplio que comprende la concepción, el embarazo, el parto y las tareas de crianza tributarias del desarrollo físico y psicosocial de los hijos. Para la OMS las madres adolescentes son las mujeres entre los 15 y los 19 años de edad que ya tuvieron hijos o se encuentran embarazadas.

Para tratar el tema de la maternidad adolescente, antes se definirá etimológicamente a la Adolescencia. La raíz de la palabra proviene del término latino *adolescere* cuyo significado en latín es “ir creciendo, convertirse en adulto”. Este significado difiere del término “adolecer” del cual erróneamente se han derivado todo tipo de ideas sobre las supuestas carencias y dependencias de los adolescentes (Obiols, 2006).

La OMS, la delimita como periodo de vida que va de los 10 a los 19 años de edad. El marcador universal de su inicio, la pubertad, produce una metamorfosis somática, hormonal y psíquica de todo el organismo y anuncia la llegada de la madurez sexual. Ésta última se manifiesta en la mujer con la menarca, generalmente entre los 12 y los 13 años, y en el varón con las primeras eyaculaciones hacia los 13 o 14 años (Fize, 2007). La edad de aparición de la

menarca está influida por la nutrición, la salud, la zona geográfica y por factores económico-sociales. En las dos últimas décadas ha empezado a presentarse también entre los 10 y 11 años.

La transformación desencadenada por la pubertad cambia la apariencia física, la vida emocional y el desarrollo cognitivo de las y los adolescentes. Así pues, la concepción de la adolescencia como “etapa de cambios” se apoya en hechos observables que la diferencian de la niñez y de la infancia, por ejemplo, los cambios físicos (crecimiento y desarrollo corporal, caracteres sexuales secundarios y arribo a la capacidad reproductiva), psicosociales (abierto y más amplia sociabilidad entre pares, noviazgo, entre otros) y cognitivos (pensamiento hipotético deductivo). Todos estos cambios son vivenciados por ellas y ellos en conformidad o en confrontación con las premisas sociales de su época, de su grupo social y familiar.

Como período dinámico, la adolescencia establece diferencias en el desarrollo de los individuos de 13 a 19 años. La configuración particular de todos estos cambios, determina la condición y la ubicación social de los sujetos de ambos sexos, ya sea como “adolescentes tempranos” (Arnett, 2008), o como “adolescentes tardíos”. Según la OMS, la “primera adolescencia” ocurre entre los 10 a los 14 años y la “segunda adolescencia” de los 15 a los 19 años.

Mientras que los adolescentes tempranos viven los cambios físicos de manera más drástica y con sociabilidad intensa, en la adolescencia tardía el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro continúa reorganizándose y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de sus pares aún son importantes pero su influjo disminuye en la medida en que el individuo adquiere mayor confianza en su identidad y claridad de sus propias opiniones.

Otro rasgo diferencial es la temeridad –común en la adolescencia temprana cuando los individuos exploran el “comportamiento adulto”–. Éste declina durante la adolescencia tardía, cuando cada adolescente desarrolla la capacidad de

evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Para Aberastury y Knobel (1977) este comportamiento tiene su origen en la llamada “omnipotencia adolescente”, la creencia en una inmunidad personal ante los riesgos. Según ambos psicoanalistas, dicha conducta surge como defensa ante la ansiedad provocada por los cambios físicos y psicológicos de la etapa.

Desde los estudios de Margaret Mead en 1935, la adolescencia se identifica como producto de condiciones y circunstancias propias de cada sociedad que le otorgan duración, contenido y experiencias particulares (Schlegel y Barry, 1991; citados en Arnett, 2008). Como resultado, podemos hablar de la existencia de adolescencias –así, en plural- dada la variabilidad de las sociedades para definir el contenido de las funciones y las responsabilidades que los adolescentes deben aprender a cumplir para obtener el estatus de adulto (Saucedo *et al.*, 2005).

En el contexto occidental de un país en desarrollo como el nuestro, la tradición y la modernidad conviven, se enlazan y se enfrentan (Flores, 1992). La visión moderna espera de los individuos la definición de metas individuales cuyo logro se traduce en posiciones de seguridad económica y prestigio social. La visión tradicional espera, por el contrario, la permanencia de los individuos para reproducir sus tradiciones dentro del colectivo de origen. En el primer caso, la maternidad se considera prudente una vez alcanzadas las metas personales; en el segundo, es parte de la función integradora de la familia y reproductora de la cultura.

Una de las tensiones del encuentro entre ambas visiones es la maternidad adolescente. El inicio de la actividad sexual constituye una transición crucial en la vida de las adolescentes y jóvenes que no siguen la secuencia esperada de tener relaciones hasta después del matrimonio o unión o tener hijos después de lograr su estabilidad financiera. El lugar de las mujeres en la estructura de su grupo social, está profundamente vinculado al curso de su vida productiva, el valor de la mujer como madre sigue siendo importante para cualquier grupo social; en el caso de una adolescente sin proyecto de vida, ser madre le da un lugar y un curso a su vida.

El hecho es, que el embarazo adolescente está presente en distinta proporción tanto en países en desarrollo como en países desarrollados y desde la perspectiva tradicional como moderna, se ha convertido en objeto de estudio e intervención de distintas áreas, en ocasiones, con perspectivas contrarias.

1.1.1. Causas y consecuencias de la maternidad adolescente

De acuerdo con el estudio de Azevedo *et al.* (2012) la causalidad del embarazo adolescente se puede explicar a través de diversos factores, entre ellos, se encontró evidencia con mayor probabilidad del abandono de los estudios y con menor probabilidad de continuar estudios secundarios a raíz de vivir la maternidad en la adolescencia.

En lo referente a los resultados en el mercado laboral se encontró que Azevedo *et al.* (2012): concluyó en un estudio que el embarazo adolescente reduce las posibilidades de trabajo, mientras que en otro argumentó que las mujeres que dieron a luz siendo adolescentes tuvieron más probabilidades de tener un empleo. En cuanto a las repercusiones para el niño, en este trabajo encuentran que existen efectos permanentes en su desarrollo más asociados a las condiciones socioeconómicas que a la edad de la madre.

El informe de Azevedo *et al.* (2012), proporciona evidencia de un mayor riesgo de mortalidad materna, muerte del feto, mortalidad infantil y suicidio cuando la madre es una adolescente en condiciones de pobreza. También reconoce que las madres adolescentes tienen más probabilidades de vivir en un hogar monoparental, de divorcio y/o de menores oportunidades en el mercado matrimonial. Por último, este informe menciona que, dadas sus condiciones materiales, las madres adolescentes pobres son más propensas a participar en los Programas de asistencia social.

Como un factor de importancia en la incidencia y consecuencia del embarazo adolescente, también se señala el control del varón sobre la sexualidad y el uso de anticonceptivos en la relación, lo que expone a la mujer a infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados, entre otros problemas (Zeidentein,

1989; como se cita en González, 2000). En la generalidad de las publicaciones especializadas existentes, el embarazo adolescente no deseado o no planificado es señalado como resultado de que a las y los jóvenes no se les permite ejercer su sexualidad de manera informada con consecuentes riesgos para su salud y obstáculos para la realización de sus proyectos de vida (FNUAP, 1995 y 1997).

La relación al interior de la familia de origen de la madre adolescente también ha sido considerada como factor concomitante del embarazo. La evidencia extraída de algunos estudios sugiere que la maternidad temprana podría perturbar el equilibrio dentro del hogar debido a las tensiones entre ellos; mientras que un reporte de la CEPAL (2004:19) menciona que, “el intento de escapar a situaciones conflictivas en el hogar también es un detonante del embarazo temprano”. Ese estudio se basó en testimonios aislados donde las adolescentes mencionaron el deseo de tener hijos propios para no seguir cuidando de los hermanos pequeños, tarea comúnmente asignada a ellas en los estratos más pobres, o para ser tratadas como adultos por los padres. Por el contrario, en muchas familias mexicanas se observa que el apoyo familiar sirve de sostén emocional y material a la nueva madre y al bebé, incluso para impulsarla a trabajar, continuar o terminar sus estudios.

Por otra parte, luego de una revisión de la literatura que analiza causas del fenómeno bajo una concepción lineal, Alvarado e Infante (2010) identificaron que las causas más frecuentes del embarazo adolescente son:

- *Valores culturales.* Mientras que en muchos países en desarrollo la condición social de la mujer está determinada por el matrimonio y la maternidad, en países desarrollados se han establecido altos estándares de cumplimiento social y económico para ella.
- *Falta o deficiencia de una educación.* Con respecto a la vida sexual y reproductiva, desde los primeros años de la escuela o de otros ámbitos como la familia y la comunidad.
- *Falta de Información y de servicios.* Los adolescentes por lo general cuentan con poca información sobre los temas de reproducción y

sexualidad y acceso restringido –ya sea por razones económicas y/o culturales- a los servicios de salud reproductiva y a los métodos de planificación familiar.

- *Influencia de los medios de comunicación y de estereotipos sociales idealizados.* Modelan conductas que exacerban los impulsos sexuales y asocian el ejercicio precoz de la sexualidad con el prestigio social y el poder.

Asimismo, Alvarado e Infante (2010) identifican las consecuencias del embarazo adolescente de mayor presencia a nivel global:

- *Mortalidad materna.* Entre los 10 y 15 años, los embarazos se consideran de alto riesgo, además son más frecuentes las complicaciones que pueden ocasionar la muerte durante el parto.
- *Mortalidad infantil.* Los niños de madres adolescentes en condiciones de pobreza, tienen mayor probabilidad de morir durante los primeros cinco años de vida.
- *Embarazo no deseado o no planeado.* Puede conducir al rechazo y/o maltrato hacia el bebé.
- *Aborto.* Es ilegal, se lleva a cabo en condiciones inadecuadas, suma sus efectos al riesgo de mortalidad materna. También existe la probabilidad de trastornos por estrés postraumáticos secundarios a un aborto, principalmente cuando existen problemas previos (depresión, ansiedad, conflictos familiares o con la pareja), así como baja autoestima, violencia de género o trastornos de personalidad.
- *Infecciones y enfermedades de transmisión sexual.* Cada año, a nivel mundial, una(o) de cada 20 adolescentes puede adquirir una infección de este tipo. Su incidencia se asocia a la falta de conocimiento informado, asistencia a los centros de salud, al acceso a medios de protección, a mitos y creencias.
- *Matrimonios o uniones forzadas.* Las premisas morales o religiosas en muchas sociedades urbanas y rurales discriminan a la madre soltera, así

que las adolescentes se ven obligadas a casarse o unirse para evadir el rechazo social y familiar.

- *Tensiones familiares e individuales.* Tanto en varones como en mujeres.
- *Limitaciones económicas.*
- *Desajuste en la organización familiar.* Debido al rechazo por parte de la familia.
- *Dificultad para consolidar una relación de pareja.*
- *Dificultad para integrarse a grupos de pares que aún no han contraído compromisos de adultos.*
- *Bajo promedio de escolaridad.* El promedio escolar de las madres trabajadoras adolescentes es el equivalente al tercer año de secundaria, motivo por el cual, les es difícil encontrar trabajo bien remunerado y competitivo.

1.1.2. Factores de riesgo y factores de protección

La categoría factores de riesgo, hace referencia tanto a condiciones estructurales o macrosociales como a comportamientos o atributos de origen interno o personal que los actores ponen en juego y que los inclinan a ponerse en peligro. Son aquellas actitudes o prácticas repetitivas que ponen en peligro la integridad de los individuos que las adoptan y/o de aquellos a los que van dirigidas (Azocar 2009: 123; citado en Páramo, 2011:86).

Un primer factor de riesgo de embarazos no planeados es la iniciación sexual bajo coerción o abuso sexual que, además de dañina para la salud física y mental de la joven, generalmente sucede sin protección anticonceptiva (CEPAL, 2004). Sobre otros riesgos asociados al ejercicio de la sexualidad, Martínez y Hernández (1999; en Páramo, 2011:87) consideran a los y las adolescentes como grupo de alto riesgo debido a que es muy pobre su conocimiento de la sexualidad, de su funcionamiento corporal, del uso de anticonceptivos y de medidas preventivas de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Agrava esto, la ausencia de una adecuada educación sexual y la falta de comunicación eficaz entre padres e hijos.

Muchos adolescentes manejan numerosos mitos sexuales que posibilitan embarazos no deseados, abortos o contagio de enfermedades infecciosas (Coll, 2001; Urzúa, 1998; Vargas, Henao y González, 2007; en Páramo, 2011:87).

En un trabajo proveniente de la tradición médica, Baeza *et al.* (2007) aportan una interesante perspectiva sobre los factores de riesgo y de protección al embarazo adolescente. Su revisión de literatura conlleva a identificar que los factores de riesgo, se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social. En la primera, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de la actividad sexual son, entre otros, menarquia precoz, autopercepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos. En la segunda, se describen algunos factores de riesgo como: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre adolescente, padre ausente y carencias afectivas. En la dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz es la erotización promovida por los medios de comunicación que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad.

Con base en entrevistas a profundidad realizadas a adolescentes no embarazadas, Baeza *et al.* (2007) identifican y agrupan *factores de riesgo que favorecen el embarazo* (FFE) a partir del anterior agrupamiento de dimensiones. Como FFE individuales se identificaron: “amor romántico”, no usar métodos anticonceptivos (MAC), baja autoestima, irresponsabilidad masculina y falta de conocimiento en sexualidad. El “amor romántico” se refiere al hecho de que las adolescentes justifican la actividad sexual e incluso el embarazo, por la existencia de un sentimiento de amor idealizado, el no usar MAC se explica por el olvido de ingesta, temor a subir de peso, dificultades en el acceso a los métodos, vergüenza para solicitarlos e irresponsabilidad masculina. La baja autoestima se expresa en el temor al rechazo de las amistades al manifestar discrepancias con el grupo que tiene conductas de riesgo y miedo a perder la pareja frente a su negativa de

mantener actividad sexual o exigir uso de preservativos, la irresponsabilidad masculina implica que los varones no asumen responsabilidad en la anticoncepción, la falta de conocimiento en sexualidad se refiere a que existe información sobre cómo prevenir un embarazo, pero es escasa o inadecuada, por ejemplo, no saben cómo usar los MAC y la falta de conocimiento o desinformación en sexualidad, se asocia con padres de bajo nivel educacional, sin conocimientos o tabús respecto del tema y con la adopción de mitos como creer que la primera relación sexual no existe riesgo de embarazo.

De los FFE familiares aparecen con relevancia: “límite estrecho familiar”, “negligencia paterna”, “padres ausentes del hogar”, “familia poco acogedora”. El primero, corresponde a aquel límite impuesto por la familia percibido por las adolescentes como gran restricción para los permisos, en donde se manifiesta la falta de autonomía y libertad para la toma de decisiones, especialmente en el ámbito de la vida emocional y social; además, coarta la comunicación con los padres favoreciendo las relaciones ocultas. De igual manera, este límite estrecho favorece la conducta impulsiva que lleva a tomar decisiones inmediatas en cuanto se tiene la oportunidad de liberarse. También, se asocia en algunas adolescentes con desconocimiento e ingenuidad respecto del entorno social y los riesgos existentes en éste, lo que las hace más vulnerables. En la “negligencia paterna”, existe una falta de advertencia por parte de los padres frente a los riesgos a los que se exponen; ésta negligencia corresponde a aquella dinámica parental en la que existe ausencia de límites que las adolescentes perciben como desinterés, falta de apoyo y una insatisfacción de la necesidad de orientación en temas relevantes tales como la sexualidad y el consumo de drogas.

Los “padres ausentes del hogar” –por motivos de trabajo o relajamiento de límites– constituyen un factor familiar situacional considerado como FFE, otorgando a las jóvenes la oportunidad de permanecer solas y la “familia poco acogedora”, corresponde a la que establece una dinámica disfuncional que no cubre las necesidades afectivas y provoca en las adolescentes un sentimiento de soledad. En aquellas familias en que existen conflictos de pareja entre los padres, se

produce una situación que genera en las adolescentes sentimientos de incomodidad que ellas tratan de evadir, satisfaciendo sus carencias afectivas fuera de la familia, estableciendo relaciones de pareja con mayor dependencia emocional, lo que hace probable el contacto sexual sin protección.

Por otra parte, existen características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, al mantenimiento o la recuperación de la salud y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores y conductas de riesgo, por lo tanto, genera la reducción de la vulnerabilidad. Entre las categorías del ámbito individual más relevantes, identificadas como factores protectores del embarazo no deseado (FPE), en el estudio de Baeza *et al.* (2007), se encuentra la capacidad reflexiva y el proyecto de vida. La reflexividad es clave para potenciar otros factores como postergar la actividad sexual o prevenir el embarazo a través del uso de métodos anticonceptivos, principalmente para generar un proyecto de vida, el cual puede expresarse en la continuidad de los estudios y en la necesidad de concretar una independencia económica, ante el riesgo de establecer a futuro una relación de pareja inestable o ante la probabilidad de vivenciar violencia intrafamiliar. Entre las categorías del ámbito familiar más relevantes identificadas como FPE aparecen: “familia cuidadora” y “límites claros”. En la primera, existe comunicación, confianza y control de las situaciones de riesgo; este hecho, hace que las adolescentes se sientan acompañadas, consideradas, queridas y confiables, de este modo manifiestan preocupación por no “faltar a esa confianza” y no defraudar el concepto que se tiene de ellas, en la segunda, los límites son establecidos por la familia y dialogados con la adolescente. En el ámbito social, la categoría más relevante que aparece como FPE corresponde a evitar la “sanción social” que se expresa en la discriminación que experimentan las adolescentes que se embarazan.

Por su parte Donas Burak (2001; en Páramo, 2011:86) diferencia entre factores de riesgo de amplio espectro y factores o conductas que son “específicas para un daño”. Algunos de los primeros serían: familia con pobres vínculos entre sus

miembros, violencia intrafamiliar, baja autoestima, pertenecer a un grupo de pares/pandilla con conductas de riesgo, deserción escolar, proyecto de vida débil, locus de control externo y bajo nivel de resiliencia. Algunos factores o conductas de riesgo específico serían: tener hermana o amigas adolescentes embarazadas; emborracharse, ingesta excesiva de calorías, uso de drogas y depresión. A nivel sociológico, Donas Burak (2001; en Páramo, 2011:87) observa que los adolescentes y jóvenes latinoamericanos han sido y continúan siendo objeto de violencia política, económica, educativa y cultural y responden a ello desplegando conductas extremas propias de una “cultura del riesgo”.

Para Donas Burak (2001, en Páramo, 2011:87) los factores protectores también pueden ser de amplio espectro, es decir, indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras o de evitación de daños o riesgos; y factores protectores específicos a ciertas conductas de riesgo. Dentro de los primeros, identifica: la pertenencia a una familia contenedora, con buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado; locus de control interno bien establecido; sentido de la vida elaborado; permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia. Como factores protectores específicos, identifica, por ejemplo, no tener relaciones sexuales o tenerlas con uso de preservativo, controlar el uso de bebidas alcohólicas y no consumir drogas.

Ahora se reconoce como factor de protección ante los riesgos a la resiliencia, es decir, a la capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas. Vinaccia, Quiceno y Moreno (2007; en Páramo, 2011:88) señalan, entre los recursos más importantes de los niños y adolescentes resilientes: una relación emocional estable con al menos uno de sus padres o personas significativas; un ambiente educativo abierto, contenedor y con límites claros; apoyo social; modelos sociales de afrontamiento constructivo; tener responsabilidades sociales dosificadas y exigencias de logro; competencias cognitivas y, al menos, un nivel intelectual promedio; características temperamentales favorecedoras de un afrontamiento efectivo (flexibilidad); haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen

positiva; asignar significación subjetiva y positiva al estrés y al afrontamiento, de acuerdo con las características propias de su desarrollo y tener un afrontamiento activo como respuesta a las situaciones o factores estresantes. Asimismo, se ha destacado en varios estudios la calidad de la comunicación y de las relaciones familiares como factor de protección asociado a estilos de vida saludables en la adolescencia.

Por último, cabe enfatizar que las interrelaciones entre los diversos factores de riesgo son complejas y, a su vez, retratan la complejidad de la sociedad donde este fenómeno se presenta.

1.2. El embarazo adolescente en el mundo

El embarazo en la adolescencia, es una preocupación de nuestra época. En este apartado se ofrece un breve panorama de su prevalencia en el mundo, poniendo el acento en algunos países en desarrollo. Se considera especialmente a Brasil, por tratarse de un país semejante a México en su dinámica económica; se le compara con Estados Unidos como país en desarrollo y por su proximidad y gran influencia sobre nuestro país. A su vez, instancias internacionales y nacionales lo identifican como el país desarrollado con el índice de maternidad adolescente más elevado.

El embarazo adolescente ha sido un hecho común en toda la historia de la humanidad, especialmente cuando la expectativa de vida era muy baja. Durante mucho tiempo sólo se consideró como problema el embarazo prenupcial. Es a mediados del siglo XX, en las sociedades occidentales, que llegó a concebirse como un fenómeno social problemático. Esta percepción obedece por lo menos a tres razones clave:

- En algunos países participantes en la Segunda Guerra Mundial, como Estados Unidos, las mujeres se hicieron cargo de la economía del país mientras que los hombres combatían en el frente de batalla. Esto despertó la expectativa de que las mujeres estudiaran y se desarrollarían profesionalmente de manera similar a los hombres; pues si bien había

quienes lo hacían individualmente. En tales condiciones socioeconómicas y como consecuencia del avance de los movimientos feministas, cada vez fue menos aceptada la idea de que el principal objetivo del proyecto de vida femenino fuera el de ser madre y “se fue imponiendo la preocupación de que las mujeres, cuando así lo deseen, tengan la oportunidad de trabajar, estudiar o tener otros objetivos y actividades además de —o en lugar de— la maternidad. Tener un hijo a edad temprana sin duda dificulta la realización de ese tipo de objetivos” (CEPAL, 2004: 13).

- La adolescencia se fue ampliando en su duración y destacando como un sector de población en sí mismo, diferente a la niñez y a la adultez. Entonces los adolescentes se posicionaron como público destinatario del rock and roll y otras modas. Con esto se estableció el lugar de los adolescentes y jóvenes como grupo de consumidores.
- Con el crecimiento demográfico alentado por el aumento en la expectativa de vida, se despertó la necesidad de disminuir las tasas de natalidad. Siendo los adolescentes un sector abierto a la sexualidad, se convirtió en objeto de políticas y programas de control de la natalidad.

De este modo y seguramente con matices propios de cada colectivo, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, el embarazo en la adolescencia se identifica como un problema social a atender desde la óptica sanitaria, demográfica, educativa y económica, con importante énfasis en el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes.

La perspectiva sanitaria identifica problemas de salud durante la gestación y el parto en las adolescentes embarazadas pobres que no reciben adecuado control prenatal. El estudio de Mirabal *et al.* (2002) llevado a cabo en un grupo de adolescentes cubanas de 13 a 19 años bajo dichas condiciones, es un ejemplo de las alteraciones más frecuentes. Sus resultados fueron: anemia (55.3%), sepsis urinaria (52.0%), la amenaza de parto antes de término (11.3%), amenaza de aborto (7.3%), e hipertensión gestacional (4.7%). Para Zeidenstein (1989; citado en González, 2000), estas complicaciones en las mujeres, a su vez, repercuten en

la salud y el desarrollo de los hijos, y en situaciones sociales difíciles, como la maternidad solitaria, abandonar prematuramente la escuela, ser subempleada y tener menor estabilidad en las relaciones de pareja.

La perspectiva demográfica generalmente vincula la presentación del embarazo adolescente al crecimiento de la población y al incremento de la pobreza, la delincuencia, la drogadicción y la prostitución. Registros demográficos recientes reportan 5.3 millones de partos a nivel mundial (UNFPA, 2013a) en madres menores de 18 años, incluso, el número de embarazos es superior.

Desde la perspectiva educativa, algunos autores señalan mayor escolaridad en las mujeres que posponen la maternidad. En 2011, con base en varias investigaciones, Planned Parenthood Federation of America (PPFA) reportó 63% de las adolescentes que da a luz antes de cumplir 18 años, y 74% de las adolescentes que da a luz entre los 18 y 19 años se gradúan de la escuela secundaria o reciben el certificado de equivalencia secundaria GED, comparado con la graduación de aproximadamente 85% de las mujeres que posponen tener hijos hasta después de los 20 años. Desde la perspectiva económica, se considera que, tanto la connotación social como las consecuencias de un embarazo a estas edades, difiere de acuerdo al sector socioeconómico de las adolescentes (Stern, 2012).

1.2.1. Adolescencia e iniciación sexual

En el mundo, las y los adolescentes constituyen un grupo particularmente en desventaja en relación al acceso y uso de recursos de salud sexual y reproductiva que se ha hecho más notorio conforme se han publicado datos sobre las edades de su iniciación a la vida sexual activa. Para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)¹, los principales riesgos para la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes son el inicio no planeado, involuntario o desprotegido de la actividad coital, las posibilidades de contagio de enfermedades de transmisión sexual y la exposición a embarazos (no deseados o planeados) en

¹ Consultado el 14 de julio 2014 en: http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php

condiciones de riesgo. También la UNICEF (2011) reporta que las y los menores que tienen actividad sexual, tienen menos probabilidades de usar métodos anticonceptivos. El siguiente cuadro permite precisar la comparación entre algunos países.

Cuadro 1. Comparación de la edad de iniciación sexual en algunos países

Fuente	País	Información
Alvarado e Infante, 2010	Estados Unidos	California: 18% de los adolescentes que iniciaron su vida sexual lo hicieron antes de los 15 años y 66% antes de los 19 años.
	España	Barcelona: 14.5% de las y los jóvenes tenían relaciones coitales antes de los 15 años y 29.2% a los 16 años.
	Venezuela	20% de los jóvenes y 17.8% de las muchachas que tuvieron hijos antes de los 18 años han tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años.
UNICEF, 2011	Varios	A nivel mundial 11% de las mujeres y 6% de los varones de 15 a 19 años afirmaron haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años. La región con la mayor proporción de niñas adolescentes que afirman haber iniciado su vida sexual antes de los 15 años (22%) es América Latina y el Caribe (no existen cifras equivalentes para los adolescentes de esta región). En Asia se registran los niveles más bajos de actividad sexual en menores de 15 años de ambos sexos (sin incluir a China).
PPFA, 2011	Estados Unidos	46% de las chicas adolescentes y 22% de los chicos adolescentes que tienen su primera relación sexual antes de cumplir 15 años han estado involucrados en un embarazo. Para quienes experimentaron su primera relación sexual a los 15 años o más, el riesgo disminuye 25% y 9%, respectivamente.

Fuente: elaboración propia con datos de las fuentes citadas.

Merece especial atención el hecho de que la iniciación sexual en menores de 15 años haya sido fruto de relaciones sexuales forzadas. Bastan algunos ejemplos de estudios al respecto:

Cuadro 2. Datos sobre iniciación sexual forzada en menores de 15 años

Fuente	Supuesto	Información
Pantelides y Geldstein, 1998 (citado en CEPAL, 2004).	La proporción de una iniciación sexual forzada disminuye drásticamente a medida que aumenta la edad en que había tenido lugar.	Argentina: 100% de las entrevistadas que tuvieron su primer coito antes de los 13 años habían sido forzadas y ninguna de las que iniciaron su sexualidad entre los 17 y 18 años, lo fueron.
Jara, 2008, estudio para la OPS.	Mientras menor es la edad de las niñas que han tenido relaciones sexuales, mayor es la probabilidad de que hayan sido víctimas de incesto u otra forma de abuso sexual.	Estados Unidos ² : 60% de las menores de 15 años reportaron haber sido forzadas sexualmente. República Dominicana: 7% de las mujeres entrevistadas de 15 a 49 años declaró que fue forzada en su primera relación sexual y que ésta sucedió antes de sus 15 años.
BENFAM, 1999 (citado en CEPAL, 2004).		Brasil: 4.9% de las mujeres que se iniciaron sexualmente antes de los 15 años fueron forzadas, 0.4% de las que se iniciaron entre los 15 y 17 años también afirmaron tal situación, mientras que ninguna fue sometida de las que se iniciaron entre los 18 y 24 años.

Fuente: elaboración propia con datos de las fuentes citadas.

1.2.2. Matrimonio, embarazo y parto en adolescentes menores de 15 años

Cada año en los países en desarrollo dos millones de bebés nacen de madres menores de 15 años. La gran mayoría de estos partos son resultado de embarazos concebidos dentro del llamado “matrimonio infantil”. La mayoría de estas niñas fueron obligadas a casarse, carecen de recursos económicos, están menos educadas y viven en zonas rurales (UNFPA, 2013a: 9).

Las tasas de natalidad adolescente son más altas donde es más prevalente el matrimonio infantil, y los matrimonios infantiles suelen ser más frecuentes donde la pobreza es extrema”. La prevalencia del matrimonio infantil varía considerablemente entre países: 2% en Argelia vs. 75% en Níger. Éste último tiene el quinto ingreso nacional bruto per cápita más bajo del mundo y la tasa de natalidad en adolescentes más alta del mundo.

² *Sex and America's Teenagers. The Alan Guttmacher Institute, 1994.* Disponible en: <http://community.michiana.org/famconn/teenpreg.html>

Para las niñas, el matrimonio a temprana edad es causa de embarazos no deseados y de mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y guarda relación con factores que no están bajo su control, como el abuso sexual, la ausencia de los progenitores y la pobreza (UNICEF, 2011). Hoy en día, una de cada nueve niñas en los países en desarrollo es forzada a casarse antes de los 15 años de edad. En Bangladesh, Chad y Níger, más de una de cada tres niñas se casa antes de esa edad; en Etiopía, una de cada seis niñas. La diferencia de edad entre el varón y la menor en las uniones o matrimonios también afecta las tasas de fecundidad adolescente. UNFPA (2013a: 9) reporta que “cuanto mayor sea la diferencia de edad, mayores son las posibilidades de que la niña quede embarazada antes de los 18 años.”

En países donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana, las diferencias entre la edad media de la población soltera al casarse (SMAM, por sus siglas en inglés), entre hombres y mujeres, son generalmente grandes. En promedio, las diferencias de edad entre la SMAM de hombres y mujeres son de por lo menos, seis años. La SMAM es el tiempo promedio de vida soltera en personas entre 15 y 49 años (Naciones Unidas, 2011a; en UNFPA, 2013a). Asimismo, estudios citados por Pantelides y Binstock (2007) encontraron relación entre la edad de las parejas de madres adolescentes y la coerción sexual en Argentina.

En el documento, “Estado Mundial de la Infancia 2011, la Adolescencia, una época de oportunidad”, UNICEF expresa que quienes se ven forzadas a casarse a una edad temprana “también están más expuestas a quedar atrapadas en el ciclo negativo de embarazos prematuros, altas tasas de morbilidad y mortalidad materna y altos niveles de desnutrición infantil” (UNICEF, 2011:5).

A su vez, una preocupación especial sobre las adolescentes que son madres antes de los 15 años, es la mayor probabilidad de complicaciones físicas durante el parto debido al tamaño de su pelvis (Pantelides y Binstock, 2007).

En cuanto a los partos, en el informe “Maternidad en la niñez” (UNFPA, 2013a), se estableció que 3% de las jóvenes en países en desarrollo han dado a luz antes de los 15 años de edad. Dicho informe precisa que una de cada 10 niñas tiene un hijo antes de los 15 años en Bangladesh, Chad, Guinea, Malí, Mozambique y Níger, países donde es común el matrimonio infantil. En América Latina y el Caribe los partos de menores de 15 años aumentaron y se prevé que incrementen hasta el año 2030. En África Subsahariana, se estima que los partos de menores de 15 años casi se dupliquen en los próximos 17 años.

Los datos presentados hablan de una significativa presencia del embarazo precoz ligado a tradiciones, a la violencia sexual y a la pobreza. La OMS (2011b; en UNFPA, 2013a) con base en los datos reunidos en 54 países por la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés) y por la Encuesta de Demografía y Salud (DHS, por sus siglas en inglés), realizadas entre 1990 y 2008 y entre 1997 y 2011, reconoció una disminución del 1% en el porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que informaron un parto antes de los 15 años. Esta leve disminución, ha sido rápida en algunos países, pues se atribuye en gran parte al trabajo conjunto de organizaciones civiles y gubernamentales.

1.2.3. Fecundidad y embarazo en adolescentes de 19 a 15 años

Se define a la fecundidad adolescente de las mujeres en edades por debajo de los 20 años, como (CEPAL, 2004: 12):

La proporción de nacimientos que corresponden a madres adolescentes, esta ha ido en aumento, en general no debido a un incremento de las tasas de fecundidad en esas edades sino porque la fecundidad de las menores de 20 años disminuyó relativamente menos que la de las demás mujeres.

Del mismo modo, ha ido en aumento en muchos países el número de nacimientos de madres adolescentes debido a las tasas constantes o a la lenta disminución, se han combinado con una metodología de cohortes de tamaño creciente. Ello ha dado lugar a la impresión, especialmente entre los profesionales de los servicios públicos de salud, de que la fecundidad de este grupo etario está aumentando.

Aun así explicado este fenómeno, las tasas de fecundidad son importantes. Alrededor de 19% de las jóvenes en países en desarrollo quedan embarazadas antes de los 18 años de edad (UNFPA, 2013a). De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño, se considera “niño” o “niña” a toda persona menor de 18 años de edad.

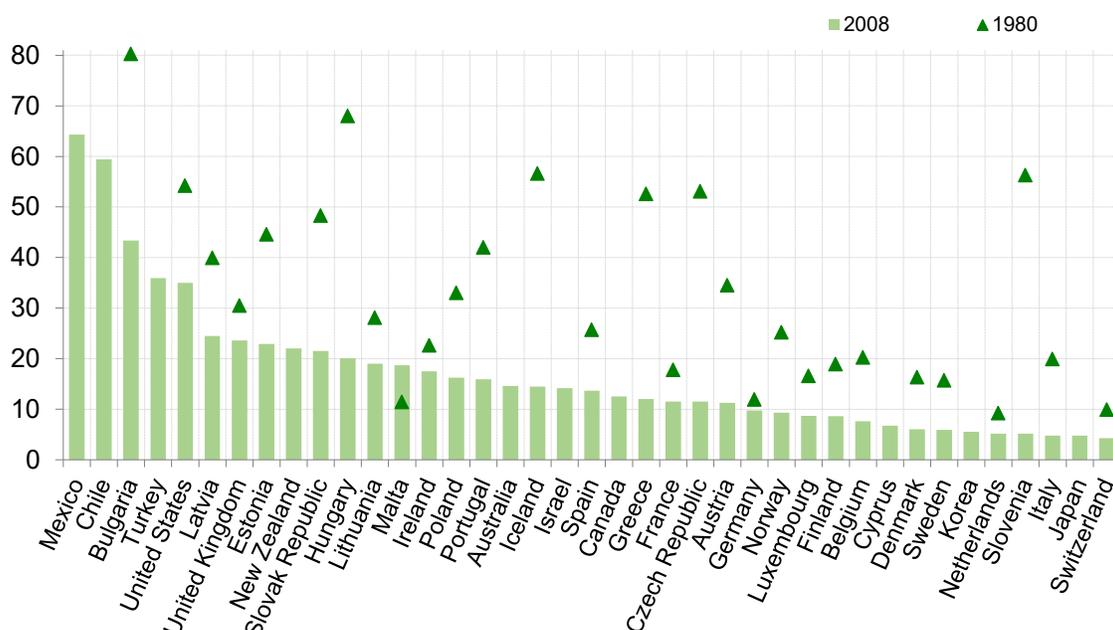
Asimismo, los datos reunidos por las encuestas DHS y MICS realizadas entre 1990 y 2008 y entre 1997 y 2011, muestran una leve disminución en el porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que informaron un parto antes de los 18 años: pasó de 23% a cerca de 20%. Los 54 países encuestados albergan 72% de la población total de los países en desarrollo, sin incluir a China.

De acuerdo al informe antes mencionado sobre “Maternidad en la Niñez” del UNFPA (2013a), los países desarrollados también tienen desafíos por enfrentar ante el embarazo adolescente: de los 13.1 millones de partos anuales en todo el mundo, de niñas entre 15 y 19 años, 680 mil ocurren en estos países (Naciones Unidas, 2013).

Entre los países desarrollados, Estados Unidos tiene la tasa de natalidad adolescente más alta en comparación: su tasa es más de dos veces más alta que la de Australia y Canadá, más de tres veces más alta que la de Francia, tres y media veces más alta que la de Alemania, seis y media veces más alta que la de los Países Bajos y siete veces más alta que la de Japón (Hamilton *et al.*, 2011, Naciones Unidas, 2011; citados en PPFA, 2011).

Por otra parte, entre los estados miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), que incluye países de medianos ingresos, México tiene la tasa de fecundidad más alta (64.2 por cada mil nacimientos) en adolescentes de entre 15 y 19 años de edad, mientras que Suiza tiene la más baja, con 4.3. Todos los miembros de la OCDE menos uno, Malta, tuvieron una disminución en dicha tasa entre 1980 y 2008 (UNFPA, 2013a:13).

Gráfica 1. Tasa de fecundidad adolescente en países miembros de la OCDE, 1980 y 2008



Fuente: UNFPA (2013a:13).

En su estudio para el Banco Mundial, Azevedo *et al.* (2012) establece que las tasas de fecundidad adolescente en los países de América Latina y el Caribe (ALC) se encuentran entre las más altas del mundo. En 2010, la región estuvo muy cerca de registrar la tercera mayor tasa de fecundidad adolescente del mundo (72 nacimientos por cada mil mujeres de entre 15 y 19 años de edad), después de África Subsahariana y el Sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente). En efecto, la mayoría de los países de la región caen dentro de los 50 países con los mayores índices de fecundidad en adolescentes.

En América Latina, las tasas están disminuyendo lentamente comparando con otras regiones, lo que provoca su ascenso gradual en las listas de fecundidad en adolescentes. A su vez, existen diferencias significativas dentro de la región: Nicaragua, República Dominicana y Guatemala registraron las mayores tasas de fecundidad adolescente en 2010 con más de 100 nacimientos por cada mil mujeres de entre 15 y 19 años de edad; mientras que, Perú, Haití y Trinidad y

Tobago tuvieron las más bajas, con menos de 50 nacimientos por cada mil mujeres en el mismo rango etario.

Con relación a América del Sur, el documento “Prevención del embarazo adolescente, Una Mirada Completa...”, emitido por el UNFPA (2013b), indica un promedio de 74 nacimientos por cada mil en mujeres adolescentes, con un rango de entre 55 y 90 por cada mil. Esto representa aproximadamente 18% de todos los embarazos en el área andina. Basta contar con algunos datos para describir la situación en estos países:

Cuadro 3. Situación de fecundidad y embarazo en adolescentes de 15 a 19 años en países andinos

País	Situación
Bolivia	Entre el 2003 y el 2008, la proporción de mujeres embarazadas entre 15 y 19 años se incrementó 3.3%. Más de 25% de las madres adolescentes apenas han concluido la educación primaria. Una de cada cuatro adolescentes sexualmente activas usa algún método anticonceptivo, a pesar de que el conocimiento sobre el tema alcanza cerca de 92%. La proporción de embarazos en adolescentes de entre 15 y 19 años es cercana a 21%; hay 9% de adolescentes menores de 13 años que han estado embarazadas o ya son madres.
Colombia	Entre 1995 y 2010, la fecundidad adolescente se redujo de 89 a 84 por mil, aunque, en 2005 llegó a 90 por mil. El porcentaje de madres o adolescentes embarazadas fue de 17.4% en 1995, 20% en 2000 y 19% en 2010.
Chile	Para 2004, según datos del Departamento de Información y Estadísticas del Ministerio de Salud (DEIS), de 33,507 niños nacidos de madres entre 15 y 19 años, 88% fue primogénito/a.
Ecuador	Dos de cada tres adolescentes de entre 15 y 19 años, no tienen algún grado de escolaridad, son madres o están embarazadas por primera vez (ENDEMAIN, 2004). La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es de 74% y en mayores de 15 años es de 9% (Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, 2010). La tendencia de la fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la subregión andina, llegando a 100 por mil nacidos vivos.
Venezuela	La población adolescente representa 21% de la población total y las adolescentes entre 15 y 19 años, integran 21% de las mujeres en edad fértil. 23.35% de los nacimientos vivos registrados en este país, ocurren en adolescentes de entre los 15 y 19 años de edad, mientras que la tasa específica de fecundidad en este grupo de edad es de 89.4 por cada mil mujeres.
Argentina	La tasa de fecundidad de las mujeres argentinas de 15 a 19 años –con un valor de alrededor de 60 por mil– se sitúa por encima del promedio mundial, estimado en 49.7 por mil para el período 2000-2005, pero por debajo de la media para América Latina y el Caribe que es de 72.4 por mil (Naciones Unidas, 2003, citando en Pantelides y Binstock, 2007).

Fuente: elaboración propia con datos de UNFPA (2013b).

1.2.4. Fecundidad, maternidad adolescente y condiciones de vida

Un estudio para América Latina publicado por la CEPAL enfatiza la importancia de las condiciones prevalecientes en el embarazo y la fecundidad en adolescentes y para externar tal situación en esta etapa de su vida (Guzmán, Contreras y Hakkert, 2001, citado en CEPAL; 2004), reporta las tasas de fecundidad en los distintos estratos sociales con el resultado de que, en todos los casos, las tasas del quintil más pobre son de cuatro a nueve veces mayores que las del quintil superior.

La situación socioeconómica y la pertenencia a un grupo étnico suelen estar indisolublemente imbricadas. Como en América Latina los grupos indígenas suelen ocupar los últimos peldaños de la escala social, es difícil distinguir entre la influencia de las diferencias étnicas, culturales y de la clase socioeconómica sobre las pautas de fecundidad de las adolescentes indígenas. En los estudios de Welti, Pantelides y Binstock, se analiza el embarazo en adolescentes según su idioma, considerado como un indicador del grupo étnico al que pertenecen y del grado de integración a la cultura hispanohablante (Welti, 2000 y Pantelides y Binstock, 1993; en CEPAL, 2004). En este caso se encontró 6.3% de las adolescentes de habla indígena vs. 3.7% de las que no hablan ese idioma, están embarazadas. Pantelides y Binstock registran que 73.4% de las jóvenes en cuyos hogares sólo se habla guaraní, 52.3% de las que hablan guaraní y español y 41.1% de las que sólo hablan español han estado embarazadas alguna vez.

En cuanto al fallecimiento de las adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años, ha sido por las complicaciones durante el embarazo y el parto a causa de que, en países pobres, las adolescentes no suelen buscar ni recibir la atención prenatal necesaria. El riesgo de complicaciones obstétricas en los embarazos adolescentes supera entre cinco y siete veces al de las mujeres de 20 a 24 años.

Al revisar estudios hechos en varios países de ALC, Pantelides y Binstock (2007) no han encontrado un comportamiento uniforme al respecto de la mortalidad materna adolescente: las mujeres menores a 20 años tenían un índice menor,

igual o algo superior al de las mujeres de 20 a 34 años, tal situación era inferior a la de las mujeres mayores a 34 años. En Argentina, la mortalidad materna de las adolescentes es claramente superior a la de las mujeres de entre 20 a 24 años, pero inferior a la de las mujeres de todas las demás edades. El rasgo condicionante más claro es que la mayoría de las madres adolescentes se encuentran entre las más pobres y las menos educadas.

Por otra parte, pocos estudios muestran el posible efecto de la maternidad adolescente sobre la salud de los hijos. Sin embargo, a partir de sus investigaciones en Argentina, Pantelides y Binstock (2007: 34) encontraron “dos indicadores referidos al recién nacido que resultan buenos predictores de su salud posterior: el peso al nacer y el tiempo de gestación.” Es sabido que un bajo peso al nacer (por debajo de los 2 500 gramos) y un nacimiento antes de término están relacionados entre sí y son una forma de entrar al mundo en inferioridad de condiciones, en cuanto a la salud y a la posibilidad de vivir. El bajo peso al nacer deriva de las condiciones en que muchas de esas madres llegan al parto, con deficiencias nutricionales, mala salud y deficiente control prenatal, debido a su condición de pobreza y no a su edad. Respecto al tiempo de gestación, ambas investigadoras encontraron que los partos antes de término van disminuyendo a medida que aumenta la edad de la madre y el descenso relativo más importante de este indicador se presenta de los 18 a los 19 años y en las madres de 20 años o más.

Pantelides y Binstock (2007: 27) enfatizan que “si bien las estadísticas argentinas no permiten una caracterización de la fecundidad adolescente por estratos socioeconómicos, otros indicios muestran que las adolescentes madres se reclutan desproporcionadamente entre las más pobres.” Estas investigadoras confrontan datos sobre fecundidad adolescente comparando el desarrollo de la Ciudad de Buenos Aires, la jurisdicción más próspera, donde sólo 0.6 de cada mil mujeres de 10 a 14 años fue madre en el año 2001, con el Chaco, una de las regiones más pobres, donde fueron madres 5.2 de cada mil mujeres de la misma edad. Una distancia menor en términos relativos, pero igualmente amplia, separa

a la Ciudad de Buenos Aires, con una tasa de fecundidad adolescente tardía (17 a 19 años) de 23.9 por mil, de la provincia de Misiones, entre las más pobres del país, con una tasa de 100.4 por mil. Puede observarse que en este caso, la fecundidad adolescente, tanto precoz como tardía, sigue la geografía del nivel de desarrollo: a mayor nivel de desarrollo, menor fecundidad. Si bien no es apropiado atribuir a la residencia en una u otra jurisdicción, por sí misma, una influencia sobre el nivel de fecundidad, se trata de un indicio indirecto de la importancia del nivel socioeconómico sobre ella. Asimismo, la tasa de fecundidad en las adolescentes que viven en áreas rurales es más alta que en las que viven en zonas urbanas.

El estrato socioeconómico también parece establecer diferencias en la recurrencia al aborto entre las adolescentes. Wartemberg (1999; en CEPAL, 2004) concluye que han abortado 15.3% de las adolescentes de los estratos bajo-bajo y bajo, 9.3% de los estratos medio-bajo y medio-medio y 7.6% de las que pertenecen a los estratos medio alto y alto.

1.2.5. Embarazo adolescente y Educación

La relación inversa entre nivel de educación y fecundidad adolescente es posiblemente la más documentada y que parece cruzar las barreras culturales, pues se verifica en prácticamente todos los países. A continuación, se visibilizan algunos hallazgos al respecto:

Cuadro 4. Hallazgos de algunas investigaciones sobre la relación entre Embarazo adolescente y Educación

Fuente	País	Hallazgo
Pantelides y Binstock, 2007	Argentina	La condición de maternidad en la adolescencia está inversamente relacionada con el nivel de instrucción, independientemente de la edad, aunque la relación no es perfecta. La proporción de madres entre las adolescentes con bajo nivel educativo (primaria completa y menos) al menos triplica a la que se encuentra entre las que tienen educación secundaria incompleta y más. Ello pese a que estas últimas tienen en promedio mayor edad y, por tanto, mayor tiempo de exposición al riesgo de ser madres. Analfabetismo: Entre adolescentes argentinas es muy baja (0.7%), pero destaca la diferencia en el porcentaje de adolescentes madres entre las alfabetizadas (10.6%) y las analfabetas (24.7%).

Fuente	País	Hallazgo
Jara, 2008, estudio para la OPS	Varios países latinoamericanos	Confirma que entre adolescentes sin educación, el porcentaje de las que son madres o están embarazadas es mayor al de aquellas con algún nivel de educación.
Biddlecom <i>et al.</i> , 2008; Lloyd, 2010; (citado en UNFPA, 2013a)	39 países	Las mayores tasas de alfabetización de las mujeres de entre 15 y 19 años están relacionadas con tasas considerablemente más bajas de natalidad adolescente. Análisis de 39 países: Salvo en Benín y Malí, es considerablemente menos probable que las adolescentes no casadas (entre 15 y 17 años de edad) que van a la escuela, hayan tenido sexo prematrimonial, frente a sus pares que no van a la escuela.
Panday <i>et al.</i> , 2009 (citado en UNFPA, 2013a)	Varios países	Muchas adolescentes que se convierten en madres interrumpen su educación de forma permanente por circunstancias individuales, como matrimonio infantil o presiones de la familia o la comunidad, porque las escuelas prohíben la asistencia de embarazadas o les prohíben que regresen después de tener a su bebé.
UNFPA (2013a)	África Meridional	En países donde la ley permite que las madres adolescentes regresen a estudiar, una minoría vuelve a la escuela. Sólo una de cada tres adolescentes vuelve a la escuela tras dejarla por un embarazo.
Kruger <i>et al.</i> , 2009 (citado en UNFPA, 2013a).	Chile	Ser madre reduce la probabilidad de las adolescentes de asistir y completar la escuela secundaria.
Perper <i>et al.</i> , 2010 (citado en UNFPA, 2013a).	Estados Unidos	En 2011 nacieron 329,772 niños de madres adolescentes entre 15 y 19 años. Aproximadamente, la mitad de ellas pudieron completar su educación secundaria a los 22 años de edad. Nueve de cada diez niñas que no quedan embarazadas en la adolescencia obtienen su diploma de secundaria antes de los 22 años.
Lloyd y Mensch, 2008 (citado en UNFPA, 2013a).	Países africanos francó-fonos	Entre el 5% y 10% de adolescentes abandonan la escuela, o son expulsadas por un embarazo cuya razón de fondo fue la "formación de una unión de hecho", ya sea primer matrimonio o convivencia.
Luker, 1997 (citado en CEPAL, 2004)	Sin datos	Este estudio dice que las jóvenes que quedan embarazadas a menudo han fracasado en la escuela mucho antes.
Wartenberg, 1999 (citado en CEPAL, 2004)	Sin datos	Las adolescentes con una historia de frustraciones educativas, años perdidos y bajo rendimiento académico pueden encontrar en un embarazo una salida a una insatisfecha historia dentro del sistema escolar.
Encuesta Nacional de Salud Familiar (2000)	El Salvador	De las adolescentes que tuvieron un embarazo antes de los 15 años, 64.4% no estudiaba ni trabajaba y 10.3% trabajaba pero no estudiaba. En el caso de las que tuvieron su primer embarazo de 15 y 19 años, las cifras son 59.1% y 20.3% respectivamente.

Fuente: elaboración propia con datos la CEPAL (2004).

Para el UNFPA (2013a), la educación prepara a las niñas para el trabajo y la subsistencia, mejora su autoestima y su posición en el hogar y en la comunidad, les permite influir más en las decisiones que afectan su vida, reduce la probabilidad de matrimonio infantil y retrasa la maternidad, con lo cual los partos terminan siendo más saludables. Por tanto, las niñas que permanecen en la escuela más tiempo son menos proclives a quedar embarazadas. Aunque también este documento reconoce que resulta difícil desenmarañar la relación causal entre embarazos en adolescentes y abandono temprano de la escuela, plantea que es posible que las niñas que quedan embarazadas hayan abandonado la escuela antes del embarazo o que nunca hayan ido a la escuela.

Por su parte, la CEPAL (2004), señala que las investigaciones que afirman que la maternidad en la adolescencia explica el menor nivel educativo de las jóvenes que han tenido hijos tempranamente adolecen de, al menos, dos problemas metodológicos. En primer lugar, se basan generalmente en datos transversales, que no tienen en cuenta el orden cronológico de los acontecimientos, es decir, si el embarazo precedió o no al abandono escolar. En segundo orden, suponen que toda la población tiene la misma posibilidad de estudiar y que, por tanto, la mayoría lo hará salvo que existan impedimentos como un embarazo. Sin embargo, una buena parte de las jóvenes deben abandonar los estudios por falta de medios e incluso de establecimientos educativos, no ven la educación como necesaria para su proyecto de vida, observan que los caminos de movilidad social que la educación abre para generaciones anteriores están cerrados por altos niveles de desempleo y que el grado de especialización requerida en la sociedad tecnificada no se obtiene con cursar la escuela secundaria (nivel máximo al que pueden aspirar); muchos autores sostienen que el abandono escolar es anterior al embarazo en edades tempranas.

Así, cabe preguntarse si la educación, y, sobre todo, las retenciones escolares tienen un efecto “protector”, como se ha postulado. El citado estudio de la CEPAL (2004) se cuestiona sobre ello y argumenta que es posible que la permanencia en la escuela sea un indicador de “proyectos de vida” que tienen un fuerte

componente de posibilidad, ya que dependen, entre otros factores, de la situación económica, la situación del mercado de trabajo y de un componente subjetivo, es decir de vocación y empuje individual. En una de las investigaciones mencionadas por Pantelides y Domínguez (1995), se establecieron indicadores para medir de manera aproximada esos proyectos de vida u orientación al logro. Estos, se clasificaron en “tradicionales”, cuando las respuestas de las encuestadas sobre cómo imaginaban su futuro a los 25 años carecían de proyectos o se orientaban a la vida reproductiva (matrimonio/hijos), y en “modernos”, cuando se referían a estudios universitarios y al trabajo en el caso de las mujeres. Esta investigación concluyó que la existencia de proyectos de vida orientados al logro individual tiene un efecto positivo en la reducción de la frecuencia de conductas sexuales de riesgo, tanto por parte de las mujeres como por parte de los varones. Como indicador se menciona que la ausencia de cuidado anticonceptivo en la última relación sexual es algo más del doble entre las mujeres y casi el triple entre los varones tradicionales respecto a los modernos.

1.2.6. Las adolescentes como madres solteras

En el imaginario colectivo, incluidos muchos profesionales de la salud y la educación, las madres adolescentes son madres solteras. En un estudio con madres adolescentes argentinas, Pantelides y Binstock (2007) encontraron que en realidad esto no es así. Sea porque una cantidad de adolescentes embarazadas se unen o casan legalmente a raíz del embarazo o porque tienen como proyecto la maternidad inmediata; lo cierto es que –según sus datos- más de la mitad de las adolescentes madres son casadas o unidas. Por tanto, la mayoría de los nacimientos de madres adolescentes provienen de mujeres que viven en pareja al momento de registrar el nacimiento.

Para explicar sus resultados, ambas investigadoras analizaron cuidadosamente la situación de la maternidad adolescente precoz y encontraron lo siguiente: 71.4% de nacimientos en mujeres de 18 y 19 años, 62.3 % entre las adolescentes de 15 a 17 años y 46.3% entre las menores de 15 años, provenían de mujeres casadas o unidas. Es decir, que al menos en el grupo estudiado, la maternidad es un

evento muy poco frecuente entre las adolescentes solteras. Así, volvieron a dos hipótesis que habían enunciado, sin poder resolverlas: “¿Se casan (o unen) cuando se dan cuenta de que están embarazadas o se casan porque desean formar una familia y, por tanto, tienden a tener hijos a poco de casarse, siendo aún adolescentes?” (Pantelides y Binstock, 2007:37).

Un dato les permitió completar la imagen de la condición civil de la madre adolescente argentina: la relación de las chicas con el jefe de hogar. En primer lugar, encontraron que la mayoría (88%) de las adolescentes que no han tenido hijos vive en el hogar de origen donde se ubican como hijas del jefe de familia; mientras que el 50% son adolescentes con hijos, de ellas, 26% vive en un hogar donde su cónyuge es el jefe de familia y 11% vive donde el jefe es su suegro o suegra. Así, concluyeron que a medida que aumenta la edad, menor es el porcentaje de madres adolescentes que aparecen como hijas de familia y mayor el de las que se ubican como cónyuges o nueras; dos categorías que indican, sin lugar a duda, que la joven está conviviendo con su pareja o en el hogar de origen de su pareja.

1.2.7. Multiparidad

La multiparidad en la adolescencia significa que la fecundidad ha comenzado muy temprano y/o los intervalos inter-genésicos han sido cortos, situaciones que resultan convenientes desde el punto de vista de la salud de la joven madre y del desarrollo de actividades como la educación, el trabajo o el disfrute del tiempo libre. Por ende, para Pantelides y Binstock (2007), las madres adolescentes con más de un hijo, merecen especial atención.

De acuerdo a estas investigadoras, una cuarta parte de las madres adolescentes en Argentina han tenido dos o más nacimientos. Precisar estas cifras por grupos de edad, les permitió reconocer características más agudas en las madres adolescentes: en el año 2001 casi 5% de los nacimientos de chicas de hasta 14 años, 16% de los nacidos de las adolescentes de 15 a 17 años y un tercio de los

bebés de las jóvenes de 18 y 19 años fueron del orden “2 y más”. En el último grupo de edad, casi 8% de los nacimientos fueron del orden “3 y más”.

Traducidos a números absolutos, los nacimientos del orden “2 o más” en el año 2001 fueron 142 entre las jóvenes de hasta 14 años, 6 024 entre las de 15 a 17 años y 18 752 entre las de 18 y 19 años, sobre un total de 100 992 nacimientos entre mujeres de hasta 19 años. Pantelides y Binstock (2007:40) sugieren que muchos de estos nacimientos, sobre todo en las edades inferiores, “son una muestra del fracaso del sistema de salud en la prevención y, no infrecuentemente, de la conducta médica de no proveer anticoncepción a las/los adolescentes.”

1.2.8. Desarrollo económico y embarazo adolescente

Actualmente se plantea que la problemática asociada al embarazo adolescente se presenta de diferente manera según el nivel de desarrollo de los países. En los países más avanzados, donde los niveles de fecundidad son generalmente bajos y los métodos anticonceptivos efectivos son accesibles, las leyes sobre el aborto son menos restrictivas y la mayoría de las parejas practican el control de la fecundidad, las preocupaciones se encuentran en los embarazos no deseados o no planificados entre los adolescentes en el contexto de cambios en la actitud hacia la conducta sexual y de incremento en la edad en el matrimonio (Naciones Unidas, 1988; en UNFPA, 2013a).

En cambio, en la generalidad de los países en vías de desarrollo, donde la proporción de población joven es mayor, son evidentes las limitaciones en el control de la fecundidad entre las adolescentes mediante la anticoncepción efectiva, la práctica del aborto es ilegal y las condiciones de salud y educativas, con frecuencia, son inadecuadas. En este caso, la mayor preocupación por el embarazo en edades tempranas gira alrededor del poco descenso que la fecundidad adolescente ha mostrado en comparación con la fecundidad general y en torno a la incidencia del embarazo en la salud reproductiva adolescente (Naciones Unidas, 1988; en UNFPA, 2013a).

Cabe enfatizar que las condiciones específicas del desarrollo sociodemográfico y cultural de cada región son las que deben determinar, en última instancia, la construcción que se realiza del embarazo en edades muy jóvenes tanto al identificarlo como problema de investigación y como fenómeno social. Así, en países en vías de desarrollo, o en las regiones de éstos que muestran evidentes logros sociales y demográficos, las preocupaciones sobre el embarazo adolescente pueden coincidir con las existentes en sociedades de mayor desarrollo económico y social. El ejemplo más concreto de ello, lo aporta el Boletín de la OMS (2009; en UNFPA, 2013a) al señalar que Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América representan, por sí solos, la mitad de todos los partos en adolescentes.

En el cuadro siguiente se compara la situación del embarazo adolescente en Estados Unidos como país desarrollado y con la de Brasil, como país en desarrollo.

Cuadro 5. Comparación entre Estados Unidos y Brasil: embarazo, nacimientos y salud reproductiva en chicas adolescentes de 15 a 19 años

Estados Unidos	Brasil
<p>Fertilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Según el Banco Mundial la tasa de fertilidad en adolescentes ha sido de 36 por cada mil en 2009, de 34 en 2010, de 33 en 2011 y de 31 por cada mil en 2012. Según el informe <i>Los jóvenes en el mundo</i>, este país tuvo una tasa de fertilidad de 26 por mil en 2013 (Population Reference Bureau, 2013). Según la OCDE, este país tuvo en 2008 una tasa de fecundidad de 35 por cada mil embarazos adolescentes. En 1980 esta tasa fue de 54.2 (UNFPA (2013a:13). 30% de las mujeres estadounidenses se embarazan antes de los 20 años de edad (NCPTUP, 2008). De acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), en 2011: Se registraron 329 772 	<p>Fertilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Según el Banco Mundial, la tasa de fertilidad en adolescentes ha sido de 74 por cada mil en 2009, de 73 en 2010, de 72 en 2011 y de 71 por cada mil en 2012. Según el informe <i>Los jóvenes en el mundo</i>, este país tuvo una tasa de fertilidad de 76 por mil en 2013 (Population Reference Bureau, 2013). En Brasil, se dan 89 embarazos precoces por cada mil mujeres, lo que deja ver que las cifras no han cambiado desde hace más de nueve años en el país. (disponible en: http://www.bitacoramedica.com/?p=4194). De 1991 a 2000, el número de madres entre 10 y 14 años aumentó 93.7%, el de las madres entre 15 y 19 aumentó el 41.5%. La mayoría de estas jóvenes madres provienen de familias cuyo ingreso mensual va desde los 25 hasta los 300 dólares (Aquino <i>et al.</i>, 2003). A los 18 años de edad, 25.3% de las mujeres brasileñas han experimentado por lo menos un

Estados Unidos	Brasil
<p>partos en adolescentes de 15 a 19 años de edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> En 2014 se estimó que una de cada tres adolescentes norteamericanas, queda embarazada antes de los 18 años. Los embarazos adolescentes varían mucho según la raza y el origen étnico. 2006: Entre las adolescentes de raza blanca no hispanas fue de 44 por cada mil. Entre las adolescentes hispanas era de 126.6. Entre las adolescentes afro-norteamericanas era de 126.3 (Guttmacher Institute, 2011a). 	<p>embarazo (BEMFAM/DHS, 1997; citado en: Aquino <i>et al.</i>, 2003).</p> <ul style="list-style-type: none"> En las ciudades metropolitanas las mujeres con menos de 20 de años contribuyen, en promedio, con más del 15% de la fecundidad (Oliva y Rodríguez, 2004). 55.1% de los varones y 29.9% de las mujeres - de un total de 4 634 jóvenes entrevistados de entre 18 y 24 años de edad- tuvieron un embarazo adolescente. De ellos, 21.4% de los hombres y 29.5% de las mujeres se embarazaron antes de los 20 años. De este 50.9%, 79.8% estaba en una relación estable con su pareja (Aquino <i>et al.</i>, 2003). Pinto (1998), observa que el número de embarazos entre las adolescentes de 15 a 19 años parecería estable, mientras que en el primer segmento (menores de 15 años) hay una tendencia al aumento.
<p>Nacimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> En 2010, el 9 por ciento de todos los nacimientos de Estados Unidos correspondía a madres adolescentes (Hamilton <i>et al.</i>, 2011). 2011: Nacieron un total de 329 797 bebés. Es decir, 31.3 por cada mil mujeres en este grupo de edad. Se trata de una cifra baja récord para las adolescentes en los Estados Unidos en este grupo de edad y equivale a una reducción del 8% desde el 2010 (CDC, 2014). Las tasas de nacimientos disminuyeron un 11% en las mujeres de 15 a 17 años de edad y un 7% en las mujeres de 18 a 19 años (CDC, 2014). 	<p>Nacimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los nacimientos de madres menores de 20 años: 17.3% en 1993, 20.8% en 2003, esto es un incremento de 16.8% en 10 años (Censo de Población de Brasil, 2010). La tasa de nacimientos para adolescentes entre 15 y 19 años es cinco veces mayor en las favelas más pobres de Río que en las áreas de mayor ingreso (Aquino <i>et al.</i>, 2003).
<p>Iniciación sexual y Anticoncepción:</p> <ul style="list-style-type: none"> Según los CDC (2014), en 2011 46% de las y los adolescentes de 15 a 19 años tuvieron relaciones sexuales frente al 54% registrado en 1991. Sin embargo, 14% de las chicas y 10% de los chicos no toman medidas anticonceptivas. Los adolescentes que usan anticonceptivos durante su primera experiencia sexual tienen menos probabilidades de experimentar una doble posibilidad de ser padres de un niño durante su adolescencia, comparado con aquéllos que postergan su actividad sexual hasta la edad de 16 	<p>Iniciación sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> La edad de iniciación sexual informada por Aquino <i>et al.</i> (2003) antes de los 18 años para los varones es 8.9% y 16.6% para las mujeres. Antes de los 15 años, los valores son de 0.6% para ellos y 1.6% para ellas. Una encuesta que el Centro de Análisis y Planeamiento del Ministerio de Salud de Brasil llevó a cabo entre diciembre de 1997 y diciembre de 1998 mostró que 61% de los jóvenes entre 16 y 19 años de edad, habían tenido relaciones sexuales. <p>Prevalencia Anticonceptiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> Entre brasileñas unidas y en edad reproductiva aumentó rápidamente, el uso de anticonceptivos

Estados Unidos	Brasil
<p>o 17 años (Manlove <i>et al.</i>, 2006).</p> <p>Anticoncepción y prácticas sexuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> El 86% de la disminución de nacimientos que abarca el 2005 se debe a un uso más eficiente de anticonceptivos. 14% de esta disminución se debe a una mayor abstinencia (Santelli <i>et al.</i>, 2007). Otra causa para la reducción del embarazo es que los adolescentes estaban sustituyendo el coito vaginal por otro tipo de juegos sexuales (Weiss & Bullough, 2004). <p>Uso de anticonceptivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aumentó 37.3% de 2006 al 2008 y 47.5% de 2008 al 2010. El uso de más de un método anticonceptivo pasó de 16.1% a 23.2%. El uso de métodos de larga duración tales como el DIU, aumentó del 1.4% al 4.4 % (Guttmacher Institute, 2011a). 	<p>alcanzando 69% en 1986 y casi 80% diez años más tarde.</p> <ul style="list-style-type: none"> Para las mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas y no casadas, la práctica anticonceptiva fue de 66%. En Brasil, las mujeres jóvenes utilizan, sobre todo, la píldora y el condón (Encuesta Demográfica y de Salud de 1995 a 2000; citada en Oliva y Rodríguez, 2004). <p>Esterilización:</p> <ul style="list-style-type: none"> La disminución de nacimientos en Brasil se debe a la esterilización femenina. La proporción de usuarios de otros métodos disminuyó. Además, al mismo tiempo que la esterilización que se diseminó, se ha tornado más precoz. Entre 1986 y 1996 la edad mediana para esterilizarse cayó de 31.4 años a 28.9 años y la proporción de mujeres con más de 3 hijos, entre las esterilizadas, disminuyó de 46% a 32%. La ley en Brasil permite la esterilización voluntaria a partir de los 25 años.
<p>Maternidad y estado civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> 88% de las adolescentes de entre 15 y 19 años (95% entre 15 y 17 años y 85% entre 18 y 19 años) que dieron a luz en el 2010 eran solteras. En el 2010, los nacimientos de madres adolescentes representaban sólo 20% de los nacimientos que ocurren fuera del matrimonio, comparado con 50% en 1970 (Hamilton <i>et al.</i>, 2011). 	<p>Fecundidad marital deseada y no deseada:</p> <ul style="list-style-type: none"> En las adolescentes brasileñas de 15 a 19 años, unidas o casadas, el 17.38% no deseaba embarazarse.
<p>Aborto:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2006: 32% de los embarazos adolescentes concluyó en aborto (Guttmacher Institute., 2010). <p>Adopción:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hace más de 50 años, el 95 por ciento de las madres adolescentes solteras daba sus hijos en adopción (Resnick, 1992). Hoy en día, sólo dos o tres de cada cien embarazos de adolescentes termina con un nacimiento vivo para el que la madre decide un plan de adopción (National Committee for Adoption, 1989; PRCH, 2009). Menos del 10 por ciento de los bebés nacidos de madres adolescentes son dados en adopción (National Committee for Adoption, 1989). 	<p>Aborto:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mientras que 72.2% de las mujeres y 34.5% llevaron un primer embarazo adolescente a término. 41.3% de los varones y 15.3% de las mujeres practicaron un aborto. En el 2001, más de 51 000 adolescentes recibieron atención en hospitales públicos para tratar secuelas de abortos mal practicados. En Brasil el aborto está estrictamente prohibido, salvo en unos pocos casos especiales como, por ejemplo, aquellos en los que haya mediado violencia sexual (Rebouças, s/f).

Estados Unidos	Brasil
<p>Maternidad adolescente y escolaridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Al llegar a los 30 años, 5% de las madres jóvenes adolescentes y 10% de las madres adolescentes más grandes han completado por lo menos dos años de universidad y menos del 2% de las madres adolescentes jóvenes y 3% de las madres adolescentes más grandes obtienen un diploma universitario. Comparativamente, el 21% de las mujeres que posponen tener hijos completan por lo menos dos años de universidad y el 9% se gradúa (Hoffman, 2006). 	<p>Maternidad adolescente y escolaridad: IBGE, Censo Demográfico 2000 (citado en Oliva y Rodríguez, 2004):</p> <ul style="list-style-type: none"> Sin instrucción/1 año o menos: 4.12 1 a 3 años: 3.62 4 a 7 años: 2.97 8 a 10 años: 2.22 11 años o más: 1.48 Promedio: 2.38 <p>Con el nacimiento de un hijo antes de los 20 años, la cuarta parte de las jóvenes detuvieron temporalmente sus estudios (25.0%), otras definitivamente (17.3%), pero 42.1% ya se encontraban fuera de la escuela (Aquino <i>et al.</i>, 2003).</p>
<p>Maternidad adolescente y asistencia social:</p> <ul style="list-style-type: none"> Casi 80% de las madres adolescentes reciben algún tipo de asistencia pública, por ejemplo, cupones de alimento, asistencia para vivienda, asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), o cupones WIC (Acs & Koball, 2003; citado en PPFA, 2011). Las madres adolescentes no sólo reciben más asistencia financiera, sino que reciben esta asistencia por más tiempo que las mujeres que esperan tener hijos (Hoffman, 2006; Levin-Epstein & Schwartz, 2005; citado en PPFA, 2011). 	<p>No se encontraron datos.</p>
<p>Costo:</p> <ul style="list-style-type: none"> El embarazo adolescente representa una carga económica para la sociedad en general y se calcula en aproximadamente \$10.9 mil millones por año (NCPTUP, 2011; citado en PPFA, 2011). 	

Fuente: elaboración propia con datos de PPFA (2011) y CDC (2014).

Resumen del apartado

Adolescencia e iniciación sexual

- A nivel mundial, 11% de las mujeres y 6% de los varones de 15 a 19 años afirmaron haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años. América Latina y el Caribe es la región con la mayor proporción de niñas adolescentes que afirman haber iniciado su vida sexual antes de los 15 años (22%).
- Merece especial atención el hecho de que la iniciación sexual en menores de 15 años haya sido fruto de relaciones sexuales forzadas.
- Estados Unidos: 60% de las menores de 15 años reportaron haber sido forzadas sexualmente.

Matrimonio, embarazo y parto en adolescentes menores de 15 años

- Cada año, en los países en desarrollo nacen dos millones de bebés de madres menores de 15 años. La gran mayoría son concebidos dentro del “matrimonio infantil”. Una proporción importante de estas niñas fueron obligadas a casarse, porque son pobres, están menos educadas y viven en zonas rurales (UNFPA, 2013a: 9).

Fecundidad y embarazo en adolescentes de 15 a 19 años

- Alrededor de 19% de las jóvenes en países en desarrollo quedan embarazadas antes de los 18 años de edad (UNFPA, 2013a).
- Los datos reunidos en 54 países con dos conjuntos de encuestas demográficas y de salud realizadas entre 1990 y 2008 y entre 1997 y 2011, muestran una leve disminución en el porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que informaron un parto antes de los 18 años: disminuyó de 23% a cerca de 20%. En los países encuestados albergan 72% de la población total de los países en desarrollo, sin incluir a China.

- Estados Unidos tiene la tasa de natalidad adolescente más alta en comparación a otros países desarrollados.
- En 2010, la región ALC estuvo muy cerca de registrar la tercera mayor tasa de fecundidad adolescente del mundo (72 nacimientos por cada mil mujeres de entre 15 y 19 años de edad), después de África Subsahariana y el Sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente). La mayoría de los países latinoamericanos están dentro de los 50 países con los mayores índices de fecundidad en adolescentes.

Fecundidad, maternidad adolescente y condiciones de vida

- En todos los casos, las tasas de fecundidad del quintil más pobre son de cuatro a nueve veces mayores que las del quintil superior (CEPAL, 2004).
- La situación socioeconómica y la pertenencia a un grupo étnico suelen estar indisolublemente imbricadas.
- En cuanto a la muerte en adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años, se ha visto relacionada con complicaciones durante el embarazo y el parto a causa de que en países pobres las adolescentes no suelen buscar ni recibir la atención prenatal necesaria.
- El bajo peso al nacer deriva de las deficiencias nutricionales, mala salud y deficiente control prenatal que muchas madres adolescentes sufren debido a su condición de pobreza y no a su edad.
- Los partos antes de término van disminuyendo a medida que aumenta la edad de la madre. El descenso relativo más importante de este indicador se presenta de los 18 a 19 años y en las madres de 20 años o más.
- La fecundidad adolescente, tanto precoz como tardía, sigue la geografía del nivel de desarrollo: a mayor nivel de desarrollo, menor fecundidad. Asimismo, la tasa de fecundidad en las adolescentes que viven en áreas rurales es más alta que en las que viven en zonas urbanas.
- El estrato socioeconómico parece establecer diferencias en la recurrencia al aborto entre las adolescentes: ha abortado 15.3% de las adolescentes de los estratos bajo-bajo y bajo, 9.3% de las adolescentes de los estratos

medio-bajo y medio-medio y 7.6% de las que pertenecen a los estratos medio alto y alto (Wartemberg, 1999; citado en CEPAL, 2004).

Embarazo adolescente y Educación

- El Estudio de Jara (2008), confirma que en varios países latinoamericanos, entre adolescentes sin educación, el porcentaje de las que son madres o están embarazadas es mayor al de aquellas con algún nivel de educación.
- Muchas adolescentes que se convierten en madres interrumpen su educación de forma permanente por circunstancias individuales, como matrimonio infantil o presiones de la familia o la comunidad, o porque las escuelas prohíben la asistencia de embarazadas o que regresen después de tener a su bebé (Panday *et al.*, 2009; citado en UNFPA, 2013a).
- Cabe preguntarse si la educación y, sobre todo, la retención escolar tiene un efecto “protector”. Un estudio de la CEPAL (2004) se cuestiona sobre ello y argumenta que es posible que la permanencia en la escuela sea un indicador de “proyectos de vida” que tienen un fuerte componente de posibilidad, ya que dependen, entre otros factores, de la situación económica, la situación del mercado de trabajo y de un componente subjetivo, es decir, de vocación y empuje individual.

Las adolescentes como madres solteras

- En el imaginario colectivo, incluidos muchos profesionales de la salud y la educación, las madres adolescentes son madres solteras. En un estudio con madres adolescentes argentinas, Pantelides y Binstock (2007) encontraron que más de la mitad de las madres adolescentes son casadas o unidas: 71.4% de los nacimientos de mujeres de 18 y 19 años, 62.3 % entre las adolescentes de 15 a 17 años y 46.3% entre las menores de 15 años, provenían de las casadas o unidas.

Multiparidad

- La multiparidad en la adolescencia significa que la fecundidad ha comenzado muy temprano y/o los intervalos intergenésicos han sido cortos, situaciones ambas que resultan convenientes desde el punto de vista de la salud de la joven madre y del desarrollo de actividades como la educación, el trabajo o el disfrute del tiempo libre.
- En el año 2001, en Argentina, casi 5% de los nacimientos de chicas de hasta 14 años, 16% de los nacidos de las adolescentes de 15 a 17 años y un tercio de los bebés de las jóvenes de 18 y 19 años fueron del orden “2 y más”. En el último grupo de edad, casi 8% de los nacimientos fueron del orden “3 y más” (Pantelides y Binstock, 2007).

Desarrollo y embarazo adolescente

- En los países desarrollados, donde los niveles de fecundidad son generalmente bajos y los métodos anticonceptivos efectivos son accesibles, las leyes sobre el aborto son menos restrictivas y la mayoría de las parejas practican el control de la fecundidad, las preocupaciones se encuentran en los embarazos no deseados o no planificados entre los adolescentes en el contexto de cambios en la actitud hacia la conducta sexual y de incremento en la edad al primer matrimonio (Naciones Unidas, 1988).
- En la generalidad de los países en vías de desarrollo, donde la proporción de población joven es mayor, son evidentes las limitaciones en el control de la fecundidad entre las adolescentes mediante la anticoncepción efectiva, la práctica del aborto es ilegal y las condiciones de salud y educativas con frecuencia son inadecuadas. En este caso, la mayor preocupación por el embarazo en edades tempranas gira alrededor del poco descenso que la fecundidad adolescente ha mostrado en comparación con la fecundidad general y en torno a la incidencia del embarazo en la salud reproductiva adolescente (Naciones Unidas, 1989; citado en UNFPA, 2013a).

1.3. La maternidad adolescente en México

En este apartado se dará cuenta de la situación del embarazo y la maternidad adolescente y sus fenómenos relacionados como la edad de la primera experiencia sexual y la práctica de anticoncepción con base en los datos de investigaciones demográficas, educativas y de salud llevadas a cabo a nivel nacional y en localidades de los estados.

Para dimensionar el fenómeno de la maternidad adolescente en nuestro país, es necesario establecer de entrada la base juvenil donde se presenta. Según el Censo de Población y Vivienda 2010, las y los jóvenes entre 15 y 19 años de edad sumaron 11 026 112, de los cuales 50.1% son varones (5 520 121) y, 49.9% mujeres (5 505 991). Las y los adolescentes de 10 a 14 años sumaron 10 939 937, 5 547 613 varones y 5 392 324 mujeres.

Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), la población adolescente se ha duplicado en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4% de la población nacional; para 2013 significaba la quinta parte de los mexicanos (21.3%) y se estima que hacia 2020 el grupo de edad más grande será el de 10 a 19 años (Trillo *et al.*, 2013). Para esta población será urgente crear condiciones de desarrollo social y económico que les permita concretar su proyecto de vida.

1.3.1. Actividad sexual, conocimiento y uso de anticonceptivos

En nuestro país, varias encuestas han rastreado la edad de la primera experiencia sexual con resultados cuantitativos diversos. En general, señalan que la primera relación sexual sucede en la adolescencia para un importante porcentaje de la población. Además, todas ellas consideran el inicio de vida sexual como un evento crucial con implicaciones en la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes pues les lleva a asumir roles y patrones de comportamiento adultos para los que probablemente no se encuentran preparados.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2006, reportó como promedio nacional para la primera relación sexual 18.1 años en el medio rural y 19.3 en el medio urbano. Tres años más tarde, la ENADID 2009, detectó que casi una de cada tres mujeres jóvenes tiene vida sexual activa y reportó 19.6 años como la edad promedio nacional para la ocurrencia de la primera relación sexual. Ambas encuestas ubican la ocurrencia de la iniciación sexual sobre la mayoría de edad y hacia el final del bachillerato.

Otras encuestas nacionales registran el mismo dato a la baja. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006), entrevistó a 25 166 adolescentes, que representaron a 22 874 970 jóvenes, y los definió como las personas del hogar que se encuentran en el grupo de edad de 10 a 19 años. 14.4% de las y los adolescentes del país refieren haber tenido relaciones sexuales y 4.1% de las y los entrevistados de 15 a 19 años inició su vida sexual antes de cumplir los 15 años. Al analizar el dato por edades se observa que existe un aumento considerable conforme aumenta la edad: de los 12 a los 15 años, 2% de adolescentes reportan haber iniciado su vida sexual; en el grupo de 16 a 19 años, 29.6% refieren ya haberla iniciado.

Para explorar el inicio de la actividad sexual adolescente a nivel nacional, la ENSANUT 2012 entrevistó a 21 519 adolescentes (50.3% hombres y 49.7% mujeres) entre 10 y 19 años de edad, los cuales representaron a 22 804 083 individuos. El porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que dijo haber iniciado su vida sexual alcanzó el 23%, con una proporción mayor en hombres (25.5%), que en mujeres (20.5%). Al comparar esta cifra con la reportada en la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000), que registró 17% de la población con iniciación sexual, 17.5% en hombres y 16% en mujeres, se puede decir que la cantidad de adolescentes que han iniciado su vida sexual ha aumentado seis puntos porcentuales en 12 años.

En nuestro país, una de las posibilidades de brindar acciones de educación en salud para disminuir el riesgo de un embarazo temprano se sustenta en la investigación y prevención del embarazo adolescente en población escolarizada.

Con este propósito, la Encuesta Nacional de Salud en Estudiantes (ENSE, 2008) y algunos estudios locales indagaron la edad de la primera experiencia sexual y el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Respecto al porcentaje de escolares de nivel básico (identificados como adolescentes tempranos), que refirieron haber iniciado su vida sexual, la ENSE 2008 registró que 3.9% de los alumnos de secundaria y 1.3% de los escolares de primaria habían pasado ya por esa experiencia. Al estratificar por sexo, la proporción de hombres con inicio de vida sexual fue mayor que en las mujeres, 4.2% y 2.3% respectivamente.

Entre los estudios locales de investigadores educativos sobre la edad de inicio de la actividad sexual de escolares y estudiantes, Meave y Lucio (2008) reportaron que alumnos de 13 a 19 años de ambos sexos están iniciando su vida sexual en secundaria o en el periodo de cambio hacia la preparatoria a una edad promedio de 14.5 años. Argumentan que la expresión de la sexualidad en la población escolar urbana está adelantándose porque las y los adolescentes reciben estímulos que los inducen a un comportamiento precoz.

Con datos semejantes a los anteriores, Alvarado e Infante (2010) afirman que de los bachilleres y los de nuevo ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el 5% ha comenzado su vida sexual activa entre los 13 y 15 años. También citan que otro estudio realizado en el Instituto Politécnico Nacional (IPN) detectó 14% de las y los adolescentes de las vocacionales iniciaron su actividad sexual antes de los 15 años. Al momento de la encuesta, 40.1% de las chicas declararon haber tenido relaciones coitales con 4 personas diferentes y 28% de los varones con más de 5.

En una investigación realizada en una secundaria de Guadalajara, Ayala-Castellanos *et al.* (2011), encontraron que la edad de inicio sexual va disminuyendo en ambos sexos y se establece entre los 11 y los 14 años, en una población donde sólo 6.6% de los encuestados afirmó haber utilizado métodos anticonceptivos.

En bachilleres (entre los 14 y los 17 años de edad), Gámez *et al.* (2007) detectó que 30% ya había iniciado su vida sexual en proporciones iguales (hombre y mujer), 75% había tenido 2 parejas o más al momento del estudio y 66% usaban algún método anticonceptivo. Bajo correlaciones estadísticas, los autores identificaron que las bebidas alcohólicas y el nivel socioeconómico alto estaban asociados con el inicio de vida sexual activa en este grupo de adolescentes, que en su mayoría (82%) pertenecían a familias integradas por ambos padres. Este dato desmiente la suposición de que en hijos de padres separados predominan las conductas sexuales de riesgo.

El estudio de Hernández y Cruz (2007) llevado a cabo en universitarios veracruzanos de primer ingreso, mostró que el inicio de vida sexual en esa población se ubicó durante el bachillerato: los hombres entre los 16 y 17 años y las mujeres entre los 17 y 18 años de edad. Resultados semejantes con una población de universitarias sonorenses, reporta el estudio de Dávila y Piña (2008); que los 16.9 años es la edad promedio de la primera relación sexual. Con base en sus datos, afirmaron que los encuentros sexuales durante la adolescencia facilitan comportamientos de riesgo tales como involucrarse con múltiples parejas y no usar preservativo de manera consistente ni eficiente.

El tema de sexualidad se aborda en clase con las y los alumnos de secundaria, ya que se considera a la adolescencia temprana como etapa ideal para la educación sexual. El estudio de Cantú *et al.* (2011) en el Estado de Baja California, encontró 20% de las y los estudiantes de secundaria con iniciación sexual y, de éstos, 41% no utilizó método de protección. Entre sus conclusiones anotan que la información sobre sexualidad es inadecuada e incompleta para 40.7%, por lo cual sus profesores no revisan en clase el tema de sexualidad responsable. Trillo *et al.* (2013) encuentra una conclusión semejante en el trabajo de Gage (1998), quien mostró que las jóvenes reciben información -en términos de prohibiciones, restricción de movimientos y advertencias- sobre las consecuencias negativas del embarazo premarital, pero no información sobre sus cuerpos, la menstruación o el proceso reproductivo.

En cuanto al uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, en promedio; 65.65% de los varones entre los 12 y los 19 años declaró haber utilizado condón; 4.75% indicó el uso de hormonales, 0.85% utilizó diversos métodos y 28.75% tuvo la relación sin usar método alguno (ENSANUT, 2006). En mujeres de las mismas edades, la utilización de anticonceptivos reportada en promedio es menor: 32.30% mencionó que su pareja usó condón y 58.70% declaró no haber utilizado métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. El uso de los hormonales y otros medios es muy bajo entre las mujeres (6.95% y 2.05% respectivamente) y no se exploró si quienes los utilizan lo hacen bajo supervisión médica (véase Tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje de adolescentes sexualmente activos de 12 a 19 años de edad, según uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, por sexo y grupo de edad

Edad	12 a 15 años		16 a 19 años		Total	
Método anticonceptivo	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	Promedio/
Hombres						
Condón	85.9	69.8	835.2	61.5	921.1	65.65
Hormonales**	1.6	1.4	109.3	8.1	110.9	4.75
Otros***	0.3	0.3	19.6	1.4	19.9	0.85
Nada	35.1	28.5	393.6	29.0	428.7	28.75
Mujeres*						
Condón	26.1	26.7	408.4	37.9	921.1	32.30
Hormonales**	7.3	7.4	70.9	6.5	110.9	6.95
Otros***	2.5	2.6	16.2	1.5	19.9	2.05
Nada	62.0	63.3	584.7	54.1	428.7	58.70

*Cantidades en miles.

**Incluye pastillas o píldoras, inyecciones, pastillas de emergencia, Norplant.

*** Incluye óvulos, jaleas, espumas o diafragmas, ritmo, calendario, retiro, DIU, vasectomía u otro.

/ Se obtuvo con la suma de cada porcentaje de cada por rubro por edad dividido entre dos; $(69.8 + 61.5/2) = 65.65$

Nota: Los porcentajes pueden sumar más de 100% por el uso de dos anticonceptivos.

Fuente: elaboración propia con datos de la ENSANUT (2006).

Asimismo, con datos de la ENSANUT (2012) entre adolescentes de 12 a 19 años sexualmente activos, 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual. Entre los métodos más utilizados por los varones de este grupo de edad se ubicó el condón (80.5%), 6.2% indicó el uso de hormonales y casi 15% no utilizó anticonceptivos. En las mujeres, la utilización reportada es menor: 61.5% mencionó que su pareja usó

condón, 7.3% usó hormonales y 33.4% tuvo relaciones sin anticoncepción. Los datos de la ENSANUT (2012) muestran cambios en la actividad sexual sin protección; hace 12 años, la ENSA 2000 encontró que no usaron método alguno en su primera relación sexual 47.5% de los hombres y 79% de las mujeres (Tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de adolescentes sexualmente activos por sexo, edad y uso de métodos anticonceptivos en la primera y última relación sexual

Método anticonceptivo	Primera relación sexual						Última relación sexual					
	12-15 años		16-19 años		Total		12-15 años		16-19 años		Total	
Hombre	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Condón	177.7	83.0	1689.0	80.4	1866.7	80.5	159.0	74.2	1655.4	78.8	1814.3	78.3
Hormonales*	9.6	4.5	134.9	6.4	144.5	6.2	22.2	10.3	153.0	7.3	175.2	7.6
Otro**	3.5	1.6	13.2	0.6	16.7	0.7	2.4	1.1	23.3	1.1	25.8	1.1
Nada	25.1	11.7	315.2	15.0	340.3	14.7	37.2	17.4	345.3	16.4	382.6	16.5

Método anticonceptivo	Primera relación sexual						Última relación sexual					
	12-15 años		16-19 años		Total		12-15 años		16-19 años		Total	
Mujer	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Condón	100.3	59.9	1029.1	61.7	1129.4	61.5	91.3	54.5	750.7	45.0	842.0	45.9
Hormonales	16.9	10.1	117.5	7.0	134.4	7.3	18.5	11.0	186.2	11.2	204.7	11.2
Otro	0.0	0.0	13.1	0.8	13.1	0.7	4.3	2.6	151.1	9.1	155.4	8.5
Nada	51.3	30.6	561.2	33.6	612.5	33.4	51.1	30.5	642.2	37.4	675.3	36.8

F= frecuencia en miles.

*Incluye pastilla anticonceptiva, implantes, pastillas de emergencia, Norplant.

**Incluye óvulos, jaleas, espumas, diafragmas, ritmo, calendario, retiro, Billings, DIU, vasectomía y otros.

Nota: Los porcentajes suman más de 100% por el uso de dos anticonceptivos.

Fuente: ENSANUT (2012).

Comparando el uso de métodos por grupos de edad en la primera relación sexual, en el año 2012 se reportó que los hombres de 12 a 15 años utilizaron condón en un porcentaje levemente mayor (83.0%) que los de 16 a 19 años (80.4%). En mujeres el uso de condón es similar por grupos de edad (59.9 y 61.7%, respectivamente). El uso de hormonales en las mujeres más jóvenes (10.1%) en su primera relación sexual resultó ser más de tres puntos porcentuales que en el grupo de 16 a 19 años de edad (7.0%).

En la última relación sexual el uso de métodos anticonceptivos sigue una tendencia similar a la de la primera relación, aunque con algunas variaciones

(ENSANUT, 2012). Por ejemplo, el uso de condón disminuyó en el total de adolescentes, por grupos de edad y en hombres; en mujeres la disminución en la utilización del condón masculino es más pronunciada y se observa un leve incremento en el uso de hormonales y otros métodos.

El uso de métodos anticonceptivos en la población que inicia su vida sexual implica que éstos sean accesibles. En el año 2012 se registró que 32.7% de las y los adolescentes recibieron -en promedio- 7.7 condones gratuitos en los últimos 12 meses. La recepción promedio de condones gratuitos por sexo muestra diferencias: 6.9% de las mujeres los recibieron vs. 8.3% de los hombres. Las instituciones de salud nombradas como mayores donantes fueron el ISSSTE/ISSSTE Estatal, Centros de Salud/Hospitales de la SSA y las Organizaciones de la Sociedad Civil.

En cuanto al conocimiento sobre la anticoncepción, las cifras nacionales del 2012, arrojaron que 90% de la población de 12 a 19 años de edad dijo conocer o haber escuchado hablar de alguno de los métodos anticonceptivos, cifra superior a la reportada por la ENSA (2000) con 69%. Con el fin de saber si los adolescentes poseen información correcta sobre métodos anticonceptivos, en la ENSANUT (2012) se les preguntó cuántas veces se puede usar un condón masculino: 84.5% del total de adolescentes respondió correctamente, con un porcentaje mayor entre hombres (88.1%) que en mujeres (80.8%). En cuanto a la pregunta sobre la utilidad del condón masculino para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual, 78.5% respondió de manera correcta. Los porcentajes de respuesta por sexos fueron similares.

La ENADID 2009, muestra que de las adolescentes de 15 a 19 años que han tenido relaciones sexuales, 61.8% declaró no usar método anticonceptivo durante su primer encuentro sexual. Es decir, seis de cada diez no hacen uso de método alguno en su primera relación sexual. Entre quienes ya han tenido un hijo, adoptan la anticoncepción después de ese primer nacimiento.

La Encuesta Nacional de Juventud (ENJ) en tres ocasiones ha medido el uso del condón para prevenir las ITS entre las y los adolescentes de 15 a 19 años. 79.9% de ellas y ellos lo usaron con ese propósito en el año 2000, 83.7% en el año 2005 y 90.9% en 2010. Otro dato semejante a este último, lo proporciona el Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI, el cual registró que en las y los jóvenes de 15 a 19 años (11 millones: 50.1% varones y 49.9%, mujeres), 90.9% manifestó prevenir dichas infecciones mediante el uso del condón.

Por otra parte, en fecha más reciente, la Encuesta Nacional de Valores en Juventud (ENVJAJ) 2012, detectó que 66.0% de los jóvenes sexualmente activos utilizan algún método anticonceptivo y 32.4% no lo hacen. Por medio de la información recopilada al relacionar escolaridad y uso de anticoncepción, dicha investigación sustenta que “a medida que se incrementa el nivel de escolaridad también asciende el uso de estos métodos”.

En contraste, estudios realizados desde la perspectiva de la investigación educativa (Weiss *et al.*, 2014), están mostrando que 17% de las y los jóvenes entre los 15 y 17 años de edad abandonan la escuela durante el periodo de ingreso y el primer año de la educación media superior. En cuanto a la expectativa de que una mayor educación impacte positivamente en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos -y consecuentemente en los embarazos tempranos-, el dato sobre deserción escolar en bachillerato permite suponer que se está limitando la consolidación de dicha expectativa para las y los adolescentes cuando éstos quedan fuera del sistema escolar por diversas causas.

Al respecto de la deserción escolar a causa de un embarazo, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), llevada a cabo en 2009 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) estableció, en el tercer lugar, al “embarazo, matrimonio y unión” como causa de abandono escolar en 12% de los casos. Pero al desagregar las respuestas por sexos, tanto en hombres como en mujeres la primera causa fue la referida a la insuficiencia económica, en el caso de las mujeres la segunda causa se refirió al “embarazo, matrimonio y unión” en 23%,

mientras que en los hombres ocupó la segunda posición “necesidad de aportar dinero en el hogar” (27%).

A diferencia de lo reportado en otros estudios realizados en Latinoamérica, donde el embarazo o el matrimonio no fue una de las principales causas de deserción entre las participantes (PRB, 1992; Silver, Giurgiovich y Munist, 1995; citado en Valdez *et al.*, 2008). En un estudio realizado en Sonora con adolescentes embarazadas, se reportó que el embarazo se presentó tiempo después de haber abandonado la escuela (Román, 2000; citado en Valdez *et al.*, 2008).

En el contexto escolar, al respecto del conocimiento y uso de anticoncepción, los datos de la ENSE 2008 señalan: 73.5% de los escolares de 12 años o más conocen o han oído hablar de algún método anticonceptivo (76.8% las mujeres y 69.8% los varones). 82.4% de los adolescentes tempranos que asisten a la secundaria han escuchado hablar de métodos anticonceptivos contra 45.2% de los estudiantes que asisten a la primaria. Acerca de los métodos que usaron para evitar un embarazo o infección de transmisión sexual en su primera relación, la misma encuesta reporta que usó condón 53.4% y 24.3% no utilizó método alguno.

Los anteriores datos, muestran la disparidad entre la información sobre sexualidad que manejan los adolescentes de secundaria y la realidad que viven. Bajo esa consideración, el estudio de Ramírez (2011), exploró cómo es que esa población construye socialmente su sexualidad tocando específicamente el tema del uso del condón como método anticonceptivo y de prevención de las ITS. Sus resultados mostraron que las y los adolescentes tempranos perciben la sexualidad como algo “indebido” y “malo”. Pero esta consideración les lleva a negar su responsabilidad hacia el conocimiento y uso del condón, pues aceptarla legitimaría ante sus ojos ese comportamiento. Este estudio cualitativo también detectó que los varones tienen deseo, pero las chicas consideran que sentir deseos sexuales sería reconocerse como “zorras” (en términos coloquiales). Ramírez concluye que esta alienación de los saberes adolescentes sobre la sexualidad oculta el hecho de que a las y los adolescentes no se les reconocen como sujetos sexuales con derechos propios ni ellos/ellas lo hacen.

También los estudios de investigadores educativos sobre anticoncepción señalan que es frecuente que las y los adolescentes tengan conocimientos incompletos o inadecuados. El trabajo de Leyva-López *et al.* (2010) llevado a cabo en escuelas públicas del Estado de Morelos, mostró que de las y los estudiantes de diversos niveles escolares entre 14 y 24 años de edad, 60% han escuchado sobre anticoncepción de emergencia (AE) pero únicamente 45% tiene el conocimiento correcto.

Otros estudios de la sexualidad en adolescentes escolarizados, tanto de secundaria como de preparatoria han mostrado que sus amigos son la principal fuente de información y que es en la escuela donde los y las adolescentes comparten información sexual cargada de mitos y dudas. En consecuencia, un alto porcentaje de ellas y ellos sostiene la creencia de tener conocimientos en torno a la sexualidad, pero éstos están mezclados con información, mitos y pensamientos transmitidos por amigos o familiares que pueden estar equivocados, con el resultado de su exposición a conductas de riesgo. Por ejemplo, el estudio de Cordero (2004), detectó que 12.79% de una población de estudiantes de nivel medio superior consumió bebidas alcohólicas durante sus contactos sexuales y de éstos 81.8% eran hombres.

El estudio de Gallegos *et al.* (2008), exploró las conductas de riesgo en la sexualidad juvenil de alumnos(as) de cuatro preparatorias de Monterrey en función del uso de condón. Los autores encontraron que el número de adolescentes que manifestó haber tenido relaciones sexuales fue bajo, la proporción que usa condón y más aún, que lo use constantemente, es mínima, confirmando el alto riesgo de contraer ITS y producir embarazos no planeados. Por el contrario, en bachilleres del Distrito Federal, Rodríguez y Díaz (2011), encontraron mayor consistencia en el uso de condón y en sostener relaciones sexuales con una pareja estable.

En cuanto al uso del preservativo en la prevención de las ITS, el estudio de Robles *et al.* (2011) con adolescentes de secundaria y preparatoria mostró que el nivel de información que poseen los jóvenes es precario y no se asocia de manera constante con el uso del condón. Pero en el caso de la infección por VIH, aquellos

que se comunican con sus padres y parejas poseen mayor información que quienes no lo hacen.

En su estudio Pérez y Pick (2006), destacaron que en el caso de la relación con una pareja regular la comunicación asertiva resultó el mejor predictor de conducta sexual protegida. Por su parte, en su estudio centrado en la comunicación y las estrategias de negociación entre parejas sexuales de adolescentes de secundaria y preparatoria, Jiménez (2010), encontró que las mujeres hablan sobre el condón y el embarazo no deseado, mientras que a los hombres les interesa hablar sobre las pastillas anticonceptivas. Los resultados relativos a los estilos de negociación indican que hombres y mujeres tienden a utilizar un estilo de colaboración-equidad con sus parejas. Sin embargo, los hombres tienden más a ajustarse a lo que diga su pareja para evitar un conflicto.

Por último, dos investigadores educativos interesados en diversos aspectos de la vida juvenil de las y los estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Sur de la UNAM, exploraron en sus estudios cualitativos -entre otros temas- las perspectivas juveniles al respecto de la sexualidad. En el trabajo de Ávalos (2007), el énfasis está orientado en entender lo que las pláticas de los jóvenes aportan para la comprensión de sí mismos. Escuchándolos, éste investigador entendió que la atención al cuerpo y su apariencia son parte de la dimensión cultural que atraviesa la afectividad y la sexualidad de los jóvenes. Los temas del amor y el sexo están presentes en sus discusiones, dejando claro en esta investigación que las posturas son; las relaciones amorosas parecen ser más cambiantes que las amistosas. Por lo tanto, se detecta que los roles están cambiando, las mujeres se interesan por el sexo y los hombres por el afecto. Las experiencias sexuales se conversan entre compañeros cambiando los linderos entre lo público y lo privado, tanto para comparar experiencias como para provocar admiración. Los hombres hablan más abiertamente de sus experiencias sexuales que las chicas, aunque sólo sea para fanfarronear; la exploración sexual ocurre en ambos sexos. El alcohol y las drogas son utilizados como medios para desinhibirse y tener

experiencias que de otro modo no tendrían, tales como besar a alguien del mismo sexo.

Por su parte, Hernández (2007), revisó los significados diversos de la sexualidad entre las y los “ceceacheros”. Su trabajo mostró que la sexualidad es asumida por ellas y ellos con una diversidad de significados, desde los biológicos reproductivos hasta los culturales. El ejercicio de la sexualidad aparece como una experiencia deseada pero vivida con miedo. En la medida que las y los jóvenes la exploran, adquiere el significado de una experiencia placentera (varones) y ligada al enamoramiento y al romanticismo (mujeres). Las y los jóvenes destacan los vínculos de confianza, cuidado y pasión, así como la forma en que la sexualidad enriquece las capacidades expresivas y reflexivas de la pareja.

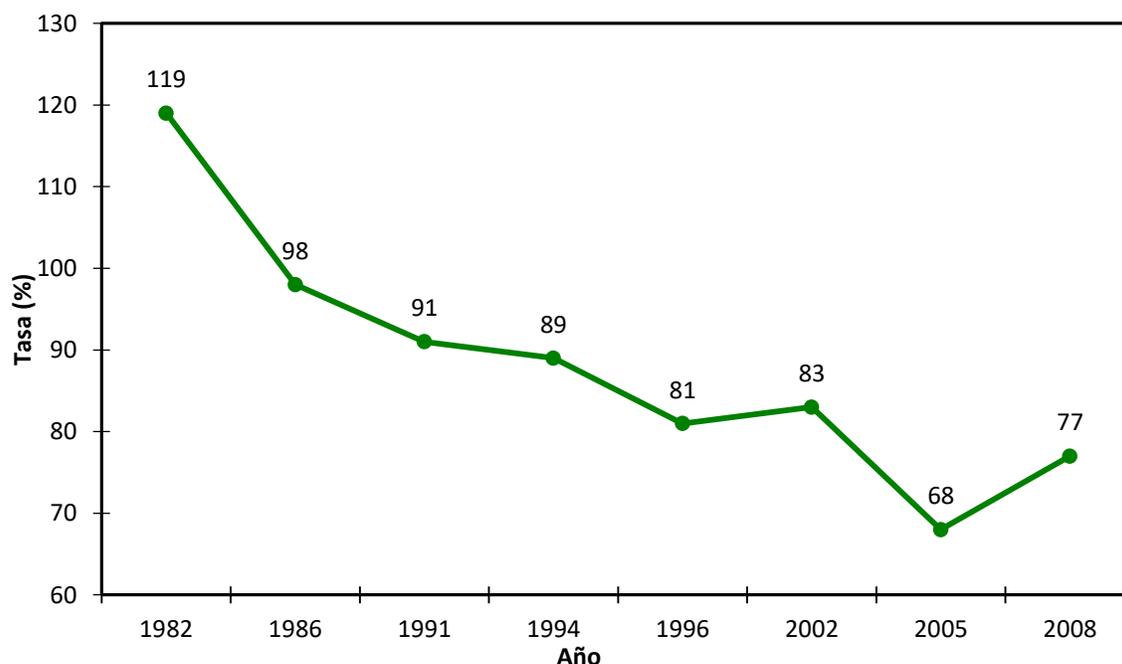
1.3.2. Embarazo adolescente

A nivel nacional, la situación del embarazo adolescente ha sido ampliamente analizada. En 1996, Welti señaló que desde veinte años antes, la fecundidad general en México había disminuido 51%, mientras que la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años disminuyó 26% en el mismo período, esto ha hecho parecer que la participación de este grupo de mujeres en la fecundidad total se ha incrementado. Desde su percepción, este efecto demográfico parece constituir la principal razón para prestar atención a la fecundidad adolescente y tratar de reducir su incidencia ampliando la información y el acceso a los métodos anticonceptivos.

Entre los estudios demográficos, destaca un trabajo de Menkes y Serrano (s/f). Al revisar datos del crecimiento de la población adolescente, ambas investigadoras apuntan que, aunque en México aumenta ese estrato de población, al observar las tendencias históricas de las tasas de fecundidad adolescente reportadas en distintas encuestas sociodemográficas, se puede ver que éstas han descendido de manera gradual en las últimas décadas, con un ligero repunte en 2008 (véase gráfica 2). En su análisis destacan un cambio significativo de 1982 a 1996, cuando la tasa de fecundidad desciende de 119 embarazos (1982) por cada mil mujeres

de 15 a 19 años a 81 embarazos (1996). Es decir, disminuye en cerca de la tercera parte en 14 años. Estas tendencias resultan congruentes con la transición demográfica ocurrida en nuestro país, a raíz de la promoción de los medios anticonceptivos que ha implicado un descenso en los niveles de fecundidad de las mujeres mexicanas desde mediados de los años setenta.

Gráfica 2. Tasas de fecundidad (por mil) de mujeres de 15 a 19 años, 1982-2008



Fuente: elaboración de Menkes y Serrano con base en ENFES (SSA) 1987, ENADID 1992, ENADID 1997.

A la vez que Menkes y Serrano (s/f) demuestran con base en datos duros que la tasa de fecundidad adolescente ha descendido, enfatizan que este fenómeno sigue siendo importante en México comparando datos de tres periodos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID): en 1991 las madres adolescentes contribuyeron 12.7% al total de embarazos; en 1996, 16.1% y en 2005, 13.2%.

En este trabajo, ambas investigadoras concluyen que las altas tasas de fecundidad adolescente se deben a que los embarazos ocurren más frecuentemente en las mujeres que viven en condiciones sociales y económicas

desfavorables. Para explicar de dónde obtienen esta conclusión, con los siguientes datos tomados de la ENADID 2006, mostraron que las tasas varían de manera muy importante según distintas características socio-demográficas: 248 de cada mil adolescentes unidas tuvieron un embarazo en comparación con 13 de las mujeres solteras. Las diferencias según niveles de escolaridad continúan siendo relevantes ya que 156 sin escolaridad o con primaria incompleta tuvieron un embarazo paralelamente y 28 de las que cursaron algún año de preparatoria. También señalan diferencias entre las adolescentes no indígenas con 67 embarazos por cada mil adolescentes mientras que las adolescentes indígenas tienen 106 embarazos por cada mil. Respecto al estrato socioeconómico del hogar, las variaciones van desde 97 por cada mil mujeres en el estrato más bajo a 15 chicas embarazadas en el estrato alto. También existen diferencias geográficas ya que mientras en la región al norte del país, integrada por Chihuahua, Coahuila, Durango, Zacatecas y San Luis Potosí, observaron una tasa de 64, en la región sur (Guerrero, Oaxaca y Chiapas) esta es de 83 por cada mil adolescentes. Finalmente, las tasas son de 87 en las zonas rurales y 64 en las urbanas.

En otro estudio demográfico, el propósito de Menkes y Suárez (2003), consistió en verificar cuales son las variables socioeconómicas que explican, con mayor fuerza, el embarazo de las adolescentes. Las variables que resultaron significativas, en orden de importancia, fueron: el estado marital, la edad de la jovencita y el nivel de educación. En cifras, sus resultados establecieron que el haber estado alguna vez unida en pareja aumenta 70 veces más el riesgo de embarazo en relación con las solteras. Tener de 17 a 18 años aumenta tres veces el mismo riesgo con respecto a las de 15 a 16 años y tener 19 años lo incrementa en 5.3 veces. Finalmente, un nivel de escolaridad bajo aumenta en 2.5 veces el riesgo de embarazarse con respecto a las adolescentes que tienen secundaria completa o más estudios. En las mujeres con escolaridad mediana aumenta en 1.8 este riesgo con respecto a las de mayor educación formal. En el mismo estudio, las investigadoras confirman que la edad de iniciación sexual está relacionada con el aumento en el número de hijos: “el hecho de ser madre en la adolescencia lleva, sin duda a un mayor número de hijos en todos los grupos de edad. Es notorio que las mujeres que

iniciaron la maternidad temprana llegan a tener tres hijos más que las que empezaron antes de los 19 años (2003:7)”.

En su conclusión más significativa Menkes y Suárez (2003:12) mencionan:

El embarazo adolescente, más que un accidente, responde a un contexto social y cultural, que se relaciona con la valoración de ser madre y esposa sin reales perspectivas escolares, ni con perspectivas concretas de desarrollo personal. Sin duda, el hecho de que la variable educativa resultara más significativa que otras variables macroeconómicas como el tamaño de localidad, el acceso a servicios, o bien el ingreso familiar, parece relacionar el embarazo adolescente con aspectos ligados al desarrollo personal de las jóvenes.

A diferencia de lo expuesto por Menkes y sus colaboradoras, el UNFPA -en su reporte mundial “Maternidad en la Niñez” (2013a)- se centra en datos actuales sin hacer revisiones históricas para ubicar a México en primer lugar en embarazo adolescente entre los países de la OCDE con una tasa de natalidad de 64.2 nacimientos por cada mil. Por su parte, en el año 2009, el Banco Mundial³ reportó que se produjeron en México 69 embarazos adolescentes por cada mil mujeres.

Para ampliar la perspectiva sobre el fenómeno, a continuación, se aportan datos de diversas encuestas realizadas a nivel nacional que dan un panorama más detallado. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Juventud 2010, el embarazo a edades tempranas –antes de los 19- alcanza 6.6% antes de los 17 años y 19.2% entre 18 y 19 años de edad.

La ENSANUT (2006), reportó que la tasa de fecundidad en las adolescentes de 12 a 19 años de edad fue de 79 por cada mil mujeres.

Tabla 3. Tasa de fecundidad en adolescentes de 12 a 19 años de edad por grupo de edad

Grupos de edad	TOTAL	MUJERES EMBARAZADAS	
	Número de personas*	Número de personas*	Tasa**
12 a 15 años	4 670	29.9	6.4

³ Consultado en septiembre 2014 en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.MTR.1519.ZS>

16 a 17 años	2 143	216.4	101.0
18 a 19 años	1 991	448.8	225.4
Total	8 804	695.1	79.0

* Cantidad en miles. ** Tasa por mil

Fuente: ENSANUT (2006).

En la misma encuesta se observa que las tasas de fecundidad se incrementan entre las jóvenes de nuestro país conforme aumenta la edad. Mientras que en las adolescentes de 12 a 15 años fue de alrededor de seis embarazos por cada mil, en las jóvenes de 16 y 17 años alcanzó 101 embarazos por cada mil y en las adolescentes de 18 y 19 años, la tasa incrementó a 225 embarazos por cada mil mujeres. Estos resultados ubican al embarazo en la adolescencia como un evento a atender con profesionalismo en los sistemas de salud en nuestro país, sobre todo en las madres de 12 a 15 años, edades en las que constituye un elevado riesgo para la salud de la madre y del hijo.

Por otra parte, las políticas de difusión de los medios anticonceptivos van mostrando su impacto en la tasa de fecundidad adolescente. En el 2012, la ENSANUT muestra los siguientes resultados: en adolescentes de 12 a 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales, 10.7% estaba embarazada al momento de ser encuestadas y casi la mitad (51.9%) alguna vez ha estado embarazada. Este último porcentaje es menor al registrado por la misma encuesta en 2006, que fue de 61%. En contraste, la tasa de fecundidad en las adolescentes encuestadas en el 2012 fue de 37 nacimientos por cada mil mujeres, es decir, superior a la reportada en el 2006 de 30 nacimientos por cada mil mujeres.

Al comparar resultados de años anteriores con los propios, en 2012 señala que estas cifras podrían reportar una mejora en los servicios de control prenatal y durante el parto que estas madres recibieron, pues la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo en mujeres de 12 a 19 años tuvo un incremento de diez puntos porcentuales en los últimos doce años, aumento que fue más relevante en los últimos seis años al pasar de 64.7% en 2000 a 65.2% en 2006, para alcanzar 74.4% en 2012.

Un dato significativo que también se relaciona con la calidad de los servicios de salud en cuanto a su capacidad de informar a la población es que más de la mitad de las y los adolescentes de 12 a 19 años de edad (55.6%) sabe del beneficio de tomar ácido fólico para prevenir algunas de las malformaciones al nacimiento (del sistema nervioso central y de la columna), cuando se toma antes y durante las primeras semanas del embarazo. De las mujeres, 63.3%, en contraste con 48% de los hombres, dijo conocer la importancia de tomar ácido fólico y 27.3% de las embarazadas adolescentes reportó haberlo tomado en los últimos 12 meses (ENSANUT, 2012).

Dado que es esencial la prescripción adecuada de métodos anticonceptivos por su efecto en la práctica de la lactancia materna, la ENSANUT (2012) abordó el tema, encontrando que al 48% de las madres adolescentes se les prescribió un método anticonceptivo antes de salir del lugar donde las atendieron. De acuerdo con lo reportado por ellas en relación con el tipo de método recibido, se destaca el DIU (74.6%), seguido por anticonceptivos hormonales (17.3%) y condón (5.8%).

En relación con los nacimientos, el INEGI (2010), estimó que uno de cada seis, es decir, 16.1% acontece en madres de 15 a 19 años. En el análisis de los datos, una de las explicaciones para estas cifras establece que, aunque cada año se ha ido reduciendo el número total de nacimientos en el país, en las edades más jóvenes la tendencia es a la inversa. Por lo tanto, es interesante contrastar datos desde una perspectiva histórica recurriendo a la misma fuente. A escala nacional, entre 2003 y 2012, en 17.1% de los nacimientos contabilizados las madres tenían menos de 19 años. En el mismo periodo, se registraron casi 108 000 nacimientos en los que las madres tenían menos de 15 años, y 4 340 000 alumbramientos en mujeres entre 15 y 19 años. Esto representa un promedio anual de 434 000 niños y niñas cuyas madres eran menores de 19 años al momento del parto.

En 2003, el número de nacimientos registrados fue de 403 436, es decir, 1 105 nacimientos diarios en madres menores de 19 años. Para 2008, la cifra se ubicó en 446 399, o bien un promedio por día de 1 223 alumbramientos. En 2011, el INEGI contabilizó 472 987 nacimientos. Mientras que en 2012 la cifra disminuyó a

457 192, lo cual implica un promedio diario de 1 252 partos para el grupo de edad señalado.

Por lo general, en las entidades con mayor población se concentra el mayor número de casos de todos los indicadores demográficos. Para el caso de los embarazos adolescentes en menores de 15 años esto se cumple en el Estado de México. Según los datos del INEGI, entre 2003 y 2012 los estados que concentran el mayor número de casos en los que la madre era menor de 15 años son: Estado de México con 10 536, Guerrero, 9 317, Chiapas, 9 152, Veracruz, 8 737, Puebla, 5 696, Oaxaca, 5 391, Baja California, 4 550, Jalisco, 4 327, Chihuahua, 4 154, Michoacán, 3 753, el Distrito Federal, 3 702, Guanajuato, 3 377 y Sinaloa, 3 261. Un dato muy significativo es que, durante 2011, según el INEGI, 11 512 niñas de entre 10 y 14 años se convirtieron en madres y de esa cifra 318 tenían 10 años.

Por su parte, la ENADID 2009, plantea el problema de la alta frecuencia de embarazos adolescentes no planeados o deseados; reporta que uno de cada cuatro fue un embarazo no planeado y uno de cada diez fue un embarazo no deseado.

Para cerrar este apartado, cabe señalar que el embarazo y la maternidad adolescente pueden conducir a un matrimonio temprano. La Encuesta Nacional de Juventud 2010, en sus resultados generales, reportó que de los entrevistados entre los 12 y los 29 años, sólo 21.7 % respondió la pregunta sobre las razones por las cuales se había casado; de éstos, el 14.1% de los varones y 15.1% mujeres se casó por un embarazo. La encuesta no exploró la posibilidad de que la opción por el matrimonio en estos casos haya sido una libre elección o no.

Resumen de apartado

Edad de inicio a la vida sexual:

- En nuestro país, varias encuestas han rastreado la edad de la primera experiencia sexual con resultados diversos. En general apuntan a señalar que la primera relación sexual sucede en la adolescencia para un importante porcentaje de la población. Todas ellas consideran el inicio de vida sexual como un evento crucial que tiene implicaciones en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes que los llevan a asumir roles y patrones de comportamiento adultos para los que probablemente no se encuentran preparados.
- En el año 2006 la ENADID reportó que la edad promedio nacional para el inicio de la vida sexual es: 18.1 años en el medio rural y 19.3 en el medio urbano.
- En la misma encuesta en el año 2009, menciona que la edad promedio nacional fue de 19.6 años.
- Por su parte, la ENSANUT (2006) el 4.1% de los entrevistados entre los 15 a 19 años inició su vida sexual antes de cumplir los 15 años.
- En el año 2012, la ENSNAUT reporta que el 23% de las y los adolescentes de 12 a 19 años dijo haber iniciado vida sexual.
- Alvarado e Infante (2010), mencionan que de los bachilleres y de los de nuevo ingreso de la UNAM el 5% han comenzado su vida sexual entre los 13 y 15 años. El IPN detectó que 14% de las y los estudiantes de las vocacionales iniciaron su actividad sexual antes de los 15 años.

Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual:

- La ENADID (2009), reporta que de las adolescentes de 15 a 19 años, 61.8% declaró no usar algún método durante su primer encuentro sexual. Entre quienes ya han tenido un hijo, la anticoncepción es una práctica que adoptan después de ese primer nacimiento.

- Por otra parte, la ENSANUT (2006), menciona que del total de los encuestados, 63.5% de ellos declaró haber utilizado condón; 7.6% hormonales y 29.6% no usó método alguno; 38.0% de las mujeres mencionó que su pareja usó condón y 56.6% declaró no haber utilizado métodos anticonceptivos.
- En el año 2012, la ENSANUT muestra los cambios en la actividad sexual sin protección. Hace 12 años, la ENSA 2000 encontró que 47.5% de los hombres y 79% de las mujeres no usaron método alguno en su primera relación sexual.

Acceso a anticonceptivos:

- Las instituciones de salud nombradas como mayores donantes de condones fueron el ISSSTE/ISSSTE Estatal, los Centro de Salud/Hospitales de la SSA y las Organizaciones de la Sociedad Civil.

Prevención de ITS:

- ENJ: En tres ocasiones ha medido el uso del condón para prevenir las ITS entre las y los adolescentes de 15 a 19 años; 79.9% de ellas y ellos lo usó con ese propósito en el año 2000, 83.7% en el año 2005 y 90.9% en 2010.

Embarazo adolescente:

- En 1996, Welti señaló que desde veinte años antes, la fecundidad general en México había disminuido 51%, mientras que la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años decreció 26% en el mismo período. Esto ha hecho parecer que la participación de este grupo de mujeres en la fecundidad total se ha incrementado.
- Menkes y Serrano (s/f): De 1982 a 1996, la tasa de fecundidad desciende de 119 embarazos (1982) por cada mil mujeres de 15 a 19 años a 81 embarazos (1996). Es decir, disminuye en cerca de la tercera parte en 14 años.

- Menkes y Serrano (s/f): Comparando datos de tres periodos de la ENADID encontraron que el embarazo adolescente sigue teniendo importante presencia: en 1991, el 12.7% de las madres adolescentes contribuyeron al total de embarazos; en 1996, 16.1% y en 2005, 13.2%.
- Menkes y Suárez (2003) verificaron que las variables socioeconómicas significativas que explican con mayor fuerza el embarazo de las adolescentes, en orden de importancia, fueron: el estado marital, la edad de la jovencita, y el nivel de educación.
- En su conclusión más significativa Menkes y Suárez (2003:12) dicen:

El embarazo adolescente, más que un accidente, responde a un contexto social y cultural, que se relaciona con la valoración de ser madre y esposa sin reales perspectivas escolares, ni con perspectivas concretas de desarrollo personal.
- El UNFPA (2013a), ubica a México en primer lugar en embarazo adolescente entre los países de la OCDE con una tasa de natalidad de 64.2 nacimientos por cada mil.
- En 2009 el Banco Mundial reportó 69 embarazos adolescentes por cada mil mujeres en México.
- La ENJ (2010), menciona el 6.6% se embarazó antes de los 17 años y 19.2% entre 18 y 19 años de edad.
- En el año 2006 la ENSANUT, reporta que la tasa de fecundidad es 79 embarazos por cada mil mujeres de 12 a 19 años de edad.
- Mientras, el INEGI (2010), menciona que uno de cada seis nacimientos (16.1%), acontece en madres de 15 a 19 años.
- La ENSANUT (2012), reporta que en las adolescentes de 12 a 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales, más de la mitad (51.9%) alguna vez ha estado embarazada y 10.7% estaba embarazada al momento de la encuesta.
- El INEGI (2010), estimó que uno de cada seis nacimientos, es decir, 16.1% acontece en madres de 15 a 19 años.

- Según el INEGI, entre 2003 y 2012, los estados que concentran el mayor número de partos en los que la madre era menor de 15 años son: Estado de México con 10 536, Guerrero con 9 317 y Chiapas con 9 152.
- Según el INEGI, durante 2011, 11 512 niñas de entre 10 y 14 años se convirtieron en madres y de esa cifra 318 tenían 10 años.
- El embarazo y la maternidad adolescentes pueden conducir a un matrimonio temprano: 21.7 % de los entrevistados entre los 12 y los 29 años respondió la pregunta sobre las razones por las cuales se había casado; el 14.1% de los varones y 15.1% mujeres se casó por un embarazo (ENJ, 2010).

2. COMPARACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONALES E INTERNACIONALES

Cada una de las políticas aquí señaladas trata de incidir sobre eventos desencadenantes o correlativos del embarazo que atenta contra el bienestar de las niñas y adolescentes embarazadas. En este apartado se destacan las políticas públicas de algunos países, las políticas públicas federales y estatales para luego establecer una comparación entre ellas.

2.1. Políticas públicas internacionales

Para el desarrollo de sus pueblos, los gobiernos tienen que garantizar a sus ciudadanos la protección y goce de sus derechos sociales, con ese propósito elaboran planes y programas políticos que orientan sus acciones. La política pública es el medio en el cual se articulan propuestas, voluntades y acciones del Estado con realidades y necesidades específicas de una comunidad. Salazar (1995; en Rodríguez y Díaz, 2010: 11) afirma que “la política pública es un conjunto de sucesivas respuestas del Estado frente a situaciones consideradas socialmente problemáticas” y tienen por objetivo estimular la colaboración social o inhibir el conflicto.

A nivel internacional, las tres instituciones que proponen políticas públicas dirigidas a prevenir y atender el embarazo adolescente son la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

2.1.1. Organización Mundial de la Salud

Sus principales recomendaciones establecidas con ese propósito están dirigidas a enfrentar, paliar o cambiar las situaciones sociales que construyen el embarazo adolescente como problema social, de salud pública y derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Las dos grandes directrices de la OMS que orientan las políticas públicas relativas al embarazo adolescente son la prevención de su ocurrencia y la prevención de los posibles resultados reproductivos adversos ante la falta de atención a las gestantes. La deconstrucción de estas políticas del OMS realizada por Gamboa y Valdés (2013) aporta la identificación de las responsabilidades de distintos actores (Programas y servicios de salud, comunidades, familias e individuos) en cuanto a las acciones a seguir para proteger la salud y la vida de las madres adolescentes y sus hijos; así como para tratar de reducir este fenómeno social que afecta el desarrollo integral de todos los involucrados y exige de los gobiernos el cumplimiento de sus funciones legislativas, administrativas, asistenciales, de seguridad y, sobre todo, económica y política.

Tabla 4. Directrices de la Organización Mundial de la Salud para prevenir el embarazo precoz y sus resultados reproductivos en adolescentes de los países en desarrollo identificadas por Gamboa y Valdés (2013)

Recomendaciones o Directrices	Lineamientos o acciones a seguir por:			
	Responsables de políticas, Programas y servicios	Individuos, familias, comunidades	Sistemas de salud	Investigadores en el tema
Prevenir el embarazo precoz				
1. Limitar el matrimonio antes de los 18 años.	Prohibir el matrimonio temprano.	Mantener a las niñas en la escuela. Influir sobre las normas culturales que respaldan el matrimonio temprano.	---	Entre otros: - Recopilar evidencia sobre el tipo de intervenciones que puedan llevar a la formulación de leyes y políticas que protejan a las adolescentes de un matrimonio temprano; - Desarrollar mejores métodos para evaluar el impacto de la educación y la matriculación a la escuela sobre la edad del matrimonio.
2. Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años.	Apoyar los Programas de prevención del embarazo en adolescentes.	Educar a los niños y niñas sobre la sexualidad. Conseguir el apoyo de la comunidad para evitar el embarazo precoz.	---	- Recopilar evidencia sobre el efecto de intervenciones para evitar el embarazo precoz, tales como aquellas dirigidas a aumentar el empleo, la retención escolar, la disponibilidad educativa y el apoyo social. - Llevar a cabo investigaciones en diversos contextos socioculturales para identificar intervenciones factibles para reducir el embarazo precoz en las adolescentes y que se puedan implementar a gran escala.
3. Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes.	Legislar el acceso a la información y los servicios de anticoncepción; Reducir el costo de los anticonceptivos para las adolescentes.	Educar a los adolescentes sobre el uso de anticonceptivos; Crear respaldo comunitario para la entrega de anticonceptivos a los adolescentes.	Posibilitar a los adolescentes el acceso a los servicios de anticoncepción	-Recopilar evidencia sobre la efectividad de las diferentes intervenciones para aumentar el uso de anticonceptivos, ya sea a través de leyes y políticas favorables, abaratamiento de los insumos, apoyo de la comunidad a la anticoncepción adolescente, o venta libre de anticoncepción hormonal. - Comprender de qué manera las normas de género afectan el uso de anticonceptivos y cómo transformar las normas de género sobre la aceptación de los anticonceptivos.

4. Reducir las relaciones sexuales bajo coacción en las adolescentes.	Habilitar el acceso a servicios seguros de aborto y posaborto.	Informar a las adolescentes sobre servicios de aborto seguro. Aumentar la comprensión de la comunidad sobre los peligros del aborto inseguro.	Invitar a los varones a cuestionar las normas y prácticas de género.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y evaluar las intervenciones destinadas a reducir las barreras a servicios de aborto seguro y legal en múltiples contextos socioculturales. - Recopilar evidencia sobre el impacto de las leyes y políticas que permiten a las adolescentes obtener servicios de aborto y posaborto seguros.
Prevenir los resultados reproductivos adversos				
5. Reducir el aborto inseguro en las adolescentes.	Habilitar el acceso a servicios seguros de aborto y posaborto.	Informar a las adolescentes sobre servicios de aborto seguro. Aumentar la comprensión de la comunidad sobre los peligros del aborto inseguro.	Invitar a los varones a cuestionar las normas y prácticas de género.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y evaluar las intervenciones destinadas a reducir las barreras a servicios de aborto seguro y legal en múltiples contextos socioculturales. - Recopilar evidencia sobre el impacto de las leyes y políticas que permiten a las adolescentes obtener servicios de aborto y posaborto seguros.
6. Aumentar el uso de la atención calificada en la atención prenatal, del parto y postparto.	Ampliar el acceso a la atención calificada antes, durante y después del parto. Ampliar el acceso a la atención obstétrica de emergencia.	Informar a las adolescentes y los miembros de la comunidad sobre la importancia de obtener atención calificada antes, durante y después del parto.	Asegurar que las adolescentes, sus familias y las comunidades estén bien preparadas para el parto y para posibles emergencias. Ser sensibles y responder a las necesidades de las madres y futuras madres jóvenes.	<ul style="list-style-type: none"> - Recopilar evidencia para identificar y eliminar las barreras que impiden el acceso y el uso de los servicios de atención calificada antes, durante y después del parto por parte de las adolescentes. - Desarrollar y evaluar intervenciones que informen la importancia de la atención calificada antes, durante y después del parto. - Identificar intervenciones para adaptar a cada contexto la manera en que se brindan los servicios de atención calificada a las adolescentes; ampliar la disponibilidad de atención obstétrica de emergencia, y mejorar su preparación para el parto y las emergencias que puedan surgir a las adolescentes y otros interesados sobre la importancia de la atención calificada antes, durante y después del parto. - Identificar intervenciones para adaptar a cada contexto la manera en que se brindan los servicios de atención calificada a las adolescentes; ampliar la disponibilidad de atención obstétrica de emergencia, y mejorar su preparación para el parto y las emergencias que puedan surgir.

Fuente: Gamboa y Valdés (2013: 18-20).

2.1.2. Fondo de Población de la Naciones Unidas

En su documento “Maternidad en la Niñez” (2013), propone un Enfoque Ecológico del Embarazo que es otra forma de “ver o leer” los problemas -desarrollado por Robert Blum en la Escuela de Salud Pública John Hopkins-. Este enfoque identifica los distintos componentes del sistema social por los que circula este problema, los que deben avocarse a él y sobre los cuales, a su vez, las políticas pueden construirse e incidir, y son: Nacional, Comunidad, Escuela/Pares, Familia e Individuo.

El modelo representa las fuerzas desde un nivel nacional, con políticas con respecto al acceso de adolescentes a métodos anticonceptivos o la falta de aplicación de leyes que prohíben el matrimonio infantil, hasta un nivel personal, como la socialización de una niña y la manera en la que culturalmente ha sido influida por la comunidad y la familia para formar su opinión y su vivencia sobre el embarazo.

La mayoría de los factores o fuerzas determinantes, según este modelo, operan en más de un nivel e interactúan entre sí. Por ejemplo, las políticas a nivel nacional pueden restringir –incluso desde la legislación- el acceso de las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción, mientras que la comunidad o la familia pueden oponerse a que las niñas accedan a una educación sexual completa u otra información sobre cómo prevenir el embarazo.

Es decir, a través de la aplicación de este modelo de análisis, el UNFPA advierte que en los distintos niveles del sistema operan fuerzas numerosas que, de diversas maneras, interfieren en la capacidad que tiene una niña de ejercer sus derechos y desarrollar las facultades que le permiten forjar su propio futuro. Este modelo muestra que los embarazos en adolescentes no ocurren en el vacío, sino que son la consecuencia de un conjunto de factores que interactúan, como la pobreza generalizada, la aceptación del matrimonio infantil por parte de las

comunidades y la familia, y los esfuerzos inadecuados para mantener a las niñas en la escuela.

El documento del UNFPA enfatiza que muchos países han tomado medidas con el objetivo de prevenir el embarazo en adolescentes y, en algunos casos, apoyar individualmente a las niñas embarazadas. Pero estas medidas tratan principalmente de cambiar el comportamiento de la niña, de modo que no abordan los factores determinantes subyacentes como la desigualdad de género, la pobreza, la violencia y la coacción sexual, el matrimonio infantil, las presiones sociales, la exclusión de oportunidades educativas y laborales y las actitudes negativas y los estereotipos con respecto a las niñas adolescentes, no tienen en cuenta el papel que cumplen los niños y los hombres al respecto.

Para el UNFPA la experiencia de los Programas efectivos indica la necesidad de un cambio: dejar las intervenciones con un enfoque individual limitado a las embarazadas o a la prevención del embarazo, e implementar enfoques más amplios que desarrollen el capital humano de las niñas, se centren en su capacidad de tomar decisiones sobre su vida (incluidos los temas de salud sexual y reproductiva) y les presenten oportunidades reales para ser productivas y autónomas de modo que no consideren la maternidad como su único destino. Este nuevo paradigma de construcción de políticas debe apuntar a las circunstancias, las condiciones, las costumbres, los valores y las fuerzas estructurales que perpetúan los embarazos en adolescentes por un lado y aíslan y marginalizan a las niñas embarazadas por otro. Las niñas necesitan acceso a servicios e información de salud sexual y reproductiva y un alivio con respecto a las presiones económicas y sociales que demasiado a menudo conducen al embarazo y a la pobreza, la salud precaria y el potencial humano frustrado que resultan del embarazo.

Para el UNFPA (2013: xi), las políticas públicas que trabajen proactivamente y bajo un enfoque ecológico del embarazo adolescente deben respetar, proteger y cumplir los derechos humanos de las adolescentes, que incluyen su derecho a la salud sexual y reproductiva y sus derechos reproductivos con los siguientes fines:

- Reducir las vulnerabilidades, particularmente entre las más marginadas, centrándose en las necesidades de cada una.
- Aumentar y fortalecer la participación de la sociedad civil, la comunidad y las mismas adolescentes.
- Facultar a las adolescentes para que continúen con su educación y lleven una vida productiva y satisfactoria.
- Aumentar la transparencia y la rendición de cuentas.
- Generar un cambio social sostenido, ya que los Programas basados en los derechos humanos afectan las costumbres y los valores, las estructuras, las políticas y las prácticas.

Con estos fines, el UNFPA (2013a: ix) plantea que las políticas públicas actuales deben dirigirse –bajo un “Enfoque Ecológico” que involucre a todos los niveles- a generar acciones programáticas para incidir en las situaciones de:

Cuadro 6. Enfoque Ecológico UNFPA

1. Niñas de 10 a 14 años	Crear intervenciones preventivas.
2. Matrimonio Infantil	Eliminar el matrimonio de menores de 18 años, prevenir la violencia y coacción sexual.
3. Enfoques multidimensionales	Crear recursos globales para las niñas, mantenerlas saludables y seguras y reafirmar su trayectoria de vida.
4. Derechos Humanos	Proteger los derechos a la salud, educación, seguridad y libertad frente a la pobreza.
5. Educación	Lograr que las niñas asistan a la escuela y se queden más tiempo en ella.
6. Involucrar directamente a los hombres y niños	Ayudarles a cambiar sus mentalidades y ser parte de la solución.
7. Educación sexual y acceso a servicios	Proporcionar amplia información adecuada a su edad, ofrecer servicios de salud con calidad y específicos para adolescentes.
8. Desarrollo equitativo	Desarrollar un marco basado en los Derechos Humanos, la igualdad y la sustentabilidad.

Fuente: elaboración propia.

Los señalamientos del UNFPA también apuntan que las políticas de apoyo son necesarias, pero suelen ser insuficientes; y da un ejemplo: las madres que acaban de dar a luz en buenas condiciones de atención médica, probablemente también necesiten asistencia financiera, servicios de guardería y asistencia personal para

lidiar con los desafíos, como la estigmatización de la maternidad adolescente. Ahí intervendrían todos los niveles mencionados por el Enfoque Ecológico.

Por último, esta instancia internacional advierte a los responsables de diseñar políticas públicas que “cuando el fracaso de las políticas u otras presiones sobre las niñas adolescentes causan un mayor número de embarazos, los costos económicos pueden sobrepasar a la persona y afectar a la comunidad y a la nación (2013a: 27)”.

2.1.3. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

UNESCO tiene por función enfocarse en el desarrollo de la educación y, por tanto, sus recomendaciones de políticas públicas para enfrentar el embarazo adolescente se centran en ese tema. En la actualidad, los adolescentes constituyen el 18% de la población del mundo, este organismo considera que reciben mucha menos atención en la escena mundial de lo que su número amerita.

En un lugar muy importante, este organismo ubica el valor de la educación para el desarrollo de las niñas. En cuanto a políticas públicas educativas, en su reporte “Estado Mundial de la Infancia 2011, la Adolescencia, una época de oportunidad” UNICEF (2011):

- Subraya la urgencia de que existan más escuelas y que su enseñanza sea de calidad; que no sólo impartan conocimientos sino enseñen a pensar y a resolver problemas creativamente.
- Recomienda que la formación técnica y profesional mejore y deje de percibirse como una opción de segunda categoría. También considera vital facilitar a los adolescentes de grupos marginados la oportunidad de recibir educación básica y, posteriormente, formación técnica y profesional.
- Enfatiza que la educación secundaria reviste una importancia fundamental para el desarrollo adolescente. Por ende, las y los adolescentes deben participar en Programas flexibles de recuperación escolar, sobre todo si

éstos se integran en las iniciativas nacionales de equidad y reducción de la pobreza.

- Aboga por políticas que proporcionen servicios de salud sensibles a las necesidades de los adolescentes que consideren su psicología y sociabilidad particular para ayudarlos a conservar la salud, mejorar su alimentación y adoptar hábitos de protección en sus prácticas sexuales.
- En su colaboración con los gobiernos de países con alto índice de embarazo adolescente, apoya Programas planeados con base en políticas públicas educativas, con enfoque de derechos humanos y equidad de género, que también involucran a la familia y a la comunidad y que, sobre todo, no responsabilizan ni estigmatiza al embarazo adolescente, ni lo definen como un problema de conducta individual. Un ejemplo de ello, es el trabajo conjunto con el gobierno de Namibia donde en 2008, el Ministerio de Educación, en colaboración con UNICEF, abordó este problema mediante la elaboración de una política nueva y flexible con respecto al embarazo de las estudiantes que, con la participación de la estudiante, su familia y la escuela, trata de crear un entorno más favorable para que la joven madre vuelva a la escuela con un plan de atención psicopedagógico adecuado.

En el mismo documento antes citado, se menciona que “según cálculos de UNICEF, cuando una niña del mundo en desarrollo recibe siete años o más de educación, contraerá matrimonio cuatro años más tarde (2013: 74)”. Esta premisa está siendo puesta a prueba e impulsada por la Fundación Nike que trabaja para promover el “efecto niña”: el potente cambio económico y social que se produce cuando las niñas tienen oportunidades.

El documento de la UNICEF asegura que este enfoque reportará numerosos beneficios en las décadas por venir pues al invertir en la educación de las niñas se aumenta la edad de llegada al matrimonio, se crean comunidades y familias más fuertes, economías sostenibles y menores índices de VIH y SIDA. En resumen, se afirma que educar a las niñas disminuye en cierta parte la pobreza.

Para cerrar este apartado, se adjunta una tabla que agrupa los Programas para prevenir el embarazo adolescente en algunos países de América Latina. Su lectura aportará una muestra de la orientación que siguen los Programas de prevención más conocidos del subcontinente.

Tabla 5. Programas de algunos países de América Latina identificados en 2013 para prevenir el embarazo en adolescentes

País	Programa	Objetivo General
Argentina	<i>Programa de Educación Sexual Integral</i>	Promover saberes y habilidades para la toma de decisiones conscientes y críticas en relación con el cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales, el ejercicio de la sexualidad y de los derechos de los niños, las niñas y los jóvenes.
Bolivia	<i>Plan Nacional para la Salud Integral de las y los Adolescentes para el período 2009-2013</i>	Prevé intervenciones concretas para la prevención del embarazo adolescente y acciones de promoción de la salud reproductiva.
Colombia	<i>Plan Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en la Adolescencia en Colombia.</i>	Prevenir el embarazo en la adolescencia en la población colombiana.
Perú	<i>Política Andina sobre Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes con énfasis en la Prevención del Embarazo</i>	El objetivo de esta política es lograr que los países andinos determinen estrategias y realicen acciones oportunas, efectivas y eficaces, que contribuyan a que las/los adolescentes puedan ejercer de manera universal el derecho de acceder a la información y a servicios de salud pertinentes a sus realidades y destinados a favorecer un desarrollo saludable, a través de fortalecer las capacidades socio sanitarias de los países en la atención específica de las necesidades adolescentes, incluyendo el área de la salud sexual y reproductiva, libre de coacción y violencia y considerando la prevención del embarazo.

País	Programa	Objetivo General
Uruguay	<i>Medios masivos de información y comunicación y concepciones sobre la sexualidad de niños/as y jóvenes uruguayos/as escolarizados.</i>	Es parte de la vida. Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia. Programa de Educación Sexual de ANEPUNICEF Uruguay. Programa de Educación Sexual de ANEP. Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo (iiDi) con la colaboración de Valeria Ramos (UNFPA) y Diego Rossi (Programa de Educación Sexual, ANEPCODICEN).
Colombia, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela	<i>Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente (PLANEA).</i>	Contribuir a disminuir las brechas que dificultan el acceso a los servicios de salud por parte de la población adolescente, promoviendo el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los sexuales y reproductivos, y la equidad social y de género; con un enfoque intercultural y de participación social.

Fuente: Gamboa y Valdés (2013: 104-105).

2.2. Políticas Públicas Federales y Estatales

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018⁴, es el eje que articula las políticas públicas y considera que la tarea del desarrollo y del crecimiento corresponde a los actores de todos los sectores. Expone la ruta que el Gobierno de la República se ha trazado para contribuir al objetivo de que México alcance su máximo potencial. Para lograr este objetivo, se establecen Cinco Metas Nacionales que dan lugar a un Plan de Acción que a su vez se compone de Estrategias Transversales y Líneas de Acción. Su objetivo básico describe el motivo fundamental de su acción de gobierno y las estrategias se refieren a las vías para lograrlo. El PND 2013-2018, también es un documento de trabajo que rige todos los Programas Sectoriales, Especiales, Institucionales y Regionales, así como los presupuestos de toda la Administración Pública Federal.

⁴ Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013

Las Cinco Metas Nacionales son:

1. Un México en Paz que garantice el avance de la democracia, la gobernabilidad y la seguridad de su población.
2. Un México Incluyente para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos.
3. Un México con Educación de Calidad para garantizar un desarrollo integral de todos los mexicanos y así contar con un capital humano preparado, que sea fuente de innovación y lleve a todos los estudiantes a su mayor potencial humano.
4. Un México Próspero que promueva el crecimiento sostenido de la productividad en un clima de estabilidad económica y mediante la generación de igualdad de oportunidades.
5. Un México con Responsabilidad Global que sea una fuerza positiva y propositiva en el mundo, una nación al servicio de las mejores causas de la humanidad.

Las líneas de acción transversales a todos los Programas:

- i) Democratizar la Productividad
- ii) Un Gobierno Cercano y Moderno
- iii) Perspectiva de Género en todas las acciones de la presente Administración.

2.2.1. Programa Nacional de Juventud (PROJUVENTUD)

Del PND 2013-2018 se desprende el Programa Nacional de Juventud (PROJUVENTUD) 2014-2018, la guía de las políticas públicas necesarias para generar entornos de bienestar a través de reducir y prevenir factores de riesgo mediante la participación de todos los actores sociales hacia la activación de los factores relacionados con el bienestar individual. Retoma el concepto de “entornos saludables” de la OMS, según el cual los factores asociados al bienestar

comprenden el ingreso, posición social, redes de apoyo social, educación, empleo, hábitos personales de salud, servicios de salud, entre otros.

Dentro del PROJUVENTUD 2014-2018, el tema del embarazo adolescente se ubica en el Objetivo 2 (Anexo1), se lleva a cabo mediante la Estrategia 2.1 (Anexo1), se evalúa mediante indicadores y sistemas de seguimiento (Anexo 1) y se concreta en la Línea de acción 2.1.9 que corresponde al Componente de Salud y Bienestar y a la letra dice: “Colaborar en la implementación de estrategias integrales para prevenir el embarazo temprano”.

La institución responsable a nivel nacional de aplicar el PROJUVENTUD 2014-2018 es el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ). El principio fundamental del PROJUVENTUD, se define a través del concepto de participación, entendida como eje articulador que busca reconocer la capacidad de acción y propuesta de los jóvenes, tanto en lo individual, como a través de sus organizaciones. Por tanto, en la base de la planeación de este Programa está la perspectiva de los jóvenes como actores estratégicos. Así, las políticas de juventud constituyen espacios donde se unen las acciones transversales del Estado Mexicano con la acción juvenil. Las políticas de juventud de acuerdo al PROJUVENTUD 2014-2018, deben:

- Contener un elemento generacional, es decir, estar conectadas y conservar coherencia con las desarrolladas en la infancia y con las que se instrumentan para los adultos.
- Tener un elemento generativo, que permita a los individuos y a los grupos provocar circunstancias, en vez de ser pasivos.
- Llevar a cabo políticas integrales implica la gestión interinstitucional y el reconocimiento del liderazgo de las instituciones de atención a la juventud que deberán acercar esas políticas, programas y servicios a los jóvenes en sus territorios específicos, mediante acciones en el plano local.

Por todo lo anterior, las acciones claves de las políticas integrales de juventud que PROJUVENTUD propone son:

- Conocer las realidades juveniles en toda su heterogeneidad y complejidad.
- Diferenciar los Programas según el territorio para responder adecuadamente a esa heterogeneidad.
- Escuchar a los jóvenes y sus propuestas.
- Indagar las percepciones y efectos que los diversos Programas generan en ellos mediante acciones de comunicación y evaluación sistemática.

Las propuestas de políticas y Programas se organizan mediante cinco ejes operativos:

1. *Conocimiento*: Sustentar el diseño y ejecución de las políticas de juventud en la información y el saber generado por la investigación sobre las condiciones juveniles.
2. *Coordinación*: Conjuntar y articular las acciones, experiencias y recursos en materia de juventud de los diversos actores sociales y niveles de gobierno con el propósito de obtener el mayor impacto en los jóvenes, a través de un mapa de recursos institucionales y sociales.
3. *Comunicación*: Integrar las acciones para informar con transparencia a la sociedad sobre las acciones desarrolladas en materia de juventud y concretar espacios permanentes de diálogo entre el gobierno, la sociedad y los jóvenes.
4. *Legislación*: Cuando así se requiera, proponer al Poder Legislativo la generación de un marco legal adecuado para instrumentar leyes y demás disposiciones de carácter general que promuevan el desarrollo integral de los jóvenes.
5. *Evaluación*: Integrar las acciones de seguimiento derivadas del PROJUVENTUD con el propósito de medir su eficiencia e impacto en la población juvenil para su permanente actualización, generando así un sistema integral de evaluación.

En torno al fenómeno del embarazo adolescente, los Programas de cualquier nivel de gobierno o sector público deben adoptar como eje rector los objetivos PROJUVENTUD y lograr la articulación de los ejes rectores con los ejes transversales, para así concretar las líneas de acción sobre las temáticas. El

esquema del PROJUVENTUD 2014-2018, al cual deben ceñirse los Programas orientados a los adolescentes y jóvenes es el siguiente.

Cuadro 7. Esquema de PROJUVENTUD 2014-2018

Programa Especial	PROJUVENTUD 2014-2018			
Meta nacional	México incluyente			
Objetivo PND	Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente			
Estrategia PND	Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población			
Objetivo Desarrollo Social	Contribuir a la construcción de una sociedad igualitaria mediante políticas que fomenten la equidad de género y atiendan necesidades específicas de los jóvenes, personas con discapacidad y adultos mayores			
Ejes Rectores PROJUVENTUD	1. Emancipación	2. Bienestar	3. Participación	4. Vinculación intergeneracional
Objetivos PROJUVENTUD	Incrementar las oportunidades de las y los jóvenes para acceder a los sistemas escolares, productivos y de obtención de vivienda	Mejorar la calidad de vida de las y los jóvenes, su entorno y sus relaciones comunitarias	Fortalecer la participación juvenil en los espacios de toma de decisión y los asuntos que les concierne directamente	Mejorar los canales de vinculación intergeneracional, incrementar los conocimientos y mejorar las actitudes sobre el relacionamiento con las y los jóvenes, de sectores claves en la sociedad, a fin de establecer relaciones más equitativas e incluyentes
Temáticas	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a la educación • Acceso al trabajo • Acceso a la vivienda 	<ul style="list-style-type: none"> • Entornos de salud • Entornos de cultura • Entornos tecnológicos • Entornos de seguridad • Entornos de justicia 	<ul style="list-style-type: none"> • Organización • Espacios de participación • Espacios de convivencia • Espacios de consulta • Autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación • Respeto • Entendimiento
Ejes transversales	Transparencia Género Derechos Humanos			

Fuente: elaboración propia.

Las políticas públicas se estructuran para orientar Programas que atiendan a las y los adolescentes y jóvenes. Gamboa y Valdés (2013) realizaron un rastreo de algunos Programas estatales que se proponen prevenir y atender embarazo adolescente.

Tabla 6. Programas identificados por entidad federativa en materia de prevención del embarazo en adolescentes, durante 2013

Estado	Programa	Objetivo General	Objetivo Especifico	Ejecutor
Aguascalientes	X	X	X	X
Baja California	X	X	X	X
Baja California Sur	X	X	X	X
Campeche	PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES/EMBARAZO	Prevenir los riesgos de exclusión social derivados del embarazo y la maternidad, proporcionando la orientación y asistencia adecuada e integral que fomente una actitud responsable frente a su sexualidad, propiciando su incorporación a una vida plena y productiva.	_____	DIF
Chiapas	X	X	X	X
Chihuahua	PROGRAMA INTER-SECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ESTADO DE CHIHUAHUA	Plantear acciones efectivas encaminadas a lograr un verdadero impacto en cuanto a la problemática de prevenir el embarazo en adolescentes y disminuir las enfermedades sexualmente transmitidas, así como erradicar la mortalidad materna (adolescentes-infantil), a través de la coordinación intersectorial.	a. Establecer una mesa interdisciplinaria que atienda de manera integral la prevención del embarazo en adolescentes y la disminución de las enfermedades sexualmente transmitidas. b. Establecer acciones efectivas para contribuir a la erradicación de la mortalidad materna (adolescentes e infantes), trabajando de manera conjunta con los integrantes de la mesa. c. Establecer un mecanismo para dar seguimiento y evaluación al planteamiento de los compromisos establecidos en el Programa.	Instituto Chihuahuense de la Mujer (ICHMUJER)

Estado	Programa	Objetivo General	Objetivo Específico	Ejecutor
Coahuila	SER- RESPONSABLE SEXUALIDAD	Fomenta entre los jóvenes el ejercicio de su sexualidad como una conducta de <i>sexualidad</i> responsable a través de orientación y prevención del embarazo en la población juvenil, desarrolla actividades informativas y de sensibilización sobre las consecuencias de un embarazo temprano y no deseado; se desarrolla el taller del bebe virtual, lo que les permite conocer la responsabilidad que conlleva la atención de un hijo.	Prevenir los riesgos de exclusión social derivados del embarazo y la maternidad no planeada en la adolescencia, proporcionando en concordancia con sus características, la orientación y asistencia adecuada e integral.	DIF
Colima	PAIDEA, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	Prevenir los riesgos de exclusión social derivados del embarazo y la maternidad no planeada en la adolescencia, proporcionando en concordancia con sus características, la orientación y asistencia adecuada e integral.	_____	DIF
Distrito Federal	X	X	X	X
Durango	X	X	X	X
Guanajuato	X	X	X	X
Guerrero	ATENCIÓN SOCIAL JUVENIL	Desarrollar actividades específicas de prevención en salud para jóvenes adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva.	_____	Gobierno del Estado
Hidalgo	X	X	X	X
Jalisco	PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL EMBARAZO ADOLESCENTE	Orientar y promover acciones en los Sistemas DIF Municipales del Estado de Jalisco, a fin de reducir el embarazo y maternidad “no planeados” entre los adolescentes en	La principal función del Programa es prevenir el embarazo en los adolescentes en el Estado, a través de la sensibilización de la problemática con las siguientes	DIF

Estado	Programa	Objetivo General	Objetivo Específico	Ejecutor
		concordancia con sus características, fomentando la dignidad a la persona.	acciones; conferencias, encuentros, asesorías y orientaciones, así como apoyos asistenciales, becas escolares y capacitación, logrando el desarrollo de un plan de vida saludable que apoye a su bienestar.	
México	ATENCIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE (A.I.A.)	Brindar atención, orientación y asesoría a los adolescentes, a sus padres y profesores para coadyuvar a un proceso de formación, educación y prevención del embarazo y conductas de riesgo.	_____	DIF
	PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN A JÓVENES CON EL USO DE BEBES VIRTUALES	Prevenir y disminuir embarazos no deseados durante la adolescencia mediante la orientación y el uso de bebés virtuales que ayudan a conocer de una manera más cercana la responsabilidad de ser padre y madre de familia en esa etapa, esto les permite evaluar la idea de un embarazo a temprana edad y sus repercusiones en su desarrollo físico y mental.	Disminuir la negligencia paterna que se provoca la carencia afectiva hacia los hijos. Evitar infecciones de transmisión sexual, uniones forzadas o condiciones de violencia familiar.	Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social
	PROGRAMA DE BEBÉS INTERACTIVOS	Concientizar a mujeres adolescentes acerca de la responsabilidad de tener un hijo a temprana edad.		Secretaría de Salud del Estado México (SSEM)
	Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>	Favorecer la ingesta de alimentos de las mujeres menores de 20 años, en estado de gestación o madres de uno	Otorgar canastas alimentarias y capacitación para el desarrollo individual.	Consejo Estatal de la Mujer y

Estado	Programa	Objetivo General	Objetivo Específico	Ejecutor
		o más hijos, que viven en condiciones de pobreza multidimensional.	Nota: Este es un Programa remedial.	Bienestar Social
Michoacán	X	X	X	X
Morelos	X	X	X	X
Nayarit	X	X	X	X
Nuevo León	PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES (PAIDEA).	Brindar atención a jóvenes sobre los riesgos y consecuencias del embarazo temprano, sexualidad responsable y gestación.	_____	DIF
Oaxaca	PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES (PAIDEA)	Brindar atención psicológica y educativa a adolescentes embarazadas y madres adolescentes de 11 a 18 años 11 meses de edad. Canalizaciones de acuerdo a la atención que requieran. Gestión para su integración a la Beca PROMAJOVEN otorgada por la Secretaría de Educación Pública a aquellas adolescentes que continúen con sus estudios básicos.	_____	DIF
	CAPACITACIÓN A PROMOTORES COMUNITARIOS DEL PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES (PAIDEA)	Brindar las herramientas necesarias a los promotores comunitarios asignados, a fin de que estén preparados para impartir el taller de prevención del Embarazo en Adolescentes.	_____	DIF
Puebla	PREVENCIÓN DE RIESGOS	Prevenir y atender los riesgos de exclusión social derivados del	_____	DIF

Estado	Programa	Objetivo General	Objetivo Específico	Ejecutor
	PSICOSOCIALES/EMBARAZO ADOLESCENTE	embarazo y la maternidad no planeada en la adolescencia, proporcionando en concordancia con sus características y bajo una perspectiva de género, la orientación y asistencia adecuada e integral que fomente una actitud responsable frente a la sexualidad, propiciando su incorporación a una vida plena y productiva.		
Querétaro	X	X	X	X
Quintana Roo	X	X	X	X
San Luis Potosí	PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL EMBARAZO ADOLESCENTE (PAIDEA)	Promueve alternativas que contribuyen tanto en la prevención y disminución del embarazo no planeado en la adolescencia, como en la asistencia integral de quienes ya son madres o embarazadas adolescentes.	_____	DIF
Sinaloa	X	X	X	X
Sonora	PROGRAMA INTER-INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN AL EMBARAZO ADOLESCENTE EN SONORA	Desarrollar esquemas de trabajo interinstitucional que permitan integrar, armonizar y hacer énfasis común en la relevancia de la atención y prevención del embarazo adolescente como un problema de salud pública, compartiendo fortalezas, atributos y esfuerzos de las instancias involucradas en su implementación, para lograr un impacto favorable, medible y sustentable.	Vinculación institucional: • <i>Objetivo I.</i> -Establecer convenios interinstitucionales que permitan la colaboración, trabajo y planeación estratégica con carácter participativo para lograr unificar, articular y homogeneizar las acciones de prevención y atención del embarazo adolescente en Sonora, como una política pública de estado. • <i>Objetivo II:</i> Promover la creación	Instituto Sonorense de la Mujer en coordinación con el Instituto Nacional de las Mujeres

Estado	Programa	Objetivo General	Objetivo Específico	Ejecutor
			<p>de un sistema de información actualizado, confiable y de fácil acceso sobre las estadísticas, patrones y características del embarazo en adolescentes en Sonora.</p> <p>•<i>Objetivo III.-</i> Establecer vínculos interinstitucionales entre la Secretaría de Salud y las demás instituciones participantes para la formación y capacitación de los promotores y responsables de los Programas de prevención del embarazo en adolescentes.</p> <p>•<i>Objetivo IV.-</i> Establecer mecanismos amigables, respetuosos y profesionales para la canalización de las y los adolescentes embarazados para ser atendidas/os dentro de los Programas oficiales que existen en las distintas instituciones participantes.</p> <p>•<i>Objetivo V.-</i> Impulsar la promoción e instalación de Módulos Amigables de Salud Sexual y Reproductiva en las escuelas de secundaria y bachillerato.</p> <p><i>Formación y Capacitación en Salud Sexual y Reproductiva:</i></p> <p>•<i>Objetivo I.-</i> Promover Programas de capacitación y formación de</p>	

Estado	Programa	Objetivo General	Objetivo Específico	Ejecutor
			<p>promotores pares para los diferentes Programas de prevención y atención de embarazo en adolescentes en Sonora.</p> <p>•<i>Objetivo II.</i>-Promover Programas de capacitación y formación en Salud Sexual y Reproductiva al sector educativo y la comunidad escolar.</p> <p>•<i>Objetivo III.</i>- Desarrollar Programas de Certificación de perfiles profesionales, así como de habilidades y competencias para los responsables y promotores de los Programas de prevención y atención de embarazo en adolescentes en las diferentes instituciones participantes.</p> <p><i>Perspectiva de Género en los Programas de prevención y atención de embarazo en adolescente:</i></p> <p>•<i>Objetivo I.</i>- Incorporar la perspectiva de género de manera transversal en los diferentes Programas de prevención de embarazo en adolescentes que se implementan en las instituciones participantes.</p> <p>•<i>Objetivo II.</i>- Sensibilizar y capacitar al personal encargado de implementar las acciones de</p>	

Estado	Programa	Objetivo General	Objetivo Específico	Ejecutor
			<p>prevención y atención del embarazo adolescente en temas de género, equidad y derechos humanos de mujeres y niñas. El ISM debe fungir como responsable, dada su atribución de defender y proteger los derechos humanos de las mujeres y niñas; así como de asesorar en la materia a los municipios e instancias que lo soliciten.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Objetivo III.- Verificar que las estadísticas de las acciones implementadas se desglosen por sexo. •Objetivo IV.- Verificar que la evaluación de las acciones del Programa, se realicen con perspectiva de género. •Objetivo V.- Promover el uso de lenguaje no sexista en todas las acciones del Programa y en los materiales de difusión. 	
	PROGRAMA EMBARAZO EN ADOLESCENTES	La prevención del embarazo en adolescentes, así como los riesgos de exclusión social derivados del embarazo y maternidad no planeada en la adolescencia, evitando limitación de oportunidades familiares y/o sociales además de promover un cambio de actitud para que ejerzan su sexualidad de manera sana y	_____	DIF

Estado	Programa	Objetivo General	Objetivo Específico	Ejecutor
		responsable.		
Tabasco	X	X	X	X
Tamaulipas	¡HAZ CONCIENCIA! BEBÉS VIRTUALES	Concientizar a los jóvenes de la responsabilidad que conlleva el embarazo a edad temprana. Haciendo énfasis en la prevención del mismo.	_____	DIF
Tlaxcala	X	X	X	X
Veracruz	X	X	X	X
Yucatán	X	X	X	X
Zacatecas	X	X	X	X

Fuente: Gamboa y Valdés (2013).

Por último, Alvarado e Infante (2010) plantean propuestas de políticas públicas para mejorar la condición de las mujeres jóvenes desde el ámbito educativo que se proponen incidir a nivel preventivo sobre el embarazo adolescente:

- Estimular el apoyo de la familia y la comunidad con el fin de aplazar el matrimonio y la maternidad.
- Ampliar el acceso de las jóvenes a una educación y capacitación de mejor calidad y ayudarlas a desarrollar las habilidades necesarias para competir en el mercado laboral.
- Integrar a las jóvenes en Programas de capacitación para crear sus propias empresas, así como generar ingresos y tener acceso a otros recursos para las adolescentes y mujeres en general.
- Es preciso que los Programas existentes hagan lo posible para que todos los adolescentes asuman la responsabilidad acerca de su conducta sexual y reproductiva por medio de:
 - Impartir educación apropiada y precisa a los jóvenes sobre salud sexual y reproductiva, dentro y fuera de las escuelas.
 - Eliminar las barreras legales, normativas y culturales que impidan a los adolescentes obtener servicios de salud de acuerdo a su forma de pensar y sentir para obtener información sobre salud sexual y reproductiva.
 - Diseñar y prestar servicios sensibles y confiables de salud reproductiva que respondan a las necesidades de la gente joven, les ayude a tomar decisiones informadas sobre sexualidad, negociar la práctica del sexo seguro. Estos servicios deben hacer énfasis en la prevención del embarazo no deseado, el aborto realizado en condiciones inadecuadas y las enfermedades de transmisión sexual.

2.3. Comparación de políticas públicas estatales, nacionales e internacionales

Básicamente las políticas públicas nacionales siguen la línea de las políticas internacionales, especialmente de aquellas emanadas de organizaciones como la OMS-OPS, UNICEF, UNFPA y de las investigaciones del Banco Mundial. El siguiente cuadro de comparación da cuenta de ello.

Cuadro 8. Comparación de políticas públicas estatales, nacionales e internacionales

	Internacionales	Nacionales	Estatales del Estado de México
Organismos	OMS (2013), UNICEF (2011), OPS (2008), UNFPA (2013a, 2013b)	SEP, SSA, IMSS, ISSSTE, DIF, IMJ y CONAPO bajo los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo, la Ley General de Salud y las normas establecidas para la anticoncepción, el control prenatal y la atención del parto, postparto y aborto.	ISEM, ISSEMYM, IMSS, ISSSTE, SDS, Secretaría de Educación.
Causas y factores	Pobreza y aspectos culturales (matrimonio forzado y temprano), Dificultades en el acceso, falta de conocimiento y uso de la anticoncepción, Baja edad de iniciación sexual, Baja escolaridad.	Pobreza, bajo acceso, falta de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Baja escolaridad. Baja edad de iniciación sexual.	Pobreza, limitado acceso a medios anticonceptivos, escaso conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.
Porcentajes totales	UNFPA (2013a): Las madres menores de 18 años alcanzan los 5.3 millones de partos a nivel mundial y el número de embarazos es incluso superior. La tasa de fecundidad de las mujeres para América Latina y el Caribe es de 72.4 por mil (Naciones	El INEGI (2010) estimó que uno de cada seis nacimientos, es decir, 16.1% acontece en madres de 15 a 19 años. Primer lugar en embarazo adolescente entre los países de la OCDE: 64.2 nacimientos por cada mil. Por su parte, en el año 2009, Banco Mundial (2009): 69 embarazos adolescentes por cada mil mujeres.	10° lugar nacional en la estadística del embarazo en madres entre los 15 y los 17 años, con un índice de 5.6% (SS, 2008). El INEGI (2010): las tasas de natalidad estatales en madres adolescentes de 15 a 19 años: en 1990, 87.6 por cada mil nacimientos y al mismo nivel hasta 1993. En 1994 empezó a decaer hasta estabilizarse en 74.36 durante dos años (1999 y 2000). A partir de entonces ha seguido en

	Internacionales	Nacionales	Estatales del Estado de México
	Unidas, 2003, citando en Pantelides y Binstock, 2007).		descenso hasta llegar -y mantenerse- en 54.5 nacimientos de madres adolescentes por cada mil durante 2009 y 2010.
Edades	Adolescentes embarazadas menores de 15 años y adolescentes embarazadas de 15 a 19 años.	Adolescentes embarazadas de 15 a 19 años.	Adolescentes embarazadas de 15 a 19 años.
Políticas	<p>1) Prevención de la ocurrencia del embarazo precoz. Por medio de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitar la edad para el matrimonio. Trabajar con las comunidades para el cambio cultural. • Mantener a las niñas en la escuela. • Educación sexual y para la prevención del embarazo y de ITS. • Legislar el acceso a la información y a los servicios de anticoncepción para adolescentes. • Reducir las relaciones sexuales bajo coacción. <p>2) Políticas para la prevención de los posibles resultados reproductivos adversos ante la falta de atención a las gestantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir el aborto inseguro. • Aumentar el uso de la atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos a nivel local a través de diversas instancias de salud. • Atención a víctimas de violación proporcionando la pastilla de emergencia. • Mantener a las adolescentes y jóvenes en la escuela a través de apoyo de becas. • Incluir temas de sexualidad en los Programas de estudio a los niveles de secundaria y medio superior. • Realizar Programas de intervención educativa que atienden problemas de las y los adolescentes (sexualidad, adicciones, abandono escolar, etc.) a nivel medio superior. • Proponer, a través de actividades culturales y sociales, la creación de nuevos espacios de expresión para los jóvenes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar atención, orientación y asesoría a los adolescentes, a sus padres y profesores para coadyuvar a un proceso de formación, educación y prevención del embarazo y conductas de riesgo. • Prevenir y disminuir embarazos no deseados durante la adolescencia mediante la orientación y el uso de bebés virtuales para ayudar a conocer de una manera más cercana la responsabilidad de ser padre y madre de familia. • Concientizar a mujeres adolescentes acerca de la responsabilidad de tener un hijo a temprana edad. • Favorecer la ingesta de alimentos de las mujeres menores de 20 años, en estado de gestación o madres de uno o más hijos, que viven en condiciones de pobreza multidimensional.

	Internacionales	Nacionales	Estatales del Estado de México
	<p>calificada en la atención prenatal, del parto y postparto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar el acceso a atención obstétrica de emergencia. • En Brasil: políticas de control de la natalidad por medio de esterilización femenina, que es legal a partir de los 25 años. 		
Medios	<p>Programas de gobiernos y de OSC para: disminuir el matrimonio temprano y forzado, atender el abasto y la formación en anticoncepción y educación sexual, apoyo internacional a Programas nacionales y locales de formación en derechos sexuales y reproductivos, violencia de género. Programa de esterilización femenina a través del sistema nacional de salud (Brasil).</p>	<p>Convenios de las distintas escuelas o niveles educativos con instancias de salud y de desarrollo social. Programa de Educación Sexual y Educación en Anticoncepción a través de la SEP y la SSA, Programas de atención a la violencia de género. Abasto constante de medios anticonceptivos en instancias de salud de primer nivel. Formación en educación sexual a través de asignaturas a nivel bachillerato general. Programas de becas para madres adolescentes embarazadas que estudian o para reintegrarlas a la escuela.</p>	<p>Abasto constante de medios anticonceptivos en instancias de salud de primer nivel. Formación en educación sexual a través de asignaturas a nivel bachillerato general. Programas de apoyo alimentario para mejorar la nutrición de madres adolescentes. Programas educativos para vivenciar la experiencia de la maternidad y la paternidad a edad temprana.</p>

Fuente: elaboración propia.

3. LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA EN EL ESTADO DE MÉXICO

En este apartado se describe la situación de la maternidad temprana en adolescentes mexiquenses, así como los aspectos correlativos a ésta, considerados a nivel internacional, tales como la edad de inicio a la vida sexual, el conocimiento, uso y acceso a métodos anticonceptivos y la prevención de infecciones de transmisión sexual.

De acuerdo a la Secretaría de Salud, el Estado de México ocupa el 10° lugar nacional en la estadística del embarazo en madres entre los 15 y los 19 años, con un índice de 5.6% (SS, 2008). Esta cifra es 0.2% más baja que el promedio nacional. Por su parte, el INEGI (2010), realizó un rastreo histórico de las tasas de natalidad estatales en adolescentes de 15 a 19 años: en 1990 esta tasa se reportaba en 87.6 por cada mil y se mantuvo a ese nivel hasta 1993. En 1994 empezó a decaer hasta estabilizarse en 74.36 durante dos años (1999 y 2000). A partir de entonces ha seguido en descenso hasta llegar -y mantenerse- en 54.5 durante 2009 y 2010.

3.1. Sexualidad y anticoncepción

Las prácticas sexuales y sus implicaciones para la salud reproductiva de las y los 4 908 743 adolescentes que habitan en el Estado de México han sido objeto de estudio de varias investigaciones, en 2006 y 2012. En el presente apartado se destacan los datos sobre edad de inicio a la vida sexual, el uso del condón en la primera relación, anticoncepción y prevención de ITS que aportó esta encuesta y otros estudios realizados a nivel estatal. La información referente al embarazo adolescente, tanto de la citada como de otras investigaciones, se concentran en la segunda parte de este apartado. Cabe aclarar que, aun cuando se trata de presentar un informe sobre embarazo adolescente y, en específico, sobre las madres adolescente mexiquenses aquí no se desagregan los datos correspondientes al sexo masculino con el propósito de aportar una imagen más completa de la conducta sexual que deriva en el embarazo adolescente (IMEJ, 2014).

En el año 2006, a nivel estatal se realizaron entrevistas a 816 adolescentes entre 10 y 19 años de edad (55.8% hombres y 44.2% mujeres), representando a 3 004 812 personas. En 2012, para la misma encuesta a nivel estatal, la muestra fue de 692 sujetos y estuvo integrada por 318 hombres (50.3%) y 374 mujeres (49.7%) que representaron a 3 006 811 adolescentes.

En el grupo de 15 a 19 años, 6.3% de los adolescentes mexiquenses entrevistados (7.7% de hombres y 4.7% de mujeres) empezó su vida sexual antes de cumplir los 15 años. Esta proporción es mayor que el porcentaje nacional (4.1%) y representa a 91 129 adolescentes (ENSANUT, 2006). Por otra parte, 93.6% de ellas y ellos no habían iniciado su vida sexual al momento de la encuesta: 92.3% de los varones y 95.2% de las mujeres.

Tabla 7. Distribución porcentual de los adolescentes de 15 a 19 años de edad, según inicio de vida sexual antes de los 15 años, Estado de México

Inicio de vida sexual							
	NO			SÍ			
		IC 95%			IC 95%		TOTAL
Sexo	%	Inferior	Superior	%	Inferior	Superior	%
Hombre	92.3	85.6	96.0	7.7	3.9	14.3	100
Mujer	95.2	90.4	97.7	4.7	2.2	9.6	100
Total	93.6	89.1	96.4	6.3	3.5	10.9	100
Frecuencia (N)	1 349 317			91 129			1 440 446

*Incluye a los adolescentes que dijeron haber tenido su primera relación sexual entre los 12 y los 15 años.

Fuente: ENSANUT (2006).

De acuerdo a la misma encuesta, en el grupo de edad de las y los adolescentes de 19 años cumplidos, 52.1% inició su vida sexual antes de cumplir esa edad contra 47.9% que aún no la había iniciado al momento de la encuesta.

Tabla 8. Distribución porcentual de los adolescentes de 19 años de edad, según inicio de vida sexual antes de los 19 años, Estado de México

Inicio de vida sexual	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Sí *	147 398	52.1	38.0	65.9
No	135 573	47.9	34.1	62.0
Total	282 971	100	-	-

*Incluye a los adolescentes que declararon haber tenido su primera relación sexual entre los 12 y los 18 años.

Fuente: ENSANUT (2006).

En 2012, la edad de inicio de vida sexual se midió en adolescentes de 12 a 19 años. El porcentaje nacional fue de 23.0%, se muestra en la siguiente tabla, que de los adolescentes mexiquenses -incluyendo a aquellos que iniciaron vida sexual pero no recordaron la edad- alcanzó un promedio de 24.4%, es decir, 25.8% entre hombres y 22.9% entre mujeres.

En contraste, 74.2% de los varones y 77.1% de las mujeres no habían iniciado su vida sexual, esto representa 75.6% de las y los entrevistados.

Tabla 9. Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de acuerdo con inicio de vida sexual y sexo, Estado de México

	SI			NO			TOTAL	
	Frec.*	%	IC95%	Frec.*	%	IC95%	Frec.*	%
Hombre	309.7	25.8	19.5-33.3	888.8	74.2	66.7-80.5	1198.6	100.0
Mujer	269.8	22.9	17.9-28.8	907.8	77.1	71.2-82.1	1177.6	100.0
Total	579.5	24.4	20.3-29.0	1796.7	75.6	71.0-79.7	2376.2	100.0

* Frecuencia en miles

IC = Intervalo de confianza

Fuente: ENSANUT (2012).

En cuanto al conocimiento de métodos anticonceptivos, a nivel estatal, en 2006 se encontró que 87.8% de los adolescentes mexiquenses de 12 a 19 años (89.0% mujeres y 87.0% hombres) conoce o ha oído hablar de algún método para evitar el embarazo. Al analizar esta información por grupo de edad se encontró que, de los adolescentes de 12 a 14 años, sólo 79.8% conoce algún método, mientras en el grupo de 15 a 19 años, 93.2% ha oído hablar de ellos. Los anticonceptivos que fueron mencionados con mayor prioridad: el preservativo (86.0%) y los hormonales orales (pastillas y píldoras) (73.0%). En relación con todos los demás

métodos, los adolescentes del Estado de México mencionaron el dispositivo intrauterino (DIU) (23.4%), las inyecciones (13.8%), la anticoncepción de emergencia (4.5%) y el coito interrumpido (0.5%). De los dos métodos más mencionados, una mayor proporción de hombres que de mujeres señaló haber oído hablar del preservativo (91.4% y 78.8%, respectivamente) y, por el contrario, una mayor proporción de mujeres que de hombres sabía de las pastillas (79.2% y 68.2%, respectivamente).

En relación con el tema de la anticoncepción, la ENSANUT (2012), determinó que en el Estado de México 93.6% de los adolescentes de 12 a 19 años de edad dijo haber escuchado hablar de algún método. Desagregando el porcentaje por grupos de edad, 90.9% de los adolescentes de 12 a 15 años respondió afirmativamente a la pregunta, al igual que 96.3% de los entrevistados en el grupo de 16 a 19 años. Entre 2006 y 2012, las y los adolescentes mexiquenses mejoraron sus conocimientos sobre anticoncepción en 5.8% de acuerdo a la comparación entre ambas encuestas.

Al acotar la pregunta de anticoncepción sobre el uso de condón en la primera relación sexual entre adolescentes de 12 a 19 años del Estado de México, la encuesta de 2006 registró 59.3% que dijo haberlo utilizado, mientras que el 40.7% (35% varones y 51% mujeres) dijo que no lo hizo. El porcentaje estatal fue mayor que el promedio nacional (52.3%). El desglose de la cifra estatal destaca que 65.0% de los hombres y 49.0% de las mujeres reportaron usar el preservativo en su primera relación sexual.

Tabla 10. Distribución porcentual de los adolescentes de 12 a 19 años, según uso de preservativo o condón en la primera relación sexual y sexo, Estado de México

Utilizó preservativo o condón							
	No			Sí			Total
	IC 95%			IC 95%			
Sexo	%	Inferior	Superior	%	Inferior	Superior	%
Hombre	35.0	20.1	53.4	65.0	46.6	79.9	100.0
Mujer	51.0	31.8	69.8	49.0	30.2	68.2	100.0
Total	40.7	26.9	56.2	59.3	43.8	73.1	100.0
Frecuencia (N)	170 237			247 973			418 210

Fuente: ENSANUT (2006).

En la edición 2012, a nivel estatal, del total de adolescentes mexiquenses de 12 a 19 años edad que han iniciado vida sexual, 22.1% no utilizó ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, porcentaje menor al nacional (22.9%). De los que sí usaron algún método, 72.7% utilizó condón masculino, cifra mayor al porcentaje nacional (72.2%).

En 2012, la ENSANUT preguntó a los adolescentes mexiquenses sobre el método anticonceptivo utilizado en la última relación sexual previa a la encuesta para explorar conductas de riesgo que coadyuven a la aparición de ITS o a la presentación de un embarazo no deseado. Las respuestas fueron: 27.1% no utilizó algún método; de los que reportaron haber usado alguno, 63.7% utilizó el condón masculino, dato levemente menor al nacional (66.0%). Esta investigación señala que la tendencia de uso del condón masculino en el Estado de México entre la primera y última relación sexual es decreciente y aumenta el porcentaje de los que no utilizaron ningún método. Al comparar esta información con la obtenida en el 2006, 57.6% de los adolescentes reportó haber utilizado condón en la última relación sexual. Es decir, su uso aumento en seis puntos porcentuales en el periodo entre ambas encuestas. Por lo que se refiere al acceso a condones en el 2012, 40.7% de los adolescentes de 12 a 19 años reportó haberlo recibido de forma gratuita en los últimos doce meses, cifra mayor a la nacional (32.7%). El promedio de condones masculinos recibidos fue de 9.1.

Tabla 11. Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años con inicio de vida sexual, según uso de método anticonceptivo en la primera y última relación sexual, Estado de México

Método anticonceptivo	Primera relación sexual			Última relación sexual		
	Frecuencia*	%	IC 95%	Frecuencia*	%	IC95%
Condón	421.5	72.7	59.9-82.6	368.9	63.7	52.6-73.4
Nada	128.2	22.1	13.2-34.6	157.2	27.1	18.0-38.7
Total	579.5	100		579.5	100	

* Frecuencia en miles IC= Intervalo de confianza

Fuente: ENSANUT (2012).

De acuerdo con ENSANUT (2012), se preguntó también sobre el conocimiento básico de uso del condón: “¿Cuántas veces se puede usar un condón?” Los resultados mostraron que 90.2% del total de adolescentes respondió que una sola

vez (91.6% de los hombres y 88.8% de las mujeres). En cuanto a la pregunta de si el condón masculino se utiliza para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual, 81.0% respondió que para ambas situaciones (76.5% de los hombres y 85.6% de las mujeres). El resultado estatal es más alto que el promedio nacional obtenido para la misma pregunta (78.5%).

Sobre conocimiento para la prevención de las ITS, en el 2006 se destaca que 2.1% de las y los adolescentes mexiquenses (2.4% mujeres y 2.0% varones) tienen un conocimiento inadecuado, cifra cercana a la nacional (1.7%). El método de prevención más mencionado fue el preservativo (84.6%), seguido de la abstinencia (7.2%). Más hombres que mujeres mencionaron el preservativo como medida de prevención (86.0 y 82.7%, respectivamente). En cambio, más mujeres eligieron “no tener relaciones sexuales” como medida de prevención (8.05%) en comparación con los hombres (6.7%). Esta encuesta concluye que “los adolescentes que no cuentan con esta información, tienen mayor riesgo de un embarazo precoz y de contraer una ITS, riesgos considerados como dos de los problemas prioritarios de la salud reproductiva en adolescentes” (ENSANUT, 2006: 52).

Para conocer la situación y las opiniones de la población joven del Estado de México, el Instituto Mexiquense de la Juventud (IMEJ) ha realizado sendas investigaciones reportando sus resultados en los años 2009, 2011 y 2014. La segunda de estas encuestas no exploró las prácticas de sexualidad y salud reproductiva. A continuación, se integran los datos relativos a la salud reproductiva de las otras dos investigaciones.

La primera de dichas investigaciones, la Encuesta de Juventud del Estado de México, fue realizada en 2009 por la Consultora Econométrica en Población de 12 a 29 años. De la población total, 55.5% reportó haber tenido ya relaciones sexuales, 44.2% respondió que aún no y 0.3% no contestó. La edad promedio para la primera experiencia sexual fue de 17.4 años (16.4 años en los varones y 18.1 en las mujeres), pero las edades mencionadas iban de los 7 a los 28 años. Los porcentajes más altos para este indicador se ubicaron entre los 14 y los 16

años (35.9%) y entre los 17 y los 19 años (40.4%). Desagregando la misma información por sexos, la consultora reportó que 50.3% de las mujeres y 60.9% de los varones encuestados han tenido relaciones sexuales mientras que 49.6% de ellas y 38.8% de ellos no habían tenido relaciones sexuales al momento de la encuesta. Sólo un 0.6% de la población no contestó esta pregunta (0.4% de varones y 0.2% de mujeres). Acerca del número de parejas sexuales que han tenido, 36.9% de las y los jóvenes mexiquenses declararon haber tenido sólo una pareja sexual, mientras que el promedio estatal fue de 3.1 compañeros sexuales por joven (4.1 entre los varones y 1.2 entre las mujeres). En cuanto a la prevención del embarazo y de ITS, el método más utilizado fue el condón o preservativo con 72.3% entre el sexo masculino y 45.7% entre el sexo femenino. En las conclusiones de este estudio se considera que esto indica una cultura juvenil habituada al uso del mismo. En cuanto al conocimiento de ITS, 92.1% (91.9% de los varones y 92.5% de las mujeres) afirma conocer alguna enfermedad, mientras 7.7% (8.0% de los varones y 7.3% de las mujeres) no tiene idea al respecto.

Posteriormente el IMEJ, llevó a cabo la Encuesta Estatal de Juventud 2013-2014 en una población de 1 600 adolescentes y jóvenes de 12 a los 29 años, 49% varones y 51% mujeres. Respecto al inicio de su vida sexual, 39% de los encuestados respondió no haberlo llevado a cabo y 61% dijo que sí. En el grupo de 12 a 20 años, 35% ya había iniciado su actividad sexual al momento de la encuesta y la edad promedio fue de 16.6 años. Los porcentajes de las edades de iniciación sexual fueron: 2% antes de los 12 años, 2% a los 12 años, 4% a los 13 años, 8% a los 14 años, 17% a los 15 años, 15% a los 16 años, 15% a 17 años, 20% a los 18 años, 7% a los 19 años, 6% a los 20 años y 4% después de los 20 años.

En las y los entrevistados que tienen actividad sexual, 63% de los varones y 55% de las mujeres declararon haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual contra 37% y 45%, respectivamente, que no lo hicieron. El grupo de edad de 12 a 20 años mostró un porcentaje más alto de uso de dichos

métodos (65.5%) en comparación con el grupo de 21 a 29 años (57%). En cuanto a los métodos más utilizados en ese primer encuentro sexual, la siguiente tabla muestra la predominancia en el uso del condón por sobre otros métodos, tanto para evitar embarazos como para prevenir ITS. Los varones superan a las mujeres en el uso de este método por 22 puntos porcentuales (98% vs. 75%). La píldora anticonceptiva es más utilizada por ellas (20%) que por ellos (1%) y el DIU aparece con bajos porcentajes de uso para ambos sexos: 4% entre las mujeres y 1% entre los varones. 1% de los varones y 0% de las mujeres no contestó.

La tendencia a utilizar el condón durante la primera relación sexual se confirma en ambos grupos de edad en la Encuesta Estatal de Juventud 2013-2014, aunque el grupo de 12 a 20 años supera levemente al de 21 a 29 años en un 4%.

Tabla 12. Encuesta Estatal de Juventud 2013-2014

Métodos anticonceptivos más utilizados	Sexo	
	Masculino	Femenino
Condón	98%	75%
Píldora anticonceptiva	1%	20%
DIU	1%	4%
NS/NC	0%	1%
Métodos anticonceptivos más utilizados	Edad	
	12-20	21-29
Condón	91%	87%
Píldora anticonceptiva	7%	10%
DIU	1%	2%
NS/NC	1%	1%

Fuente: elaboración propia con datos del IMEJ (2014).

En la misma encuesta, al 61% de los adolescentes y jóvenes que reconocieron haber tenido relaciones sexuales, se les preguntó si tuvieron su primera relación sexual bajo la influencia de alguna sustancia: 94% (91% varones y 97% mujeres) respondió que no y 6% que sí (9% varones y 3% mujeres). Por grupos de edad, tanto el grupo de 12 a 20 años y el de 21 a 29 años obtuvieron un 6% de respuestas positivas. La sustancia más utilizada por ambos grupos de edad fue el alcohol (69 y 92%) seguido de la marihuana con (21.5% y 5%).

También 61% del universo de adolescentes y jóvenes entrevistados en la Encuesta Estatal de Juventud 2013-2014 que han tenido relaciones sexuales se

les cuestionó si actualmente utilizaban algún método anticonceptivo: 55% respondió que sí y 45% que no. Desagrupando por sexo la respuesta positiva, los porcentajes obtenidos son: 60% de los varones y 48% de las mujeres. 54% de los adolescentes y jóvenes de 12 a 20 años, los utilizan actualmente en sus relaciones sexuales. El método más utilizado por este grupo de edad sigue siendo el condón con 81%.

3.2. Embarazo adolescente

La vida fértil de la mujer empieza con la primera menstruación. De acuerdo con la ENSANUT 2006, la edad promedio de la aparición de ésta en las mujeres mexiquenses fue de 12.1 años. La misma encuesta identificó que en la Región Centro del país (Distrito Federal, Hidalgo, México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala), de las adolescentes de 12 años o más que declararon inicio de vida sexual, 53.0% ha estado embarazada (203 576), 46.9% no lo ha estado (180 483) y 0.1% (368) no respondieron.

Tabla 13. Distribución porcentual de mujeres de 12 a 19 años con inicio de vida sexual, según si han estado embarazadas, Región Centro

Ha estado embarazada	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Sí	203 576	53.0	44.7	61.0
No	180 483	46.9	38.9	55.2
No responde	368	0.1	0.0	0.7
Total	384 427	100.0	100.0	100.0

Fuente: ENSANUT (2006).

En datos específicos del Estado de México, la encuesta en 2006 estimó que 7.8% de las mujeres mexiquenses entre los 12 y 19 años han estado embarazadas alguna vez. Las tasas de fecundidad se incrementan de manera importante en las jóvenes de la entidad conforme aumenta la edad. Así, mientras la tasa de fecundidad en las niñas de 12 a 15 años fue de cero, la de las jóvenes de 16 y 17 años aumentó a 95 embarazos por cada mil y las adolescentes de 18 y 19 años, alcanzaron una tasa de 193 embarazos por cada mil mujeres.

En su edición 2012, los resultados del Estado de México muestran que 39.4% de las mujeres de 12 a 19 años no han estado embarazadas, mientras que el 57.7%

comentó que alguna vez han estado embarazadas y 2.9% no contestó, representando 17 600 casos.

Tabla 14. Distribución porcentual de mujeres adolescentes de 12 a 19 años con inicio de vida sexual que alguna vez estuvieron embarazadas, Estado de México

	Frecuencia*	%	IC 95%
Si	17.6	57.7	41.2-72.7
No	12.0	39.4	25.0-55.9
No responde	0.9	2.9	0.4-18.0
Total	30.5	100.0	

* Frecuencia en miles

IC = Intervalo de confianza

Fuente: ENSANUT (2012).

En relación con el embarazo, la ENSANUT (2012), exploró el conocimiento sobre el beneficio de tomar ácido fólico antes y durante las primeras semanas del embarazo para prevenir algunas malformaciones congénitas (del sistema nervioso central y de la columna vertebral), 66.7% de las y los adolescentes mexiquenses de 12 a 19 años demostró este conocimiento, con una proporción mayor entre las mujeres (75.1%) que entre los hombres (58.5%). Este promedio estatal fue 11.1 puntos mayor que el nacional (55.6%). A nivel estatal, 35.5% de las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años tomó ácido fólico en los últimos 12 meses. El resultado de dicha práctica en esta entidad fue mayor que el porcentaje nacional (27.3%).

Por otra parte, en la Encuesta de Juventud del Estado de México 2009, no se exploró específicamente el embarazo adolescente pero sí se detectó que 6.3% de la población entrevistada (de 12 a 29 años) lo consideraba causa de su deserción escolar.

En 2011, el Estudio de Opinión sobre la Juventud del Estado de México, también realizado para el IMEJ sobre 1 600 jóvenes entre los 15 y los 24 años de edad, reportó que 13.4% dejó de trabajar por embarazo y 8.5% abandonó sus estudios por embarazo.

La Encuesta Estatal de Juventud 2013-2014, el tercero de los estudios recientes realizados para el IMEJ en años recientes, no exploró directamente el tema del embarazo adolescente pero sí su impacto en el abandono escolar. Así detectó que 4% del total de los encuestados (1 600 participantes de 12 a los 29 años) dejaron de trabajar con motivo de un embarazo. Este porcentaje está integrado por 1% de varones y 7% de mujeres y, aunque pequeño, el dato refleja desigualdad en el impacto que el embarazo puede llegar a tener en la vida laboral de los jóvenes mexiquenses.

Específicamente sobre embarazo adolescente sólo se detectó un interesante estudio estatal. Se denominó “Diagnóstico sobre Embarazo en Mujeres Adolescentes en municipios del Estado de México: Ecatepec, Nezahualcóyotl, Naucalpan, Toluca y Chimalhuacán” (CIPCO, 2012)⁵.

En sus antecedentes, este estudio reporta que los embarazos adolescentes en el Estado de México aumentaron 25%, al pasar de 84 000 en 2007 a 105 375 al cierre del año 2011.

Para su realización se entrevistó a 200 adolescentes embarazadas entre 13 y 19 años de edad, que se caracterizaron con el siguiente perfil: 17.5 años es la edad promedio de las entrevistadas y 25% de ellas se embarazaron a los 16 años, su nivel de escolaridad predominante es la secundaria (56%), la mayoría (63%) sólo ha tenido un embarazo, el 26% empezó su vida sexual a los 16 años y el 24.9% a los 15. La mayoría (76%) ha tenido sólo una pareja sexual, 66% no planeó su embarazo y 8.5% de ellas han sufrido un aborto. Un 50.5% sintió alegría al saber que estaba embarazada. En 75.5% de los casos la primera persona en enterarse de la noticia fue su pareja y en el 14% de ellos la reacción fue de miedo. Un poco más de la mitad de las entrevistadas viven con su pareja (52.5%). Las edades de sus parejas van de los 14 a los 38 años y el mayor porcentaje de edad del varón (14.2%) se registró en los 20 años. El varón es tres años mayor que la joven en

⁵ Según se cita en el informe de esta investigación, este diagnóstico se realizó en los municipios citados por tratarse de aquellos con mayor incidencia de muerte materna.

un 13.5% de los casos. Para mayor facilidad de lectura, sus resultados se concentraron en la tabla correspondiente.

Tabla 15. Datos generados por el “Diagnóstico sobre Embarazo en Mujeres Adolescentes en municipios del Estado de México: Ecatepec, Nezahualcóyotl, Naucalpan, Toluca y Chimalhuacán”

Edades		Escolaridad	
13: 0.5% 14: 3.0% 15: 5.5% 16: 15.5% Media: 17.5 años 17: 19.5% 18: 26.5% 19: 29.5%		Ninguna: 1.5% Primaria o menos: 9.0% Secundaria: 56.0% Preparatoria: 29.5% Carrera técnica: 2.5% Estudios universitarios: 1.5%	
No. de Embarazos		Edad del primer embarazo	
Uno: 63% Dos: 29% Tres: 6.0% Cuatro: 2.0%		13: 1.0% 14: 7.5% 15: 11.0% 16: 25.0% 17: 22.0% 18: 18.5% 19: 15%	
Inicio de la vida sexual		Parejas sexuales	
12: 0.5% 13: 3.5% 14: 15.5% 15: 26.0% 16: 24.5% 17: 15.5% 18: 10.0% 19: 4.5%		Una: 76.0% Dos: 17.0% Tres: 3.0% Cuatro: 3.0% Cinco: 0.5% Siete: 0.5% 75% aún convive con su pareja	
Embarazo no planeado		Abortos	
Si: 34% No: 66%		0: 91% 1: 8.5% NC: 0.5%	
Viven con		Actitud ante el embarazo	
Sola: 1.0% Su pareja: 52.5% Familia: 36.5% Pareja y padres: 6.0% Pareja y suegros: 1.0% Padres: 2.0% Tíos: 0.5% Abuelos: 0.5%		Alegría: 50.5% Miedo: 22.0% Angustia: 16.5% Tristeza: 4.0% Enojo: 2.5% Sorpresa y emociones encontradas: 4.5%	
Edad de la pareja		Diferencia de edad con la pareja	
14: 0.2%	23: 6.0%	- 2: 0.5%	7: 5.5%
15: 1.0%	24: 3.8%	-1: 7.5%	8: 5.0%
16: 4.0%	25: 8.2%	0: 11.0%	9: 1.5%

17: 12.0% 18: 11.0% 19: 6.0% 20: 14.2% 21: 12.0% 22: 7.8%	26: 2.2% 27: 1.8% 28: 1.8% 29: 0.2% 30, 31, 32: 0.5% 34,35,36,38: 0.2%	1: 11.0% 2: 10.0% 3: 13.5% 4: 10.0% 5: 6.0% 6: 8.5%	10, 11,12 y 13: 1.0% 14: 0.5% 17: 1.0% 18: 0.5% 24: 0.5% No sabe: 3.5%
Primera persona en enterarse del embarazo		Reacción de la pareja al enterarse del embarazo	
Pareja: 75.5% Familiar: 18.0% Amistad: 6.5%		Miedo: 14.0% Tristeza: 0.5% Alegría: 60% Enojo: 8.5% Angustia: 8.5% Sorpresa: 4.5% Resignación: 0.5% Indiferencia: 0.5% Otro: 2.0% No sabe: 2.0%	

Fuente: elaboración propia con datos de CIPCO (2012).

En otros datos, este diagnóstico enfatiza que “una de las determinantes que podría definir el futuro de un o una bebé es la actitud de la futura madre adolescente y todos los que están alrededor de ella como el padre adolescente y la familia de ambos”. Es decir, la actitud con la que la adolescente enfrenta su embarazo depende también de las redes de apoyo con que cuenta. 74% de las adolescentes se sintió apoyada y el 29.8% percibió principalmente el apoyo de su familia. Tras recibir la noticia de un embarazo, los familiares apoyaron a la adolescente en su embarazo. La pareja es el apoyo de una adolescente embarazada en 18.4% de los casos. Tanto la familia como la pareja apoyaron a la adolescente embarazada en 17.7%. Por otra parte, 5% de las madres de las adolescentes estuvieron apoyando a sus hijas durante esta etapa. El apoyo ofrecido por parte de los padres de la pareja se reportó en 0.7% de los casos. Entre otras conclusiones, esta exploración del embarazo adolescente menciona que el apoyo que la embarazada recibe simultáneamente de sus padres y su pareja es el que más contribuye a un desarrollo adecuado de la gestación.

Para completar este apartado, en la siguiente tabla se organizan estadísticas del Sector Salud del Estado de México al respecto del número de embarazadas que

han sido atendidas por control prenatal, así como el número de nacimientos resultantes.

Tabla 16. Estadísticas del Sector Salud del Estado de México: número de embarazadas con control prenatal y número de nacimientos resultantes

Información sobre	Proporcionada por	Contenido
Adolescentes embarazadas	INEGI, 2010	En el país 700 000 mujeres adolescentes (menores de 20 años) se embarazan cada año. 17.3% en el Estado de México.
Adolescentes embarazadas atendidas por servicios de salud	Instituto de Salud del Estado de México, 2009	Entre 22.4% y 28.1% de las consultas de mujeres embarazadas, son menores de 20 años.
	Instituto de Salud del Estado de México, enero a abril de 2010	20 365 casos de adolescentes embarazadas, de las cuales 85% tienen de 15 a 19 años de edad, 15% (una de cada seis), son niñas de 10 a 15 años.
	Instituto de Salud del Estado de México, 2012	69 115 consultas de primera vez a embarazadas menores de 20 años, es decir, 27.79% del total de servicios.
	Instituto de Salud del Estado de México, 2012	961 987 consultas subsecuentes de control prenatal, 158 712 (27.58%) de ellas están embarazadas y son menores de 20 años, un promedio de 2.29 consultas por mujer.
	Instituto de Salud del Estado de México, enero a mayo 2013	28 703 consultas de primera vez en embarazadas menores de 20 años, es decir, 27.58% del total de servicios.
	Instituto de Salud del Estado de México, enero a mayo 2013	275 969 consultas subsecuentes de control prenatal, 63 800 (43.25%) de ellas están embarazadas y son menores de 20 años, un promedio de 2.22 consultas por mujer.
	INEGI, 2010	Cada año en el Estado de México ocurren entre 84 000 y 105 375 eventos obstétricos en menores de 20 años.
Nacimientos/Partos	Secretaría de Salud, 2008	El Estado de México ocupa el 10° lugar de embarazo adolescente a nivel nacional entre las madres de 15 a 17 años (5.6%).
	INEGI, 2011	58 943 (18.02%) bebés nacidos de mujeres menores de 19 años en el Estado de México.
	Instituto de Salud del Estado de México, enero a mayo 2013	13 861 nacimientos de mujeres menores de 20 años que representan 27.74%.

Fuente: elaboración propia.

Entre las cifras de nacimiento reportadas por el ISEM, se observa que los nacimientos de madres entre los 10 y los 14 años se mantuvieron en cifras por debajo de 2 000 anuales de 2008 a 2012. Mientras que, entre las madres de 15 a

19 años, las cifras van mostrando variaciones que anuncian una tendencia a la baja. Esta buena noticia contrasta un dato alarmante: en el año 2009 se registraron nueve alumbramientos entre madres menores de 10 años. Por sí solo, este dato despierta la preocupación por la presencia de actos sexuales no consensados entre jóvenes o adultos y niñas que resultan en un embarazo muy temprano.

Tabla 17. Nacimientos en el Estado de México de 2008 a 2012, según grupos de edad de la madre

Grupos de edad	2012	2011	2010	2009 (*)	2008
10-14	1 349	1 408	1 256	1 827	1 737
15-19	50 280	47 647	45 694	57 143	55 586

(*) En este año, las estadísticas reportan 9 nacimientos de madres menores de 10 años que están consideradas en esta tabla.

Fuente: elaboración propia con base en Estadísticas de 2008 a 2012 de nacimientos según la edad de la madre. Instituto de Salud del Estado de México.

Datos tan significativos como los anteriores están mostrando la dimensión del embarazo adolescente a nivel estatal. Para finalizar este apartado, cabe enfatizar que -dada su situación como población joven en condiciones de vulnerabilidad social y pobreza multidimensional- las madres adolescentes mexiquenses tendrán que enfrentar retos que conjugan la crianza y manutención de sus hijos con el rechazo familiar, el bajo nivel de escolaridad dado el abandono escolar, las tensiones y desigualdades en la relación de pareja, la ausencia del padre biológico de sus hijos, la falta de capacitación para un trabajo digno, la difícil inserción en el mercado laboral, los bajos salarios, la violencia social y las desigualdades de género que se expresan en su contexto social.

Por el momento, todos los datos permiten tener una panorámica reciente del embarazo entre las adolescentes mexiquenses y los nacimientos resultantes. El documento final de la investigación “Causas y factores de la maternidad adolescente en el Estado de México”, dentro del contexto del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*, aportará un análisis del embarazo adolescente en la entidad.

Resumen del apartado

Iniciación sexual:

- La ENSANUT 2006, determina que 6.3% de las y los adolescentes mexiquenses de 15 a 19 años empezó su vida sexual antes de cumplir los 15 años. Esta proporción es mayor al porcentaje nacional (4.1%) y representa a 91 129 individuos.
- Asimismo, 52.1% de las y los adolescentes mexiquenses de 19 años cumplidos inició su vida sexual antes de esa edad contra 47.9% que aún no la había iniciado al cumplirlos.
- La ENSANUT 2012, reporta que 24.4% de las y los adolescentes mexiquenses encuestados de 12 a 19 años había iniciado su vida sexual pero no recordaron la edad que tenían al momento del evento.
- El IMEJ 2009, obtiene que 55% de las y los adolescentes mexiquenses de 12 a 19 años reportó haber tenido relaciones sexuales. Los porcentajes más altos se ubicaron entre los 14 y los 16 años (35.9%) y entre los 17 y los 19 años (40.4%).
- También, el IMEJ 2014 identifica que 39% de las y los adolescentes encuestados para la Encuesta Estatal de Juventud 2013-2014 respondió no haber llevado a cabo su iniciación sexual y 61% dijo que sí. La edad promedio fue de 16.6 años a la ocurrencia del evento, 16% tuvo su primera relación sexual en edades comprendidas antes de los 12 y los 14 años.

Anticoncepción:

- La ENSANUT 2006, determina que 87.8% de las y los adolescentes mexiquenses de 12 a 19 años encuestados conocen o han oído hablar de algún método para evitar el embarazo.
- En este sentido, 59.3% de las y los adolescentes de 12 a 19 años del Estado de México usó condón en la primera relación sexual, 40.7% dijo que no lo hizo. El primer porcentaje estatal fue mayor que el promedio nacional (52.3%).

- Además, menciona que 57.6% de los adolescentes reportó haber utilizado condón en la última relación sexual previa a la encuesta.
- La ENSANUT 2012, refiere que 93.6% de los adolescentes mexiquenses de 12 a 19 años de edad, de ambos sexos, dijo haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo.
- Asimismo, 22.1% de adolescentes mexiquenses de 12 a 19 años edad de ambos sexos no utilizó método anticonceptivo en la primera relación sexual. El porcentaje es menor al nacional (22.9%). De los que sí usaron algún método, 72.7% utilizó condón masculino, cifra mayor al porcentaje nacional (72.2%).
- En este sentido, 27.1% de adolescentes mexiquenses de ambos sexos no utilizó algún método en la relación sexual previa a la encuesta y 63.7% utilizó el condón masculino.
- El IMEJ 2014, indica que del total de las y los adolescentes y jóvenes de 12 a 19 encuestados en la Encuesta Estatal de Juventud 2013-2014, 63% de los varones y 55% de las mujeres declararon haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual contra 37% y 45%, respectivamente, que no lo hicieron. Entre los métodos utilizados predominó el uso del condón (98% en varones y 75% en las mujeres).

Prevención de ITS:

- La ENSANUT 2006, indica que el 2.1% de las y los adolescentes mexiquenses encuestados (2.4% mujeres y 2.0% varones) tienen un conocimiento inadecuado sobre prevención de las ITS; esta cifra es cercana a la nacional (1.7%). El método de prevención más mencionado fue el preservativo (84.6%), seguido de la abstinencia (7.2%).
- El IMEJ 2009, menciona que para la prevención del embarazo y de ITS, el método más utilizado fue el condón o preservativo con 72.3% entre el sexo masculino y 45.7% entre el sexo femenino.

Embarazo adolescente:

- De acuerdo a un rastreo histórico de las tasas de natalidad estatales en adolescentes de 15 a 19 años realizado por el INEGI (2010): en 1990 se reportaba en 87.6 y se mantuvo a ese nivel hasta 1993. En 1994 empezó a descender hasta estabilizarse en 74.36 durante dos años (1999 y 2000). A partir de entonces siguió en descenso hasta llegar -y mantenerse- en 54.5 durante 2009 y 2010.
- La ENSANUT 2006, menciona que 7.8% de las mujeres mexiquenses entre los 12 y 19 años han estado embarazadas alguna vez.
- El SINAIS 2008, registró que 5.6% de embarazos en adolescentes se presentan entre 15 y 17 años de edad.
- La ENSANUT 2012, alude que de las mujeres mexiquenses de 12 a 19 años que fueron entrevistadas, 57.8% (17 600) alguna vez han estado embarazadas.
- El CIPCO en 2012, detectó que los embarazos pasaron de 84 000 en 2007 a 105 375 al año 2011.
- Entre las cifras de nacimientos reportadas por el ISEM, se observa que los nacimientos de madres entre los 10 y los 14 años se mantuvieron por debajo de 2 000 anuales de 2008 a 2012. Mientras que, entre las madres de 15 a 19 años, las cifras van mostrando variaciones que anuncian una tendencia a la baja.
- De acuerdo con datos del ISEM, en el año 2009 se registraron nueve alumbramientos entre *madres menores de 10 años*. Este dato, despierta la preocupación por la presencia de actos sexuales no consensados entre jóvenes o adultos y niñas que resultan en un embarazo muy temprano.

4. LAS BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA DE DESARROLLO SOCIAL *Futuro en Grande*: SUS CARACTERÍSTICAS Y CIRCUNSTANCIAS

El presente estudio describe las características y circunstancias de las madres adolescentes del Estado de México, el cual se realizó sobre una muestra no probabilística de 388 beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* que son adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años, están embarazadas o han tenido uno o más hijos, son residentes del estado y viven en condiciones de pobreza multidimensional. La coordinación del Programa las convocó en cada una de las cabeceras municipales y se entrevistó a quienes pudieron acudir a dicha convocatoria.

La descripción de sus características se fundamenta principalmente en datos cuantitativos obtenidos a través de la aplicación de una encuesta y en datos cualitativos obtenidos mediante seis grupos focales: cuatro llevados a cabo con sus actuales participantes y dos con las responsables del Programa a lo largo del estado. El levantamiento de la información se llevó a cabo del 24 de septiembre al 14 de octubre 2014.

4.1. El Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* y la percepción de sus beneficiarias

El Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* forma parte de las responsabilidades asignadas al Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social por el Gobierno del Estado.

Su objetivo general es: “Mejorar la ingesta de alimentos de las mujeres menores de 20 años, en estado de gestación o madres de uno o más hijos, que viven en condiciones de pobreza multidimensional o alimentaria en el Estado de México, a través de la entrega de una canasta alimentaria.”

Para ser beneficiaria del Programa las solicitantes deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Ser mujer menor de 20 años en estado de gestación o madre de uno o más hijos;
- b) Vivir en situación de pobreza multidimensional, pobreza alimentaria, marginación, rezago social o vulnerabilidad; y
- c) Habitar en el Estado de México.

Además de los requisitos antes establecidos deberán presentar la siguiente documentación:

- a) Copia del acta de nacimiento y original para su cotejo;
- b) Copia del comprobante de domicilio y original para su cotejo;
- c) Copia de identificación oficial, en caso de ser mayor de 18 años;
- d) Documento que acredite el embarazo de la solicitante, certificado de nacimiento o acta de nacimiento de sus hijos; y
- e) Las demás que determine el comité de selección.

Las jóvenes interesadas acuden a registrarse a los lugares designados por el consejo y presentan la documentación que se les solicita. Posteriormente se verifica su elegibilidad para incorporarlas al Programa, ya como beneficiarias del mismo, reciben productos alimenticios, ácido fólico, canastilla de maternidad, asesorías, orientación integral y capacitación para el trabajo.

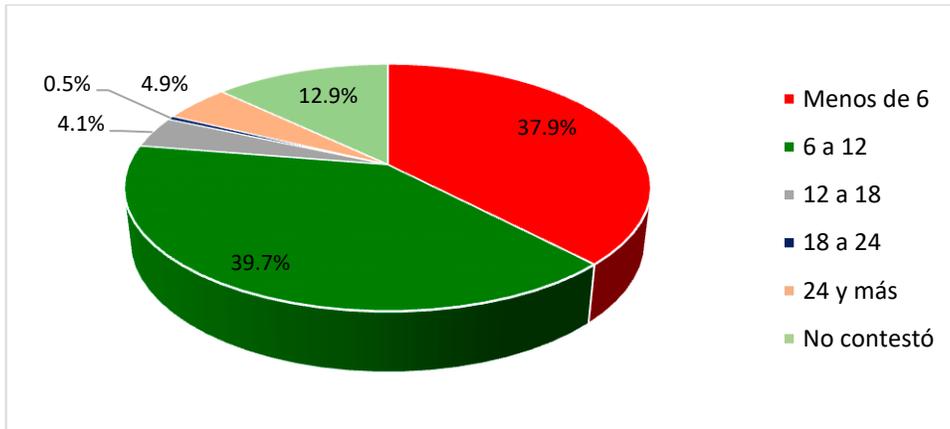
En la encuesta realizada como parte de la investigación “Causas y factores de la maternidad adolescente en el Estado de México”, dentro del contexto del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* se solicitó a las beneficiarias del Programa que calificaran estas aportaciones. Su percepción sobre los apoyos recibidos se describe a continuación con base en los resultados cuantitativos y cualitativos.

4.1.1. Tiempo como beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

37.9% de las jóvenes encuestadas respondieron que tienen menos de 6 meses como beneficiarias de este Programa, 39.7% ha sido apoyada entre 6 y 12

meses, 4.1% ha recibido apoyos de 12 a 18 meses y el 12.9% no respondió a esta pregunta.

Gráfica 3. Meses como beneficiaria del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



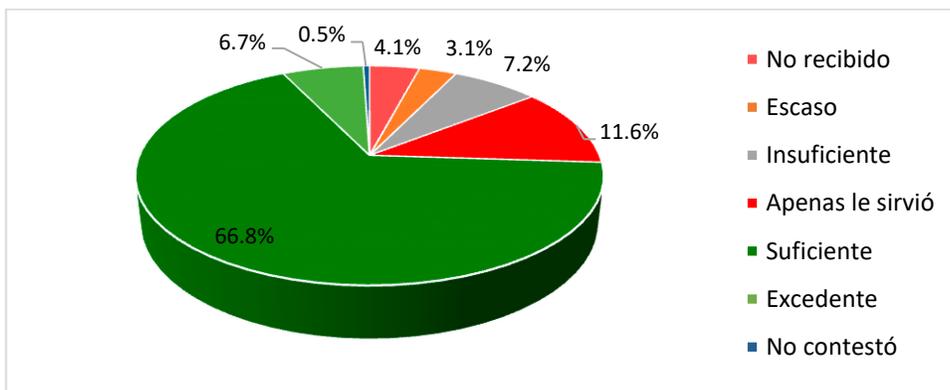
Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

4.1.2. Apoyos recibidos

Canasta alimentaria

Se les proporciona por un máximo de nueve meses. Para 26 (6.7%) es un aporte excedente, 259 (66.8%) la considera como un aporte suficiente, para 28 (7.2%) es insuficiente, para 12 (3.1%) es un aporte escaso, 45 (11.6%) considera que “apenas le sirvió” y 16 (4.1%) no la ha recibido. Solo dos de ellas (0.5%) no contestaron la pregunta.

Gráfica 4. Calificación de las beneficiarias al apoyo recibido de canasta alimentaria: Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

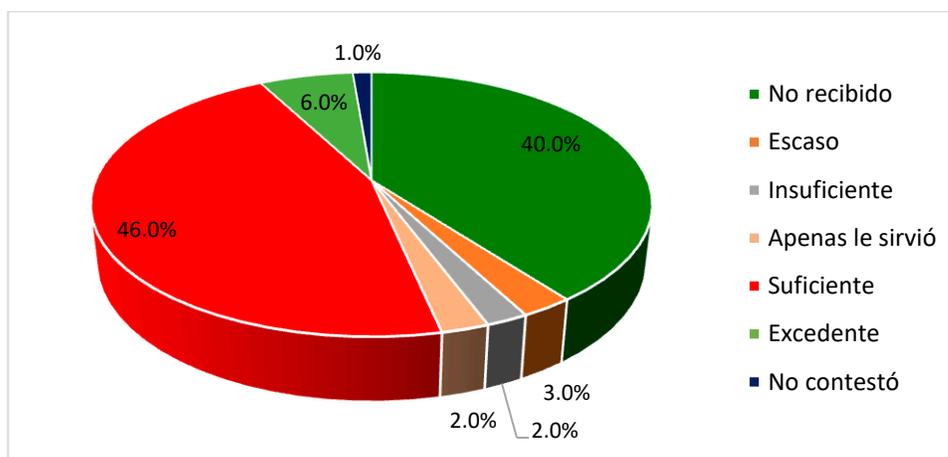


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Ácido fólico

La entrega del ácido fólico es parte de los apoyos a las beneficiarias de *Futuro en Grande*; 25 (6.0%) lo consideraron un aporte excedente, 182 (46.0%) lo consideraron un aporte suficiente, 9 (2.0%) anotó que “apenas le sirvió”, para 8 (2.0%) consistió en un aporte insuficiente y para 10 (3.0%) fue escaso. Destaca el dato de que 154 (40.0%) de ellas no lo recibió por parte del Programa. En sus comentarios, algunas de ellas aclararon que lo recibieron en los hospitales donde llevaron el seguimiento de su embarazo. Cabe señalar que este medicamento se proporciona directamente en las instituciones de salud.

Gráfica 5. Calificación de las beneficiarias al apoyo recibido de ácido fólico: Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



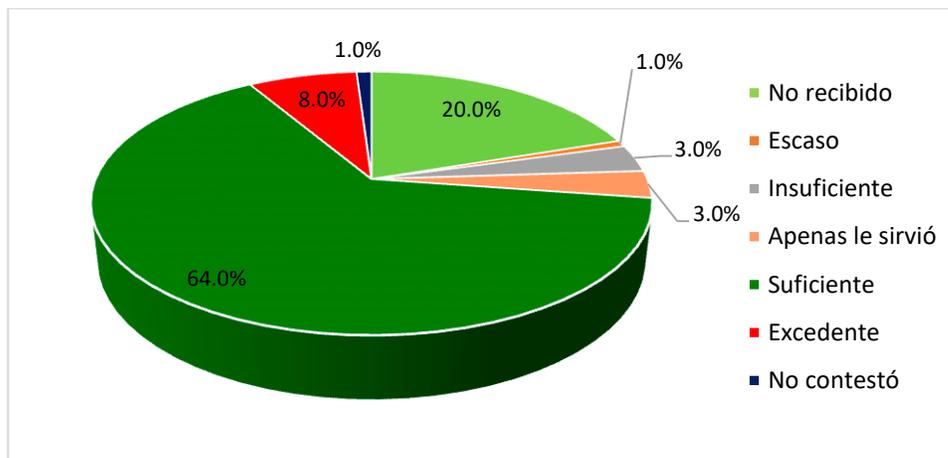
Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Asesorías

Las asesorías proporcionadas en colectivo por el Programa tienen el propósito de aportar a las madres adolescentes información referida a la maternidad, la responsabilidad social, la nutrición y la salud.

Asesoría en maternidad. Para 250 (64.0%) beneficiarias esta estrategia les ha aportado información suficiente, para 29 (8.0%) ha sido excedente, para 13 (3.0%) ha sido insuficiente o “apenas le sirvió”, tres (1.0%) lo consideraron escaso, tres (1.0%) no contestó la pregunta y 77 (20.0%) dicen no haber recibido este beneficio.

Gráfica 6. Calificación de las beneficiarias a las asesorías recibidas en el tema de maternidad: Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

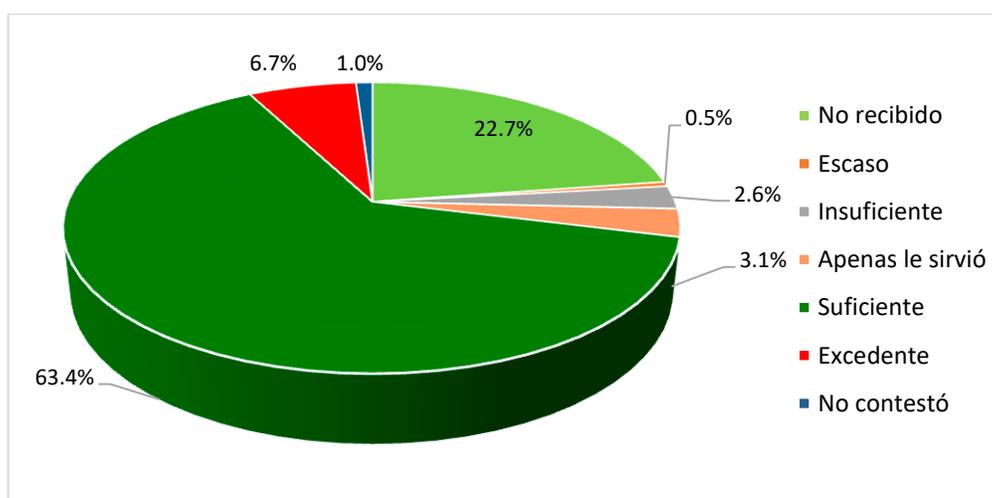


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Asesoría en responsabilidad social

Esta estrategia fue calificada como suficiente por 246 (63.4%) de las beneficiarias, como excedente por 26 (6.7%), como insuficiente por 10 (2.6%), como escasa por 2 (0.5%) y “apenas le sirvió” a 12 (3.1%) de ellas, mientras que 88 (22.7%) respondieron que no la han recibido y cuatro (1.0%) no contestaron.

Gráfica 7. Calificación de las beneficiarias a las asesorías recibidas en el tema de responsabilidad social: Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

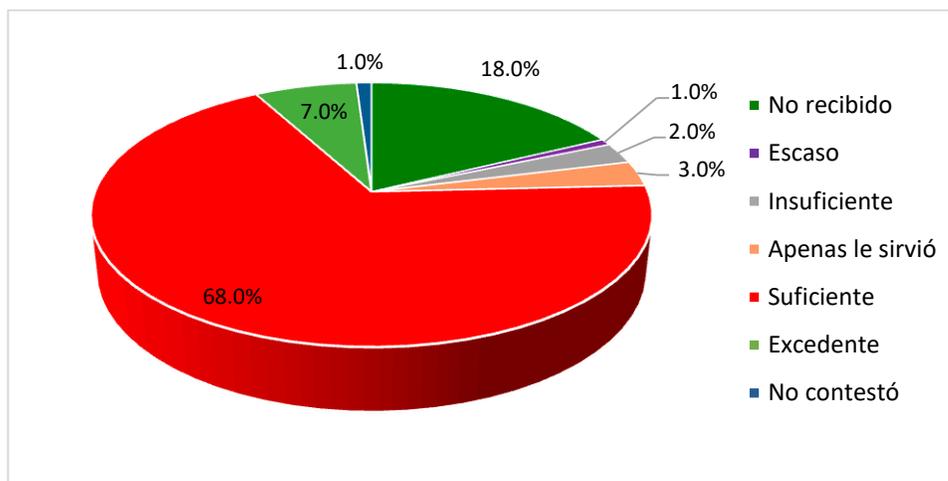


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Asesoría en nutrición y salud

Esta asesoría fue calificada como suficiente por 264 (68.0%) de las beneficiarias, como excedente para 27 (7.0%), a 12 (3.0%) “apenas le sirvió”, fue insuficiente para 10 (2.0%), escasa para 3 (1.0%), 69 (18.0%) respondieron que no la han recibido y tres (1.0%) no contestó.

Gráfica 8. Calificación de las beneficiarias a las asesorías recibidas en el tema de nutrición y salud: Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

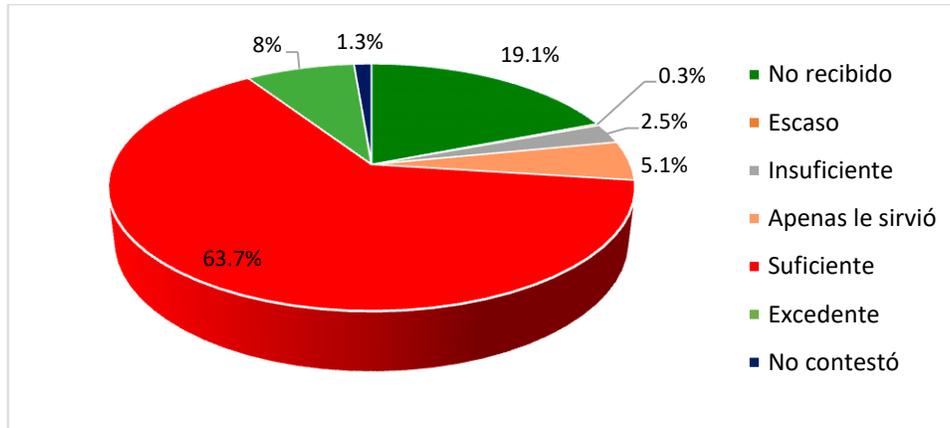
Orientación integral

Consiste en pláticas sobre autoestima, motivación y superación personal.

Autoestima

Los contenidos recibidos en el tema de autoestima fueron calificados como suficientes por 247 (63.7%) de las beneficiarias, como excedentes por 31 (8%), “apenas le sirvió” a 20 (5.1%) de ellas, como escasos por 1 beneficiaria (0.3%), fueron insuficientes para 10 (2.5%) de las encuestadas y una de ellas los calificó como escasos (0.3%), 74 (19.1%) dijeron no haber recibido esta plática y, 4 (1.3%) de las encuestadas no contestaron.

Gráfica 9. Calificación de las beneficiarias a la orientación integral recibida en el tema de autoestima: Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

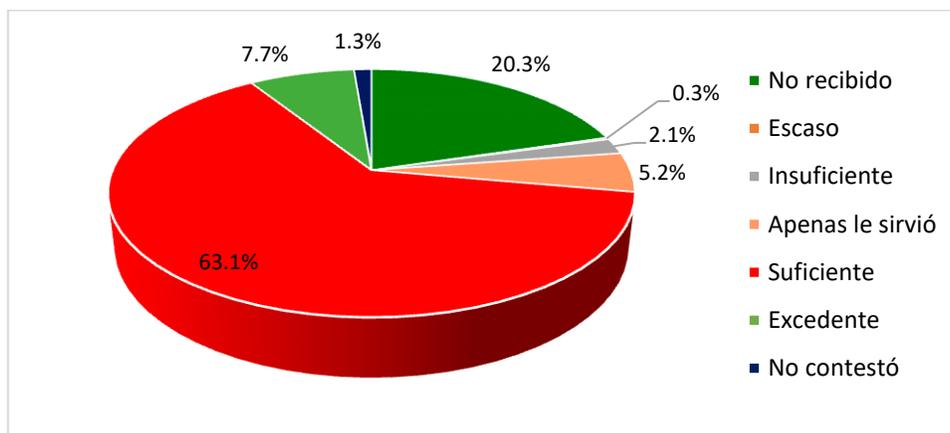


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Motivación

Las pláticas sobre motivación fueron consideradas suficientes por 245 (63.1%) de las beneficiarias de *Futuro en Grande*, excedentes por 30 (7.7%) de ellas, insuficientes por 8 (2.1%), escasas por una (0.3%), “apenas le sirvió” la plática a 20 (5.2%), 79 (20.3%) respondieron que no las han recibido y, 5 (1.3%) de las encuestadas no contestaron.

Gráfica 10. Calificación de las beneficiarias a la orientación integral recibida en el tema de motivación: Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

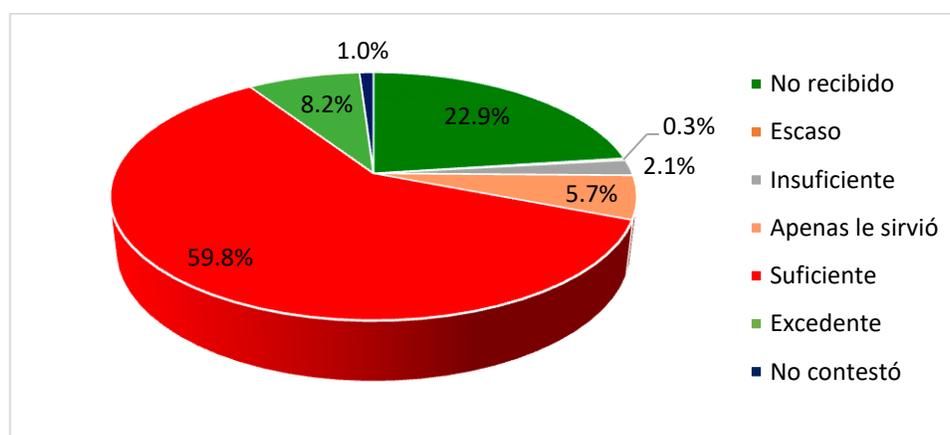


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Superación personal

Las pláticas sobre superación personal fueron calificadas como suficientes por 232 (59.8%) de las beneficiarias, como excedentes por 32 (8.2%), como escasas por una (0.3%), “apenas le sirvió” a 22 (5.7%) de ellas y 8 (2.1%) las consideraron como insuficientes, 89 (22.9%) respondieron que no las han recibido y, 4 (1%) beneficiarias no contestaron.

Gráfica 11. Calificación de las beneficiarias a la orientación integral recibida en el tema de superación personal: Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

4.1.3. Apoyos esperados y necesidades no consideradas por el Programa

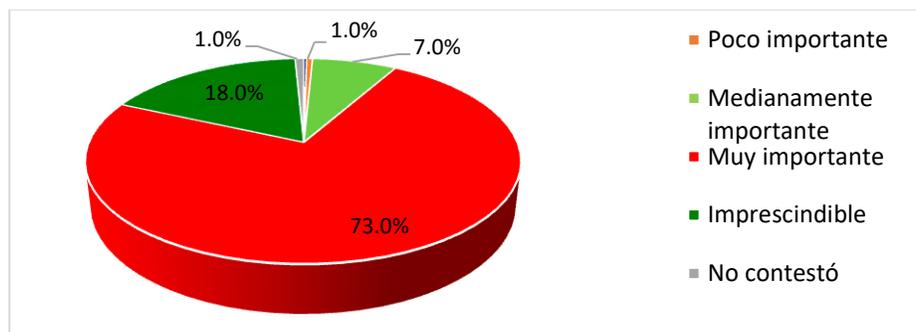
En el apartado de “apoyos esperados”, la encuesta se propuso valorar cuáles de los beneficios del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* son de mayor importancia para sus beneficiarias, así como detectar alguna otra necesidad que no es cubierta por el Programa, pero que para ellas es fundamental satisfacer a fin de sobrellevar su embarazo y maternidad.

Canasta alimentaria

Respecto de la canasta alimentaria, 68 (18.0%) beneficiarias la calificaron como “imprescindible”, 286 (73.0%) la calificaron como “muy importante”, 29 (7.0%) la

consideraron como “medianamente importante”, 2 (1.0%) como “poco importante” y, 3 (1.0%) de las beneficiarias no contestaron la pregunta.

Gráfica 12. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado de canasta alimentaria: Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

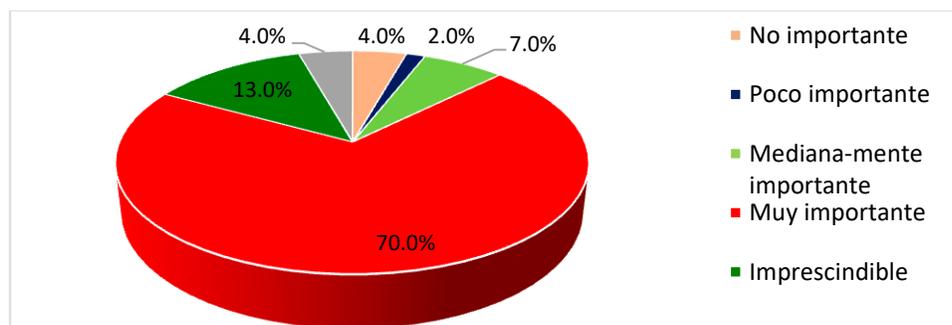


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Canastilla de maternidad

La canastilla de maternidad fue calificada como “imprescindible” por 49 (13.0%) beneficiarias, como “muy importante” por 273 (70.0%), “medianamente importante” por 26 (7.0%), como “poco importante” por 6 (2.0%), como “no importante” por 17 (4.0%) y 17 (4.0%) de las beneficiarias no contestaron la pregunta.

Gráfica 13. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado de canastilla de maternidad: Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



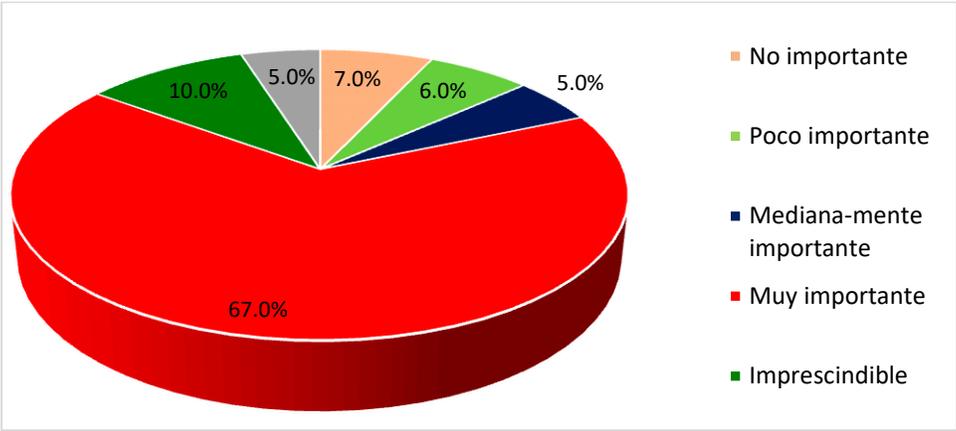
Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Ácido fólico

El ácido fólico es un aporte del Programa para la salud durante el embarazo, fue calificado como “imprescindible” por 39 (10.0%) beneficiarias, como “muy

importante” por 258 (67.0%), “medianamente importante” por 20 (5.0%), como “poco importante” por 25 (6.0%), como “no importante” por 27 (7.0%) y 19 (5.0%) de las beneficiarias no contestaron la pregunta. Los porcentajes obtenidos pueden explicarse identificando que no todas las beneficiarias recurren al Programa durante su embarazo, sino que llegan a él luego de nacidos sus bebés.

Gráfica 14. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado de ácido fólico: Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

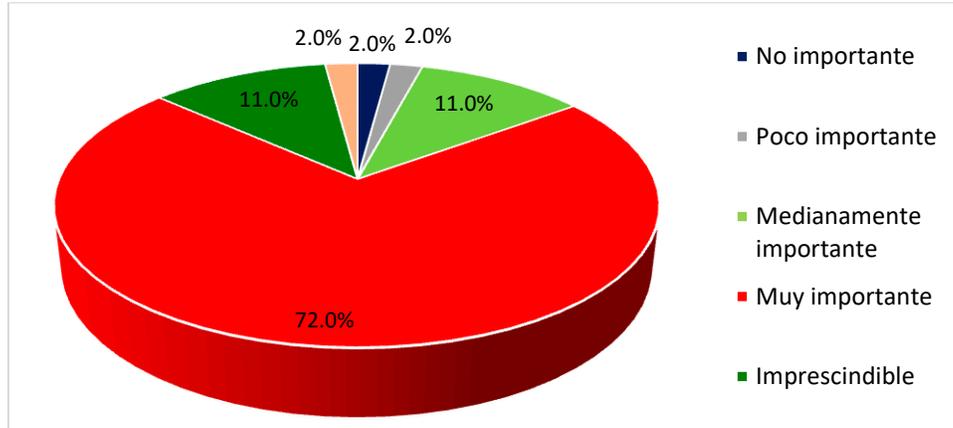


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Asesorías

La asesoría en *maternidad* se propone orientar a las madres en la crianza de sus bebés con base en el conocimiento de su comportamiento. Este aporte del Programa fue calificado como “imprescindible” por 44 (11.0%) beneficiarias, como “muy importante” por 278 (72.0%), “medianamente importante” por 42 (11.0%), como “poco importante” por 8 (2.0%), como “no importante” por 8 (2.0%) y 8 (2.0%) de las beneficiarias no contestaron la pregunta.

Gráfica 15. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado de asesorías en el tema de maternidad: Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

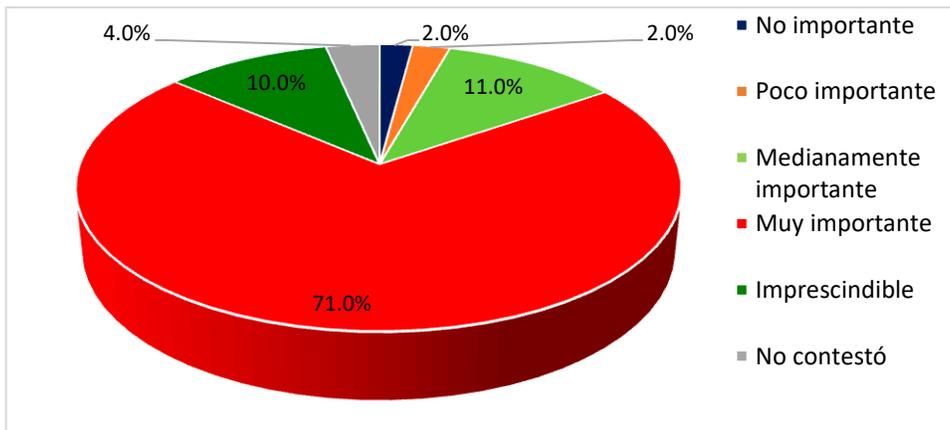


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Asesoría en Responsabilidad Social

Busca la toma de conciencia de las beneficiarias respecto al tema. Este apoyo fue calificado como “imprescindible” por 40 (10.0%) beneficiarias, como “muy importante” por 275 (71.0%), “medianamente importante” por 43 (11.0%), como “poco importante” por 9 (2.0%), como “no importante” por 8 (2.0%) y 13 (4.0%) de las beneficiarias no contestaron la pregunta.

Gráfica 16. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado de asesorías en el tema responsabilidad social: Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

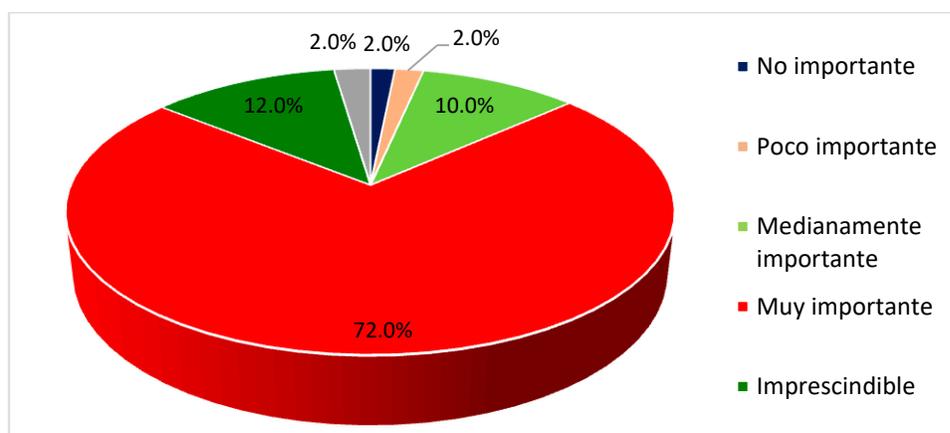


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Asesoría en Nutrición y Salud

Aporta la información y entrenamiento necesario para que las beneficiarias adopten mejores prácticas alimentarias y aprendan a utilizar la soya que forma parte de la canasta alimentaria. Este beneficio fue calificado como “imprescindible” por 46 (12.0%) beneficiarias, como “muy importante” por 281 (72.0%), “medianamente importante” por 39 (10.0%), como “poco importante” por 7 (2.0%), como “no importante” por 6 (2.0%) y 9 (2.0%) de las beneficiarias no contestaron la pregunta.

Gráfica 17. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado de asesorías en el tema de nutrición y salud: Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



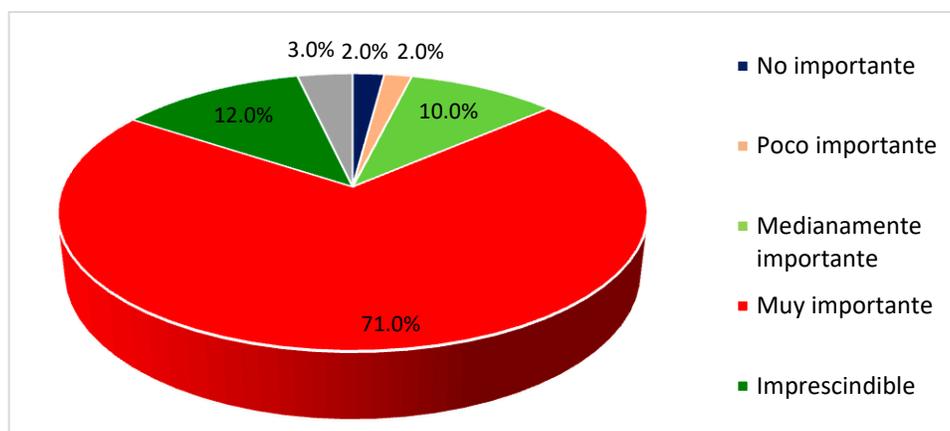
Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Orientación integral

Autoestima

Propone apoyar el crecimiento personal de las beneficiarias. Esta plática fue calificada como “imprescindible” por 47 (12.0%) beneficiarias, como “muy importante” por 274 (71.0%), “medianamente importante” por 38 (10.0%), como “poco importante” por 7 (2.0%), como “no importante” por 8 (2.0%) y 14 (3.0%) de las beneficiarias no contestaron la pregunta.

Gráfica 18. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado de orientación integral en el tema de autoestima: Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

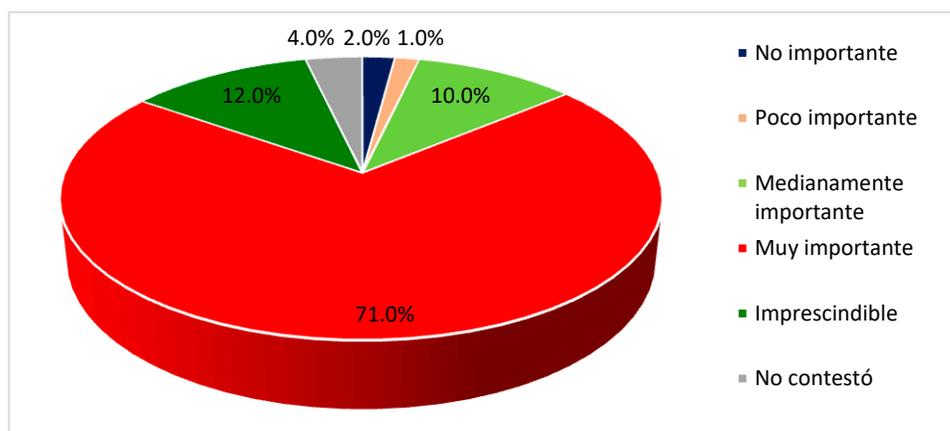


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Motivación

Forma parte de la orientación integral de las beneficiarias. Este aporte fue calificado como “imprescindible” por 45 (12.0%) beneficiarias, como “muy importante” por 275 (71.0%), “medianamente importante” por 40 (10.0%), como “poco importante” por 6 (1.0%), como “no importante” por 8 (2.0%) y 14 (4.0%) de las beneficiarias no contestaron la pregunta.

Gráfica 19. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado de orientación integral en el tema de motivación: Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

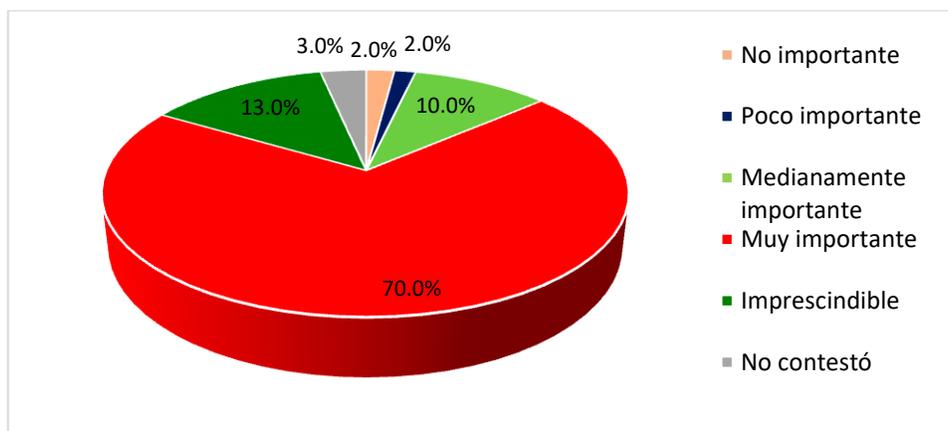


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Superación personal

Es un objetivo del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*, su atención como parte de la orientación integral se propone apoyar a las beneficiarias a considerar su proyecto de vida. Este aporte fue calificado como “imprescindible” por 51 (13.0%) beneficiarias, como “muy importante” por 271 (70.0%), “medianamente importante” por 39 (10.0%), como “poco importante” por 6 (2.0%), como “no importante” por 8 (2.0%) y 13 (3.0%) de las beneficiarias no contestaron.

Gráfica 20. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado de orientación integral en el tema de superación personal: Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

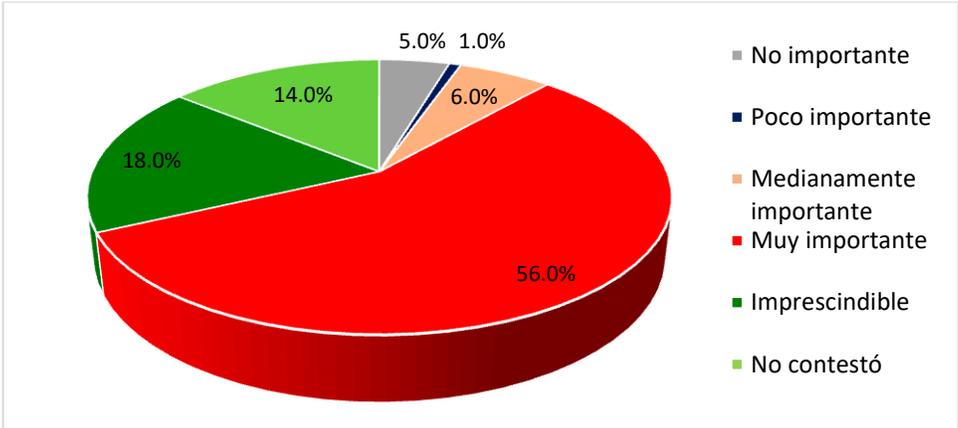
Capacitación para el trabajo

Pretende que las beneficiarias del Programa reciban entrenamiento básico para elaborar algún producto o desarrollar un oficio. Los cursos fueron calificados con “imprescindible” por 69 (18.0%) beneficiarias, con “muy importante” por 219 (56.0%), con “medianamente importante” por 24 (6.0%), con “poco importante” por 3 (1.0%), con “no importante” por 18 (5.0%) y 55 (14.0%) de las beneficiarias no contestaron la pregunta.

Las beneficiarias esperan que la duración de los cursos no sea reducida, se conserve en al menos los nueve días citados o que se abran nuevos cursos de las mismas actividades pero que sean de más nivel para profundizar su conocimiento y desarrollar sus habilidades hasta especializarse. Por ejemplo, una beneficiaria mencionó en la entrevista grupal que le gustaría que los cursos de uñas fueran muy prácticos, actualizados y cada vez le aportarían mayores conocimientos hasta convertirse en especialista de alto nivel.

Las cifras relativas a las beneficiarias que no respondieron a las preguntas del apartado “apoyos esperados” se pueden explicar –en parte- con el conocimiento de que 210 de ellas, las cuales no habían recibido este recurso al momento del levantamiento de la encuesta.

Gráfica 21. Calificación de las beneficiarias al apoyo esperado Capacitación para el trabajo: Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Necesidades de las beneficiarias que no son cubiertas por el Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

En las preguntas de la encuesta y de las entrevistas grupales sobre otras necesidades de las beneficiarias que no son cubiertas por el Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*. Las respuestas más significativas fueron, sin orden de importancia:

Tabla 18. Necesidades cubiertas por el Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* en general

Programa de Desarrollo Social <i>Futuro en Grande</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Seguir apoyando a las madres que cumplen la edad límite. - El Programa está muy bien. - Es muy buen apoyo. - Ayuda mucho. - Cambian de lugar y no nos avisan. - Gasto mucho en transporte para ir a las pláticas y a veces no tengo dinero, y nos amenazan con darnos de baja si no vamos, entonces tengo que pedir prestado. - Las despensas son un apoyo muy útil. - Que el Programa durara más meses. - El Programa nos ayuda a apoyarnos en algo cuando no tenemos para comer. - Nos ayudan, pero a veces no se dan cuenta de que no es fácil venir para nosotros, hoy no hubiera podido venir si no es que mi suegra se ofreció a ayudarme y cuidar el niño. A ella se lo dejé.

Fuente: elaboración propia con datos de los grupos focales.

Tabla 19. Necesidades no cubiertas por la canasta alimentaria

Canasta alimentaria
<ul style="list-style-type: none"> - Que la despensa sea cada 15 días. - Que la despensa traiga artículos como: aceite, azúcar, chocolate, sal, pañales, jabón para lavar, galletas, comida que no sea de soya, avena, gelatina, verduras y artículos de limpieza. - Una despensa más grande, que dure más tiempo. - Más amaranto en la despensa. - Vales de despensa. - Que la despensa tenga alimento para bebé como leche en polvo y papillas. - Los productos que vienen están bien, es una dieta balanceada. - No me gustan los productos de soya, no los ocupo. - A la despensa le faltan cosas básicas para el bebé. - Pues si me ha servido bastante sobre todo cuando no tengo dinero y al principio tenía desconfianza de los productos, pero vi que le hacen bien al bebé. - La despensa trae cosas que te sirven un día o dos. - Me sirve lo de la despensa porque es nutritivo y balanceado. - No ocupo la leche, me sabe raro. - Si me sirve la despensa, pero me gustaría que tuviera más leche y más sopitas. - A mí me hace falta que tenga azúcar, sal y frijol y que vengan en más cantidad, casi no me dura ni una semana.

Fuente: elaboración propia con datos de los grupos focales.

Tabla 20. Necesidades no cubiertas por la canastilla de maternidad

Canastilla de maternidad
<ul style="list-style-type: none"> - Más toallitas y cobijitas más grandes.

Fuente: elaboración propia con datos de los grupos focales.

Tabla 21. Necesidades no cubiertas por las asesorías

Asesorías
<ul style="list-style-type: none">- Pláticas sobre nutrición de los bebés.- Pláticas sobre crianza infantil donde cubran los temas desde bebés hasta niños grandes.- Que las asesorías psicológicas y de nutrición sean más frecuentes.- Pláticas sobre relaciones de pareja y sobre cómo arreglar los problemas con sus padres y madres (familia de origen).- Pláticas sobre cómo criar a sus hijos solas, pues en su caso el padre del bebé no le respondió.

Fuente: elaboración propia con datos de los grupos focales.

Tabla 22. Necesidades no cubiertas por la orientación integral

Orientación integral
<ul style="list-style-type: none">- Que consigan espacios grandes para cuando dan las pláticas.- Las pláticas son muy cortas.

Fuente: elaboración propia con datos de los grupos focales.

Tabla 23. Necesidades no cubiertas por la capacitación para el trabajo

Capacitación para el trabajo
<ul style="list-style-type: none">- Me gustaría que nos dieran un buen curso de repostería, que nos enseñen de todo para poder hacer pan y venderlo.- Capacitarse mejor para el trabajo y apoyo para conseguir trabajo.- Becas para capacitarse en un oficio por más tiempo.- Ampliar la capacitación para el trabajo. Más cursos de otros oficios como repostería y panadería.- Que los cursos duren más tiempo.- Que los cursos fueran más extensos, duran pocos días y aprendemos muy poco, "no me siento bien preparada con lo que nos llegan a enseñar."- Lo del curso de uñas fue como una semillita y seguí estudiando y me puse a aprender más. Me gusta mucho y lo sigo haciendo, de ahí agarro mi dinerito.- Los cursos sirven, a lo mejor teníamos el interés, pero no lo hacíamos por falta de dinero.- Corte de cabello y peinado sí me gustó y me gustaría seguirlo estudiando.- Lo de los cursos sí me ayuda, tomé el de bisutería y lo que hice lo vendí.- No estoy satisfecha con el curso de uñas, aprendí poco porque fue un curso poco práctico y es que el material llegó al final del curso.- Ojalá nos dieran uno cada mes, así aprenderíamos de más cosas.- Estuvo muy bien el curso de uñas, pero casi no lo he podido practicar por falta de material.- Propongo que nos den más cursos y que sean para más personas, que más personas nos podamos anotar en más cursos.

Fuente: elaboración propia con datos de los grupos focales.

Tabla 24. Otras necesidades no cubiertas por el Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

Otras necesidades no contempladas por el Programa
<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo económico y que lo reciban por medio de una tarjeta. - Apoyo para construir o terminar de construir su vivienda. - Estimulación temprana para los bebés. - Médico y/o pediatra en el pueblo. Medicamentos. - Guarderías gratuitas para poder salir a trabajar o estudiar. - Becas para seguir estudiando. - Recibir ropa, zapatos, cobijas y toallas. - Transporte en su pueblo. - Apoyo psicológico permanente. - Carriolas. - Ojalá nos pudieran apoyar con la prepa para seguir estudiando. - Que nos ayuden a meter el agua potable y el drenaje.

Fuente: elaboración propia con datos de los grupos focales.

Tabla 25. Situaciones extraordinarias sobre el Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

Situaciones extraordinarias
<ul style="list-style-type: none"> - No nos han dado cursos porque la responsable está embarazada, pero dice que ya los van a Programar. - No nos han dado la canastilla del bebé a ninguna de nosotras. - Una beneficiaria mencionó que le habían dado la canastilla de maternidad en un evento y posteriormente se la habían retirado y que ella había hablado con las chicas que se encontraban encargadas del Programa en Naucalpan y que ellas le habían comentado que no podían ayudarla a solucionar ese problema.

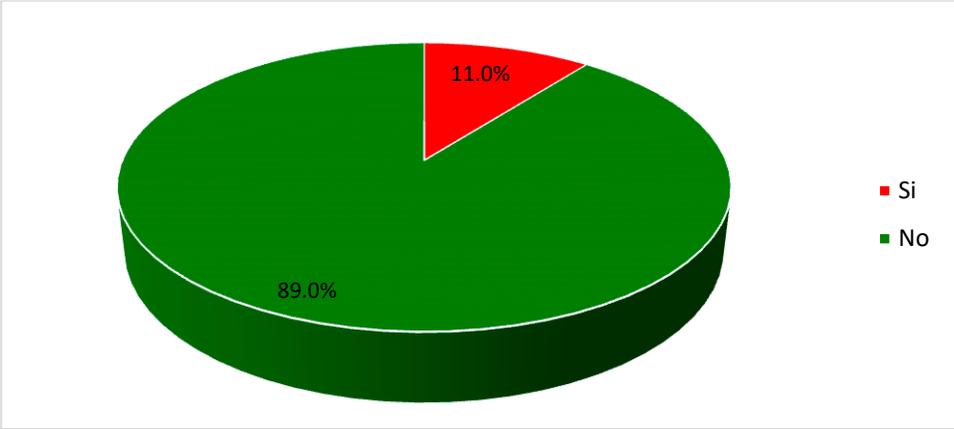
Fuente: elaboración propia con datos de los grupos focales.

4.1.4. Beneficiarias apoyadas por otros Programas: apoyos adicionales

Las preguntas sobre apoyos adicionales de la encuesta se propusieron detectar si las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* reciben o han recibido apoyo de otro Programa gubernamental consistente en becas, capacitación para el trabajo u otro; 89.0% (347) de las beneficiarias respondieron que no reciben otros apoyos gubernamentales y el 11.0% (41) respondieron que sí.

Los Programas gubernamentales de los cuales reciben apoyos sólo 41 beneficiarias, son: PAL/Sin Hambre, Oportunidades, Prospera, PromaJoven, LICONSA, Seguro Popular y Trabajo en grande para madres jóvenes.

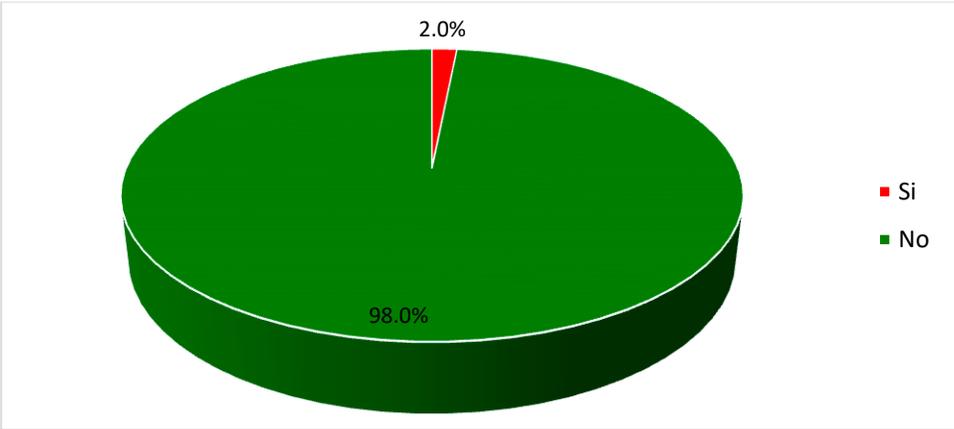
Gráfica 22. Beneficiarias apoyadas por otro Programa gubernamental



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

La gran mayoría (98.0%) de las beneficiarias de *Futuro en Grande* no recibe o han recibido capacitación para el trabajo de otro Programa. Sólo seis de ellas (2.0%), han tenido ese beneficio; una de ellas especificó que provenía del Programa Oportunidades y duró aproximadamente un mes.

Gráfica 23. Beneficiarias apoyadas por otro Programa de capacitación para el trabajo

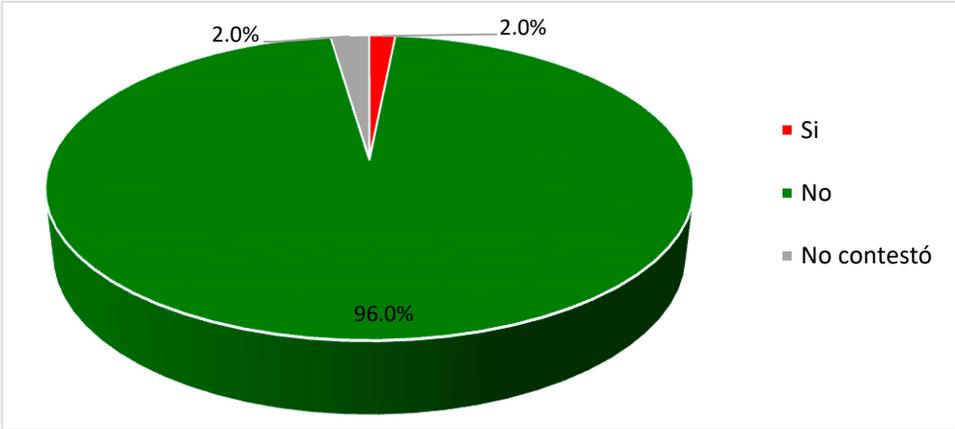


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

La gran mayoría (96.0%) de las beneficiarias de *Futuro en Grande* no recibe o han recibido capacitación para el trabajo en otra institución. Seis de ellas (2.0%) la han recibido y seis (2.0%) no contestó; cuatro de todas ellas describieron cuál fue y cuánto tiempo duró:

- 27 días de capacitación como cultora de belleza,
- 8 meses en una tienda donde compraba el material y le enseñaban a cortar cabello,
- 2 días de capacitación como mesera en un local de comida rápida,
- Menos de un mes de capacitación para una microempresa de pastelería.

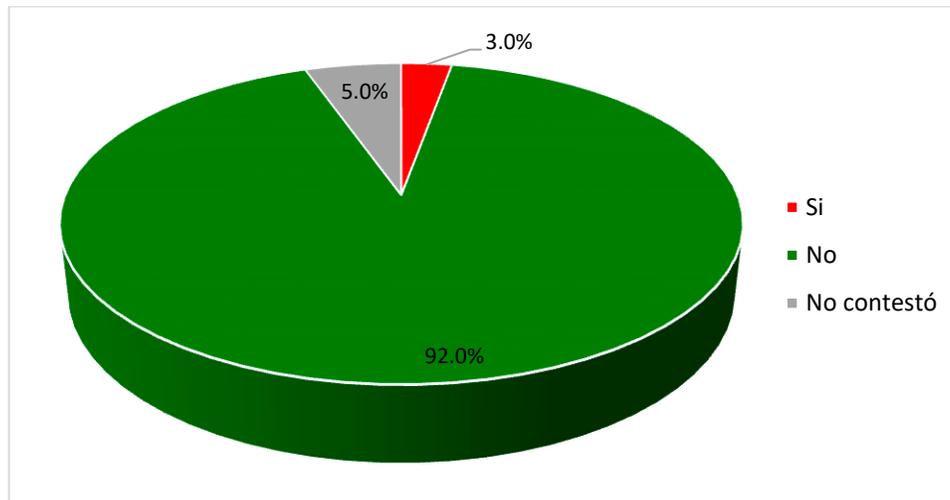
Gráfica 24. Beneficiarias apoyadas en capacitación para el trabajo en otra institución



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Del total, sólo 356 (92.0%) de las beneficiarias no han recibido capacitación en el propio trabajo, 11 (3.0%) de ellas sí y 21 (5.0%) no respondió la pregunta. Con base en el dato de que 301 (78.0%) de las beneficiarias no trabajan se puede establecer que quienes si lo hacen reciben escasa capacitación en su lugar de trabajo.

Gráfica 25. Beneficiarias apoyadas en capacitación para el trabajo en el propio trabajo



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Ocho de las beneficiarias que han sido capacitadas en su trabajo, refirieron que los temas y la duración de su capacitación, fueron:

- Cómo atender a los clientes (3 personas), duró de 15 días a tres meses.
- Obrera en una fábrica de playeras, duró una semana.
- Auxiliar en Wal-Mart, dos semanas.
- Cómo hacer cuentas.
- Demostradora: Cómo abordar a los clientes, 2 horas, cada 15 días durante tres meses.
- Recepcionista, una semana.

De esta manera, en el presente informe se deja constancia de cómo es percibida por las madres jóvenes que reciben apoyo de este Programa en el Estado de México.

4.2. Análisis de Resultados

4.2.1. Situación biológica-socioeconómica de las madres adolescentes

- Lugar de residencia

Las beneficiarias encuestadas residen en localidades o colonias de nueve municipios mexiquenses, cuatro considerados rurales: San José del Rincón, San Felipe del Progreso, Ixtlahuaca y Villa Victoria, y cinco considerados urbanos: Naucalpan, Chalco, Netzahualcóyotl, Ecatepec y Chimalhuacán. La cantidad de jóvenes encuestadas en cada uno de estos municipios fue la siguiente:

Tabla 26. Lugar de residencia

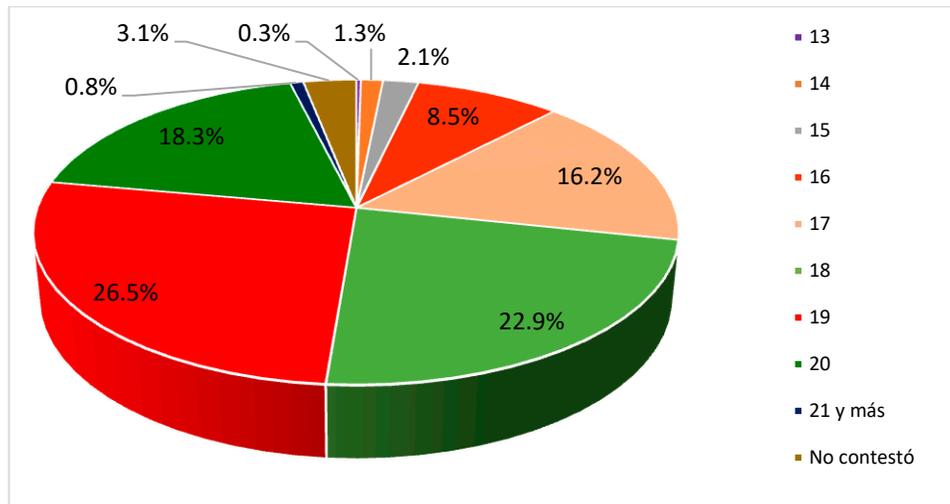
Municipio	No. de encuestadas	Porcentaje %
Chalco	51	13
Chimalhuacán	39	10
Ecatepec	50	13
Ixtlahuaca	41	11
Naucalpan	47	12
Netzahualcóyotl	51	13
San Felipe del Progreso	42	11
San José del Rincón	38	10
Villa Victoria	29	7
Totales	388	100%

Fuente: elaboración propia.

- Edad

Los registros de las edades de las beneficiarias al momento de la encuesta se distribuyen de la siguiente manera, 0.3% presentan 13 años, 1.3% de 14 años, 2.1% tienen 15 años, 8.5% de 16 años, 16.2% de 17 años, 22.9% tienen 18 años, 26.5% tienen 19 años de edad, 18.3% afirmaron tener 20 años, un menor porcentaje respondió que tiene 21 años o más (0.8%) y, 3.1% no respondió.

Gráfica 26. Edad de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social Futuro en Grande



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

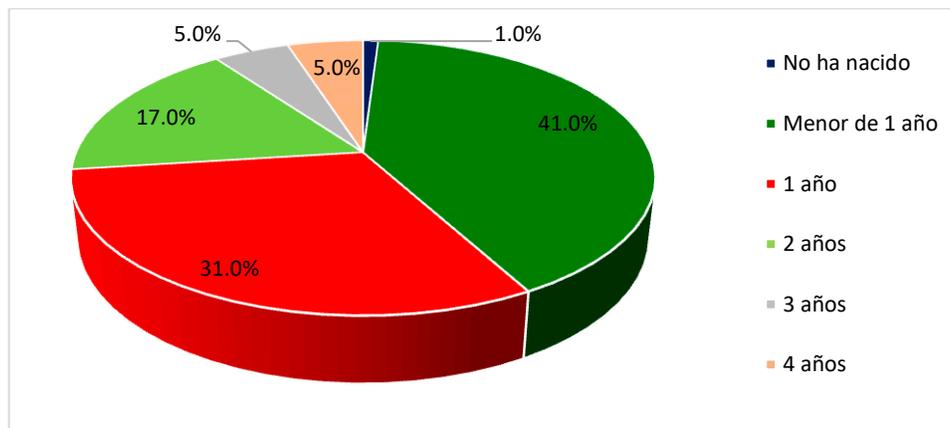
A decir de las responsables del Programa, la edad a la que las beneficiarias han sido madres, en ocasiones, tiene que ver con la edad del mismo evento en generaciones anteriores:

Yo tengo una familia en Melchor Ocampo y todas fueron mamás adolescentes, la chica tiene 14 años, su bebé tenía como 9 meses aproximadamente, la mamá de ella tenía 28 años y la abuelita cuarenta y algo. O sea, a mí sí me causó mucho ruido ¿no? Entonces vivían ellas solitas sin esposo, la abuelita de cuarenta y tantos, la mamá de 28, la niña de 14 con el bebé, que además fue niña.

- Hijos

388 de las encuestadas reportó un solo hijo, 49 de ellas reportó tener un segundo hijo, dos de ellas anotaron tener un tercer hijo y trece se encontraban gestando al momento de la entrevista. Las edades de sus hijos van de menos de un mes a los 4 años y se distribuyen como sigue: 158 (41.0%) son menores de un año, 120 (31.0%) tienen un año de edad, 66 (17.0%) tienen 2 años, 20 (5.0%) son niños y niñas de tres años, 20 (5.0%) tienen 4 años y cuatro (1.0%) no han nacido.

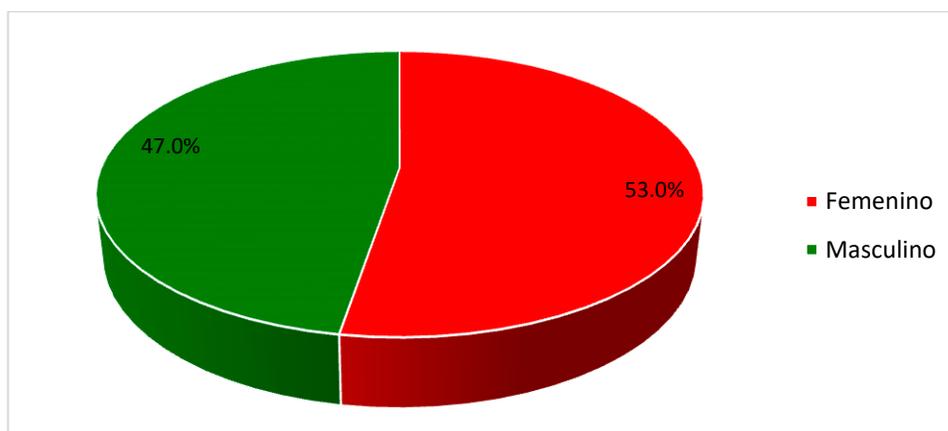
Gráfica 27. Edades de los hijos de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Lo que respecta al sexo de los hijos de las beneficiarias se encontró que 47.0% de los hijos son de sexo masculino y 53.0% son niñas.

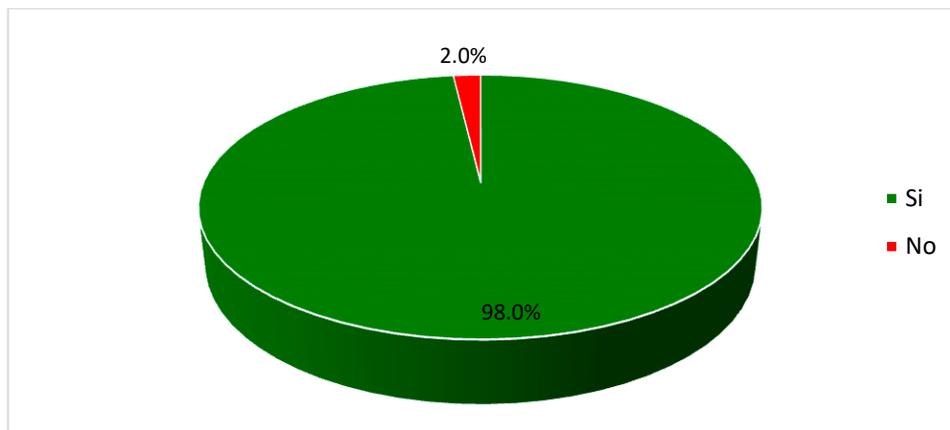
Gráfica 28. Sexo de los hijos de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

La gran mayoría (98.0%) de las encuestadas vive con sus hijos, 2.0% no vive con ellos y este porcentaje representa a ocho jóvenes que respondieron la encuesta. La razón principal por la que -según dijeron- no viven con sus hijos por temporadas es porque para sostenerlos recurren a salir a trabajar al Distrito Federal como empleadas domésticas “de planta” y dejan a sus madres a cargo de sus bebés.

Gráfica 29. Persona a cargo de los hijos de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

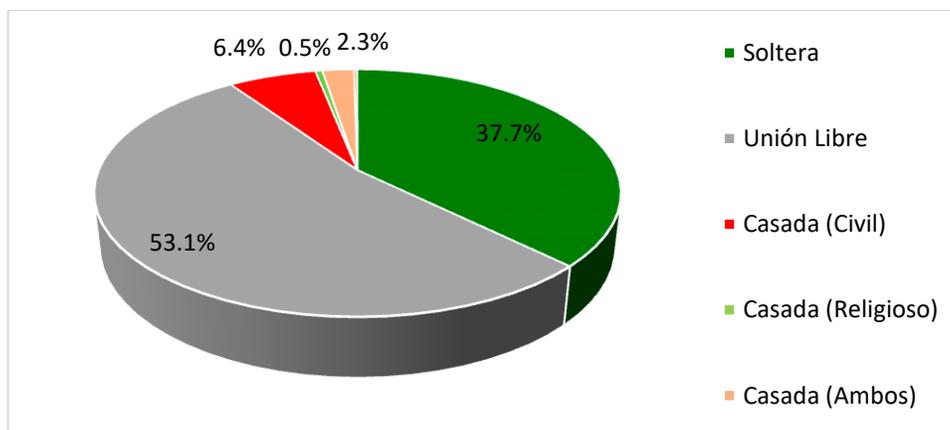


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

- Estado Civil

Entre las beneficiarias encuestadas predominan quienes se encuentran viviendo en unión libre 206 (53.1%), les siguen quienes se encuentran solteras 146 (37.7%), 25 (6.4%) están casadas por matrimonio civil, 2 (0.5%) están casadas por matrimonio religioso y por ambos 9 (2.3%).

Gráfica 30. Estado civil de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

En los datos cualitativos, también se registró que entre quienes están en pareja, la mayoría se encuentra en unión libre. En algunos casos se les preguntó la razón y

argumentaron que: así “se siente mejor”, “es que así estoy a gusto”, “así estoy bien” o “cuando tengamos dinero para hacer la boda nos casamos y bautizamos al mismo tiempo”. También se escuchó que esta decisión de su parte suele ser más apoyada por sus madres que por sus padres.

Entre quienes están solteras predomina la situación de que los padres de sus bebés no se hicieron responsables de su paternidad. En consecuencia, ellas se han amparado en su familia, nuclear y extensa, y en ella reciben ayuda de todo tipo: económica, material, social y de apoyo a la crianza:

Vivo con mis papás, nunca tuve apoyo del papá del bebé, lo demandamos, pero a ninguna de las reuniones se presentó, que es que por que no es suyo, eso le dice a la gente.

Yo vivía con mi pareja y me embaracé a los tres meses de vivir juntos pero su familia no me trataba bien. Entonces me vine a mi casa y tenía un mes de embarazo y él no sabía. Cuando le dije me dijo que no era de él y ya no volvimos. Mis papás me apoyan mucho.

Los varones que niegan la paternidad de sus hijos son mal vistos por la comunidad, incluso por otros varones. El padre de una de las beneficiarias de Chalco opinó: “Cuando el muchacho niega que el bebé es suyo es nomás una excusa para no responsabilizarse de él”.

Aun cuando en los datos cuantitativos obtenidos no aparecen datos de viudez, en los datos cualitativos se registró que algunas de ellas han perdido a sus esposos o parejas debido a la violencia social (asesinatos) o en accidentes automovilísticos:

En mi caso esta chica es viuda, pero porque su esposo es albañil y trabaja fuera de su comunidad, entonces el carro en el que iba se volcó y él murió. Fue el motivo por el que quedó viuda.

Tengo una que su esposo fue en un accidente automovilístico y la otra fue enfermedad.

Tengo una que ella me comentaba que mataron a su esposo en la feria del municipio y otra pues por accidente de carro, creo.

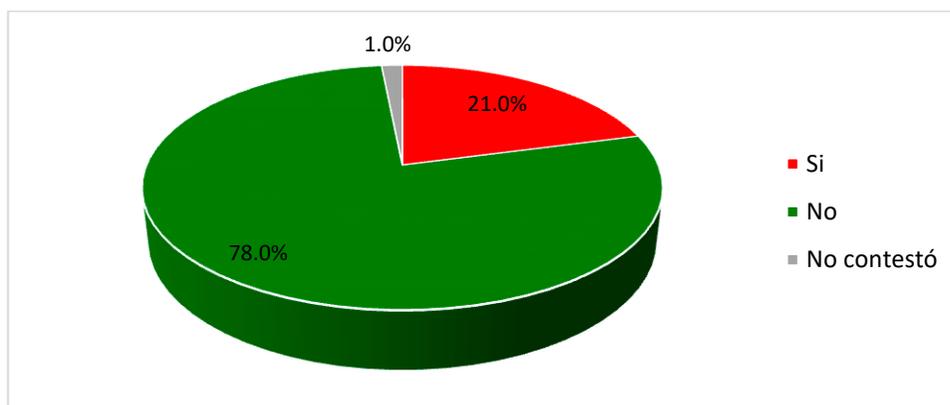
- Idioma

El Estado de México cuenta con grupos indígenas. Bajo el supuesto de que algunas de las encuestadas pertenecieran a ellos, se incluyó el tema del idioma con los siguientes resultados: 89.0% respondió que domina solo el español y 9.0% incluyó el conocimiento de otra lengua y nueve de las beneficiarias (2.0%) no contestaron la pregunta. Las lenguas mencionadas fueron el inglés y el mazahua. Del idioma inglés, 16 de las encuestadas tienen comprensión básica y una de ellas domina el idioma. De la lengua indígena, 14 declaran tener comprensión básica y dos de ellas reconocen su dominio del idioma.

- Trabajo

De las encuestadas, 81 (21.0%) realiza una actividad laboral, mientras que 301 (78.0%) no trabaja. Entre quienes no trabajan, mencionaron que les gustaría trabajar pero que sus parejas no las dejan pues les molestaba que descuiden a sus hijos y las labores domésticas. De quienes no trabajan y viven en San Felipe del Progreso hay muchas jóvenes cuyos esposos trabajaban, en su mayoría, en el Distrito Federal. Dados los costos del transporte, ellos las visitan cada mes, cada dos meses o más. Mientras tanto, ellas comentaron que sobreviven con \$600 u \$800 pesos mensuales, todo esto destinado a los alimentos; 6 de las entrevistadas (1.0%) no contestaron esta pregunta.

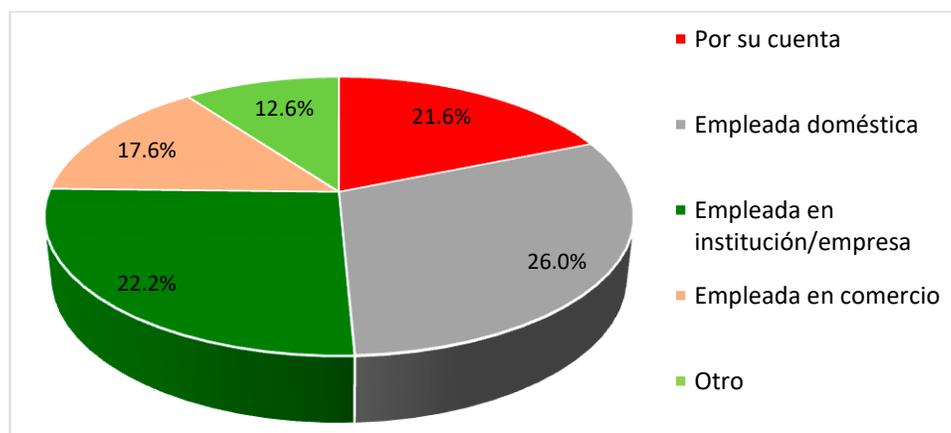
Gráfica 31. Porcentaje de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social Futuro en Grande que trabajan



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Entre quienes trabajan “por su cuenta”, sin horario fijo y apoyándose en su red social, la actividad predominante es la venta de diversos productos (pan, flan, desayunos, ropa, perfumes, tamales y otros). Algunas de las beneficiarias que están criando a sus hijos por si solas, buscan el trabajo como fuente de sobrevivencia y se trata de trabajo precario o de subempleo. En San Felipe del Progreso, las mujeres que tienen un ingreso familiar por debajo del salario mínimo recurren a alternativas como lavar ajeno para mantener sus necesidades más básicas. Todas estas opciones implican que no cuentan con sueldo fijo ni prestaciones.

Gráfica 32. Empleos de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Otras opciones sin estabilidad laboral (12.6%) son el cuidado de niños o ancianos, emplearse como estilista o encargada de un salón de fiestas.

La limpieza en domicilios particulares corresponde al 26.0% de las beneficiarias que trabajan. Entre las empleadas domésticas, los datos cualitativos arrojaron que las beneficiarias de dos municipios rurales –San Felipe del Progreso y de San José del Rincón- eventualmente forman parte de las mujeres que emigran a la Ciudad de México para emplearse “de planta” en alguna casa particular. Sus madres las apoyan cuidando a sus hijos. Ven a los bebés cada 15 días por el costo del pasaje. No todas ellas son solteras, algunas son casadas y sus esposos también trabajan fuera del municipio, principalmente como albañiles y choferes.

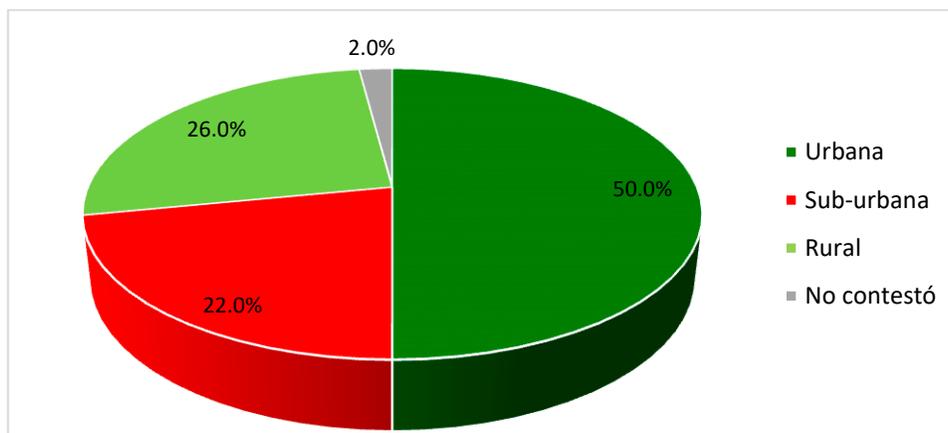
En estos casos tampoco cuentan con prestaciones, pero si con sueldo fijo y su estabilidad laboral es relativa.

Sólo 18 (22.2%) de las beneficiarias reciben un salario base y algunas prestaciones. Son quienes se desempeñan dentro de empresas o instituciones en ocupaciones de: archivista, enfermera, demostradora o promotora en supermercados, ayudante general, secretaria, cajera, ayudante de cobranza y obrera en maquiladora, entre otras. Se requiere una exploración más detallada de sus condiciones laborales y económicas para poder establecer si estos empleos son temporales o permanentes y si satisfacen sus necesidades materiales y sociales.

- Vivienda

De las encuestadas (388), 194 (50.0%) habita en zona urbana, 85 (22.0%) reconoce la zona en que se ubica su vivienda como suburbana, 101 (26.0%) habita en zona rural y 8 (2.0%) de ellas no respondió la pregunta.

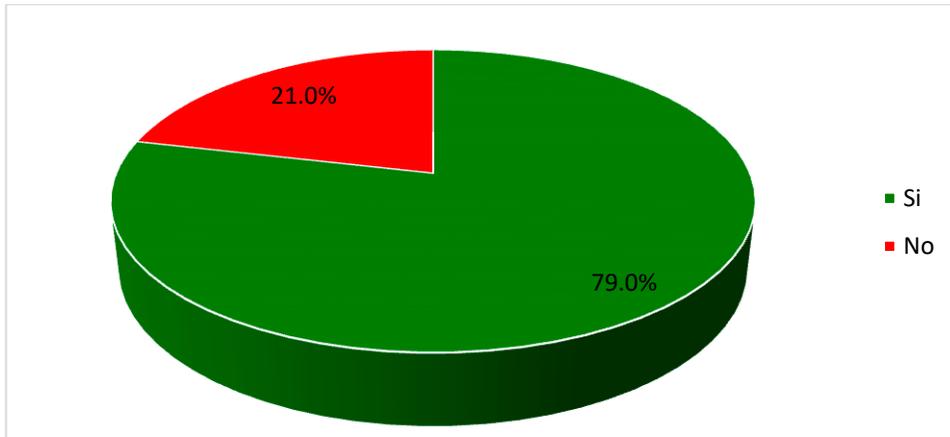
Gráfica 33. Zona de la vivienda de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Del total de las encuestadas, 305 (79.0%) afirmaron que las zonas donde se encuentran sus viviendas cuentan con pavimento, 83 (21.0%) de las beneficiarias vive en localidades sin pavimentar.

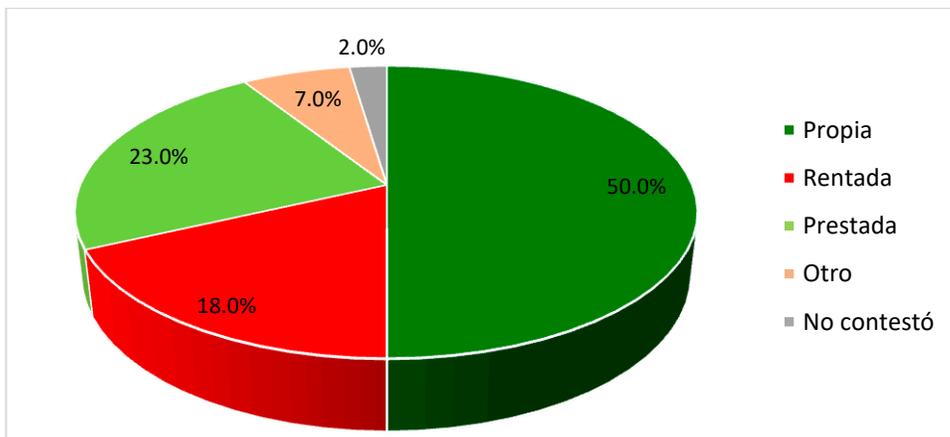
Gráfica 34. Porcentaje de pavimentación de la zona de vivienda de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

El 50.0% de las encuestadas declaró vivir en una vivienda propia. Analizando sus comentarios se observa que en la mayoría de los casos la vivienda pertenece, en realidad, a sus padres, suegros, a otros familiares y, en pocos casos, a ella y su pareja. Casi una cuarta parte (23.0%, 89) vive en una vivienda prestada y 18.0% (70) paga renta por la vivienda que habita, 26 (7%) de ellas no precisaron la situación de la vivienda y un 2.0% (9) no respondió a la pregunta.

Gráfica 35. Propiedad de la vivienda de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

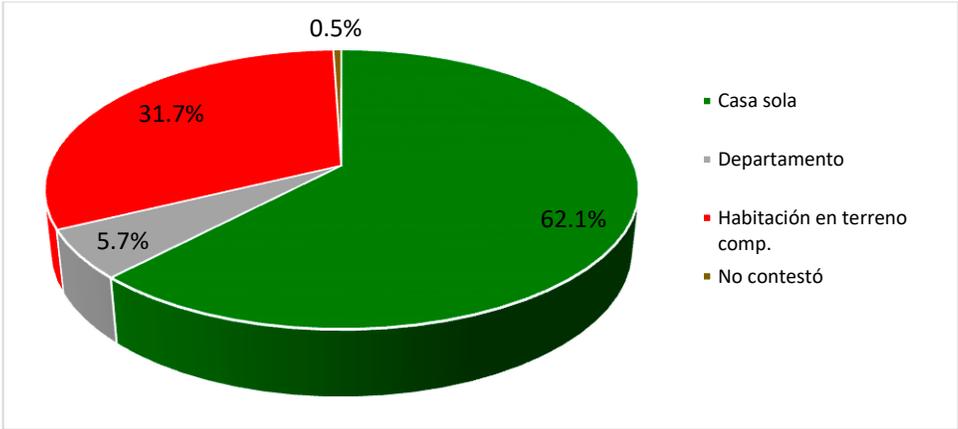


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Al analizar el tipo de vivienda de las beneficiadas se encontró que 241 (62.1%) habitan en casa, 123 (31.7%) vive en una habitación construida dentro de un

terreno compartido por la familia extensa, 22 (5.7%) de ellas viven en departamentos y dos (0.5%) no contestó.

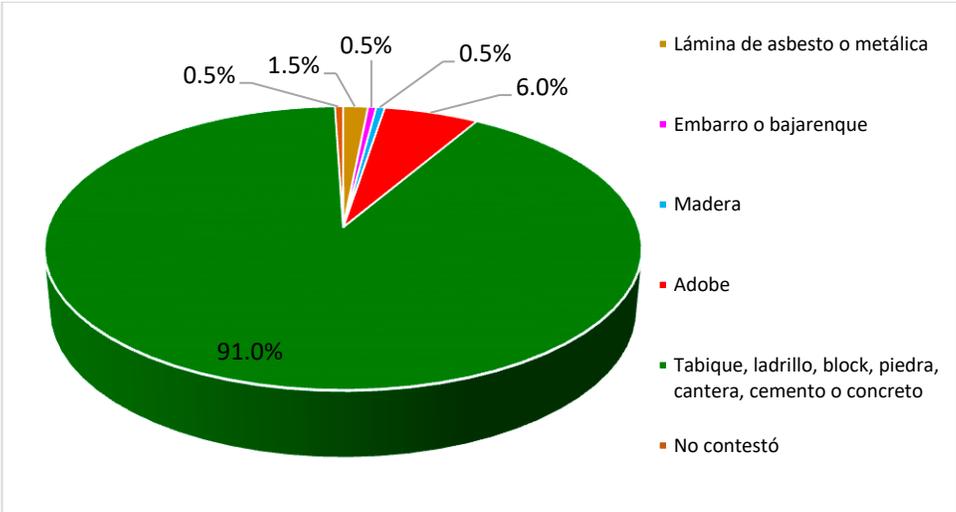
Gráfica 36. Tipo de vivienda de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

353 (91.0%) de las viviendas están construidas con muros de materiales como tabique, ladrillo y piedra, 23 (6.0%) posee paredes de adobe, 6 (1.5%) cuenta con muros de lámina, dos viviendas (0.5%) tienen muros de barro, dos (0.5%) de madera y dos (0.5%) no contestaron.

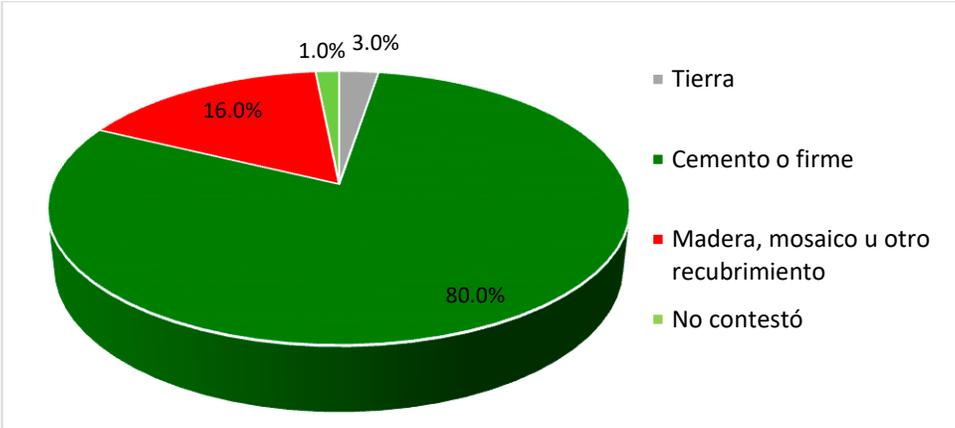
Gráfica 37. Tipo de muros de la vivienda de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Por otra parte, 309 (80.0%) de las viviendas cuenta con pisos de cemento, 63 (16.0%) tiene madera, mosaico u otros recubrimientos, 10 (3.0%) tiene piso de tierra y 6 (1.0%) beneficiarias no respondieron a esta pregunta.

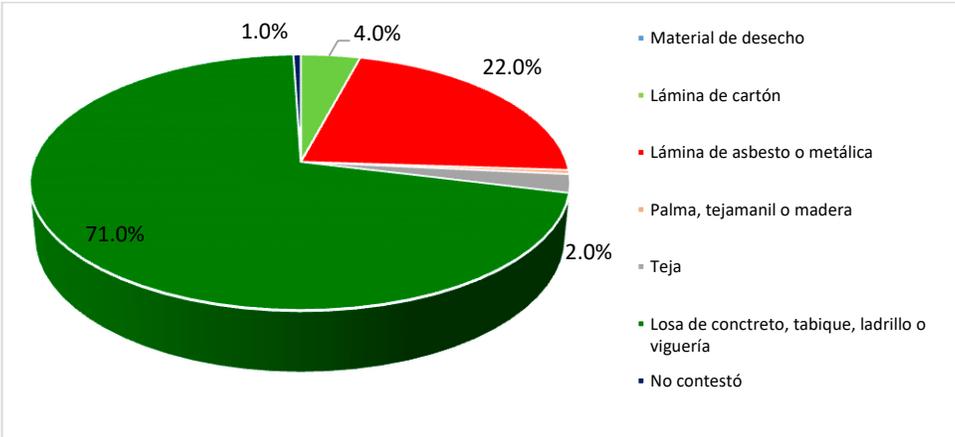
Gráfica 38. Tipo de piso de viviendas de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Respecto al tipo de techo de las viviendas, 275 (71%) afirmó que son de concreto, 85 (22%) posee techo de lámina de asbesto o metal y, muy pocas viviendas (16) poseen techos de cartón (4%), 8 de teja (2%) y cuatro (1%) no contestaron.

Gráfica 39. Tipo de techo de las viviendas de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

En cuanto a la integración de las viviendas; el baño, el patio y la cocina se encuentran presentes en altos porcentajes (87%, 81% y 92%, respectivamente). 55% cuentan con comedor y 96% de las viviendas cuenta con dormitorios: 208 cuenta con un dormitorio, 45 cuentan con dos, 37 cuentan con tres, 17 con cuatro y ocho viviendas con cinco dormitorios y 17 viviendas no cuentan con dormitorios.

Tabla 27. Composición de la construcción de las viviendas de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

Espacios de la vivienda	Sí		No		No contestó	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Baño	296	87	51	13	1	0
Letrina	185	48	202	52	1	0
Patio	314	81	73	19	1	0
Cocina	356	92	31	8	1	0
Sala o estancia	202	52	185	48	1	0
Comedor	211	55	176	45	1	0
Dormitorio	370	96	17	4	1	0

Fuente: elaboración propia.

Los datos sobre los servicios a los que las beneficiarias tienen acceso dada su condición económica y la de su entorno muestran sus carencias: 52 (13%) no cuentan con agua potable, 12 (3%) carecen de electricidad, 105 (27%) viven en una zona donde no se ha instalado drenaje y 43 (11%) no usan gas.

Tabla 28. Servicios con que cuentan las viviendas beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

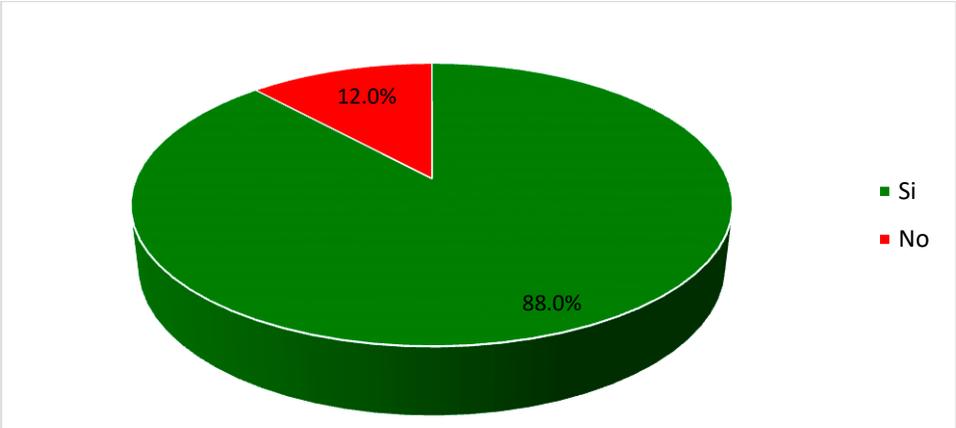
Servicios	Si		No		No contestó	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Agua potable	334	86	52	13	2	1
Electricidad	375	97	12	3	1	0
Drenaje	282	73	105	27	1	0
Gas	344	89	43	11	1	0
Teléfono	146	38	241	62	1	0
Internet	66	17	321	83	1	0
Televisión de paga	60	16	327	84	1	0
Refrigerador	267	69	120	31	1	0

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a su acceso a aparatos o servicios modernos: 120 (31%) no cuenta con refrigerador, 241 (62%) no tiene teléfono, 321 (83%) no tiene acceso a internet, 327 (84%) no consume televisión de paga y quienes si lo hacen (16%) comentaron que es pagada por sus padres o que comparten el gasto.

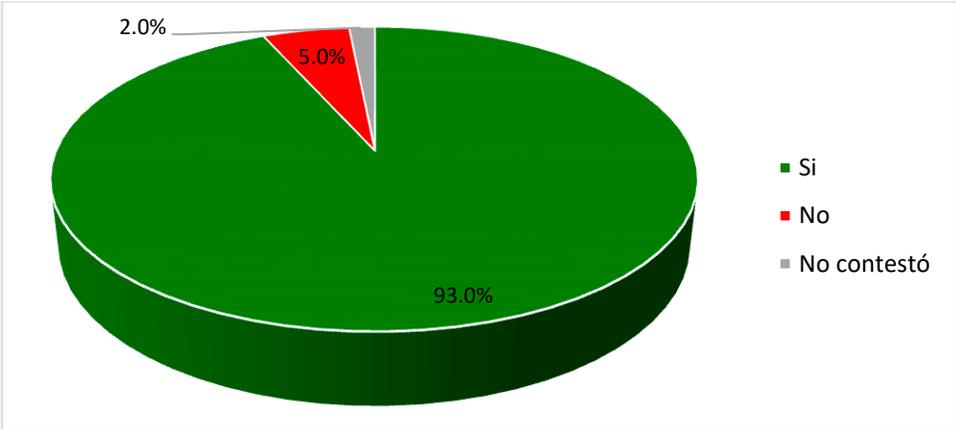
Respecto al servicio de transporte público, 342 (88.0%) de las encuestadas vive en localidades que sí lo tienen, mientras 46 (12.0%) no cuentan con este servicio. De acuerdo a sus comentarios, tienden a resolver esta carencia caminando hasta donde pueden encontrar camiones o taxis, aunque tratan de evitar éstos últimos por el alto costo de la tarifa. Como resultado de tales condiciones, 362 (93%) usa transporte público para trasladarse y 20 (5%) de ellas resuelven sus necesidades de traslado, caminando y 6 de ellas (2.0%) no se conoce su opción de traslado.

Gráfica 40. Porcentaje de localidades con transporte público



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Gráfica 41. Porcentaje de uso del transporte público entre las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



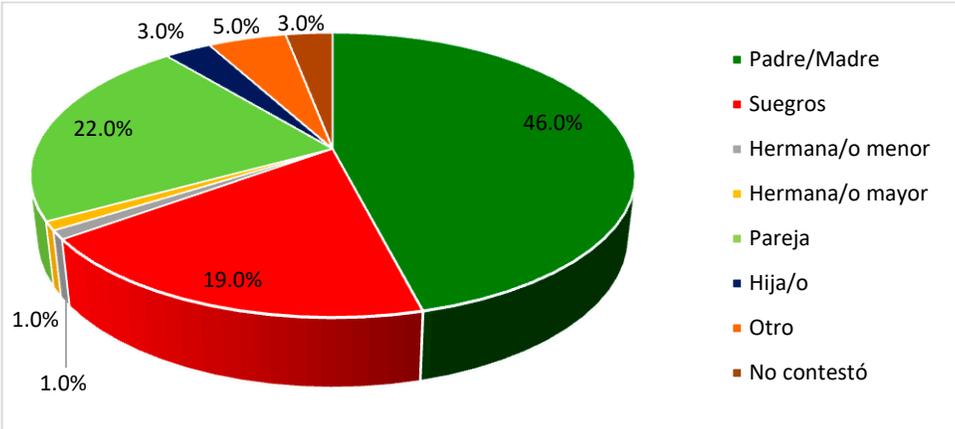
Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Respecto al transporte particular, 11 (3%) de las encuestadas cuentan con la posibilidad de hacer uso de un auto, mientras que 377 (97%) no cuentan con este recurso.

- Composición familiar

Las familias de las encuestadas están integradas de diversas maneras; pero en su mayoría se acogen a la familia nuclear, ya sea la propia o la de su pareja. En los resultados cuantitativos se identificó que, 179 (46.0%) habita con su padre y/o madre, 85 (22.0%) vive sólo con su pareja, 74 (19.0%) reside con sus suegros, 19 (5.0%) se aloja con otros familiares, 12 (3.0%) se estableció con sus hijos, 9 (2.0%) radica con sus hermanos o hermanas menores y 10 (3.0%) no contestó.

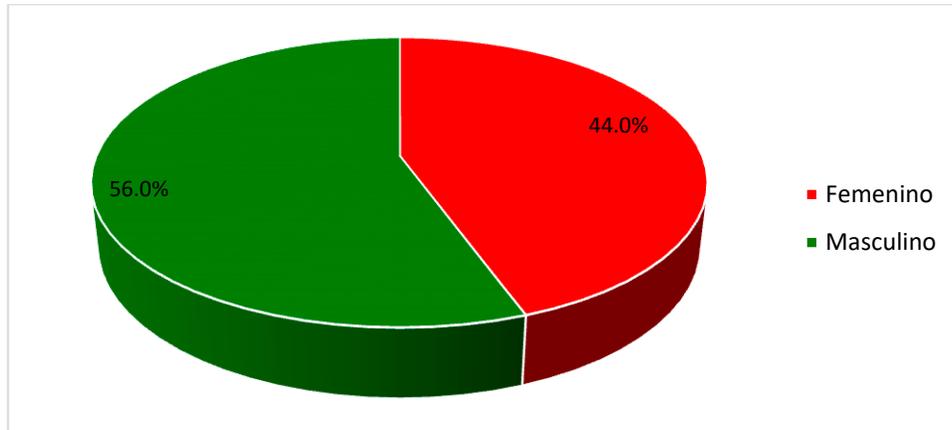
Gráfica 42. Composición familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

2 825 (56.0%) de estos integrantes de las familias pertenecen al sexo masculino y 2 219 (44.0%) al sexo femenino, dando un total de 5 044 personas; de la cuales 603 trabajan.

Gráfica 43. Distribución por sexos de los familiares de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

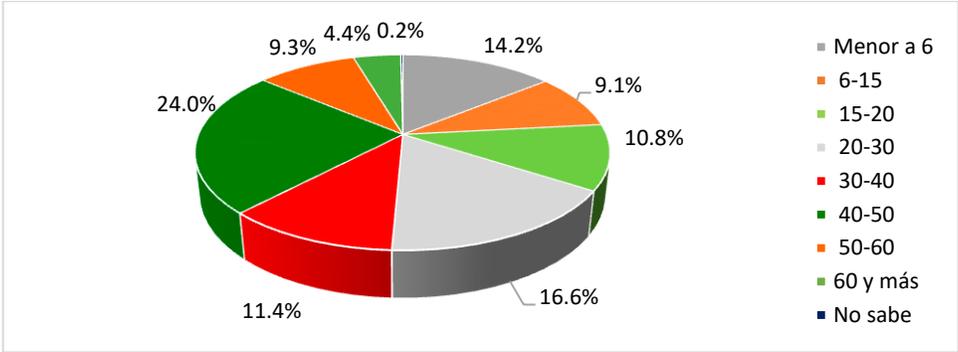
Al entrevistar a las responsables del Programa en los municipios, alguna de ellas señaló que la pobreza y el número de hijos son característicos de las familias donde “se da el embarazo adolescente”. Es decir, en las familias donde es un fenómeno transgeneracional: *“bueno pues yo me he dado cuenta de que (el embarazo adolescente) se da principalmente en las familias que a veces tienen más de tres o cuatro hijos, también en las familias que no tienen como muchos recursos económicos es donde salen las madres adolescentes”*.

Cabe aclarar que; 242 (62.4%) es el total de las mujeres en pareja, de estas 242: 36 están casadas por lo civil, la iglesia o ambas y 206 en unión libre. Entre quienes viven con su pareja, es común que ambos vivan con los padres de ella o con los de él. En los municipios de Ixtlahuaca, San Felipe del Progreso y San José del Rincón, algunas de las beneficiarias encuestadas viven con sus suegros dado que sus esposos son albañiles y salen a trabajar al Distrito Federal. Otras beneficiarias que no se han sentido cómodas en casa de sus suegros o han tenido diferencias con ellos, han regresado a vivir con sus padres llevando a su pareja.

Las edades de los integrantes de las familias de las encuestadas aparecen en un amplio rango. Aunque algunas de ellas no conocían las edades de todos sus familiares, se pudieron obtener los siguientes datos: 14.2% son menores de 6

años, 9.1% tienen entre 6 y 15 años, 10.8% tienen entre 15 y 20 años, 16.6% están entre 20 y 30 años, 11.4% tienen de 30 a 40, 24% de sus integrantes tiene de 40 a 50 años, 9.3% de estos familiares tienen de 50 a 60 años y 4.4% son mayores de 60 años, 0.2% lo desconoce.

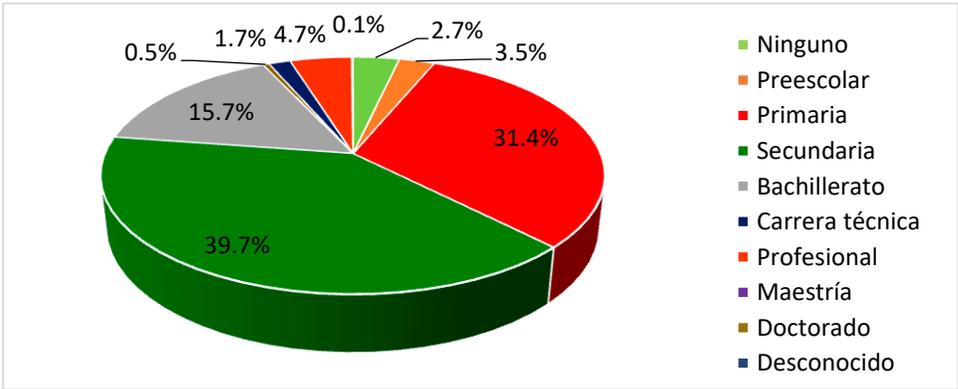
Gráfica 44. Distribución por edades de los familiares de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Del total de los 5 044 miembros de las familias de las encuestadas, 4.7% no saben leer ni escribir y actualmente asisten a la escuela 5.4% personas. Los niveles de escolaridad que han alcanzado, asistan actualmente a la escuela o no, se registraron: 0.1% con maestría, 4.7% con licenciatura, 0.5% con doctorado, 1.7% con carrera técnica, 15.7% con bachillerato, 39.7% con secundaria, 31.4% con primaria y 3.5% con preescolar, 2.7% personas no han curso nivel escolar alguno.

Gráfica 45. Distribución de la escolaridad de los familiares de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Ingreso y egreso familiar

Ingresos

Para catalogar el ingreso familiar quincenal en moneda nacional se establecieron seis parámetros. Aquí solo se presentan los resultados de los tres primeros pues ninguna de las beneficiarias aportó respuestas a los incisos:

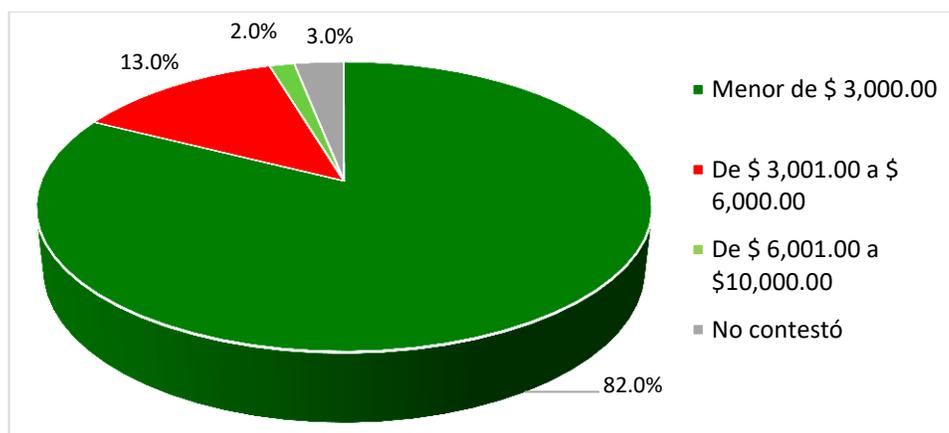
D) De \$10,001.00 a \$15,000.00

E) De \$15,001.00 a \$25,000.00

F) Mayor de \$25,000.00

De esta forma, los resultados muestran que 82% (320) de ellas reportaron un ingreso quincenal familiar menor a \$3,000.00; 13% (50) dijeron que el ingreso de su familia se puede establecer entre los \$3,001.00 y los \$6,000.00, 2% (6) de ellas calcularon el ingreso familiar entre los \$6,001.00 y los \$10,000.00 y 3% (12) de ellas no respondió a esta pregunta.

Gráfica 46. Distribución del ingreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Cabe señalar que al encuestar a las beneficiarias se les aseguró que dar sus datos no afectaría su situación dentro del Programa. También se observó la dificultad de las encuestadas para precisar su información económica. Desde la perspectiva de un observador, se consideró que esto puede deberse a situaciones tales como: 1) hay poco dinero y muchas presiones económicas, 2) quienes son

solteras y dependen económicamente de sus padres, sólo reciben dinero para pañales y gastos personales y no están informadas de lo que se gana y cómo se gasta.

Egresos

El manejo del gasto familiar puede estar en manos de la encuestada o no, eso depende, en los casos en que cohabita con su pareja, de los acuerdos entre ellos:

También me decía es tu gasto, no es mi gasto, es lo que tú me das para que haga de comer y no para que me compre cosas. Por ser buena gente ya no les exiges, pero cuando yo así me ponía empezaba a ser huevón en ese aspecto.

En el aspecto de dinero me da lo de la semana para comida, pañales, leche y ropa. No administra solo él, lo que podemos lo guardamos, lo que vamos a gastar lo sabemos los dos.

En los casos en que la beneficiaria es soltera y vive con sus padres, no cuenta con información precisa. Suele suceder –como comentaron- ellos sólo les dan y para sus gastos personales y los del bebé.

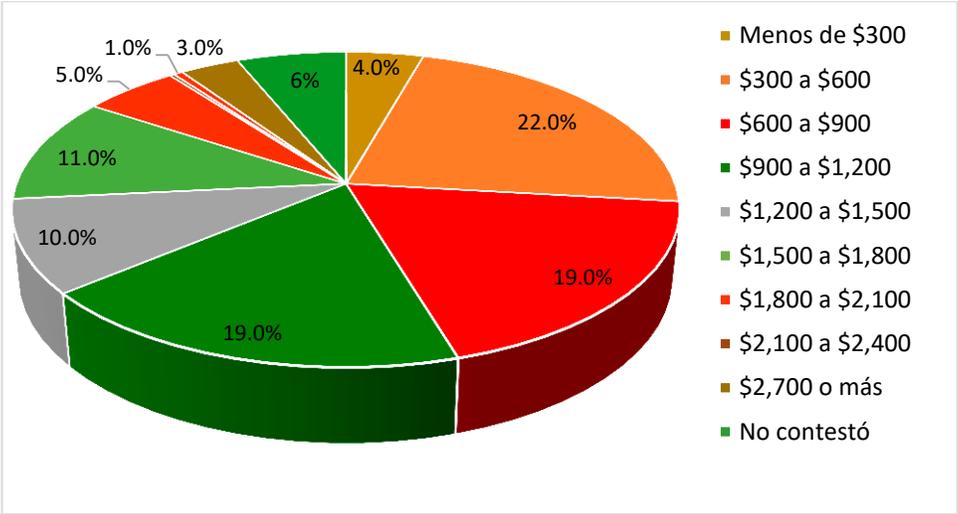
El egreso o gasto familiar quincenal se registró en la encuesta considerando 12 rubros: alimentos, luz, gas, ropa, transporte, gasolina, gastos escolares, renta, pago hipotecario, agua, TV de paga y otros gastos. Dado que se trataba de preguntas abiertas, se ocupará para ubicar la distribución de las respuestas que no son iguales entre sí.

Alimentos

El gasto quincenal familiar en alimentos es uno de los rubros que ocupa una mayor proporción del ingreso familiar; 17 (4.0%) gastan en este rubro menos de \$300.00, 87 (22.0%) de las encuestadas gastan entre \$300.00 y \$600.00, 72 (19.0%) gastan entre \$600.00 y \$900.00, 72 (19.0%) gastan entre \$900.00 y \$1,200.00, 37 (10%) gastan de \$1200.00 a \$1500.00, 42 (11.0%) gastan entre \$1,500.00 y \$1,800.00 pesos, 21 (5.0%) gastan de \$1800.00 a \$2100.00, 3 (1.0%) gastan de \$2100.00 a \$2400.00, 13 (3%) gastan \$2700.00 o más y 24 (6%) de ellas no respondieron la pregunta.

Los datos obtenidos sobre el gasto familiar en alimentos están relacionados con la cantidad de miembros de la familia que dependen del ingreso familiar y el nivel de éste.

Gráfica 47. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* en alimentos

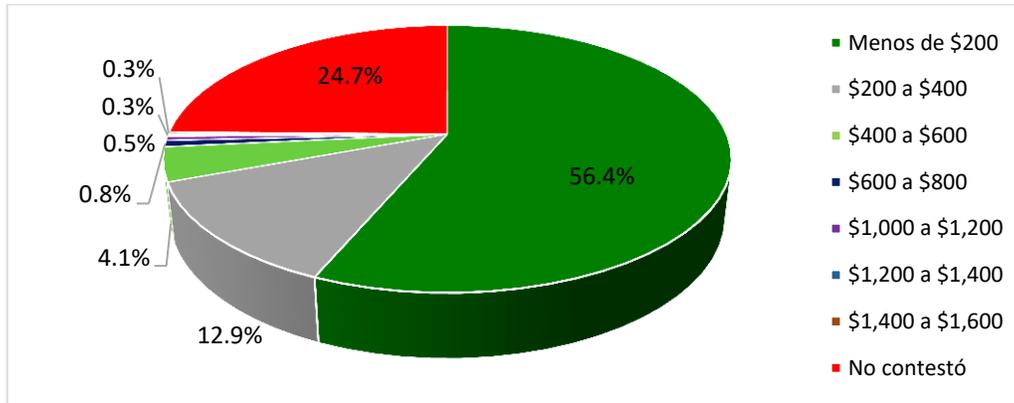


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Electricidad

Es uno de los rubros del gasto familiar más costoso, 96 (24.7%) de las encuestadas ignoran el monto de este gasto en su familia, 219 (56.4%) el pago de luz lo cubren con menos de \$200.00, 50 (12.9%) sabe que en su hogar se pagan entre \$200.00 y \$400.00 quincenales, 16 (4.1%) consideró que el gasto va de los \$400.00 a los \$600.00 por quincena, 3 (0.8%) pagan entre \$600.00 y \$800.00, 2 (0.5%) paga entre \$1000.00 y \$1200.00, una beneficiaria (0.3%) paga entre \$1200.00 y \$1400.00 y una beneficiaria (0.3%) declaró que su familia gasta entre \$1400.00 y \$1600.00 quincenales en este servicio.

Gráfica 48. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* en electricidad

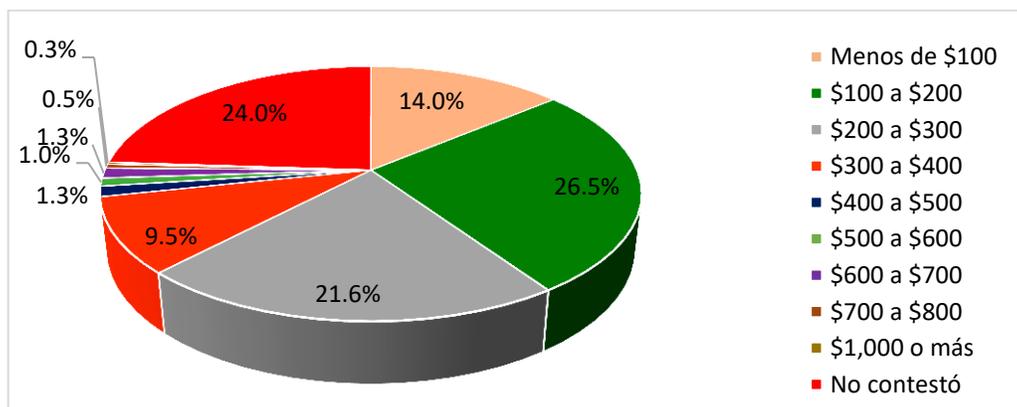


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Gas

93 (24.0%) del total de las encuestadas no contestaron la pregunta del gasto quincenal de gas en sus hogares y hay que recordar que 43 de las encuestadas no cuentan con este servicio. Quienes sí cuentan con el servicio lo pagan en los siguientes montos: 14.0% (54) pagan menos de \$100.00 por quincena, 26.5% (103) pagan entre \$100.00 y \$200.00, 21.6% (84) entre \$200.00 y \$300.00, 9.5% (37) pagan de \$300.00 a \$400.00, 1.3% (5) de las encuestadas pagan entre \$400.00 y \$500.00, 1% (4) pagan de \$500.00 a \$600.00, 1.3% (5) gastan de \$600.00 a \$700.00, 0.5% (2) pagan de \$700.00 a \$800.00 y 0.3% (1) de las encuestadas dijo que su gasto quincenal de gas es de \$1000.00 o más.

Gráfica 49. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* en gas

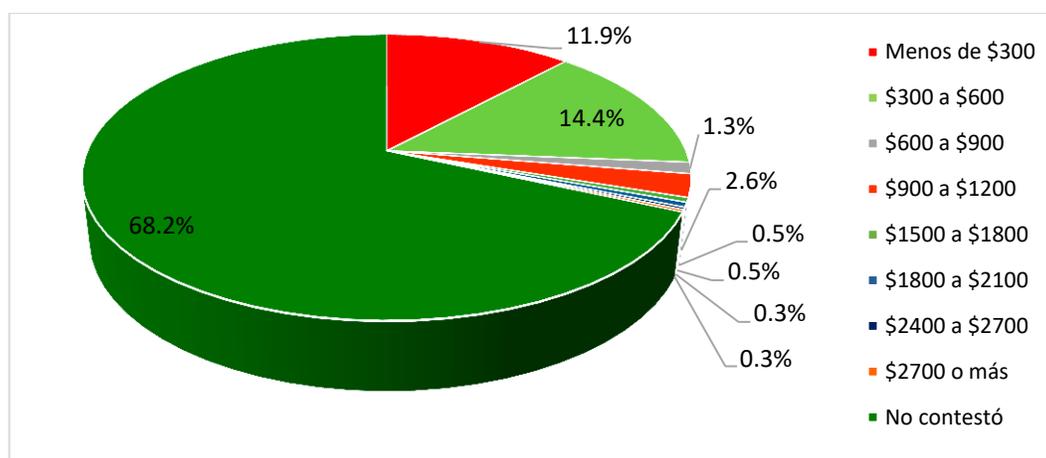


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Ropa

En la mayoría de los casos y de acuerdo a comentarios de las jóvenes encuestadas, la ropa es una mercancía que no se adquiere quincenalmente, 256 (68.2%) de ellas no respondieron a esta pregunta y muchas de quienes sí respondieron lo elaboraron a modo de supuesto; 46 (11.9%) dijeron gastar menos de \$300.00 a la quincena en ropa, 56 (14.4%) declararon hacer un gasto quincenal de entre \$300.00 a \$600.00.

Gráfica 50. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* en ropa

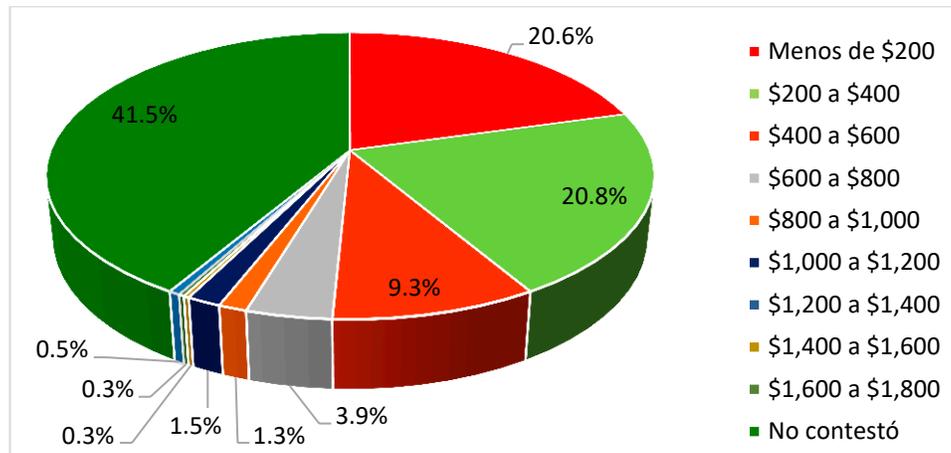


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Transporte

Tanto para las encuestadas de zonas rurales como las de zonas urbanas, el transporte público es considerado un gasto costoso pero necesario. El gasto quincenal en camión y taxi es menor de \$200.00 para 80 (20.6%) de las encuestadas, 81 (20.8%) gasta entre \$200.00 y \$400.00, 36 (9.3%) dijo que el gasto familiar en este medio se ubica entre los \$400.00 y los \$600.00, 15 (3.9%) gastan entre \$600.00 y \$800.00, 5 (1.3%) pagan entre \$800.00 y \$1000.00, 6 (1.5%) pagan entre \$1000.00 y \$1200.00 y 161 (41.5%) de las encuestadas no respondió a esta pregunta.

Gráfica 51. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* en transporte

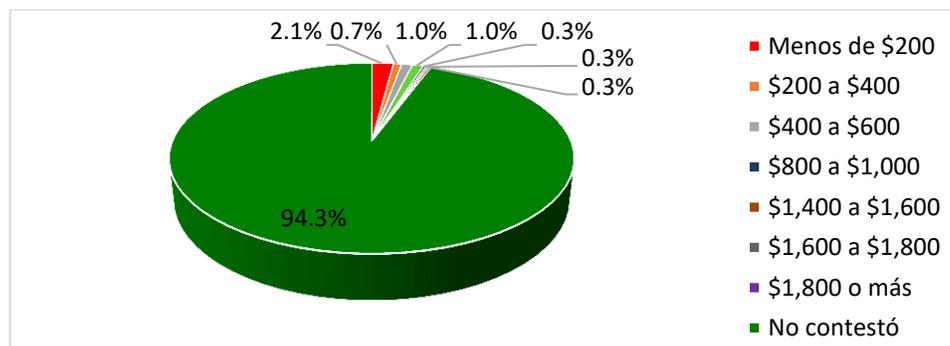


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Gasolina

Muy pocas de las familias de las encuestadas invierten quincenalmente en este recurso, pues sólo 11 de ellas cuentan con acceso a un auto particular y ninguna comentó que fuera suyo por lo que; 366 (94.3%) de ellas no contestó esta pregunta, 22 (5.7%) sí respondieron, de este 5.7%; 8 (2.1%) saben que se gastan menos de \$200.00, 3 (0.7%) dijeron que su familia gasta entre \$200.00 y \$400.00, 4 (1.0%) respondieron que el gasto se ubica entre los \$400.00 y los \$600.00 y también 4 (1.0%) lo ubican entre los \$800.00 y los \$1000.00, una más (0.3%) reporta gastar entre \$1400.00 y \$1600.00, una beneficiaria (0.3%) reporta un gasto \$1600.00 a \$1800.00 y finalmente, otra (0.3%) gasta \$1800.00 o más.

Gráfica 52. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* en gasolina

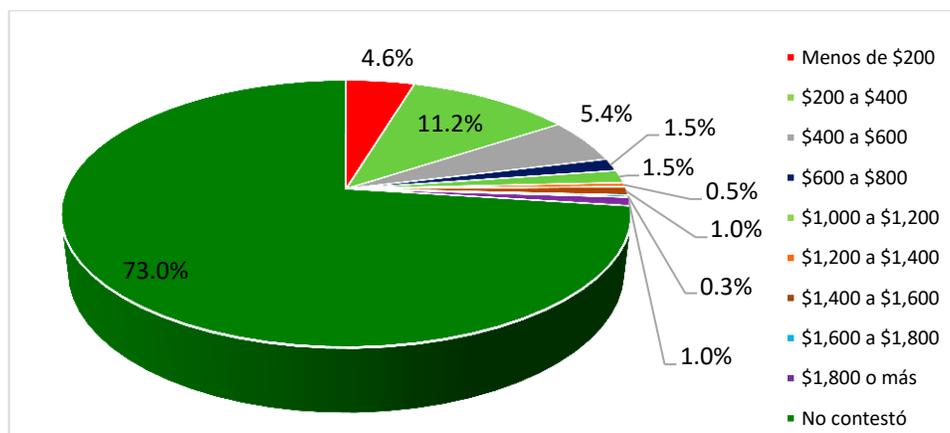


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Gastos escolares

Respecto a su monto, 283 (73.0%) de las jóvenes no respondieron a esta pregunta, seguidas por 18 (4.6%) gastan menos de \$200.00 cada dos semanas, 43 (11.2%) que dijeron gastar entre \$200.00 y \$400.00 a la quincena, 21 (5.4%) gastan entre \$400.00 y \$600.00, 6 (1.5%) requieren de \$600.00 a \$800.00 por quincena. Montos más altos son devengados por pocas encuestadas: 6 (1.5%) gastan entre \$1000.00 y \$1200.00, 2 (0.5%) cubren gastos que van de los \$1200.00 a \$1400.00, 4 (1.0%) gastan entre \$1400.00 y \$1600.00, una beneficiaria (0.3%) gasta entre \$1600.00 y \$1800.00 y 4 (1.0%) dijo dedicar a este rubro más de \$1800.00. Un dato significativo es que dos de ellas comentaron que el padre de su bebé paga guardería y ese gasto es considerado por ellas como gasto escolar.

Gráfica 53. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* en gastos escolares



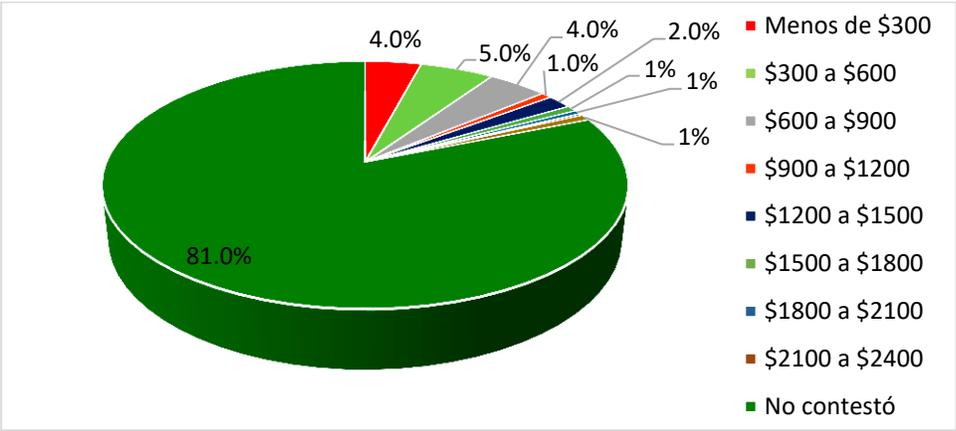
Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Renta

19% (73) de las encuestadas viven en una vivienda rentada, así que resulta congruente que 315 (81%) no respondiera esta pregunta. Las respuestas de quienes pagan renta se obtuvieron pidiéndoles el monto quincenal, aunque el gasto se realiza de forma mensual. Así, del 19% que se mencionó; 16 (4%) dijo que paga menos de \$300.00 por quincena, 21 (5%) paga entre \$300.00 y \$600.00, 17 (4%) pagan de \$600.00 a \$900.00, 4 (1.0%) pagan entre \$900.00 y

\$1,200.00, 7 (2%) pagan entre \$1,200.00 y \$1,500.00 de renta por quincena. Los encuestados restantes pagan montos entre \$1,500.00 y \$ 2,400.00 de renta por quincena. Se detectó una pequeña diferencia de 3 personas, entre las 70 que declararon vivir en vivienda rentada y las 73 que aportan el dato sobre el monto quincenal de su renta.

Gráfica 54. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* en renta de vivienda

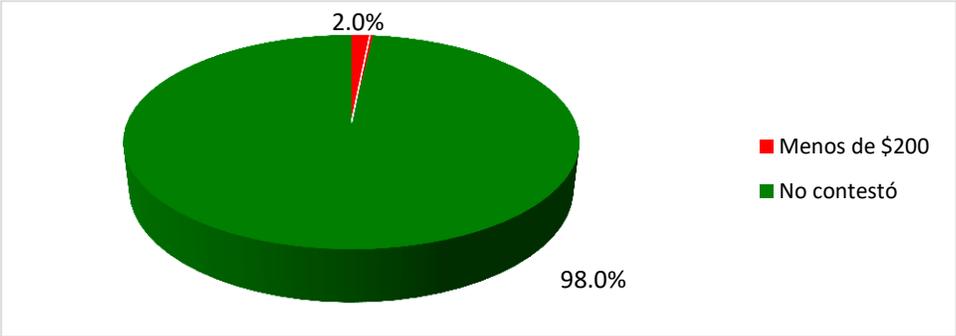


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Hipoteca

La pregunta sobre pago hipotecario quincenal tampoco fue respondida por una gran mayoría de las encuestadas: 381 (98.0%), mientras que 7 (2.0%) pagan menos de \$200.00. Los otros parámetros para detectar los montos de pago hipotecario quincenal no obtuvieron respuestas.

Gráfica 55. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* en pago de hipoteca



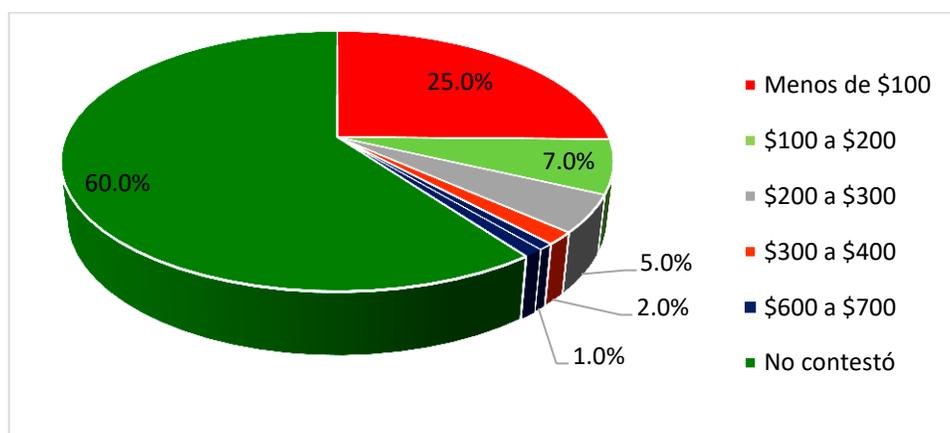
Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Agua

El pago quincenal del agua fue difícil de calcular para aquellas encuestadas que viven con sus abuelas o en una casa donde el propietario es una persona de la tercera edad, pues a ellos se les realiza un cobro anual. Al dividir la cantidad anual en quincenas los resultados obtenidos son bajos, por eso 25% (98) reportan un pago menor de \$100.00.

233 (60%) de las encuestadas no respondieron a esta pregunta. En este caso se ha de incluir a quienes no pagan este rubro por contar con pozo en su casa o a quienes no conocen el dato porque están dependiendo de quién lo paga, 57 quienes reportan mayor gasto en este rubro son también pocas encuestadas (15.0%), de las cuales: 26 (7.0%) pagan de \$100.00 a \$200.00, 18 (5.0%) gastan de \$200.00 a \$300.00.

Gráfica 56. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* en agua



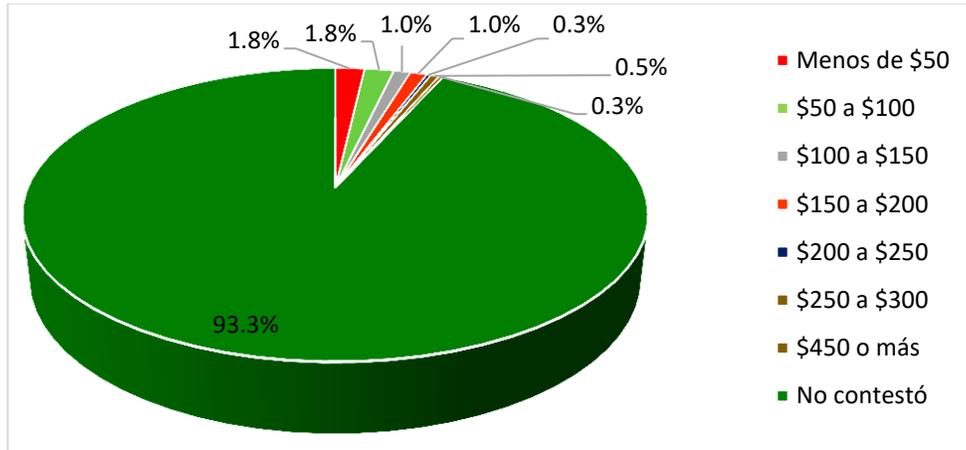
Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

TV de paga

Es un gasto que 362 (93.3%) de las beneficiarias no realiza. Sólo 26 (6.7%) de ellas lo reportan y algunas comentaron durante la entrevista que el monto lo cubren sus padres, ella y su pareja, o suegros cooperan con una parte. En esos 26 casos, el monto puede ir desde menos de \$50.00 por quincena hasta los

\$300.00 por el mismo periodo. Solo una de las jóvenes reportó un gasto quincenal de \$450.00 o más.

Gráfica 57. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* en TV de paga

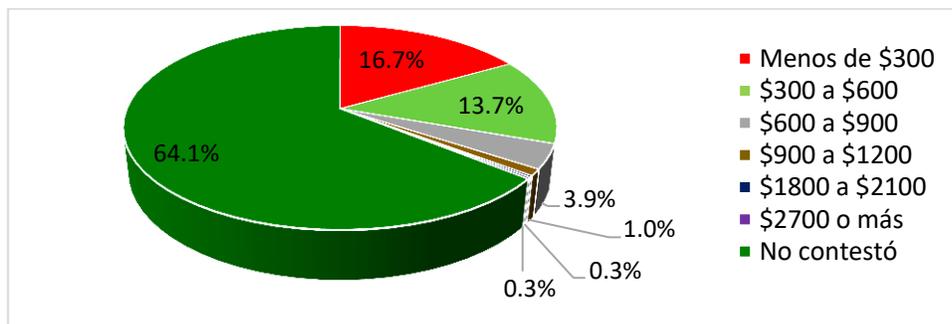


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Otros gastos

En el rubro de “otros gastos”, muchas de las encuestadas citaron los pañales y otros productos para bebés como papillas y leche en polvo, además de otros gastos de su familia como reparaciones, médicos y medicamentos. Aun así, 249 (64.1%) de ellas no mencionaron alguno, 65 (16.7%) gastan menos de \$300.00 a la quincena, 53 (13.7%) mencionan que el gasto se encuentra entre los \$300.00 y \$600.00. Las 21 (5.5%) de las encuestadas restantes, refieren gastos quincenales entre \$900.00 y más de \$2,700.00.

Gráfica 58. Distribución de egreso familiar de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* en otros gastos

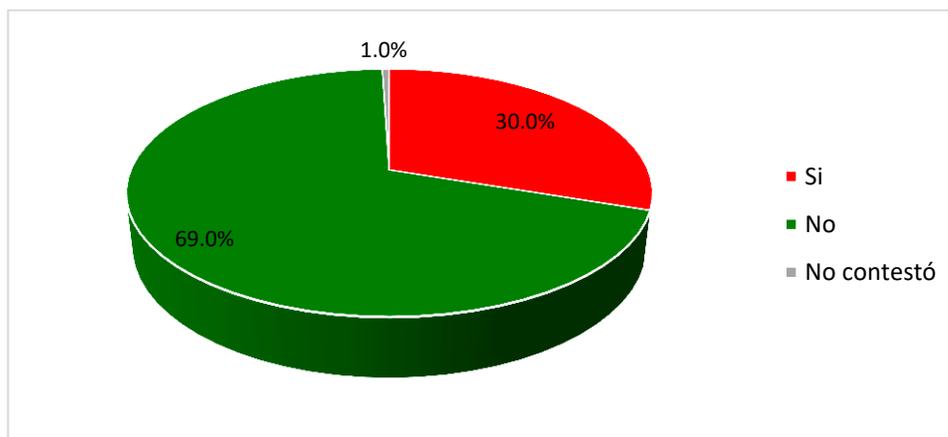


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Otros apoyos económicos

Para obtener una mejor comprensión de la situación material de las encuestadas y sus bebés se les preguntó si además de los ingresos familiares reciben algún otro apoyo económico para su sustento: 269 (69.0%) respondió que no y 115 (30.0%) dijo que sí, 2 (1.0%) no respondió a la pregunta.

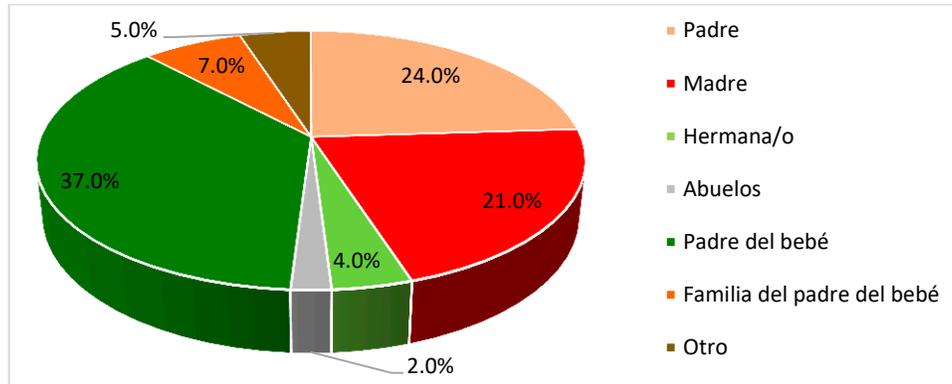
Gráfica 59. Porcentaje de otro apoyo económico recibido por las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

La pregunta sobre quién aporta apoyo económico adicional es particularmente importante en la situación de las 145 (37.4%) de las encuestadas que no formaron una pareja con el padre de su hijo. En 141 (36.3%) casos; los resultados señalaron que el mayor aporte económico proviene del padre del bebé para 65 (37.0%) de las encuestadas. Dentro de su propia familia reciben apoyo de su padre 42 (24.0%) de ellas, de su madre 37 (21.0%), de sus hermanos o hermanas 7 (4.0%) de ellas y de sus abuelos 3 (2.0%) de ellas. La familia del padre del bebé ofrece algún apoyo material a 13 (7.0%) de ellas y otras personas apoyan a 8 (5.0%) de las encuestadas. Entre sus comentarios adicionales a esta pregunta, las jóvenes mencionaron que el apoyo también puede ser en especie, es decir, reciben ropa, pañales, carriolas u otros artículos para bebé de su familia o de la familia del padre del bebé.

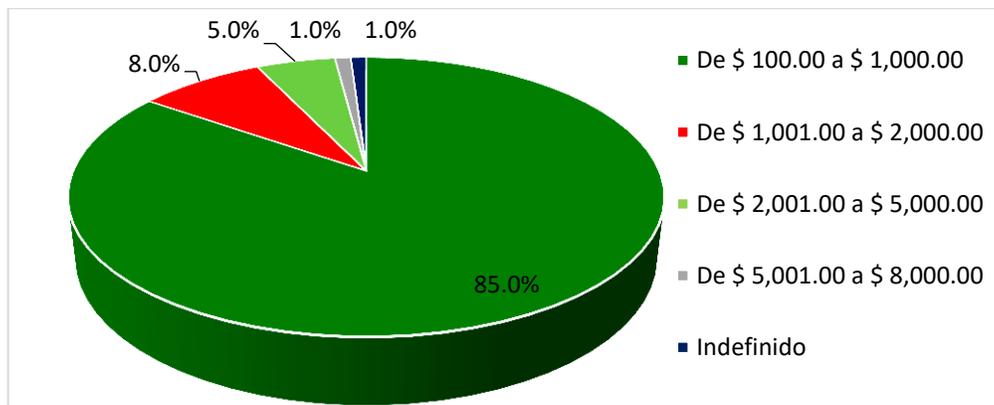
Gráfica 60. Porcentaje de personas que ofrecen apoyo económico a las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

98 encuestadas reportaron que reciben apoyos económicos: 83 (85.0%) en un monto menor de \$1,000.00, 8 (8.0%) reciben de \$1,001.00 a \$ 2,000.00 y 5 (5.0%) reciben de \$2,001.00 a \$ 5,000.00. Sólo una de las encuestadas (1.0%) recibe un apoyo económico que va de los \$5,001.00 a los \$8,000.00 y no mencionó la frecuencia y una más (1.0%) se encuentra en la categoría de indefinido.

Gráfica 61. Monto del apoyo económico que otras personas ofrecen a las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

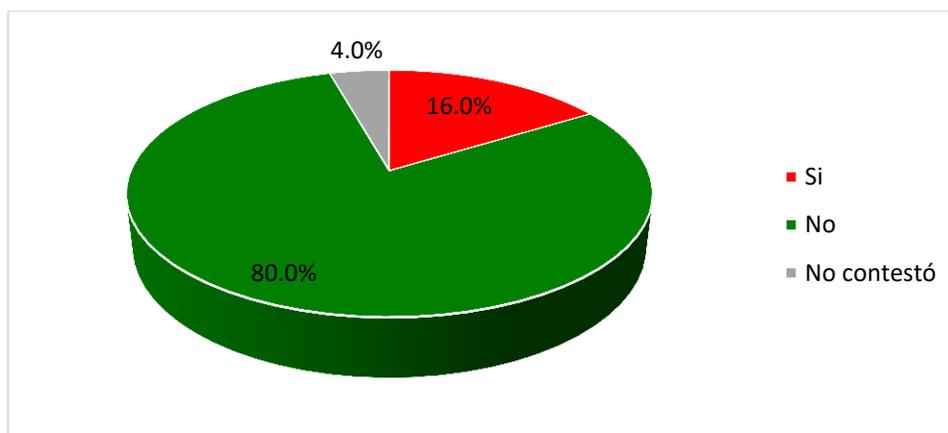
La frecuencia del apoyo económico se contabilizó en 26.5% (103 casos) del total de 388 encuestadas: 39 (10.0%) de ellas lo reciben semanalmente, 19 (4.9%) cada quincena, 12 (3.0%) cada mes, 23 (6.0%) ocasionalmente y 10 (2.6%) rara vez.

4.2.2. Educación

Estudio y Escolaridad

308 (80%) de las encuestadas han interrumpido sus estudios, 63 (16.0%) de ellas continúan estudiando y 17 (4.0%) no respondió la pregunta.

Gráfica 62. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* que estudia



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

En los datos cualitativos aparece el reconocimiento de las beneficiarias al respecto de que estudiar es un rubro costoso para el gasto familiar: “me arrepiento de no haber aprovechado la escuela porque cuánto gastaron en mi escuela. Ahora sé lo que las cosas cuestan”.

Las responsables del Programa consideraron, además, que el hecho de continuar estudiando mientras están embarazadas, contribuye a que las jóvenes tengan un espacio donde pueden comunicarse, convivir y elaborar su situación:

...el hecho en que las chicas que están dentro de una institución probablemente están acompañadas de los mismos padres de los bebés, entonces de repente se sienten más acompañadas en ese aspecto e incluso con las compañeras, como que les da más alegría o esa comunicación de quererse desahogar si no fue quizá con el papá o con la mamá con las compañeras o ya en su defecto, por así decirlo, con los orientadores porque igual orientadores y maestros son las últimas personas con las que se acercan las chicas.

Mientras que las jóvenes que no están en la escuela durante el embarazo, se encuentran más aisladas y con limitaciones para comunicar lo que están viviendo, especialmente en el caso de los embarazos no planeados:

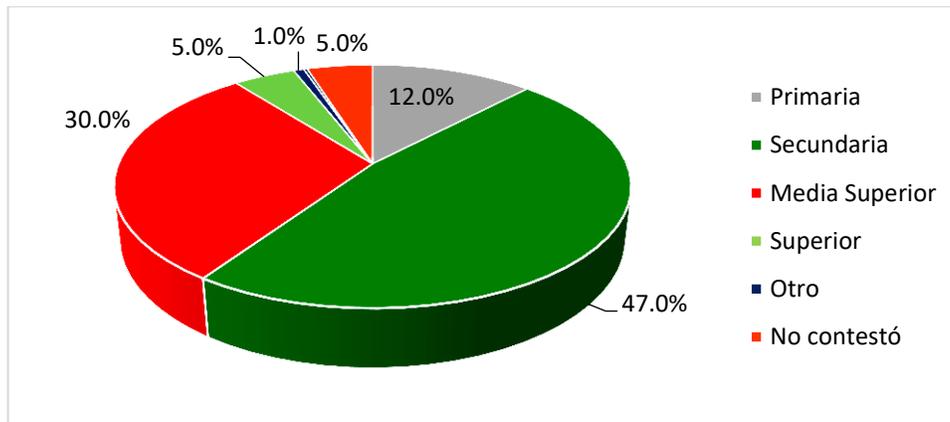
...tendrían más comunicación dinámica las chicas que están estudiando que las chicas que están dentro de su casa porque no encuentran con quién voltear a platicar, ¿no? A lo mejor mi mamá o mi papá están enojados porque estoy embarazada. Mi suegra y mi suegro igual tampoco como que me quieren ver, ¿no? Mi pareja quizá está trabajando, quizá está en la escuela y pues como que no tengo ese acercamiento con alguna persona con quien yo pueda estar manifestando las emociones o sentimientos que tengo durante el embarazo...

Es decir, durante el embarazo adolescente, la escuela cumple una función de sostén emocional siempre y cuando las personas que rodean a la joven mantengan una comunicación abierta y aceptación hacia ella.

Entre las beneficiarias del Programa que han abandonado sus estudios, hay quienes quieren seguir estudiando con el fin de encontrar un empleo que -mejor remunerado y en menos tiempo- les permitiera cuidar a sus hijos y ofrecerles un futuro mejor. Por otra parte, algunas de las chicas entrevistadas que estaban embarazadas y tenían más hijos mencionaron que ya no desean seguir estudiando con el fin de dedicarse a sus hijos.

El nivel de escolaridad de las beneficiarias se registró con resultados similares a los de otras investigaciones (CIPCO, 2012) realizadas dentro del estado. Del total de las encuestadas (388), 186 (47.0%) tiene nivel escolar de secundaria, 116 (30.0%) tiene nivel medio superior, 18 (5.0%) cursan el nivel superior, 47 (12.0%) tiene nivel de primaria, 3 (1.0%) cursa otros niveles escolares y 18 (5.0%) no contestaron.

Gráfica 63. Escolaridad de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Casi la mitad (43%) de las encuestadas, dijo haber concluido el último nivel escolar cursado, una cuarta parte (25%) no respondió a esta pregunta, y 32% dijeron tener su escolaridad inconclusa.

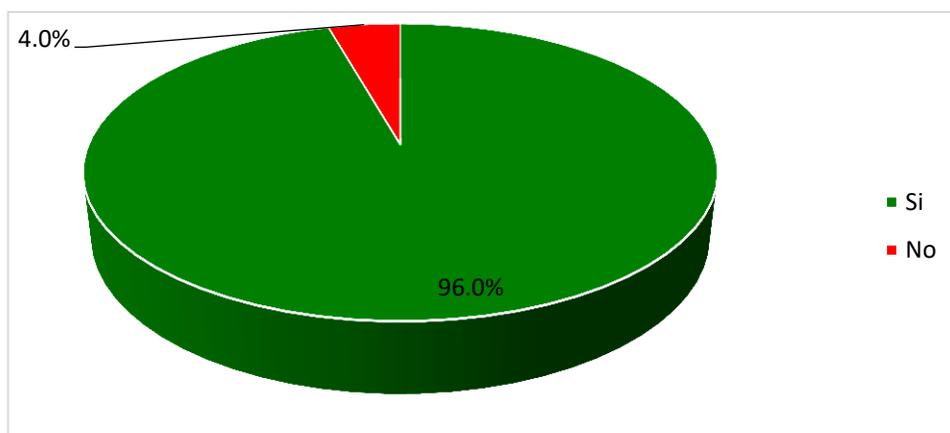
Anticoncepción

El conocimiento sobre anticoncepción ha sido dejado, por la mayor parte de las familias mexicanas a cargo de la escuela. Por eso se ubica en este apartado el análisis sobre su conocimiento, acceso y uso, aunque también cabe reconocer que explorar el manejo de la anticoncepción alude directamente a las prácticas sexuales y los acuerdos de pareja.

Conocimiento

El 96.0% (371) de las encuestadas conocía sobre métodos anticonceptivos (MAC) y 4.0% (17) respondió que no tenía conocimiento de ellos antes de embarazarse.

Gráfica 64. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* que conocía métodos anticonceptivos antes de embarazarse



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

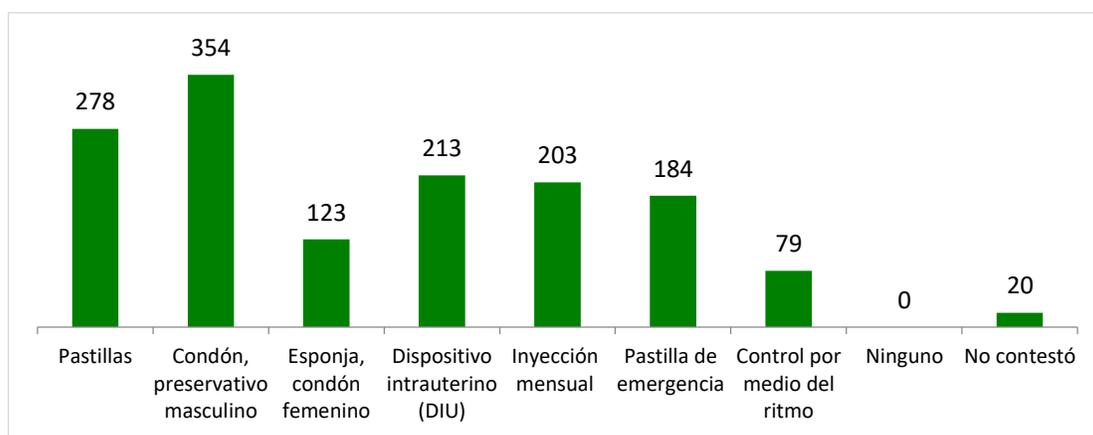
En los datos cualitativos se encontró coincidencia con la afirmación anterior. Las responsables del Programa, incluso, atribuye un peso importante a las expectativas sociales y las normas de las familias y las comunidades de origen de las beneficiarias en la ocurrencia de los embarazos adolescentes. De acuerdo a ellas, esta presión social actúa por sobre el conocimiento de anticonceptivos que hayan adquirido en la escuela:

Porque a pesar de que vayan a la escuela y les enseñen los métodos anticonceptivos y los conocen, pues también por el medio, la comunidad en la que viven. Ellas lo ven como algo normal que se casen o que tengan un hijo a temprana edad. No lo ven como algo malo o que les está afectado en la educación.

En el municipio de San Felipe del Progreso, algunas beneficiarias aseguraron que no conocían los métodos anticonceptivos. Ahí mismo y en otros de los municipios visitados, algunas de ellas declararon que no se protegían actualmente en las relaciones sexuales que tenían con sus parejas por temor a enfermarse con el uso de alguno de los métodos, como han visto que les sucede a sus familiares (hemorragias y desgarres por el DIU, cáncer, etc.): “me gustaba estar con él pero no quería usar métodos, les tengo miedo porque he visto que muchas que los usan se enferman seguido y unas que tiene el DIU tienen hemorragias muy fuertes, hasta parece que se vacían”.

Para explorar los MAC conocidos por las encuestadas se les brindaron varias opciones de respuesta, cabe mencionar que el 1.0% no contestó esta pregunta. Por frecuencias – de mayor a menor- los métodos mencionados fueron: 354 veces el preservativo o condón masculino, 278 las pastillas (anticonceptivos orales), 213 veces el dispositivo intrauterino, 203 ocasiones la inyección mensual, 184 la pastilla de emergencia, 123 menciones para la esponja/condón femenino y 79 para el control por medio del ritmo.

Gráfica 65. Métodos anticonceptivos conocidos por las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* antes de embarazarse

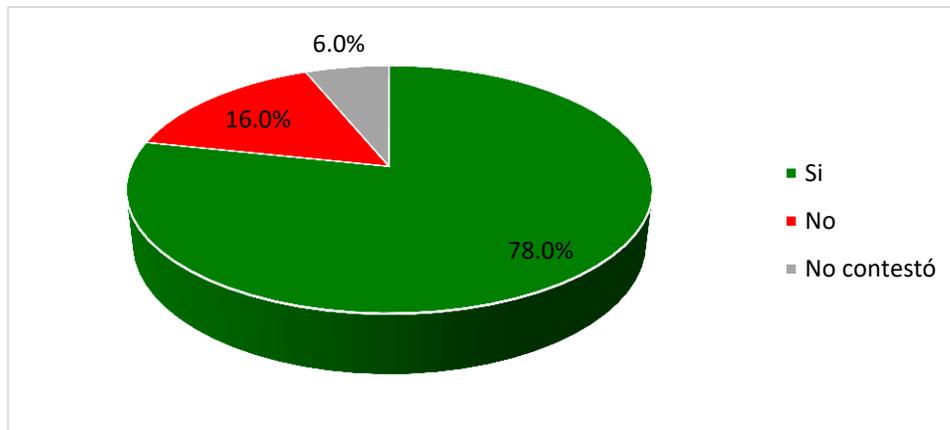


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Acceso

El 6.0% (24) de las beneficiarias del Programa no contestó esta pregunta y 16.0% (60) dijo no tener acceso a los MAC, el 78.0% (304) de las encuestadas mencionaron que sí tenían acceso a ellos. Entre los lugares donde podían obtenerlos citaron principalmente los centros de salud de su municipio, el Seguro Social y las farmacias locales. Quienes estudian, dijeron que también podían obtenerlos en la escuela. Esta pregunta hacía referencia al acceso a las MAC antes de su embarazo.

Gráfica 66. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* que tenían acceso a métodos anticonceptivos antes de embarazarse



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Entre los datos cualitativos significativos se refiere a la dificultad de conseguirlos porque en su comunidad o colonia se niega la venta de los MAC a menores de edad. Por ejemplo, las farmacias les niegan la venta en Ixtlahuaca: *En mi pueblo no nos quieren vender pastillas a las que somos chicas. No me pude cuidar de otro modo, él no quería usar condón.*

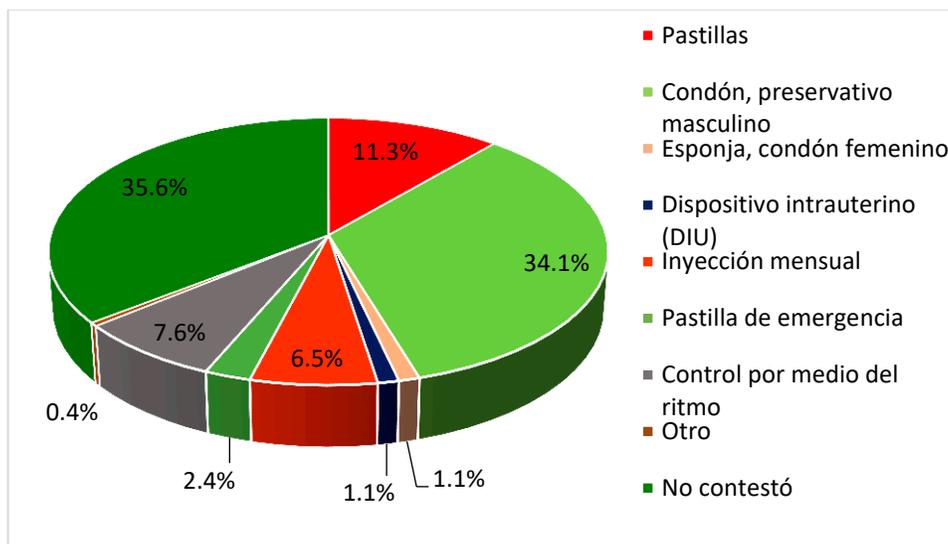
Otro problema que se evidenció a través de las entrevistas grupales con las jóvenes es que los servicios médicos tienen políticas limitadas de atención a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes que redundan en que ellas y ellos no tienen acceso a los MAC como medios de prevención de un primer embarazo: *“Yo si sabía de métodos, conozco las pastillas y el DIU pero no me lo quisieron poner antes de embarazarme”.*

Uso

Entre el conocimiento y el uso de los MAC antes del embarazo se encontraron diferencias; 35.6% de las jóvenes encuestadas no respondió a esta pregunta, 34.1% declararon que usaban el condón masculino o preservativo. En orden decreciente, los otros métodos utilizados fueron: 11.3% empleó pastillas, 7.6% control por medio del ritmo, 6.5% inyección mensual, 2.4% de las encuestadas

mencionó que ha usado la pastilla de emergencia, 1.1% DIU o esponja y, 0.4% otro método.

Gráfica 67. Métodos anticonceptivos usados por las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* antes de embarazarse



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Sobre las dificultades para el uso de los MAC se registró una gran variedad de respuestas; de entre ellas se distingue una categoría que se puede denominar “motivos personales” y que agrupa respuestas como: “*no pensé*”, “*no se me ocurrió*”, “*por desidia*”, “*por pena*”, “*por las prisas*”, “*porque ya había tenido relaciones antes sin embarazarme*”, “*él no quiso usar el condón y nos agarró la calentura.*”

Se requiere una exploración más profunda de estas motivaciones antes que interpretarlas como desinterés o descuido. En el estudio de Ramírez (2011), se mostró que las y los adolescentes perciben la sexualidad como algo “indebido” y “malo” y esto les lleva a negar su responsabilidad hacia el conocimiento y uso del condón, pues aceptarla legitimaría ante sus ojos ese comportamiento. Este estudio también detectó que, como parte de la construcción de su masculinidad, los varones se consideran capaces de deseo mientras que las chicas consideran que sentir deseos sexuales sería reconocerse como “zorras”. Ramírez concluye que esta alienación de la sexualidad adolescente oculta el hecho de que a los y

las adolescentes no se les reconocen como sujetos sexuales con derechos propios ni ellos/ellas lo hacen.

También los estudios de investigadores educativos sobre anticoncepción señalan que es frecuente que las y los adolescentes tengan conocimientos incompletos o inadecuados (ENSE, 2008; Leyva-López *et al.*, 2010; Robles *et al.*, 2011).

Más de la mitad de las encuestadas 217 (56.1%) no respondió a la pregunta sobre las razones para no usar los MAC y se puede suponer que se trata de quienes si los utilizan.

Algunas de las jóvenes encuestadas no utilizan MAC por diversas razones que están representadas en porcentajes bajos pero significativos en su contenido. Éstas dan cuenta de posturas personales y decisiones que determinan sus prácticas sexuales y, como ya se dijo, son cuestiones que requieren una exploración más profunda, especialmente por referirse a la relación de pareja. El acuerdo entre la pareja en cuanto al uso de los MAC está representado en tres posturas personales: que la encuestada no esté de acuerdo con su uso 8 (2%), que su pareja no lo esté 19 (4.7%) y que ambos no están de acuerdo con su uso 11 (2.9%).

Las responsables del Programa en los municipios señalaron que la familia extensa o la familia política son el vehículo de influencia de la religión en relación con el uso de anticonceptivos y también en cuanto a la relación de pareja:

Hay suegras que ya son adultas mayores y que les dicen que no lo utilicen porque es un pecado, porque están muy allegadas a la iglesia y les dicen que es un pecado, el hecho de que vean un condón en la mesa ya caíste en pecado mortal. Entonces les meten también esas ideas.

¿De qué región habla?

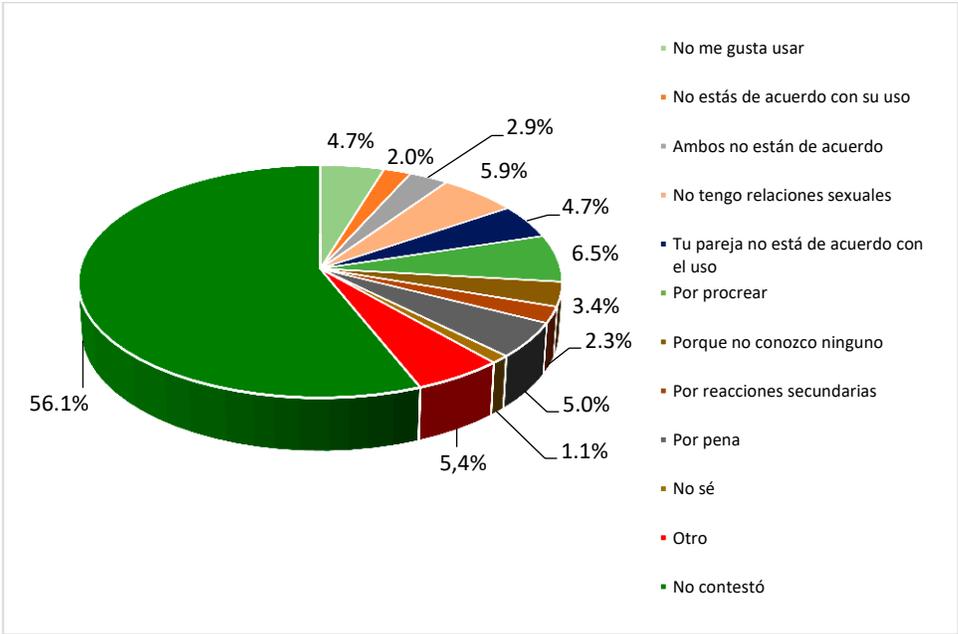
Temoaya, son zonas otomís, ahí dicen: yo me voy a condenar si tomo un condón en la mano.

El papel de los suegros y de la familia extensa es muy fuerte entonces y el papel de las reglas morales o las reglas religiosas que hay en la comunidad. Si ellas no se han autonomizado, ellos tampoco. La mamá de ellos les dice que hacer.

El disgusto o desagrado ante su uso es la razón argumentada por 4.7% de las encuestadas. La pena aparece como razón para no usar los MAC en la misma proporción. 6.5% de las encuestadas no los utiliza porque desea procrear y 5.9% porque no tiene relaciones sexuales actualmente, el 3.4% no usan los MAC por desconocimiento.

En cuanto a quienes no utilizan los MAC por reacciones secundarias el porcentaje es bajo: 2.3%. Sin embargo, en estos casos puede haber graves daños. En los datos cualitativos se rescató la referencia al caso de una chica que enfermó gravemente porque después de su parto en el sistema de salud pública se le colocó en el útero una “T” de cobre sin hacérselo saber. Ella también ignoraba que es alérgica al cobre y empezó a sufrir una intoxicación. Hasta no tener conocimiento de ambos hechos, los médicos que la atendían no pudieron explicarse la razón de sus constantes enfermedades.

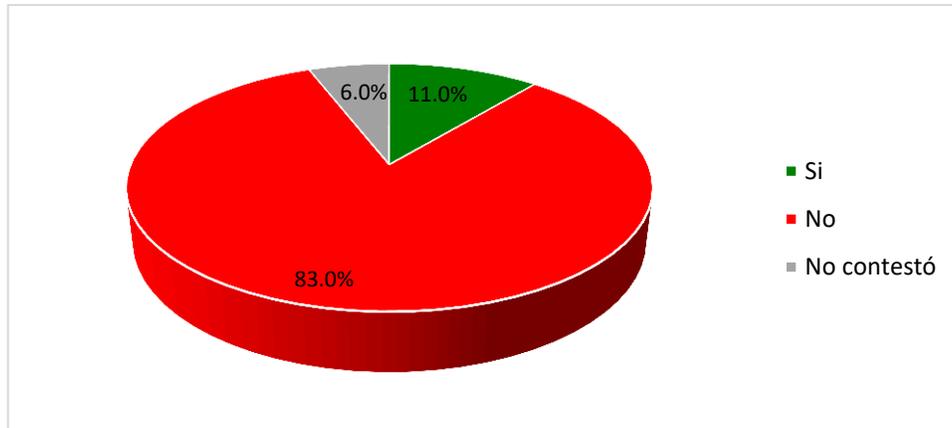
Gráfica 68. Razones de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social Futuro en Grande para no usar métodos anticonceptivos actualmente



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

El uso “a escondidas” de los MAC fue explorado en la encuesta, 83.0% respondió que no ha usado anticoncepción a escondidas, 11.0% sí los ha usado de esa forma y 6.0% de las encuestadas no respondió a esta pregunta.

Gráfica 69. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* que usaron métodos anticonceptivos “a escondidas” antes de embarazarse



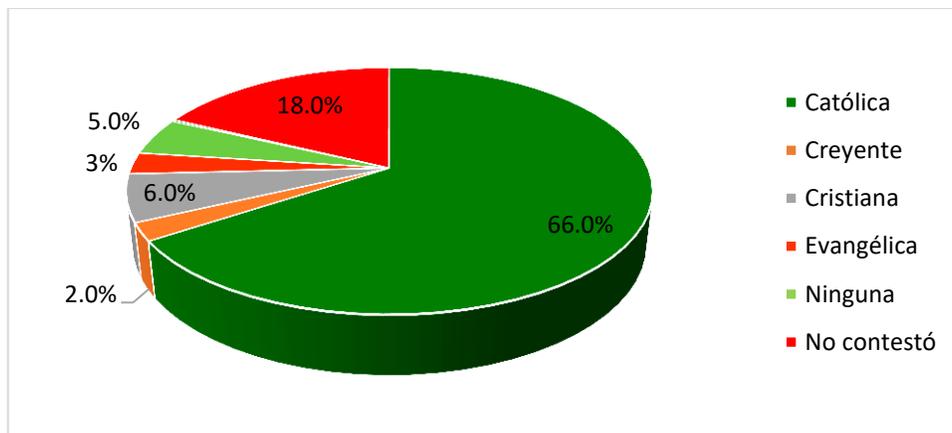
Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

4.2.3. Preconcepciones y afectos

Religión

La mayoría de las jóvenes encuestadas profesan la religión católica 255 (66%). Otras creencias religiosas aparecen con pequeños porcentajes: 11 (3%) evangélica, 24 (6%) cristiana, 69 (18%) no respondió a esta pregunta, 9 (2%) se declaró creyente sin afiliación a religión alguna y 18 declararon no tener religión y representan el 5%.

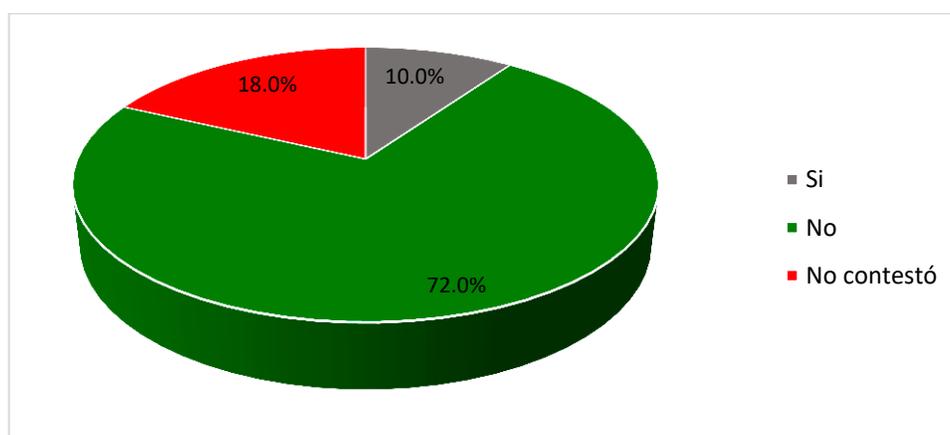
Gráfica 70. Religión de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

La religión continúa siendo de gran influencia social, por esa razón se preguntó a las encuestadas si sus creencias religiosas tuvieron que ver con la decisión de tener a su bebé, ellas respondieron: 10.0% que sí se siente influenciada, 18.0% no contestó y 72.0% dijo que no tuvieron que ver sus creencias religiosas en su decisión. Entre los comentarios más frecuentes, sus respuestas se extendieron a explicaciones referidas al respeto a la vida.

Gráfica 71. Influencia de la religión declarada por las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* en su decisión de tener hijos



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

En aquellos casos de jóvenes que no esperaban o no deseaban quedar embarazadas, la decisión de tener a su bebé está regida por preconcepciones y afectos surgidos durante el embarazo. Entre las primeras destaca la postura personal o familiar antiaborto, la aceptación del embarazo como “destino” o como “cambio de vida” y las ideas de que “el bebé no tiene la culpa de mis errores” y “tiene derecho a vivir”. En cuanto a los segundos, las madres adolescentes crean vínculos afectivos hacia el bebé al sentir su movimiento o sus latidos, verlo en un ultrasonido, al considerarlo como “un motivo para vivir” o como la solución a su sentimiento de soledad.

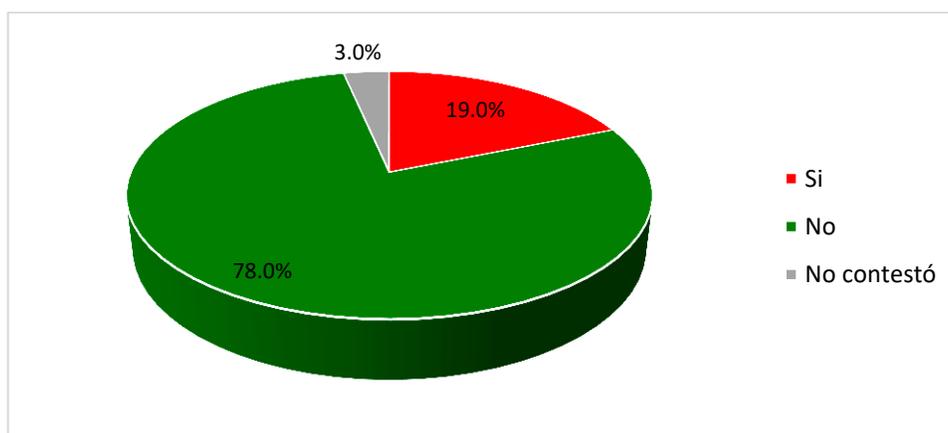
Entre las encuestadas que deseaban embarazarse, la decisión de tener a su bebé ya estaba tomada en común acuerdo con sus parejas. En este caso, consideraron su nacimiento como “una bendición” pues deseaban formar una familia y darles a sus hijos el cariño que alguna de ellas no tuvo.

Aborto

El aborto es una práctica –ilegal en el Estado de México- a la que recurren adolescentes que se embarazan. Preguntar al respecto tuvo el propósito de verificar si fue considerado o practicado por las encuestadas o les fue sugerido por alguien de su entorno.

De las beneficiarias encuestadas, 13 (3.0%) no respondió a esta pregunta, 302 (78%) respondió que no consideró abortar y 73 (19.0%) dijo que sí lo consideró. En los datos cualitativos se confirmó que pocas consideraron el aborto como opción y que entre quienes sí lo consideraron, no lo llevaron a cabo por miedo a los riesgos.

Gráfica 72. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* que consideró abortar



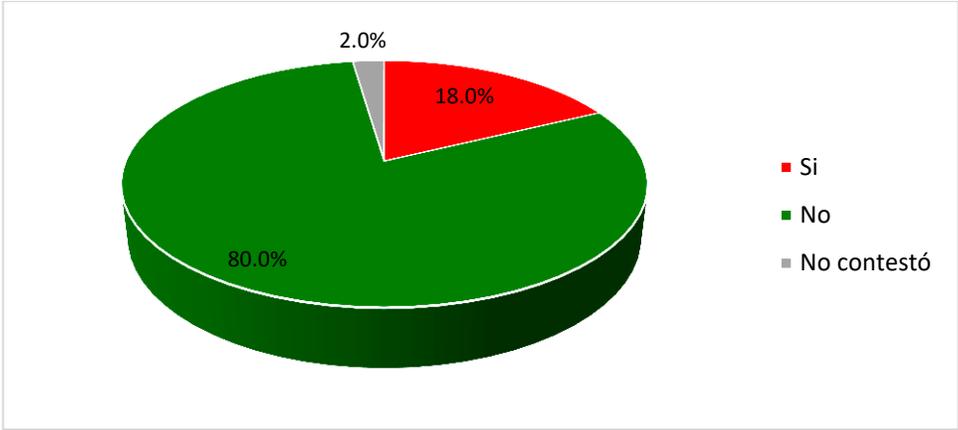
Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Entre las razones o motivos de las encuestadas para no abortar se registraron las siguientes como las más representativas:

- Lo pensé, pero después decidí afrontar mi responsabilidad.
- Por miedo.
- Es inhumano.
- Es un delito.
- Ellos no tienen la culpa.
- Es un peligro.

En el entorno de las beneficiarias, algunas personas tales como tías, primas, su madre o docentes llegaron a sugerirles el aborto: 69 (18.0%) respondió que así fue, 9 (2.0%) no contestó esta pregunta y 310 (80.0%) contestó que nadie le sugirió abortar.

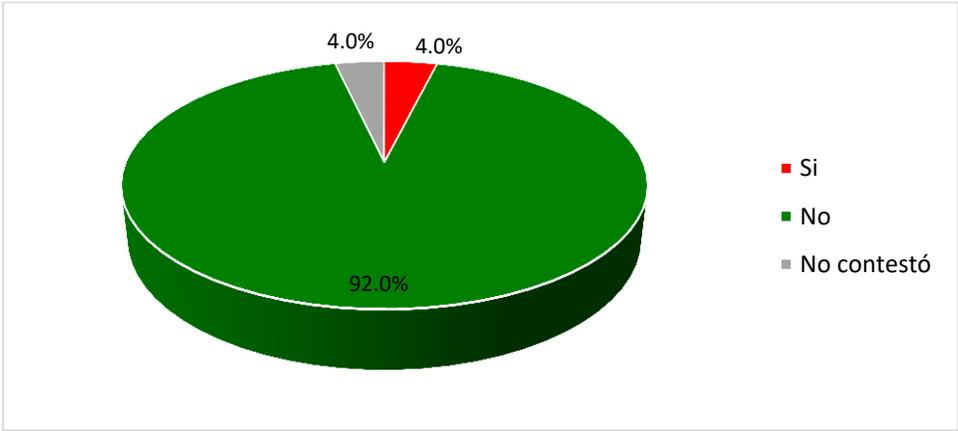
Gráfica 73. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* a quienes les sugirieron abortar



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

El 4.0% de las encuestadas procuró abortar sin concretar el intento, el otro 4.0% no respondió a la pregunta y 92.0% dijo que no procuro abortar.

Gráfica 74. Porcentaje de beneficiarias del Programa “*Futuro en Grande* que procuró abortar

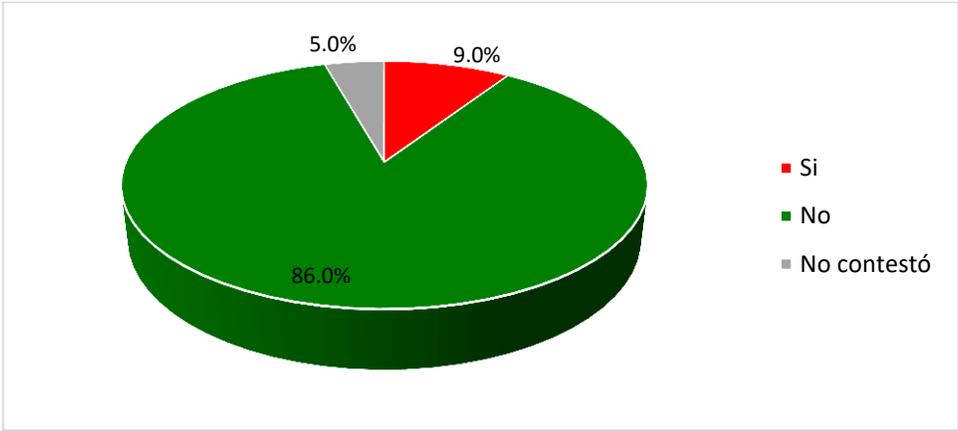


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Algunas de las beneficiarias encuestadas han experimentado abortos espontáneos relacionados con accidentes, fuertes tensiones, enfermedades de la

madre o inviabilidad del producto. La pérdida de su bebé durante el embarazo o el parto ha sido la experiencia de 36 (9.0%) de ellas, 17 (5.0%) no contestaron esta pregunta y 335 (86.0%) no han sufrido abortos. En estos casos, comentaron que la sensación de vacío que les dejó la pérdida movilizó su deseo de buscar un nuevo embarazo.

Gráfica 75. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* que ha perdido un bebé en aborto espontáneo

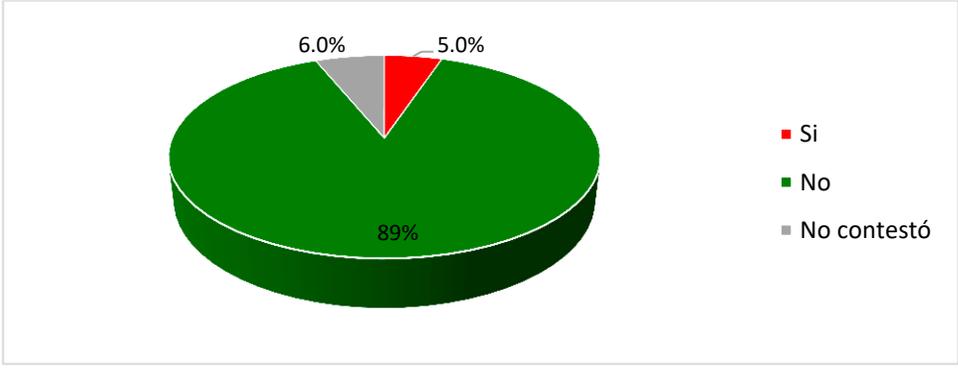


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Adopción

La adopción fue una de las opciones poco consideradas por las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*, pues sólo 20 (5.0%) consideró dar a su bebé en adopción, 344 (89.0%) no lo consideró y 24 (6.0%) no respondió a esta pregunta.

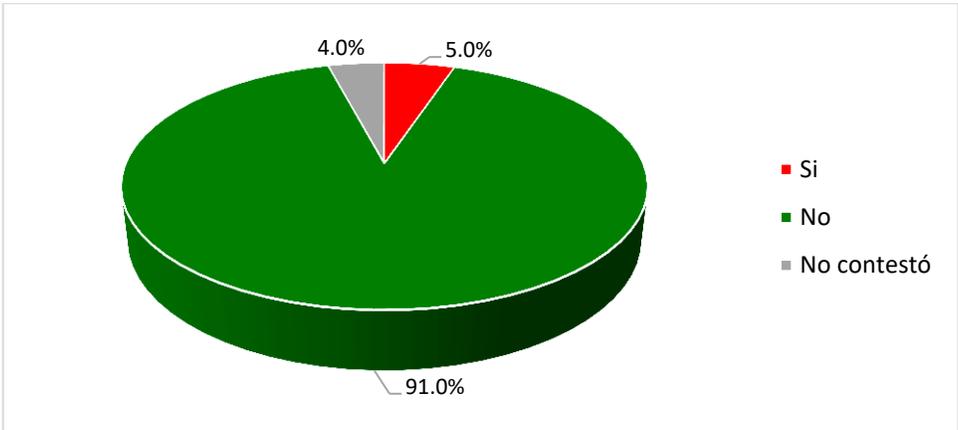
Gráfica 76. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* que consideró la adopción



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Dentro de su entorno social, 20 (5.0%) de ellas recibieron la sugerencia de dar a su bebé en adopción, 352 (91%) no recibió esa sugerencia y 16 (4.0%) no respondió la pregunta.

Gráfica 77. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* a quienes se les sugirió la adopción



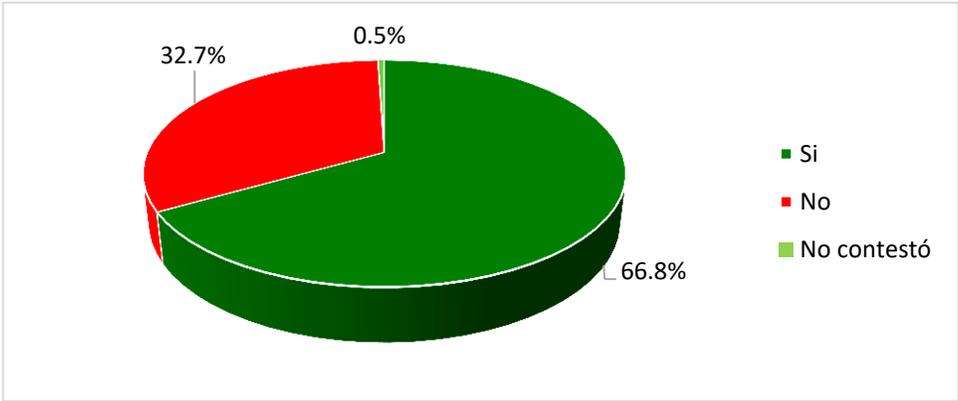
Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

4.2.4. Pareja, Vida Sexual y Embarazo

Pareja

Al momento de la encuesta, 259 (66.8%) de las encuestadas tiene actualmente alguna pareja, mientras que 127 (32.7%) no lo tienen y 2 (0.5%) no respondieron a esta pregunta.

Gráfica 78. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* que tiene pareja actualmente



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Aunque no se cuestionó durante la encuesta a las beneficiarias sobre la calidad de su vida de pareja. En los grupos focales con las responsables del Programa, ésta fue calificada negativamente y caracterizada con violencia de la siguiente forma:

Permanecen soportando la violencia en la pareja porque:

- **Les falta seguridad**

..., o sea, como le explico, les hace falta esa seguridad porque ellas piensan que si se van con alguien más no van a ser aceptadas, algunas chicas me dicen “pues él es el papá de mi hijo pues ya con él tengo que, si no funciona ahorita bien tengo que esforzarme porque funcione bien”.

- **Presiones familiares:**

Si él me golpea pues como dice mi mamá es “la cruz que tengo que cargar”.

Es que yo creo que también tiene que ver que a veces, como dice la familia, pues si ya te casaste, ya te embarazaste, o ya te fuiste con el muchacho, a mi casa nunca regresas.

- **Expectativas de cambio de la pareja**

Aunque todavía tienen la esperanza, todavía de que están recibiendo maltrato, agresiones de todo tipo tanto físico, sexual, económico y moral y de más, todavía tienen la idea de que “pues algún día va a cambiar”, “me voy a ganar su amor y algún día me va a amar”.

- **No tienen otra opción:**

Aunque a lo mejor lleven una mala vida con la persona que esté, pues a veces no tienen de otra porque no tienen el apoyo de la familia, no tienen un trabajo, y sólo viven de lo que el esposo pueda darles. Es por eso que, aunque igual a veces sufran maltrato pues se tienen que quedar ahí.

Otra forma de violencia que las encuestadas reciben proviene de la familia de su pareja, conforme lo reportó alguna de las responsables del Programa:

De lo que más se quejan de violencia es de los suegros, de los suegros (sic), los cuñados. Las chicas no me han comentado que sean violentadas por sus parejas. “Es que mi suegra me hizo esto, me pegó mi suegra”, pero no se salen de la casa porque a lo mejor económicamente, o bueno económicamente (sic), no tienen las posibilidades. Dependen de los suegros y por eso no pueden salirse ahí.

En otros datos cualitativos, la responsable del Programa en el Municipio de Netzahualcóyotl explicó la movilidad domiciliaria de algunas beneficiarias: considera que ésta se debe a separaciones constantes, es decir, mientras la pareja “está bien”, las beneficiarias del Programa viven con sus parejas en algún cuarto rentado o con la familia de él. Si pelean suelen irse de ese domicilio compartido al de sus padres o de algún otro familiar. Tiempo después pueden volverse “a juntar” e irse a rentar otro cuarto que se ubica en un domicilio diferente de los anteriores. Otro dato es que la relación de la movilidad domiciliaria con violencia entre la pareja. La responsable del Programa en Chimalhuacán apuntó que algunas de las beneficiarias se van con su mamá cuando “tienen problemas” con la pareja, es decir, cuando les pegan.

Al preguntar sobre las relaciones de pareja que funcionan bien, las responsables del Programa señalaron cuáles detalles les confirman que sus beneficiarias están en una “buena” relación:

Son parejas que las ves felices porque como dicen mis compañeras, las llevan a las pláticas, están con los bebés, les cambian el pañal.

Sobre todo son parejas que ya tienen un espacio propio, ya no viven con los suegros, ya ellos, aunque sea un cuarto chiquito donde puedan estar ellos con cocinita, pero ya es de ellos. Por ejemplo, en un grupo de 40 chicas que llegan a la plática, independientemente del tema que estemos tocando, se ve porque ellas son como las que participan más, en todos los comentarios que dan dentro de la plática dejan ver que están en familia, o que “con mi esposo fuimos acá” o “mi bebé esto”, siempre se ve, llegan bien arregladitas, bien, bien, bien seguras de sí mismas, apapachan a sus bebés y si he escuchado que les dicen “al rato que llegemos a casa vamos a llevarle un chocolate a papá”. Mencionan mucho papá al bebé y se ven contentas que están, pero son muy poquitas.

Las propias jóvenes definen de manera un tanto diferente las relaciones que funcionan bien. Hay quien le atribuye esa conquista al respeto, otra lo explica con base en las características de la familia de su pareja, especialmente se refieren a la conducta de su suegra:

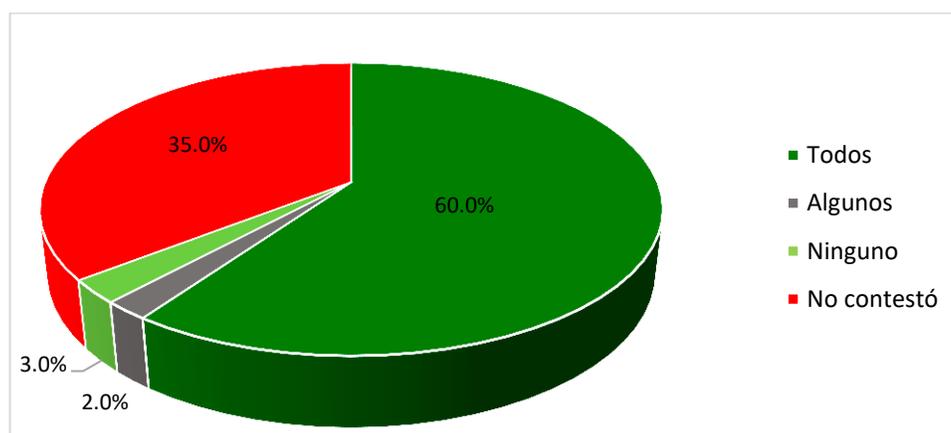
En el noviazgo es bonito y ahora seguimos juntos, no se ha perdido el respeto. Nació la bebé y él es cariñoso. Discutimos como todos.

Para irse o quedarse con uno cuando queda embarazada depende de la familia de ellos, de como son la suegra y el suegro. La educación que a él le forjó su familia. La familia de la que veía el mío es de padres separados. Lo más fácil es que dijera “a mí me dejaron” y se va. Pero también depende de cada persona, mi pareja viene de una familia disfuncional. Cuando su mamá se embarazó de otro bebé lo dejó de cuidar. Pero ahora ella le dijo a él que si fue hombre para embarazarme debe serlo para responder. Su mamá le dice “tú te diste cuenta de que yo tenía que trabajar y te dejaba con tu tía, tú sufrías, ¿quieres lo mismo para tu niño?”

Estuvimos tres años de novios y entonces me embaracé y él estaba muy feliz. La relación ha cambiado para bien aunque queremos hacernos un cuartito, porque estamos amontonados, vivimos con mi mamá.

Se preguntó a las encuestadas si su pareja actual es el padre de su(s) hijo(s) o hija(s): 232 (60%) afirmaron que su pareja es el padre de todos sus hijos, 8 (2%) respondió que su pareja es el padre de alguno(s) de sus hijos y 10 de ellas (3%) que su pareja actual no es el padre de sus hijos y 138 (35%) no contestaron la pregunta. Esta última cifra es cercana a la de las beneficiarias que no se encuentran en una relación de pareja al momento de la encuesta.

Gráfica 79. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social Futuro en Grande cuya pareja actual es el padre de sus hijos

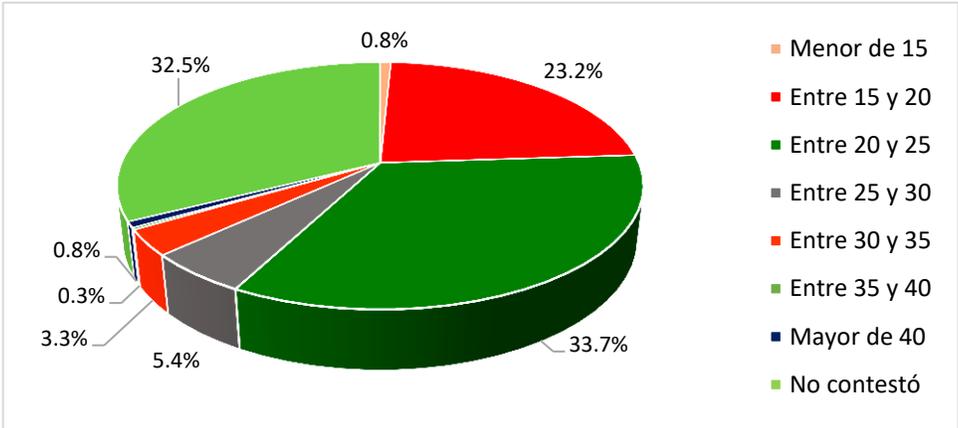


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

La edad de la pareja de las encuestadas es un dato que puede aportar muchos significados. Uno de ellos es el reconocimiento de si se encuentra en una relación entre pares o con alguien mayor, lo que podría implicar una relación impuesta en contra de su voluntad o que haya sido prohibido por la familia.

Tres de las encuestadas tiene una pareja menor de 15 años (0.8%), 90 (23.2%) tiene una pareja de 15 a 20 años, 131 (33.7%) está en una relación con un varón de 20 a 25 años, 21 (5.4%) tiene una pareja de 25 a 30 años, 13 (3.3%) de 30 a 35 años. Una de las encuestadas tiene una pareja de 35 a 40 años (0.3%) y tres de ellas tienen parejas mayores de 40 años (0.8%). Los datos obtenidos no permiten argumentar que, a mayor edad del varón, exista mayor riesgo de violencia en la relación y, 126 (32.5%) no respondió a la pregunta; esta cantidad coincide con quienes se declararon solteras.

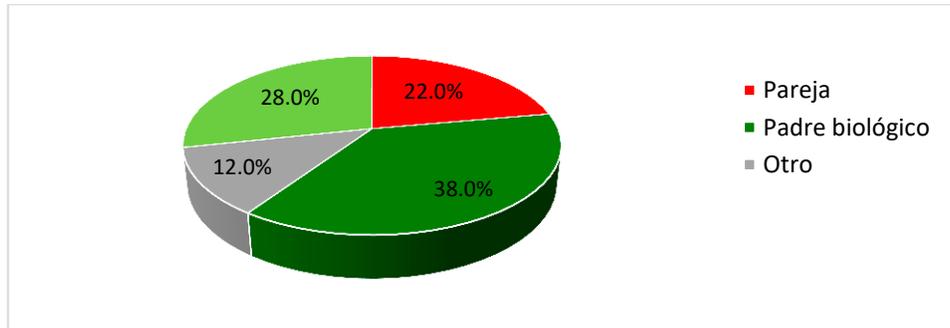
Gráfica 80. Porcentajes de la edad de las parejas de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Asimismo, del total de las encuestadas (388); 86 (22.0%) respondió que su pareja actual, ya sea o no, el padre biológico de su hijo(s) o hija(s) las apoya en el embarazo y en la crianza, 145 (38.0%) recibe apoyo del padre biológico, 47 (12.0%) de las beneficiarias respondió que cuenta y ha contado con el apoyo de otras personas, entre ellas, su padre o madre, abuela, suegro o suegra, mientras que 110 (28%) no respondió a esta pregunta.

Gráfica 81. Porcentaje de quienes apoyan a las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* en la crianza de sus hijos



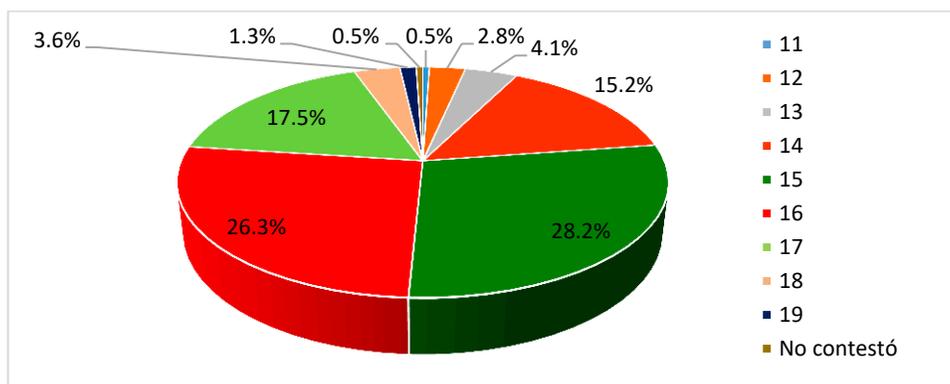
Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Vida sexual

Edad de iniciación sexual

La edad de la primera experiencia sexual de las encuestadas muestra un amplio espectro que va de los 11 a los 19 años de edad: dos (0.5%) iniciaron su actividad sexual a los 11 años, 11 (2.8%) tuvieron su primera relación a los 12 años, 16 (4.1%) empezaron su vida sexual a los 13 años, 59 (15.2%) son sexualmente activas desde los 14 años, 109 (28.2%) lo son desde los 15 años, 102 (26.3%) tienen relaciones sexuales desde los 16 años, 68 (17.5%) iniciaron su vida sexual a los 17 años, 14 (3.6%) empezaron su vida sexual a los 18 años, 5 (1.3%) son sexualmente activas desde los 19 años y dos (0.5%) no respondieron esta pregunta.

Gráfica 82. Edad de la iniciación a la vida sexual de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

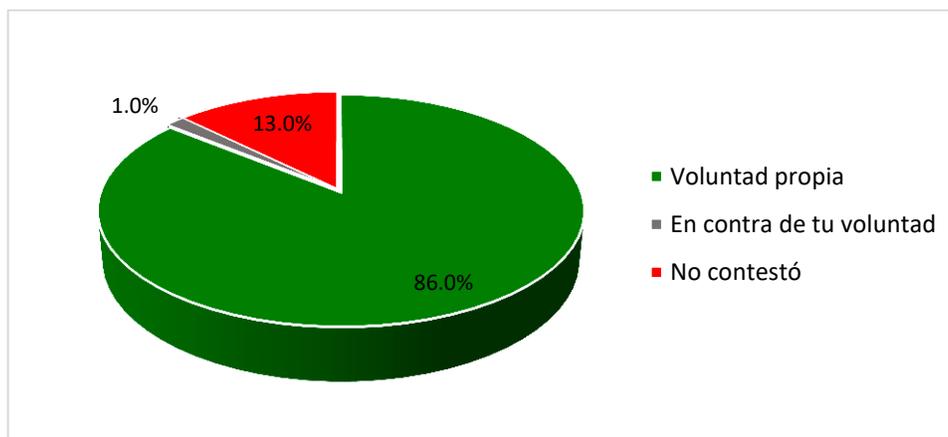


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Relaciones sexuales por voluntad propia

El inicio de la vida sexual de las madres adolescentes encuestadas ha sido por voluntad propia en 86.0% (333) de los casos, sólo el 1.0% (6) declaró que el evento que dio lugar a su iniciación sexual fue en contra de su voluntad y 13.0% (49) no dio respuesta a esta pregunta.

Gráfica 83. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* que iniciaron voluntariamente su vida sexual



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Respecto a las relaciones sexuales y a las uniones realizadas contra la voluntad de las mujeres, la responsable del Programa en Chalco, comentó que en los municipios de Ozumba, Juchitepec, Tenango del Aire, Temamatla y Ocotitlán:

“Se llega a ver el intercambio de chicas por tierras o ganado. Así se forman parejas de chicas de 15 a 16 años con hombres de 36 a 40 años. A veces los que las compran para ellos las van apartando desde niñas. Esto se da en familias pobres donde los padres apenas saben leer y escribir. Existe violencia naturalizada y prostitución de las jóvenes. Los hombres salen a buscar prostitutas y hay varias chicas que han sido contagiadas por sus esposos de ITS. Durante las fiestas patronales hay mucho alcohol y comida. Los hombres desaparecen por días. Eso sucede en los pueblos de los municipios antes citados”.

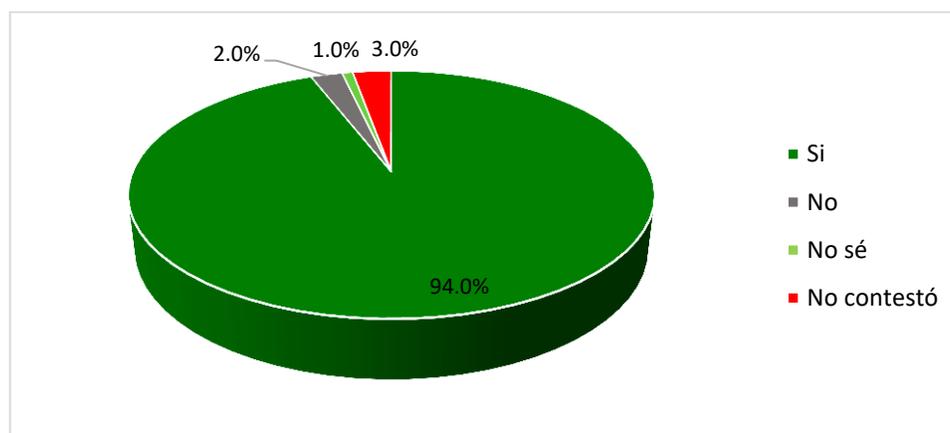
Esta situación histórica de intercambio de las mujeres por tierras en la región se confirma en dos relatos. Una de las beneficiarias comentó durante la encuesta

que ella fue “vendida” a su pareja, es decir, la intercambió su padre por tierras. Esta experiencia también la tuvieron su madre y su abuela materna. La abuela fue intercambiada por maíz y su madre por ganado. El relato de otra de las jóvenes confirmó que sus padres –analfabetos y trabajadores migrantes de otro estado- la intercambiaron a los 13 años por una casa. Así ella llegó a ser madre de dos niños con una pareja de más de 60 años.

Los relatos anteriores muestran la existencia del matrimonio temprano o infantil referido por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2013a) con todas sus características: pobreza, baja educación y hábitat en zonas rurales.

Por el contrario, para 94.0% (365) de las encuestadas, la relación sexual que resultó en embarazo fue consensual, un porcentaje mínimo (3%, 11) no respondió a la pregunta, 1.0% (3) dijo “no saber” y 2.0% (9) respondió que dicha relación no fue consensual y, por lo tanto, el embarazo tampoco. Este punto se discute más adelante bajo el tema de violación sexual.

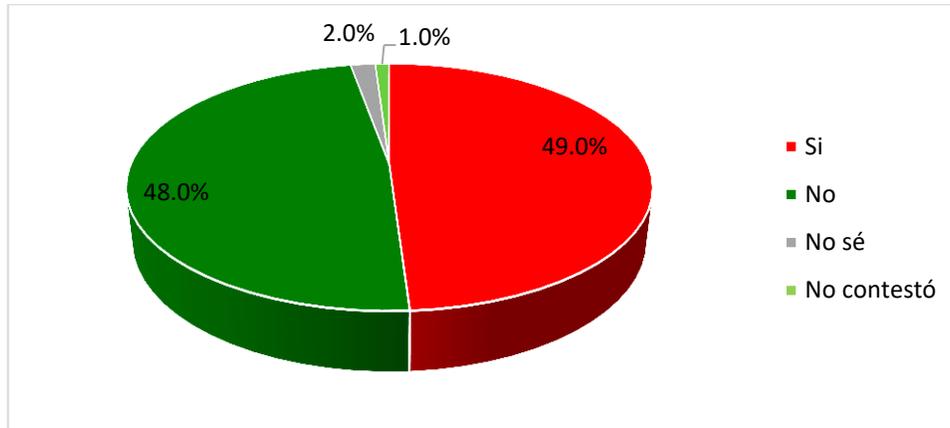
Gráfica 84. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social Futuro en Grande cuya relación que dio origen a su embarazo fue consensual



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Es importante señalar que 190 de las encuestadas sí quería embarazarse (49.0%), 48.0% (187) no quería que la relación sexual resultara en embarazo, 2.0% (7) dijo “no sé si quería embarazarme” y 1.0% (4) no respondió a la pregunta.

Gráfica 85. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* que quería quedar embarazada

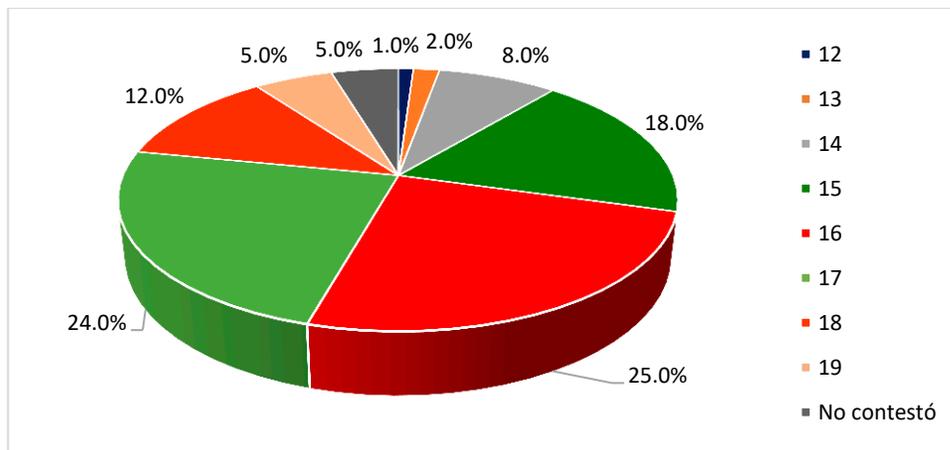


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Edad al primer embarazo

Respecto a la edad de las beneficiarias al momento de su primer embarazo: 25.0% contaban con 16 años, 24.0% tenía 17 años, 18.0% se embarazó a los 15 años, 12.0% a los 18 años, 8.0% a los 14 años, 5.0% a los 19 años, 2.0% a los 13 años, cuatro de ellas (1.0%) se embarazaron a los 12 años y 5.0% de las encuestadas no contestó la pregunta.

Gráfica 86. Edad de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* al primer embarazo



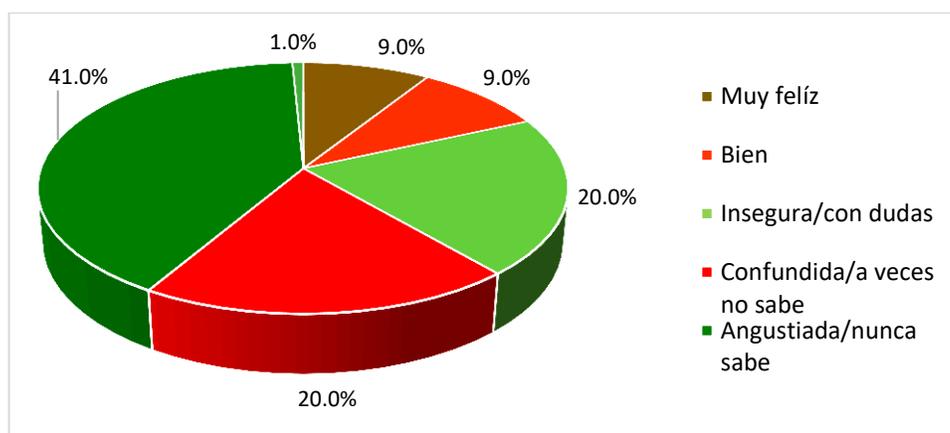
Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Una de las beneficiarias encuestadas tuvo un bebé con un hombre de 37 años cuando ella era una niña de 9. Ahora, a los 13 años, está en su segundo embarazo. En este caso no se pudo confirmar si la relación fue consensual.

Historia del embarazo

La historia del embarazo empieza con la reacción emocional de la joven al saber que está embarazada; 159 (41.0%) de ellas se sintieron angustiadas al conocer la noticia, 79 (20.0%) se sintió insegura, con dudas sobre cómo iba a cuidar del bebé o cómo podría sostenerlo económicamente, 77 (20.0%) sintió confusión y no sabía qué hacer, 35 (9.0%) se sintió muy feliz, pues era algo esperado o deseado y 35 (9.0%) se sintió bien con su embarazo y 3 (1.0%) de las encuestadas no contestó la pregunta.

Gráfica 87. Emociones de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* al saber que estaban embarazadas



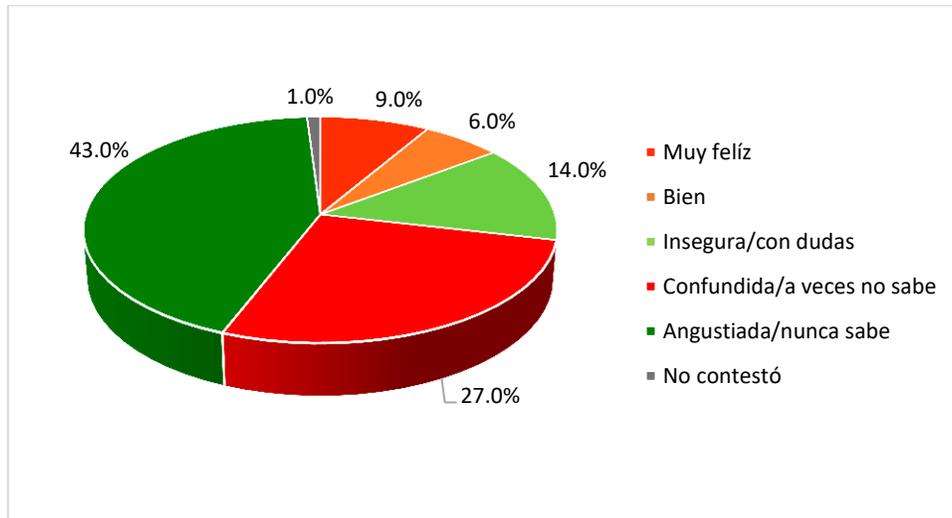
Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

La forma en que su pareja toma la noticia del embarazo, puede dar a las jóvenes y adolescentes embarazadas la pauta de continuidad de la relación y de su apoyo material y emocional en el presente y a futuro. Los datos obtenidos arrojaron un cierto paralelo entre la respuesta emocional de las encuestadas y la de su pareja.

167 (43%) de ellos se sintieron angustiados, 106 (27%) reaccionaron con confusión, 54 (14%) con inseguridad, 33 (9%) se sintieron muy felices y 24 (6%) reaccionó “bien”. En sus relatos, una gran parte de las encuestadas explican

estas reacciones masculinas como respuesta a las presiones económicas y nuevas responsabilidades que un hijo les demanda, cuatro (1.0%) de las encuestadas no respondieron la pregunta.

Gráfica 88. Reacción emocional de las parejas de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* al enterarse del embarazo

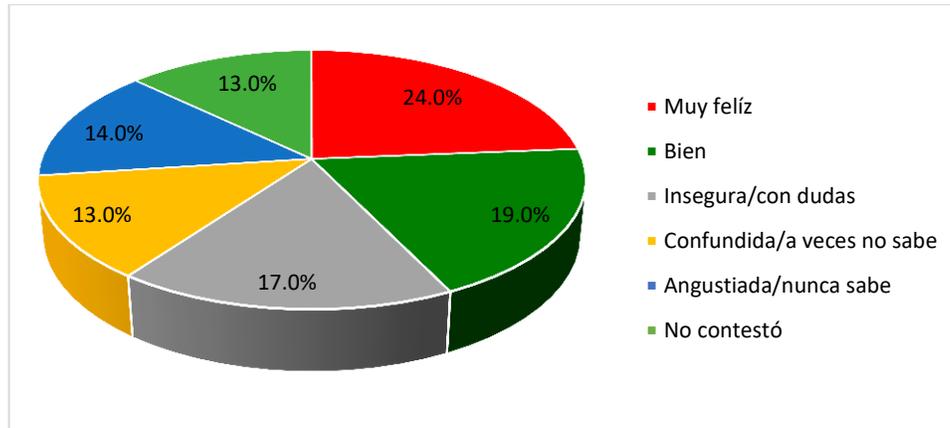


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

La respuesta de sus padres a la noticia del embarazo es importante para las beneficiarias. En muchos casos, ambos padres representan la fuente de apoyo y sustento inmediata; por ende, su reacción emocional da a las jóvenes y adolescentes embarazadas una señal significativa.

Los resultados de la respuesta emocional del padre de las encuestadas muestran diferencia con los resultados obtenidos por ellas y sus parejas: 24.0% tomaron la noticia con felicidad, 19.0% lo tomó bien, 17.0% reaccionaron con inseguridad, 14.0% mostraron angustia, 13.0% respondieron con confusión y 13%, es decir, 50 de las encuestadas no respondieron a esta pregunta.

Gráfica 89. Reacción emocional del padre de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* al enterarse del embarazo



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

En los datos cualitativos, las encuestadas mencionaron que, con frecuencia, si la reacción inicial no fue muy positiva, la actitud de sus padres pasaba a ser de aceptación y acogida de la criatura, así como de apoyo y acercamiento afectivo con ellas luego del nacimiento del bebé, con el resultado de que mejora su autoestima al sentirse de nuevo valoradas y aceptadas. Sus afirmaciones fueron corroboradas por las responsables del Programa en los municipios:

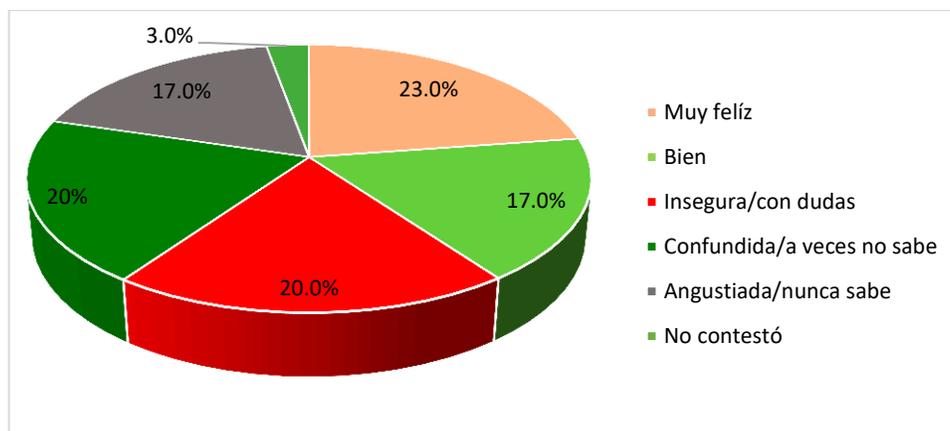
...me pasa en el municipio de Ecatepec que es más que nada porque las tachan de, éste, “ay, estás embarazada”, “ya, es que, ¿por qué saliste embarazada?”, “ay, eres muy chiquita”, y los papás literalmente las niegan y les dicen “tú ya no eres mi hija”, pero viene el cambio de que nació el bebé y ¿sabes qué?, “volvió a nacer mi hija”, lo adoran, lo aman y ahora a la niña le dicen “es que te quiero, gracias por brindarme este ser, gracias por eso”, entonces ahora sí que las niñas vuelven a sentirse valoradas cuando en el embarazo se sentían rechazadas, por eso se ve ese cambio: en el rechazo me visto menos, me arreglo menos, me olvido y cuando nace el bebé, cambian se arreglan, se visten, dan a lucir.

La madre suele mantener mayor cercanía con las hijas. Eso puede alentar a que sea la primera o la segunda persona que se enteré del embarazo de su hija. La reacción materna a la noticia es de vital importancia para las jóvenes, pues significa la seguridad de un apoyo en todos los órdenes, principalmente afectivo y de orientación para la crianza.

Respecto a esta pregunta, 88 (23.0%) de las encuestadas respondieron que su mamá se mostró muy feliz al recibir la noticia. Este dato es muy cercano con el

mismo rubro en las respuestas de sus padres, 77 (20.0%) de las madres tomaron la noticia con inseguridad, 77 (20%) con confusión; 68 madres de las beneficiarias se angustiaron (17.0%) y 67 (17.0%) lo tomaron muy bien. Por último, 11 (3.0%) de las encuestadas no respondió esta pregunta.

Gráfica 90. Reacción emocional de la madre de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* al enterarse del embarazo



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

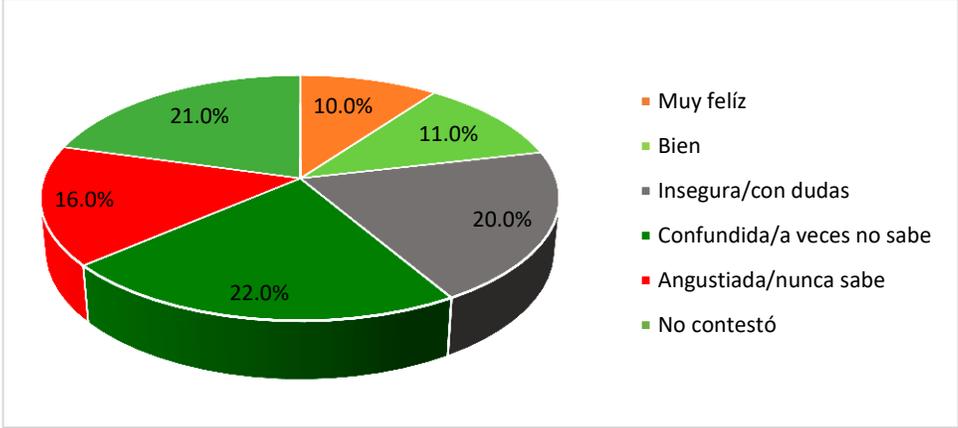
En la información cualitativa se destacó el dato de que cuando la madre no acepta el embarazo de la hija y la rechaza, es muy probable que surja una separación que dure algún tiempo. En el otro extremo, están las situaciones de las madres solas cuya hija se embaraza y organizan el hogar como una sociedad de apoyo mutuo, dando pie a la familia monoparental.

En relación con las reacciones de sus hermanos –mayores o menores- ante la noticia de su embarazo: 86 (22.0%) reaccionó con confusión ante la noticia del embarazo, 78 (20.0%) lo tomó con inseguridad, 61 (16.0%) reaccionó con angustia, 44 (11.0%) lo tomó bien, 39 (10.0%) se mostró muy feliz y 80 (21.0%) de las encuestadas no respondió a la pregunta, entre otras razones, por carecer de hermanos varones o por tensiones en la relación a raíz del embarazo: “*uno de mis hermanos sí cambió mucho conmigo, se enojó*”.

De acuerdo a datos cualitativos obtenidos en sus comentarios durante la encuesta, los hermanos varones de las encuestadas constituyen, en ocasiones,

figuras afectivas con quienes mantienen una relación significativa, debido a que si son mayores que ellas las cuidan y se crean expectativas de su futuro, mientras que si los hermanos son menores, pueden sentir celos del bebé o mostrarse muy alegres con la noticia.

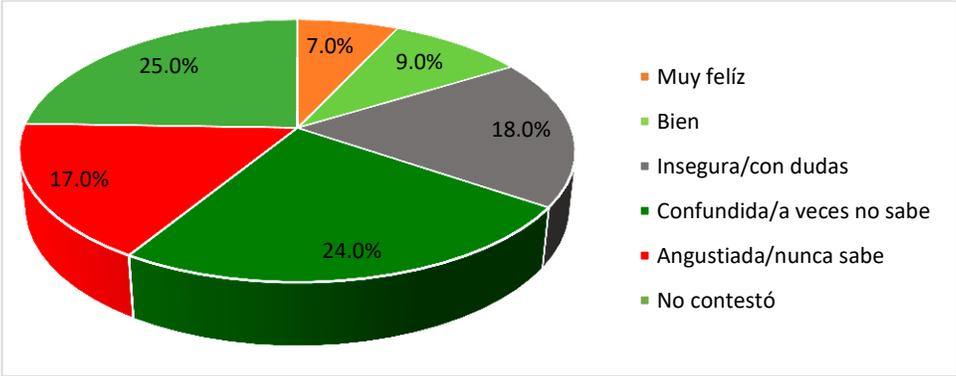
Gráfica 91. Reacción emocional de los hermanos de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* al enterarse del embarazo



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Por otra parte, las reacciones emocionales de las hermanas de las encuestadas ante la noticia del embarazo son levemente diferentes a las de sus hermanos varones. A decir de las encuestadas, 94 (24.0%) reaccionaron con confusión, 71 (18.0%) con inseguridad, 65 (17.0%) con angustia, 36 (9.0%) tomaron bien la noticia, 27 (7.0%) se mostraron muy felices y 95 (25.0%) no respondió esta pregunta.

Gráfica 92. Reacción emocional de las hermanas de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* al enterarse del embarazo

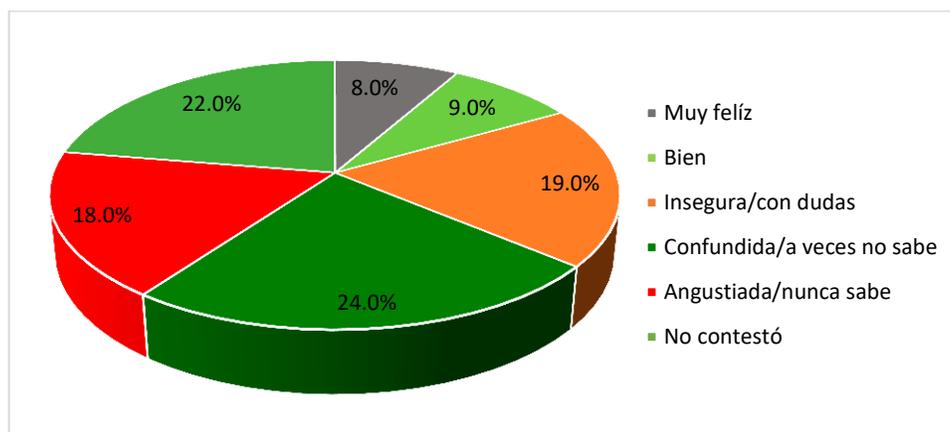


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Los comentarios de las encuestadas señalan que, aun cuando sus hermanas o hermanos hayan reaccionado inicialmente con confusión o inseguridad al enterarse del embarazo, pasado un tiempo, su disposición afectiva hacia ellas y el bebé se transforma en positiva, cercana y afectuosa.

Sobre las reacciones de sus amistades ante la noticia de su embarazo, 93 de las encuestadas respondieron con confusión (24.0%), 68 (18.0%) con angustia y 75 (19.0%) con inseguridad, 32 (8.0%) se mostraron muy felices, 33 (9.0%) tomaron bien la noticia y 87 (22.0%) decidieron no responder a esta pregunta.

Gráfica 93. Reacción emocional de las amistades de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* al enterarse del embarazo



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Otra reacción de sus amistades revelada en los comentarios de las encuestadas fue la discriminación. Algunas de ellas relataron que quienes fueron sus amigas empezaron a alejarse, las criticaban y se burlaban. En algunos casos, estas acciones llevaron a la adolescente embarazada a retirarse de la escuela, temporal o definitivamente.

Luego de las reacciones de sus amigos y familiares, se cuestionó a las jóvenes sobre la vivencia durante los nueve meses de su embarazo en tres aspectos: físico, emocional y social. En el aspecto físico, una gran mayoría reporta la vivencia del embarazo como normal, dando dos significados a esta respuesta: no haber sentido molestias y haber seguido con su salud de siempre o haber tenido las molestias “normales” del embarazo sin gran frecuencia o magnitud, con esta

palabra hacen referencia a: mareos, vómitos, náuseas, aumento de peso, cansancio y otros malestares. Otros problemas identificados en este aspecto fueron los siguientes.

Tabla 29. Aspectos físicos del embarazo de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

Aspecto físico	Menciones
Amenaza de aborto (una por golpes de la pareja y dos por caídas).	30
Embarazos de alto riesgo.	13
Complicaciones por la salud de las embarazadas como: desnutrición, hipertensión, anemia y tensiones familiares por problemas ajenos al embarazo (enfermedad o muerte de familiares o de la pareja) o referidos al mismo.	28

Fuente: elaboración propia.

El aspecto emocional de los embarazos de las encuestadas resultó complejo y diverso. Sus experiencias van desde una de ellas que cayó en profunda depresión y trató de provocarse un aborto al saber que su pareja fue asesinada, hasta quienes vivieron su embarazo con felicidad dado el apoyo emocional de su pareja y familia. Desagregando las respuestas emocionales de las encuestadas se detectó lo siguiente.

Tabla 30. Aspectos emocionales del embarazo de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

Aspecto emocional	Menciones
Normal: estable emocionalmente, tranquila	164
Feliz, satisfecha, contenta, entusiasta	73
Triste	37
Deprimida (2 con tratamiento psicoterapéutico)	20
Inestable, sensible	16
Ambivalente (feliz por el embarazo y triste por alguna otra situación: cáncer de su madre, problemas económicos, etc.)	12
Confundida	12
Nerviosa, Miedo a la pérdida del bebé o al proceso del parto	8
Apenada	8
Enojada	7
No asimilaba el embarazo	5
Intolerante, Ansiosa, Desilusionada, Embarazo involuntario, Baja Autoestima, Remordimiento, Desesperada, Preocupada, Avergonzada, Incómoda, Temerosa del rechazo social,	13
Rechazaban a su bebé	5
No me importó "el qué dirán"	4
Esperanza, Confiada, Luchó por que su hijo se quedara con ella (su madre quería darlo en adopción)	3

Fuente: elaboración propia.

El tercer aspecto de la historia del embarazo que se exploró fue el de la calidad de las relaciones sociales durante el mismo. También resultó diverso. Las encuestadas citaron situaciones complejas que se cuantifican a continuación.

Tabla 31. Aspectos sociales del embarazo de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*

Aspecto social	Menciones
Normal: sin cambios en la convivencia y el trato hacia ellas	176
Recibieron apoyo de familia, amigos, familia de su pareja	104
Aislamiento	8
Rechazo: padre (3), madre (1), ambos padres (4), vecinos (6), amigos (4), otros familiares (5), de la pareja (2), compañeros de la escuela (1)	26
Exclusión: escolar (3), familiar (2)	5
Insultos, ofensas (4), discriminación (4), críticas (4)	12

Fuente: elaboración propia.

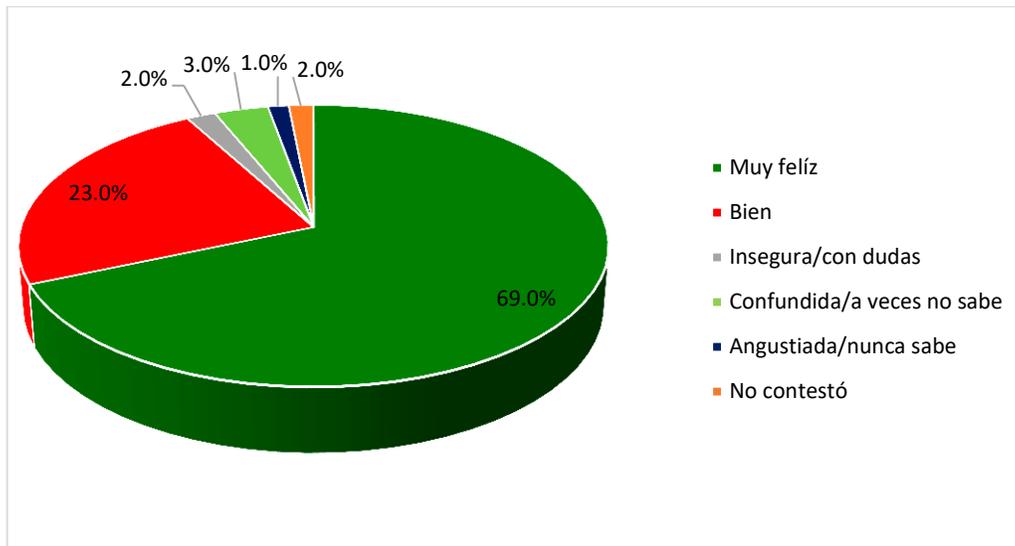
Como puede verse, una tercera parte recibió apoyo de su entorno y casi la mitad no percibió cambios significativos en la calidad de las relaciones con su familia, amigos y compañeros.

Rol materno/Maternidad

Sólo 13 del total de las encuestadas se encontraban embarazadas al momento de la entrevista. Nueve de ellas dijeron ya imaginarse como madres y las cuatro restantes aún no se ven así. En cuanto a su estado emocional, ocho dijeron sentirse muy felices con su embarazo, tres se sintieron muy bien y dos inseguras. Del total de estas encuestadas gestantes, 12 tendrán ayuda con su bebé mientras que una de ellas dijo que no tendrá ayuda para cuidarlo. Varias personas ayudarán a cada una de estas doce embarazadas, en primer lugar, aparece el padre del bebé, luego la madre, el padre y hermanas de la embarazada, su suegra y por último algún otro pariente de la familia del padre del bebé.

Entre las madres jóvenes que se encuentran criando a sus hijos, 266 (69.0%) se sienten muy felices con su maternidad, 91 (23.0%) declaran estar bien; 7 (2.0%) expresaron sentimientos como inseguridad, 13 (3.0%) confusión y 5 (1.0%) angustia en su función como madres y 6 (2.0%) no respondieron a esta pregunta.

Gráfica 94. Sentimientos actuales de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* ante su maternidad



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

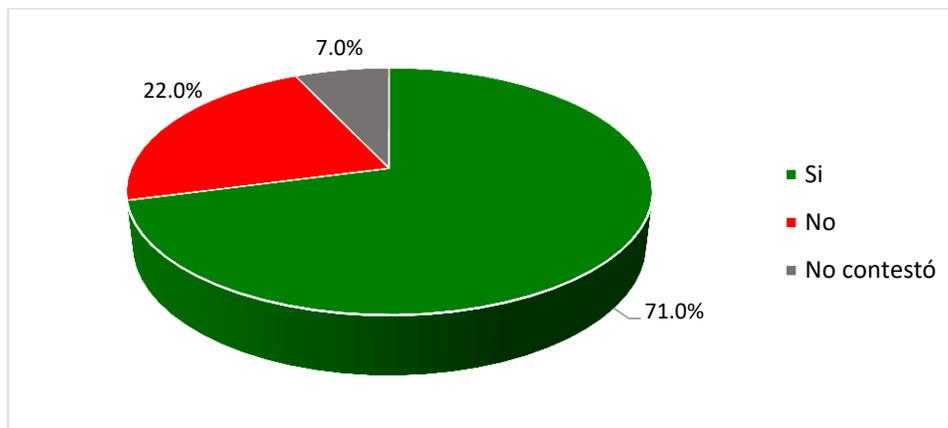
Entre quienes viven en pareja, estos sentimientos positivos pueden explicarse a partir de que habían planeado el embarazo luego de un tiempo de vivir juntos, es decir, habían decidido formar una familia:

Una chica madre de dos bebés: Yo no salí embarazada, yo me casé, para eso mi suegra y mi novio fueron a hablar con ella. Al mes salí embarazada pero ya casada y pensé que mi mamá me iba a pegar, pero me apoyó mucho. Mi mamá y mi abuelita me apoyan.

Otro argumento que aparece en sus comentarios es que para muchas de ellas es una meta personal el convertirse en “buenas madres” y algunas comentaron que habían decidido asumir la maternidad porque se sentían capaces de lograrlo.

Un factor que puede explicar la satisfacción que les produce el ejercer su maternidad es el hecho de que la mayoría de ellas cuenta con una red de apoyo en sus familiares más cercanos: 275 (71.0%) cuenta con ese apoyo y 86 (22.0%) declara no tenerlo y, 27 (7.0%) no respondió a esta pregunta.

Gráfica 95. Porcentaje de apoyo percibido por las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* para el cuidado de sus hijos



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

La red de apoyo es fundamental y aunque 7.0% de ellas no contestó esta pregunta y 22.0% dijo no contar con apoyo para llevar a cabo su función materna, ninguna de las entrevistadas afirmó vivir completamente sola y asumir totalmente sus gastos. Así que se puede considerar que la vivencia de un apoyo o sostén emocional está relacionada con una percepción subjetiva y con la calidad de la relación familiar.

Sin embargo, el sostén familiar puede llegar a invadir la responsabilidad propia de estas chicas como madres. Para muchas de las responsables del Programa, la familia de las beneficiarias –principalmente la madre o la suegra- llegan a asumir la crianza de los hijos de dos formas:

... en la región de Neza es muy visto, ya sea que los padres le quiten la responsabilidad a la chica porque no la consideran apta para criar a su bebé o que los mismos hijos les den esa responsabilidad a los padres. O sea, está como que mitad y mitad. Inclusive las mismas niñas me han comentado que las suegras son las que se involucran en la educación de sus hijos y que ellas, por evitar conflictos con la pareja, acceden a que la suegra eduque a su hijo. Es muy contrastante las cosas pero sí se dan, a mí al menos en Neza lo he visto mucho.

¿Contrastante en qué sentido?

Porque los papás en cierta forma le están diciendo “dámelo porque tú no lo puedes criar” y la otra parte, “te lo dejo porque no me quiero hacer cargo”, en ese sentido.

Pero según datos cualitativos, también hay madres que respetan la nueva condición de vida de sus hijas e hijos y alientan su responsabilidad en la crianza:

... se fueron a vivir juntos. Ella se embaraza después de un año de estar juntos, el chico deja la escuela, él se pone a trabajar. Me llama mucho la atención que se dedicó a vender tortillas, en un año, el tiempo que estuvo la chica embarazada, él junto para pagar el parto y para algunos muebles que compró para su pareja. Y la mamá de la niña me decía que pagó un parto de nueve mil pesos y solamente vendiendo tortillas. Entonces yo decía, ¿y cómo le hizo? Y le compró su cama y le compró su ropero. Porque la mamá les decía, “bueno les voy a permitir que vivan aquí en casa pero ustedes tienen que ser independientes”. Tienen su parrilla, tienen sus cosas, la mamá no se involucra.

Otras personas, como la suegra y miembros de la familia extensa también pueden tratar de incidir en la crianza de los bebés de manera respetuosa: Mi suegra me apoya en todo para cuidar a mi bebé, me siento segura por cómo me va enseñando. Mi pareja consiente mucho a la niña.

Cuando algún miembro de su familia política trata de intervenir en la maternidad de manera intrusiva, ellas pueden optar por poner límites que imponen a sus parejas: Mi cuñada ya no se mete entre nosotros porque no vivimos ahí, yo me encargo de cuidar mi niña a mi modo, no soy muy consentidora y mi pareja acepta cómo la cuido yo.

Para algunas jóvenes la crianza de sus hijos puede ser una experiencia solitaria, aun cuando tengan pareja: “Yo llevo la crianza sola porque él trabaja fuera –es albañil-, viene cada 15 días y luego se va”. Pero para otros hombres, la ausencia por motivos de trabajo no los debe librar de la responsabilidad de cuidar a sus hijos:

Habla el compañero de una de las beneficiarias: Los que se van a trabajar fuera buscan excusa para no ayudar, los que se quedan tienen la responsabilidad. Somos los hombres pero no somos los que mandamos, en primera porque no estamos en la casa.

Mientras que para otras de las jóvenes encuestadas, la crianza es compartida:

La crianza la llevamos ambos, en que uno hace algo, él hace otra cosa. Así los dos cooperamos.

... si llega él y me dice que está cansado, yo le digo “ayúdame”. Yo siento que se hace el huevón. Al principio quería ayudar y cambiar el pañal, pero luego hubo un tiempo en el que yo estaba estresada y le pegué al grande porque le hacía cosas al chico y pensé que me estaba pasando. Ahora hay que ser equitativo, yo le digo “yo con uno, tú con otro”. Ahora él solito me ayuda cuando ve que no puedo. Con su mamá no me llevaba bien porque él era “su niño”, pero ahora lo mentaliza a que me ayude.

Incluso, algunas de las encuestadas describen la participación de sus parejas en la crianza a modo de una transformación en el rol paterno hacia una mayor cercanía física y afectiva con los hijos y de más tiempo compartido con ellos y la mujer; con el resultado de que los varones atienden a sus hijos de la misma forma que ellas lo hacen:

...por eso cuando lavo los trastes él baña la niña.

Mi esposo trabaja todo el día y descansa sábado y domingo y esos días se queda con el niño porque yo me voy a ayudar a mis papás porque tienen un puesto. Él sabe cuidarlo, se espera a que se despierte, lo alza y lo cambia y lo trae para acá y para allá.

Para finalizar este apartado solo resta señalar que la situación biológica-socioeconómica de las beneficiarias, junto con su educación y las preconcepciones y afectos que han desarrollado dentro de sus familias y comunidades, a su vez, forman parte del contexto y de su persona en la medida en que las jóvenes las asimilan y actúan. En su conjunto, son las condiciones y determinaciones causales que pueden inhibir o impulsar el embarazo adolescente. En contraparte, las vicisitudes de la relación de pareja, la vida sexual y el embarazo adolescente son expresiones resultantes de dichos factores casuales.

4.2.5. Vinculación de factores que inciden en el embarazo adolescente

En este apartado se busca poner a prueba la funcionalidad de las hipótesis interpretativas del presente estudio:

Las condiciones de pobreza multidimensional favorecen la ocurrencia del embarazo adolescente y complican el proceso de sobrellevar el embarazo y la crianza del bebé.

Las dificultades de las familias y las parejas para ayudar a las adolescentes a sobrellevar el embarazo pueden mitigarse parcialmente por medio de políticas públicas focalizadas.

Entre los autores citados en la primera parte de este trabajo, Menkes y Suárez (2003) identificaron que las variables socioeconómicas significativas que explican, con mayor fuerza, el embarazo de las adolescentes, en orden de importancia, fueron: el estado marital, la edad de la jovencita y el nivel de educación.

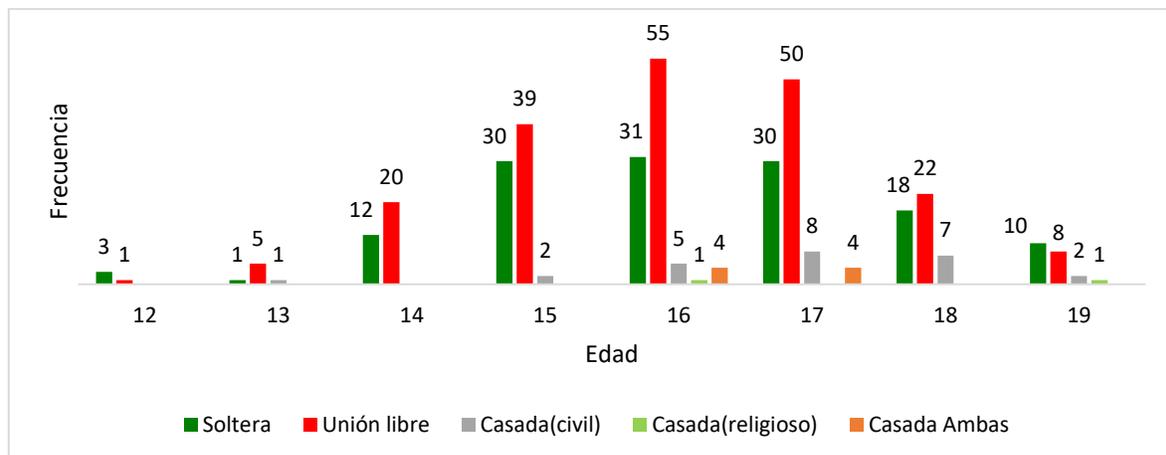
Los datos obtenidos en la presente investigación permiten observar las variables que inciden en el embarazo adolescente.

- Estado civil y edad de la beneficiaria

En contraste con la preconcepción social de que las madres jóvenes son madres solteras, nuestros resultados indican que aún a baja edad, las adolescentes que se encuentran unidas son las que predominan en la población estudiada. Su mayor frecuencia se presenta a los 15 de edad. Resultados semejantes, fueron encontrados en los estudios de Pantelides y Binstock (2007) además de Menkes y Suárez (2003).

Considerando que una gran número de encuestadas dijo haber elegido a su pareja por voluntad propia, no se puede afirmar aquí que estas uniones hayan sido forzadas –en su mayoría–.

Gráfica 96. Estado civil y edad de la beneficiaria en el primer embarazo



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

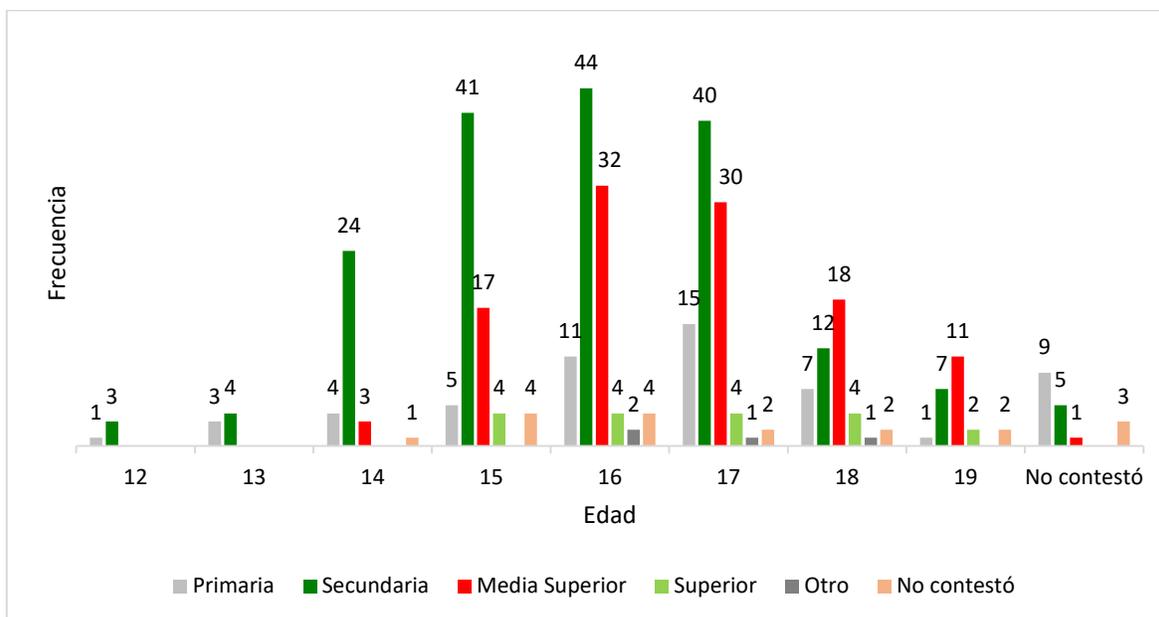
- Escolaridad y edad de la beneficiaria en el primer embarazo

El nivel de escolaridad predominante de las madres adolescentes estudiadas es la secundaria, completa o incompleta. 125 de las beneficiarias lo han alcanzado entre los 15 y los 17 años. Esto significa que los años de estudio que han tenido a la edad de su primer embarazo (de 7 a 9 años) se encuentra por debajo del nivel de educación obligatorio nacional, que es el bachillerato. Este nivel escolar está siendo considerado como indispensable para obtener empleo formal actualmente.

También entre los 15 y los 17 años, 79 de las encuestadas han alcanzado el nivel de escolaridad que corresponden al bachillerato (incompleto o completo).

En nuestro país, Menkes y Suárez (2003) y Menkes y Serrano (s/f) han identificado la baja escolaridad como factor incidente en el embarazo adolescente. A nivel mundial, el UNFPA (2013a), Jara-OPS (2008) y UNICEF (2011) coinciden en la misma idea.

Gráfica 97. Escolaridad y edad de la beneficiaria en el primer embarazo



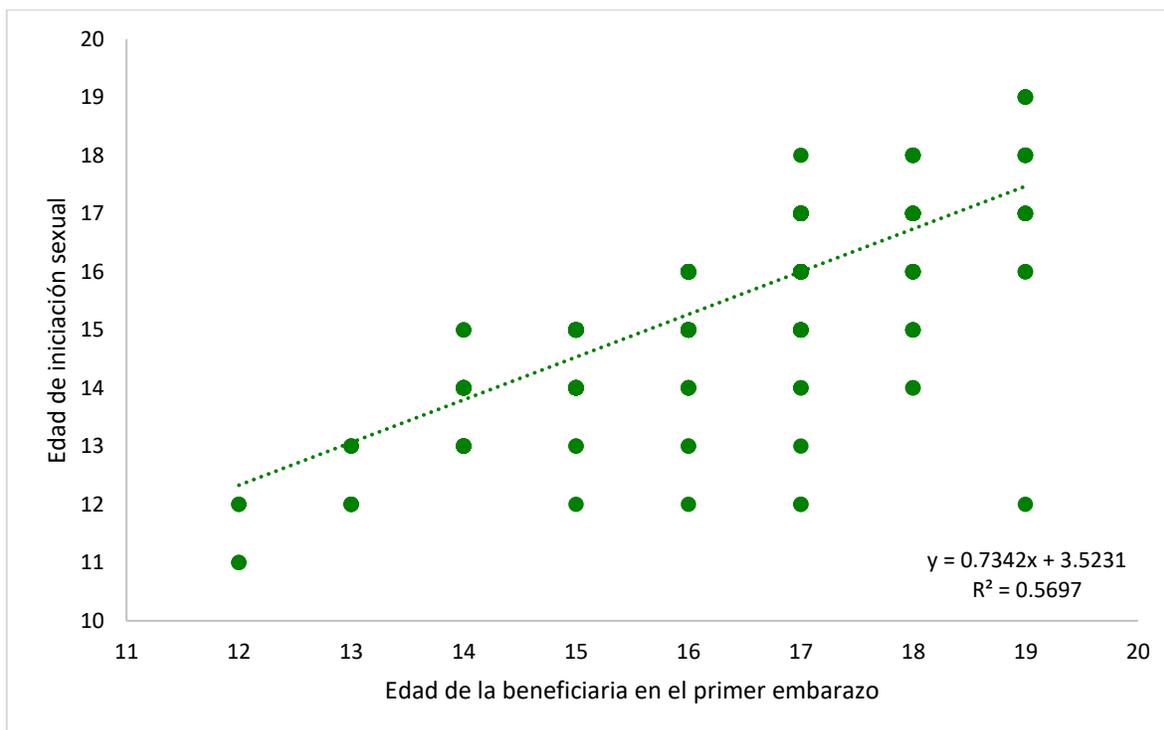
Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

- Iniciación sexual y edad de la beneficiaria en el primer embarazo

El efecto entre la edad de iniciación sexual y la edad al primer embarazo de las encuestadas viene a confirmar que los embarazos más tempranos, a los 12 y 13 años, son escasos. De nueva cuenta las edades entre los 15 y los 17 años, inclusive los de 18, son las de más alta incidencia de embarazos en la población estudiada.

Tendencias semejantes han sido reportadas a nivel internacional en las investigaciones de Alvarado e Infante (2010), UNICEF (2011) y PPFA (2011). Mientras que en el nivel nacional, Menkes y Suárez (2003), Menkes y Serrano (s/f), ENSANUT (2006, 2012) y la ENSE (2008) encuentran tendencias semejantes. A nivel local, CIPCO (2012), Meave y Lucio (2008).

Gráfica 98. Edad de iniciación sexual y edad de la beneficiaria en el primer embarazo

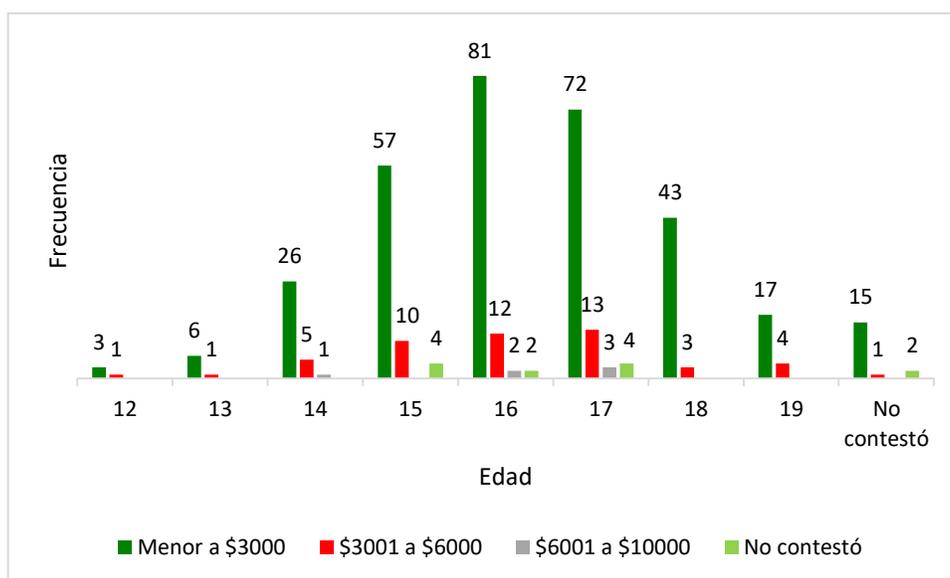


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

- Ingreso familiar y edad de la beneficiaria en el primer embarazo

El Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* elige trabajar con la población de madres adolescentes en condición de pobreza multidimensional y esta imagen confirma que efectivamente son ellas, entre los 15 y los 18 años quienes más acceden a él. La situación de estas jóvenes madres es la misma identificada por el UNFPA y UNICEF (2011) en el mundo. En México, Menkes y Suárez (2003) y Menkes y Serrano (s/f) han confirmado que los embarazos tempranos ocurren más frecuentemente en las mujeres que viven en condiciones socioeconómicas desfavorables.

Gráfica 99. Ingreso familiar y edad de la beneficiaria en el primer embarazo



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

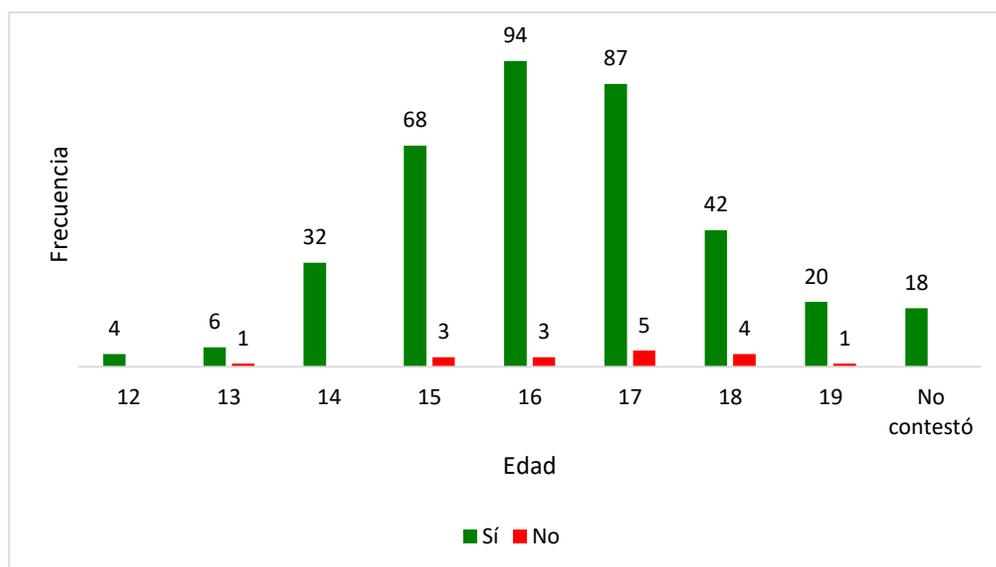
- Conocimiento de anticonceptivos y edad de la beneficiaria en el primer embarazo

Nuevamente, son las jóvenes entre los 15 y los 18 años quienes declaran -con mayor frecuencia- haber tenido conocimientos sobre anticoncepción antes de embarazarse. Esto no basta para que hagan uso de ellos. En la información cualitativa se confirmó que las creencias personales y religiosas, así como las

presiones sociales y familiares resultan tener más peso que manejo de información relativa a la anticoncepción.

Aportaciones semejantes muestran los datos de ENSE 2008, ENSANUT (2006, 2012) a nivel nacional y del Estado de México, así como los estudios de Leyva-López *et al.* (2010), Ramírez (2011) y Gallegos *et al.* (2008).

Gráfica 100. Conocimiento de anticonceptivos y edad de la beneficiaria en el primer embarazo



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

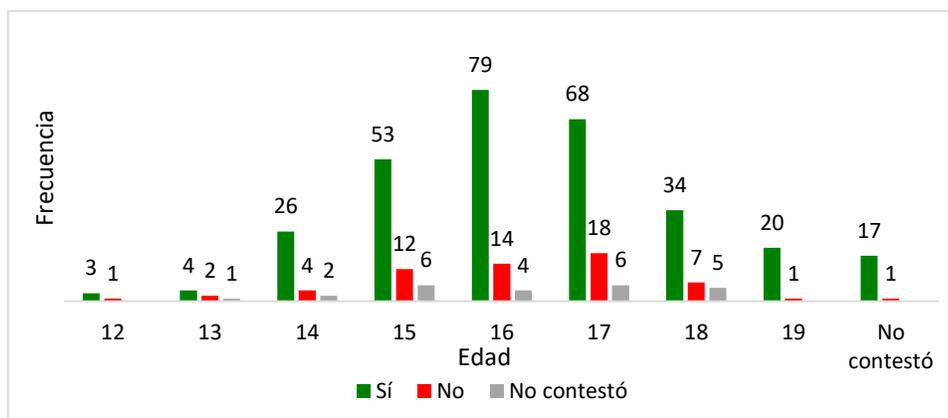
- Acceso a anticonceptivos y edad de la beneficiaria en el primer embarazo

El acceso a los anticonceptivos es el segundo problema a resolver en vías de favorecer su uso preventivo. Una gran parte de las jóvenes de 15 a 17 años encuestadas para esta investigación reconocieron tener acceso a ellos, incluso de forma gratuita, en los servicios de salud.

Las recomendaciones internacionales (OMS, 2013; UNICEF, 2011 y UNFPA, 2013a, 2013b) proponen el acceso temprano a estos medios. Sin embargo, en nuestro país no existen servicios de planificación familiar para adolescente con vida sexual activa y las convenciones sociales aún censuran su acceso en la adolescencia temprana, es decir, antes de los 15 años.

La ENSANUT, a nivel nacional y estatal -en sus versiones 2006 y 2012- confirma esta misma problemática. La información cualitativa de la presente investigación, de nueva cuenta, afirma la influencia de las presiones socioculturales provenientes de la familia y de farmacéuticos que valoran negativamente la facilidad de acceso a estos medios, sobre todo, para las y los adolescentes tempranos.

Gráfica 101. Acceso a anticonceptivos y edad de la beneficiaria en el primer embarazo



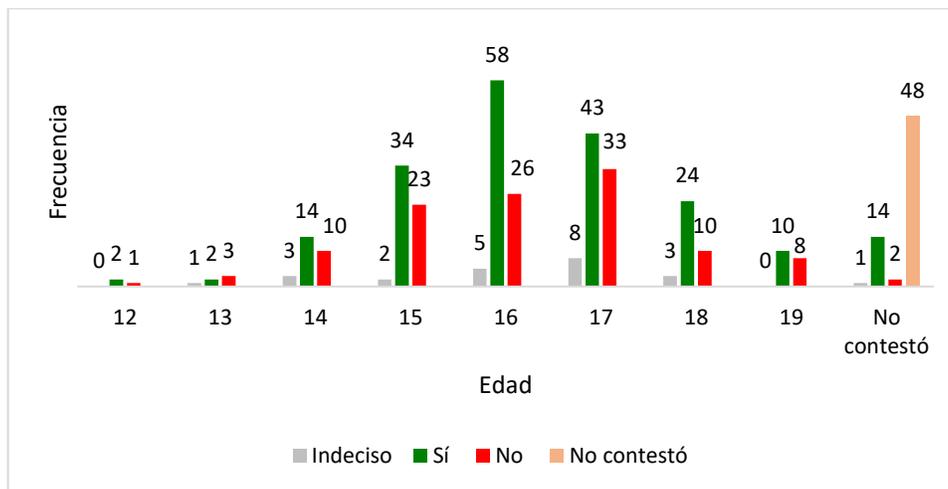
Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

- Uso de anticonceptivos y edad de la beneficiaria en el primer embarazo

Las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* reportaron el uso de anticonceptivos, antes de su embarazo, con mayor frecuencia entre los 15 y los 17 años de edad. Sin embargo, 49% (190) de las encuestadas manifestó haber elegido embarazarse. Entre quienes no lo eligieron, se destacan los motivos relativos a la urgencia del deseo sexual en combinación con la dificultad de obtenerlos en ese momento. Pero este dato habla de una cultura juvenil que no termina por habituarse al uso de los anticonceptivos.

Estas mismas tendencias se reportan en los resultados de la ENSANUT (2006, 2012), la ENSE (2008) a nivel nacional y, en los estudios de Gallegos *et al.* (2008). Los resultados de la presente investigación contrastan con los resultados del 2012 para el Estado de México, la cual reporta un mayor uso de estos medios entre las jóvenes.

Gráfica 102. Uso de anticonceptivos y edad de la beneficiaria en el primer embarazo



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Con el fin de organizar el análisis de los factores que se han venido identificando como causas y condiciones del embarazo adolescente, tanto en la revisión bibliográfica como en el trabajo de campo que aportaron datos cualitativos y cuantitativos, se construyó una Matriz Causal que, una vez obtenida, sirvió de guía para toda la investigación.

Cuadro 9. Matriz Causal

Sujetos	Aspectos del contexto			Resultado: Embarazo Adolescente
	Situación biológica-socioeconómica	Educación	Preconcepciones y afectos	
Madre Adolescente	F 1.1	F 1.2	F 1.3	↓
Familia de origen y círculo social	F 2.1	F 2.2	F 2.3	- Ocurrencia
Padre biológico Pareja	F 3.1	F 3.2	F 3.3	- Se sobrelleva
Políticas Públicas	F 4.1	F 4.2	F 4.3	- Crianza

Fuente: elaboración propia

Como puede observarse, en la columna de la derecha se ubica el fenómeno del embarazo adolescente, en sí mismo, identificado como efecto o resultado.

Para identificar y describir las causas, a manera de vectores horizontales se distinguen los cuatro actores o sujetos que pueden participar o incidir en el origen y desarrollo del fenómeno en cuestión:

- La madre adolescente.
- Su círculo social y, más particularmente, la familia de origen.
- La pareja, quien puede o no ser el padre biológico.
- Las políticas públicas.

Para ayudar a ubicar los factores incidentes, en las columnas se colocan los aspectos considerados como condicionantes de la participación de cada actor en torno al embarazo adolescente:

- La situación biológica-socioeconómica.
- La educación o nivel educativo.
- Las preconcepciones y afectos.

Para finalizar, solo resta señalar que la integración de la matriz –tanto dentro de una sociedad tradicional como en una sociedad moderna- representa la conjunción dinámica que producen la situación biológica-socioeconómica de las beneficiarias, junto con su educación y las preconcepciones y afectos que han desarrollado dentro de sus familias y comunidades. A su vez, todo ello forma parte del contexto y de su persona en la medida en que las jóvenes se identifican con ello, lo asimilan y actúan. En su conjunto, los aspectos citados son las condiciones y determinaciones causales que pueden inhibir o impulsar el embarazo adolescente. Por otra parte, las vicisitudes de la relación de pareja, la vida sexual y el embarazo adolescente son expresiones resultantes de dichos factores casuales.

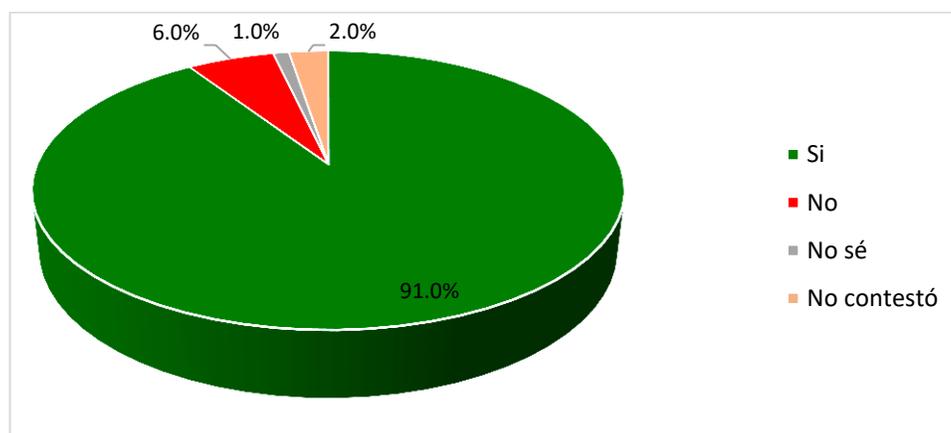
5. MOTIVACIONES Y DIFICULTADES QUE ENCARAN LAS MADRES ADOLESCENTES

Este apartado describe las motivaciones y dificultades que encaran las madres adolescentes adscritas al Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* a modo de esbozo de los aspectos subjetivos que actúan como motivos impulsores de sus vidas. Las dificultades más significativas para el logro de sus metas, por el contrario, son aspectos concretos de la realidad en que viven y aquí se reportan brevemente dado que en el apartado anterior dicha realidad ha sido ampliamente descrita.

5.1. Motivaciones y Aspiraciones

De acuerdo con los resultados de la investigación de campo; 352 (91.0%) de las jóvenes encuestadas refieren tener una meta a futuro, mientras 22 (6.0%) dicen no tenerla, 4 (1.0%) no saben o no han pensado al respecto y 10 (2.0%) no contestó la pregunta. Entre las aspiraciones más comentadas se citaron: tener casa propia, seguir estudiando, tener un negocio propio, poner una estética, aprender mucho más sobre cómo poner uñas y vender sus manualidades.

Gráfica 103. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* ante su maternidad que declaran tener metas de vida

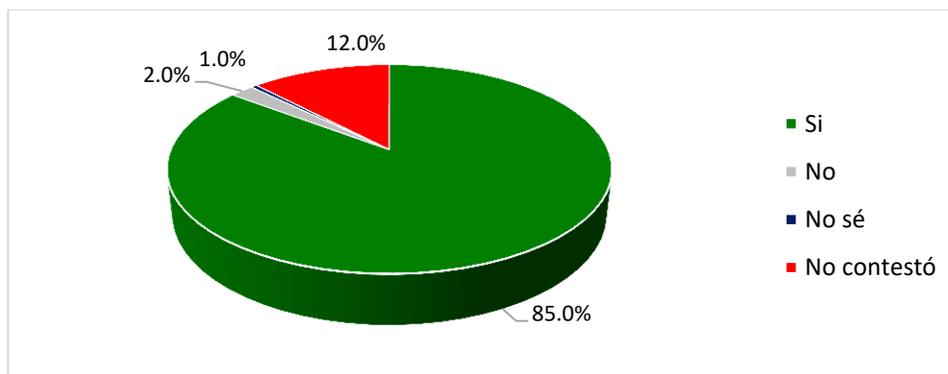


Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

En cuanto a la crianza de los hijos, 331 (85.0%) de las encuestadas espera llevar adelante la formación de sus hijos junto con el logro de sus metas, 8 (2.0%) cree

que no podrá hacerlo, 2 (1.0%) dijo que no sabe y 47 (12.0%) no respondió a esta pregunta.

Gráfica 104. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* que quiere dedicarse a criar a sus hijos



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

En los datos cualitativos se reveló con claridad que una de las motivaciones de muchas de las encuestadas, en el sentido de un elemento que las mueve a buscar una mejor vida -ya sea a través del estudio o del trabajo- es la existencia misma de sus hijos. Así lo indican sus propios comentarios: “*Ahora que tengo a mi bebé ya tengo aspiraciones, pero se me complica el obtener trabajo o poder seguir estudiando por razones económicas*”.

La motivación de ser una buena madre aparece relacionada también con el reto de superarse para evitar a sus propios hijos las carencias afectivas y materiales con las que ellas crecieron. Así lo registraron las y los encuestadores en sus notas:

Entre sus aspiraciones personales destaca el lograr ser buenas madres y en otros casos el deseo de seguir estudiando.

Ya fueran casadas, unidas o solteras, muchas manifestaron el deseo de prepararse mejor para poder darles una mejor situación de vida a sus hijos.

En muchas de las familias de las beneficiarias se anotó la falta del padre por muerte, separación, divorcio o abandono, con la consecuente ausencia cotidiana de la madre a raíz de sus horarios de trabajo.

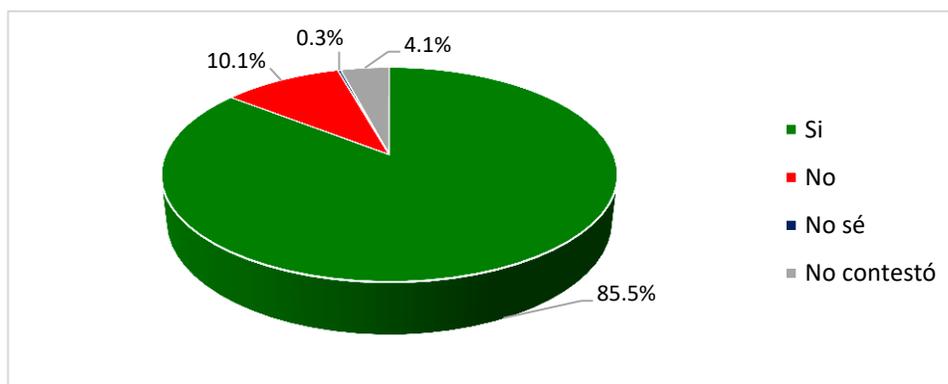
Algunas de las chicas entrevistadas dijeron que decidieron ser madres porque su mamá estuvo ausente en su vida o porque no tuvieron una familia y deseaban formar una familia y darles a sus hijos, el amor que a mí no me dieron.

Pero las responsables del Programa consideran que, en muchos casos, el exclusivo ejercicio de la maternidad y la vida doméstica es una carencia de proyecto de vida:

Es otra cosa que pues encerrase en su mundo, pues en su bebé, las labores domésticas no pueden pensar en salir de ese núcleo, sin pensar en estudiar o en trabajar o algo así. Esas aspiraciones es muy raro encontrarlas, digo, lo platicamos en proyecto de vida, vemos que hay más opciones pero es difícil que ellas se arriesguen, ¿no? Vean más allá de lo que están acostumbradas, de la tradición, de la cultura de ese lugar.

Seguir estudiando es una de las metas sobre la cual se preguntó directamente. 332 (85.5%) desea retomar sus estudios, principalmente en aquellos casos en los que dejó la secundaria, la preparatoria o la universidad sin concluir a raíz de su embarazo, 39 (10.1%) no cree poder seguir estudiando, una sola persona (0.3%) dijo que no sabe y 16 (4.1%) no respondió a esta pregunta.

Gráfica 105. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social Futuro en Grande que quiere seguir estudiando



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Los estudios que desean realizar son: cultora de belleza, corte y confección, asistente educativo, mantenimiento de computadoras, educadora, maestra o policía, entre otros. Quienes mencionaron la meta de lograr una carrera universitaria citaron: derecho, biología marina, diseño industrial, psicología, pedagogía, veterinaria, nutrición, criminología y matemáticas.

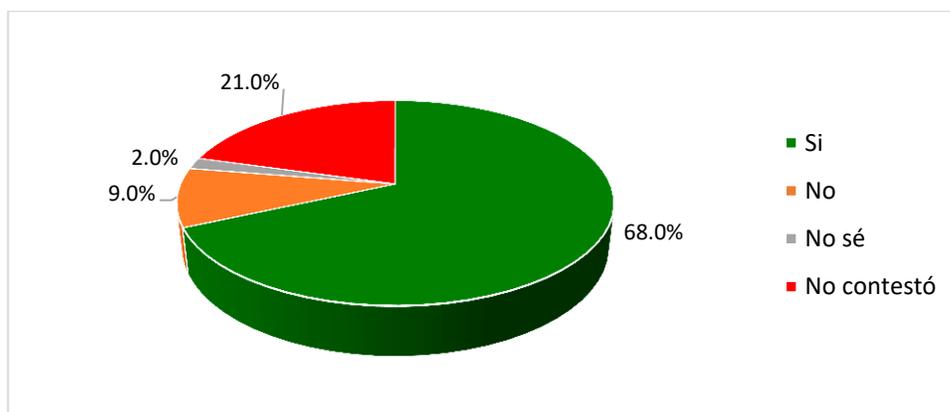
Las responsables del Programa confirmaron que muchas de las beneficiarias actuales tienen una gran motivación para seguir estudiando hasta concluir el nivel que dejaron inconcluso o avanzar a un nivel superior:

Entonces yo tengo varias chicas que si han terminado incluso hasta la secundaria, porque muchas ni la secundaria tenían, ya sea en forma abierta o escolarizada terminan la prepa. Tengo chicas que también ya están en la universidad que me lo comentaban, “es que yo quiero ser psicóloga”. Por ejemplo una niña que me acuerdo, hizo su examen, entró a la carrera. Otra que como un mes después de la plática, me fue a ver a mi oficina, le quedaba un poco retirado, pero fue y me dijo, sí sirvió la plática licenciada, aquí está mi credencial de la escuela. Se metió al sistema abierto pero dijo “yo sí puedo, por mí, por mi bebé”. Hasta la relación con los bebés es un poquito más diferente como que a lo mejor están un poquito más conscientes de que son mamás no como al principio lo podemos ver.

Cuautitlán Izcalli, este año, me encuentro más que siguen estudiando, que entraron a la universidad. Es un cambio que a mí me ha sorprendido porque otros años, la mayoría era prepa, secundaria y ahorita ya tengo, digo, no muchas, pero más número que el año pasado que están estudiando la universidad o que tienen proyectos de trabajar, ya ven como las redes de apoyo, ya ven cómo voy a dejar al niño aquí mientras yo trabajo, porque como ellas si ya se visualizan que necesitan darse ellas para poder darle a su bebé, ¿no? realizarse aun con su bebé para poder brindarle algo mejor al bebé.

Como se mostró antes, 78% de las encuestadas no trabaja, así que el trabajo es una meta importante; para 265 (68.0%) de ellas, mientras 36 (9.0%) no quiere trabajar, 7 (2.0%) dijo no saber qué hacer y 80 (21.0%) no contestó la pregunta. Entre los empleos que desean obtener predominan: estilista, asistente educativo en guardería, empleada en comercio, costurera, ayuda doméstica de planta, obrera en una fábrica, recepcionista o demostradora de productos. Muchas de ellas agregaron que buscarían que su trabajo fuera de medio tiempo o pudieran adaptar sus horarios a sus necesidades familiares.

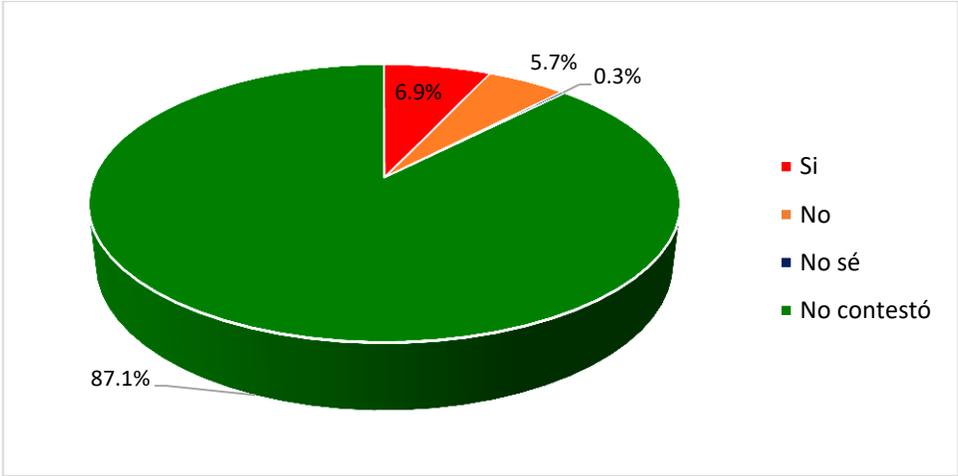
Gráfica 106. Porcentaje de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* que quiere trabajar



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Entre quienes sí trabajan, 27 (6.9%) quiere seguir trabajando, 22 (5.7%) no quiere y una de ellas (0.3%) respondió no saber y 338 (87.1%) no respondieron esta pregunta, pero del total de las encuestadas, 301 no trabajan, así que esta cifra se explica con esta población y con 36 encuestadas quienes no quieren trabajar.

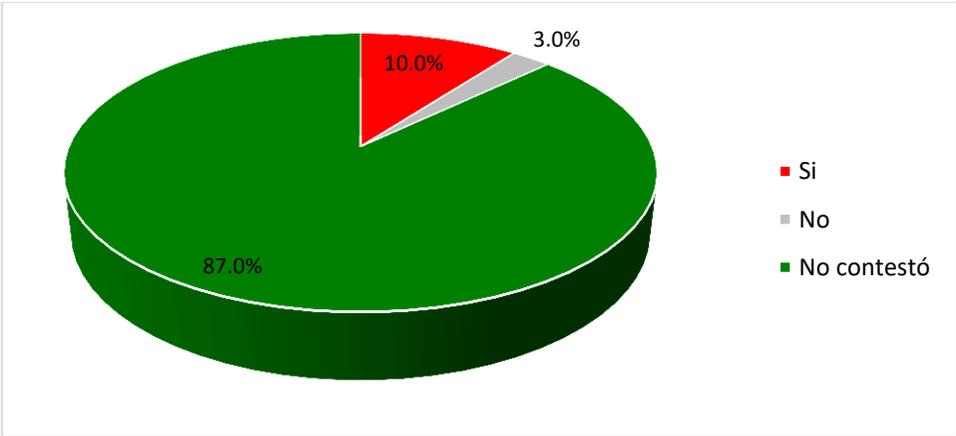
Gráfica 107. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* que quiere seguir trabajando



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

De quienes trabajan, 40 (10.0%) de las encuestadas esperan lograr un trabajo diferente al que tienen actualmente y 10 (3.0%) no lo esperan. La diferencia más enfatizada en sus comentarios es que quisieran un trabajo mejor pagado y con prestaciones, o un trabajo con flexibilidad de horario, pero estable.

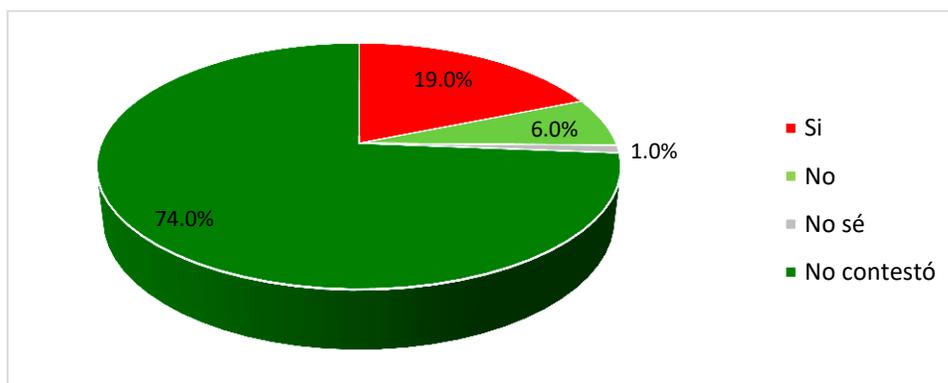
Gráfica 108. Porcentaje de beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* que quiere un trabajo diferente al actual



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

Se observa que 286 (74.0%) encuestadas no responden a la pregunta de si necesitan capacitación para obtener un trabajo, 25 (6.0%) consideran que no necesitan de una capacitación específica para obtener un trabajo, 73 (19.0%) si la consideran una necesidad y 4 (1.0%) no saben (hay que recordar que 301 no trabajan). Las capacitaciones más citadas se refieren al manejo de la computadora, aprender inglés y estilismo.

Gráfica 109. Porcentaje de las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* que necesita capacitación para obtener un trabajo



Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta.

A continuación, sin considerarlos como datos representativos, se presenta un resumen de las metas y aspiraciones obtenidas en los cuatro grupos focales realizados con las jóvenes encuestadas en los municipios de Chalco, Naucalpan, San José del Rincón y Villa Victoria.

Tabla 32. Metas y aspiraciones de las beneficiarias de Chalco

Chalco: Metas y aspiraciones
- <i>Mi meta es seguir estudiando corte de cabello y peinado.</i>
- <i>Escuchando a todas me doy cuenta de qué si se puede buscar que nos ayuden a terminar la prepa.</i>
- <i>Yo quiero hacer una licenciatura en idiomas para estar mejor preparada y tener una vida que no sea de carencias.</i>
- <i>Quisiera terminar mi carrera, quiero estudiar derecho.</i>
- <i>Mi meta es ser super, super profesional en el trabajo de uñas, tener mi salón y tener chicas trabajando para mí y yo nada más recibir dinero.</i>
- <i>Me gustaría terminar la prepa.</i>
- <i>Terminar mi prepa y ser enfermera.</i>
- <i>Hace medio año iba a tomar un curso de enfermería pero mi bebé se enfermó y no pude irme a apuntar. Ahorita que ya está bien mi meta es terminar la prepa.</i>
- <i>Quiero hacer la carrera de optometría.</i>

Fuente: elaboración propia.

Tabla 33. Metas y aspiraciones de las beneficiarias de Naucalpan

Naucalpan: Metas y aspiraciones
<ul style="list-style-type: none">- <i>Por las molestias que tenía en el embarazo me salí de la prepa en el tercer semestre, la voy a terminar y después quiero hacer una carrera técnica.</i>- <i>Yo quiero disfrutar de mi bebé, quise ser madre y lo voy a vivir hasta que ya vaya a la escuela veré que hago, tal vez estudie algo que me guste y me dé dinero como estilismo o cocina.</i>- <i>Estoy en la prepa en quinto semestre y casi llevo 9 de promedio, luego voy a seguir en la universidad porque quiero estudiar derecho.</i>- <i>Mi meta es ahora dedicarme a mi hija.</i>- <i>Estoy en un curso que dura dos horas diarias, es que quiero trabajar en un salón de belleza.</i>- <i>Tengo la secundaria terminada y cómo me gustó el curso de uñas quiero estudiar más de eso, y ser de las buenas para poner uñas.</i>

Fuente: elaboración propia.

Tabla 34. Metas y aspiraciones de las beneficiarias de San José del Rincón

San José del Rincón: Metas y aspiraciones
<ul style="list-style-type: none">- <i>Quiero seguir estudiando, terminar la secundaria pero es mucho gasto y el horario no me conviene, con un bebé ya no se puede estar tantas horas en la escuela.</i>- <i>Voy a terminar la prepa pero no sé cuándo porque no tengo dinero para hacerlo en este momento.</i>- <i>Ponerle un techo de cemento a la casa, ahorita tenemos una láminas y cuando llueve se gotea.</i>- <i>Construir mi casa propia.</i>- <i>Ser una buena madre, darle confianza a mis hijos.</i>- <i>Seguir estudiando, me gustaría ser enfermera.</i>- <i>Tener un terreno en el municipio.</i>- <i>Trabajar como mínimo en una casa de planta, porque es dinero y la comida es segura.</i>

Fuente: elaboración propia.

Tabla 35. Metas y aspiraciones de las beneficiarias de Villa Victoria

Villa Victoria: Metas y aspiraciones
<ul style="list-style-type: none">- <i>Quiero criar a mi hija mejor de lo que a mí me criaron</i>- <i>Yo creo que es mejor seguir estudiando para darles algo mejor a los hijos en el futuro.</i>- <i>Me gustaría poner un negocio propio para tener mi dinerito y no descuidar a mi familia. Ahorita vendo Jafra y Füller en las casas.</i>- <i>Quiero aprender estilismo para trabajar por mi cuenta.</i>- <i>Estamos buscando construir nuestra casa propia, me llevo bien con mis suegros pero queremos vivir aparte.</i>- <i>Necesito trabajar para apoyar económicamente a mis papás, porque mi papá esta discapacitado por sus nervios.</i>

Fuente: elaboración propia.

Estas metas y aspiraciones forman parte de los proyectos de vida que las beneficiarias empiezan a configurar o retomar a través de la orientación integral, la capacitación para el trabajo y las asesorías que forman parte del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*. Así lo suponen las responsables del Programa en los siguientes casos:

Hay chicas que le sacan mucho provecho a los cursos de capacitación para el trabajo. En algunos casos tienen mayor empuje en el hecho de decir, “yo voy a empezar a realizar mis...”, no sé, artículos ya sea de bisutería o de repostería. Varias beneficiarias de mis municipios, recuerdo que fue Amecameca que dos tres chicas me comentaron que no tenían para la leche del bebé, que el bebé estaba grave de salud o que no tenían para los medicamentos y que ellas, lo primero que recordaron, lo primero que hicieron fue vender este tipo de productos y con eso empezaron a generar, a generar y a seguir elaborando este tipo de artículos pero también dependiendo –como decía- del objetivo y de las necesidades que van teniendo cada una de ellas.

Había otra chica de Valle de Chalco que de una plática salió la Secretaría de Trabajo y ella acudió para que la tomaran en cuenta como instructora para dar cursos o tenerla de reserva para seguir emprendiendo este pequeño oficio que se le da. No todas toman la misma iniciativa. Algunas dicen, “me van a dar el material, me van a dar esto, me entretengo”, porque muchas también lo utilizan como hobby o como para desestresarse, ¿no?

En algunos casos, la posibilidad de desplegar un proyecto de vida, está relacionada con los recursos y el contexto familiar y social del que proceden las jóvenes. Entonces el aporte del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*, representa la piedra de toque que les ayuda a desplegar su actividad a un nivel más alto:

Yo creo que también depende del propósito y del plan de vida que tenga cada chica, yo he tenido beneficiarias, como dice mi compañera, que dependiendo el entorno o el municipio se desarrollan de manera diferente.

Sí, eso es bien cierto, en el municipio de Chiconcuac una chica tomó el taller de pintura textil, ya de hecho se dedicaba a la venta de ropa, ella se anunciaba por internet y se dedicaba a la venta de ropa. Tiene 16 años en la etapa pasada, ahorita debe tener como 17, entonces tomó el taller de pintura textil, y se puso a pintar cada una de las prendas que ella podía comprar, se ponía a pintarlas y venderlas y ya al finalizar la clausura me dijo que ya había abierto su propia tienda de ropa y entonces eso fue increíble porque a sus 16 años se convirtió en toda una empresaria pero es por el origen de la comunidad donde ella nació.

Otro hallazgo del impacto de los cursos de capacitación para el trabajo, detectado por las responsables del Programa, es el hecho de que la convivencia entre beneficiarias les aporta nuevas habilidades de relación y amplía su red de relaciones dado que son seres humanos que están conviviendo y aprendiendo:

... ves que en las pláticas no se pelaban la una con la otra y después de los cursos de capacitación también viene como que esa modificación en su manera de ver la vida. Ves las clausuras de los cursos y ves como las chicas, repito, no se hablaban y de repente se toman la foto, llevan a la hija, llevan al esposo y que si vamos a hacer esto y que si vamos a hacer el otro y que si nos reunimos.

Al principio les cuesta mucho trabajo participar, son más cohibidas, no les gusta a lo mejor relacionarse con sus compañeras y conforme van pasando las pláticas como que toman mayor seguridad de convivir con sus compañeras, de ponerse de acuerdo para llegar juntas a las pláticas o a los cursos.

Esta misma experiencia de sociabilidad la comparten las responsables del Programa. La convivencia con las beneficiarias aporta a su propio proceso personal como trabajadoras y como mujeres:

Yo creo que es lo bueno de este Programa que podemos tener interacción con las chicas no nada más al momento de entregarles la tarjeta. Sino en todo momento, desde que llega a inscribirse cuando se les entrega la tarjeta, en la etapa de los nueve meses cuando tenemos las pláticas, en el curso de capacitación, y en un inicio se ven mucho muy diferentes a cuando terminan ya las pláticas y sobre todo porque cuando terminan ya es la plática de proyecto de vida y ese día se ven con mejor autoestima, con mejores ideas.

Ellas me inspiran a seguir, a veces me deaigo y veo sus fotos o me llega un mensajito y pienso, si ellas pueden yo también puedo seguir.

Las entrevistas a las responsables del Programa evidenciaron un elemento psicosocial sin el cual las motivaciones y aspiraciones de las madres jóvenes se quedan sin realizar y las dificultades sin vencer, se trata de la responsabilidad.

Para estas profesionales, la falta de responsabilidad de las jóvenes en su participación en el Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* y en la crianza de sus hijos se debe a que no han sido “educadas”, ni por su familia ni por la escuela, para ser responsables y asumir consecuencias de sus actos y sus decisiones:

...no son responsables tampoco con la escuela porque yo las iba a buscar al CECYTEM, ahí doy los talleres y de hecho las dejaban faltar hasta un mes, mes y medio y las dejaban que no vinieran... Y no importa el tiempo que no vayan a la escuela, finalmente las pasan de semestre.

O porque está embarazada y se llega a sentir mal en su embarazo les dan la incapacidad indefinida... quiere decir que se pueden presentar en el momento en que ellas quieran e incorporarse al semestre, así sean dos meses que faltaron, ellas se incorporan y ya no pasa nada, no hay ningún problema.

...y no hay que llevar apuntes ni eso. Entonces, tanto en su familia como en la escuela no las enseñan a ser responsables.

5.2. Dificultades

Una comprensión más amplia de las dificultades de las beneficiarias se puede encontrar en la relectura del capítulo anterior, donde los datos cuantitativos y cualitativos dan cuenta de las circunstancias que enfrentan para vivir y realizar su vida y la de sus hijos en un contexto de pobreza multidimensional.

En este sentido se consideran dificultades, por ejemplo, los bajos niveles de ingreso, la baja escolaridad, la falta de empleo y de prestaciones laborales.

Por su parte, en las entrevistas grupales, las encuestadas consideraron que las principales dificultades que han de enfrentar para llevar a cabo sus metas y aspiraciones son las limitaciones económicas y el tiempo, seguidos por las frecuentes enfermedades de sus bebés, la carencia de guarderías y servicios médicos para ellos y la necesidad de cuidar de miembros de su familia que están enfermos o son vulnerables, como los abuelos.

Un obstáculo diferente para realizar el proyecto de vida personal fue mencionado por una beneficiaria del Programa en el municipio de Netzahualcóyotl y consiste en la existencia de los hijos: Esta chica mencionó no tener interés en dedicarse a sus hijos. Dijo que eligió tenerlos para no sentirse sola y para salir de casa de sus padres. Pero ahora está sin pareja y se vio obligada a volver a vivir con sus padres, así que piensa dejarles sus hijos a ellos e irse a luchar por lograr sus planes.

Por último, cabe enfatizar que las limitaciones económicas originadas en la condición de pobreza multidimensional en la que viven estas mujeres, redundan no sólo en la consecución de sus aspiraciones y proyectos de vida sino en muchos aspectos de su vida cotidiana y, por ende, en su participación en el Programa.

Conclusiones y recomendaciones para la política pública

Conclusiones

Por lo tanto, en primer lugar, se destacan los principales aprendizajes obtenidos, como resultado del proceso de revisión documental, de la interacción con las beneficiarias del Programa y con las trabajadoras del mismo, a través de la encuesta y las entrevistas; así como de la síntesis analítica expresada en los capítulos anteriores.

Para ello, se agrupan estos puntos y lecciones que se obtuvieron en torno a los siguientes ejes:

1. Adolescencia inmersa en la condición de vulnerabilidad

Vivir la adolescencia en condición de vulnerabilidad es estar ubicado en un ámbito con limitaciones, que incluyen aspectos como precariedad económica, baja escolaridad (personal y familiar), situaciones de marginación social y dificultades para el acceso a servicios básicos, entre otras dimensiones de esa condición.

Las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* con quienes se interactuó, tanto en la encuesta como en los grupos focales, presentan dicha condición; además de otros factores inmersos en el desarrollo familiar y personal, tales como circunstancias familiares donde apremia la privación afectiva, falta de comunicación y aislamiento emocional, asumiendo sólo las normas elementales de convivencia de su ambiente familiar y de su comunidad.

Sus madres y otras familiares, con frecuencia han pasado por lo mismo y no pueden ser referentes de una búsqueda femenina distinta. Ambos padres, al asumir roles tradicionales, mostrarse alejados y agotados por el trabajo, o simplemente ausentes, sólo pueden ofrecer la reproducción de lo que ellos vivieron: conflictos, violencia, soledad, falta de afectos o aislamiento afectivo y ausencia parental.

Las carencias familiares y personales de todo tipo ejercen efecto con las limitaciones socioeconómicas tales como la falta de acceso a una escolaridad de calidad o a una fuente de empleo digno, con el resultado de que estas jóvenes encuentran difícil hallar su lugar en el mundo.

2. Iniciación sexual

En lo que respecta a este aspecto, las adolescentes pueden encontrar una salida a sus circunstancias viendo en la sexualidad una alternativa del ideal romántico, donde se conceptualiza a un hombre protector y procurante de su bienestar. Por lo anterior, comienzan su vida sexual a través de encuentros casuales, con el fin de desahogar tensiones vividas en el hogar. Asimismo, estos encuentros pueden conllevar a una autoafirmación, donde la única finalidad es suplir sus carencias afectivas.

La iniciación a ejercer su sexual, es cada vez un suceso que se genera a temprana edad, siendo una puerta de entrada al mundo adulto. En este proceso se ha detectado que el adolescente tiende a exhibir su vida sexual, pues con ello pueden obtener prestigio y popularidad entre sus pares.

3. Embarazo

Bajo las condiciones de vulnerabilidad; especialmente en un contexto tradicional y familiar de nuestra cultura, la maternidad puede considerarse como un cumplimiento de feminidad dentro de su grupo de pertenencia. Aun así, puede prevalecer en las mismas una postura conservadora respecto al embarazo de las adolescentes, que tienden a rechazarlo.

Como consecuencia de las carencias afectivas antes descritas y la falta del ideal romántico, dejan a la joven embarazada en una posición vergonzante, donde puede ser humillada, rechazada y en algunas ocasiones deja de recibir el apoyo de los progenitores, conduciéndolas a dejar a un lado su desarrollo académico y profesional, pues deben atender las labores de madre adolescente, lo que implica asumir responsabilidades de una vida adulta, o bien, quedar bajo el cuidado y protección de los padres.

A pesar de todo, y en contraste con lo anterior, hay jóvenes en las que prevalece su actitud de enfrentamiento a la situación, generando un detonante para superarse y reconstruir sus lazos familiares. Sin embargo, en ocasiones deciden ser acompañadas en su responsabilidad por su pareja, que se encuentra en una situación similar (joven e inexperto), o “tener a su bebé” en ausencia de un compañero.

Ante esta situación el Gobierno del Estado de México, preocupado por las condiciones que enfrentan las madres adolescentes, brinda apoyo a través del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*, en el cual las beneficiarias menores de 20 años, en estado de gestación o madres de uno o más hijos que viven en condiciones de pobreza multidimensional o alimentaria, mejoran la ingesta de alimentos a través del otorgamiento de una canasta alimentaria.

4. Proceso personal y proyecto de vida

Posteriormente, al proceso del embarazo y parto, las madres adolescentes que se acercan al Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* encuentran un espacio donde expresarse y relacionarse con otras mujeres que están pasando por la misma experiencia.

En este sentido, las actividades que el Programa aporta pueden llevar a reflexionar sobre la situación personal y mejorarla mediante la difusión y fomento del cuidado a través de talleres de orientación integral.

Así, el trabajo reflexivo sobre el proyecto de vida es un producto social e incluyente, resultado de la interacción humana que conlleva a la búsqueda del bienestar social. Muchas beneficiarias de este Programa construyen o reanudan un proyecto de vida que, con el estudio o el trabajo como medios, las encamina a su crecimiento personal, que se dirige, especialmente, a su construcción como mujeres conscientes y responsables. Por ello se apoya a las beneficiarias del Programa con cursos de capacitación para el trabajo y material básico.

De igual manera, la definición de los objetivos y medios de este proyecto, le corresponde exclusivamente a cada una de ellas. Pues cada una tiene su propia responsabilidad para la toma de conciencia, desarrollo y dirección de las acciones requeridas para lograr sus metas. Cabe señalar, que su participación en las asesorías y la orientación integral que otorga el Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*, es solamente una de las vías que contribuye a su desarrollo personal.

5. Las responsables del Programa

El personal encargado de operar el Programa en los municipios, juega un papel fundamental en los resultados humanos del mismo. Ante lo cual se pudo atestiguar su entrega, entusiasmo y aprendizaje continuo en la relación con las beneficiarias. Son mujeres que trabajan con otras mujeres, lo cual les da pauta para intercambiar experiencias de vida, escuchar, retroalimentar, dar sostén emocional a las beneficiarias, orientarlas y motivarlas para lograr proyectos de vida exitosos.

- **Recomendaciones**

Derivado del desarrollo y del análisis de los resultados de este estudio y de acuerdo con el Programa Nacional de Juventud (PROJUVENTUD) 2014-2018, mismo que se deriva del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, estos guían las políticas públicas necesarias para generar ambientes de bienestar con base en el concepto de *entornos saludables* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual establece que los factores asociados al bienestar comprenden: el ingreso, posición social, redes de apoyo social, educación, empleo, hábitos personales de salud, nutrición, servicios de salud, entre otros.

El principio fundamental del PROJUVENTUD de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) es generar políticas de participación de todos los jóvenes, como actores con capacidad de acción, tanto en lo individual como en lo colectivo.

Además de adoptar este principio, las acciones del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* se han de orientar a prevenir, o en su caso, reducir factores de riesgo para la vida de las madres adolescentes y jóvenes y sus hijos mediante su participación activa en acciones relacionadas con su bienestar.

Para lograr esta meta, la presente investigación propone que el eje dinamizador de las actividades a llevar a cabo con estas adolescentes y jóvenes sea la construcción o recuperación de su proyecto de vida, en términos de su desarrollo personal, laboral, familiar y de su vida en pareja, con apoyo en su sociabilidad y capacidad reflexiva.

Esta propuesta se funda en el hecho de que el trabajo del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* en los temas de nutrición, salud y orientación integral, las ha llevado, en muchos casos, a buscar su desarrollo personal y el sano crecimiento de sus hijos antes que el volver a embarazarse.

Como todos los Programas y proyectos que atienden las necesidades humanas y buscan el desarrollo integral de las personas, dicho Programa del Gobierno del Estado de México puede enriquecerse con conocimientos teóricos de expertos en la materia, dando pauta a las siguientes recomendaciones:

1. **Ámbito sociocultural**

Toda política pública busca un cambio social. En el caso del embarazo adolescente, las acciones que se desprendan de las políticas deben ir hacia un cambio cultural que repercuta tanto en la célula familiar como en la joven madre. La familia tiene una enorme influencia sobre la conducta de las jóvenes y es la primera que sufre el impacto de su embarazo. También, en ocasiones, en ese entorno, las jóvenes están expuestas a faltas afectivas, condiciones de violencia y abuso que repercuten en su desarrollo psicosocial. En otras, forman parte de una larga línea de madres adolescentes que las anteceden. Por estas y otras razones, se propone:

- Realizar talleres orientados por la Psicología Transgeneracional que servirán para que las participantes logren reconocer los patrones familiares que están reproduciendo y les faciliten reflexionar sobre la manera en que han sido socializadas como mujeres por su familia y por el entorno sociocultural de su comunidad.
- Grupos de ayuda mutua para llevar a las y los adolescentes y jóvenes a reflexionar sobre su propia vivencia del embarazo.
- Crear, o ampliar, servicios psicoterapéuticos que aborden la familia como sistema y ofrezcan espacios terapéuticos individuales, grupales, de pareja o familia para las jóvenes, su familia de origen o la propia. Estos podrían intervenir en el caso de dificultades relacionales, depresión, violencia, asilamiento socioemocional y problemas del desarrollo psicoafectivo, entre otros.
- Crear, por zona o municipio, *redes de apoyo solidario y gratuito* que consisten en el intercambio de servicios que las participantes en el Programa pueden prestarse unas a otras dentro de sus posibilidades actuales. Estas redes se pueden desarrollar con base en el despliegue de sociabilidad que la integración a las actividades del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* despierta en las madres adolescentes.

2. **Ámbito de la educación**

El fomento y desarrollo del conocimiento sigue siendo para muchas familias la principal opción para lograr una mejora en las condiciones de vida de sus hijos, por lo que es importante señalar que algunas instituciones públicas de educación media superior han acudido al Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* para solicitar el apoyo a sus estudiantes embarazadas. A partir de este hecho se recomienda:

- Fomentar con las autoridades educativas de los niveles básico, medio superior y superior, los convenios necesarios para la canalización al Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* de las estudiantes embarazadas en condiciones de vulnerabilidad y pobreza multidimensional.
- En dichos convenios, incluir la colaboración con las escuelas en el diseño e implementación de Programas de educación sexual que orienten a las y los jóvenes sobre sus cuerpos y la sexualidad, el manejo de sus afectos y deseos, el funcionamiento del proceso reproductivo y la formación de su identidad. Aquellas escuelas que deciden participar a este nivel, pueden designar a los docentes responsables de llevar a cabo las sesiones de estos Programas que podrán ser apoyados por las responsables del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* en su desarrollo y evaluación de impacto sobre las y los niños, adolescentes y jóvenes.
- El Programa puede ofrecer en las escuelas acciones de prevención por medio de ferias, funciones de cine o teatro con discusión, además de pláticas. Todas las acciones deberán brindar la posibilidad de participación activa y reflexión sobre las y los niños, adolescentes y jóvenes.
- Foros de discusión y campañas de formación de los padres sobre temas de sexualidad juvenil y embarazo adolescente que pueden ser simultáneos o alternados con las estrategias dirigidas a los jóvenes en las escuelas secundarias y bachilleratos.
- Una excelente opción para alentar la permanencia de las adolescentes embarazadas o las que ya son madres en la escuela es extender los

Programas de becas a las beneficiarias de *Futuro en Grande* y, además, incluir en ellos a aquellos padres adolescentes que se comprometen con la crianza de sus hijos y desean seguir estudiando.

3. Ámbito socioeconómico

Dado que las madres adolescentes a quienes va dirigido el Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande* pertenecen a familias caracterizadas por pobreza multidimensional y vulnerabilidad, es fundamental para éste ofrecer alternativas consolidadas que alienten el progreso económico de sus beneficiarias. Algunas recomendaciones al respecto son:

- Ampliar la duración de los cursos de capacitación, especialmente en aquellos casos cuyo contenido colabore a la formación de las adolescentes en un oficio, como lo es, por ejemplo, el de estilista o repostera.
- Vincular a las beneficiarias a Programas estatales que apoyen la actividad económica en sus vertientes: artesanal, agrícola, microempresarial, de formación para el trabajo, entre otras, a fin de favorecer su desarrollo económico.

Por último, las beneficiarias del Programa de Desarrollo Social *Futuro en Grande*, expresaron dar seguimiento a estas solicitudes, siempre y cuando se considere una ampliación del Programa en el futuro.

Bibliografía

- Aberastury, A. y M. Knobel, (1997), *El síndrome de la adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Alvarado, L. y S. Infante, (2010), *Mujer y educación. Adolescentes embarazadas.*, Congreso Iberoamericano de Educación. Metas 2012, Buenos Aires, Argentina.
- Aquino, E. *et al.* (2003), *Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais*, *Cadernos de Saúde Pública*, núm. 19, suplemento 2, disponible en: www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800019&lng=en&nrm=iso
- Arnett, J. (2008), *Adolescencia y adultez emergente, un enfoque cultural*, 3ª. ed., México, Pearson Educación.
- Ávalos, J. (2007), *La vida juvenil en el bachillerato. Una mirada etnográfica*, tesis de maestría, México, Departamento de Investigaciones Educativas, Centro de Investigaciones y Estudios Avanzados del IPN.
- Ayala-Castellanos, M. Vizmanos-Lamotte, B. y R. Portillo-Dávalos (2011), *Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara*, en *Revistas Médicas Mexicanas*, vol. 79, núm. 2, Nieto Editores, pp. 86-92.
- Azevedo, J. *et al.* (2012), *Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos*, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Banco Mundial.
- Banco Mundial, (2014), *Tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años* http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT?order=wbapi_data_value_2009+wbapi_data_value+wbapi_data_value-first&sort=asc
- Baeza, B. *et al.* (2007), *Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región*, en *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Trabajos Originales*, vol. 72, núm. 2, pp.76-81.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, (2014), *Ley General de Salud*, México.
- Cantú, V. *et al.* (2011), *Aspectos de salud en los estudiantes de secundaria en Baja California*, *XI Congreso Nacional de Investigación Educativa*, México, D.F., Consejo Mexicano de Investigación Educativa, A.C – UNAM – Universidad de Monterrey, disponible en: <http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v11/>, consulta: 2 de septiembre 2014.
- Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, (2011), *Comportamiento epidemiológico del embarazo en adolescentes*, Toluca, Instituto de Salud del Estado de México.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), (2014), *Embarazos en la adolescencia en los Estados Unidos*, disponible en: <http://www.cdc.gov/teenpregnancy/AboutTeenPreg-Spanish2.html>

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), (2004), *Notas de población*, año XXXI, núm.78, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División Población.
- Consejo Estatal de Población (CONAPO), (2013), *El embarazo en la adolescencia. La importancia del fortalecimiento de los Programas de educación integral de la sexualidad. Día Mundial de la Población*, Toluca, Gobierno del Estado y Consejo Estatal de Población.
- CIPCO (2012), *Diagnóstico sobre Embarazo en Mujeres Adolescentes en municipios del Estado de México: Ecatepec, Nezahualcóyotl, Naucalpan, Toluca y Chimalhuacán*, México, Centro Interamericano para la Productividad y la Competitividad S.C.
- Dávila, M. y J. Piña, (2008), Caracterización, predictores de comportamientos sexuales de riesgo y uso de preservativo en mujeres universitarias, en *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 13, núm. 2, Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología, pp. 279-299.
- Diario Oficial de la Federación, (2014), *Programa Nacional de Juventud 2014-2018*, publicado el 30 de abril.
- Fize, M. (2007), *Los adolescentes*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Flores, V. (1992), Cultura, tradición y modernidad, en *Coloquio de Invierno II: Las Américas en el horizonte del cambio*, México, UNAM/FCE/CONACULTA.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2013a), *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estado de la población mundial 2013*.
- _____, (2013b,) *Prevención del embarazo adolescente, Una Mirada Completa, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela*, disponible en: <http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/Preveni%C3%B3n%20del%20embarazo%20adolescente.%20Una%20Mirada%20Completa.pdf>, consulta: 3 de septiembre 2014.
- Gallegos, E. *et al.* (2008), Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado, en *Salud Pública de México*, vol. 50, núm. 1, Instituto de Salud Pública, pp. 59-66.
- Gamboa, C. y S. Valdés, (2013), *El embarazo en adolescentes. Marco Teórico Conceptual, Políticas Públicas, Derecho Comparado, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y Opiniones Especializadas*, México, Cámara de Diputados, Dirección General de Servicios de Documentación, información y Análisis.
- Gámez, A. *et al.* (2007), Factores asociados al inicio de relaciones sexuales en adolescentes de 14 a 17 años, en *Medigraphic Artemisa*, vol. 50, núm. 2.
- Gobierno de la República (2013), *Plan Nacional de Desarrollo*, disponible en: [///C:/Users/Admin/Downloads/PND-introduccion.pdf](http://C:/Users/Admin/Downloads/PND-introduccion.pdf), consulta: 2 de septiembre 2014.
- Gogna, M. (2005), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, 1a ed., Buenos Aires, CEDES, UNICEF, Ministerio de Salud de Argentina.
- González, H. (2000), Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente, en *Frontera Norte*, vol. 12, núm. 23, pp. 65-85.

- Hernández, J. (2007), *La formación de la identidad en el bachillerato: reflexividad y marcos morales*, tesis de doctorado, México, Departamento de Investigaciones Educativas, Centro de Investigaciones y Estudios Avanzados del IPN.
- Hernández, Z. y A. Cruz, (2007), La sexualidad en jóvenes universitarios: factores de riesgo, en *RIDEP*, vol. 2, núm. 24, pp. 121- 137.
- Instituto de Salud del Estado de México, (2012), *Nacimientos según la edad de la madre. Estadísticas de 2008 a 2012*, disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=208>, consulta: 2 de septiembre 2014.
- Instituto Mexiquense de la Juventud, (2009), *Encuesta de Juventud del Estado de México*, México, Econométrica-IMEJ.
- _____, (2011), *Estudio de Opinión sobre la juventud del Estado de México*, México, IMEJ, Facultad de Ciencias Políticas de la UAEMex.
- _____, (2014), Encuesta Estatal de Juventud 2013-2014, México, IMEJ, IIS-UNAM, Pro-Regiones UNAM, Integridad Ciudadana AC, CIEPS.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2006), Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, México, disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/especiales/enadid/enadid2009/default.aspx>, consulta: 3 de septiembre 2014.
- _____, (2009a) Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, México, disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/demograficos/enadid/>, consulta: 3 de septiembre 2014.
- _____, (2009b) Mujeres y Hombres en el Estado de México, México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010) Censo Nacional de Población, México.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2000), *Encuesta Nacional de Salud*, México.
- _____, (2006), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Resultados por entidad federativa, Estado de México, disponible: <https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/ENSANUTEF/mexico.pdf>
- _____, (2012), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Resultados por entidad federativa, Estado de México, disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/EstadoMexico-OCT.pdf>
- Jara, L. (2008), Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas. Indicador propuesto para el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina Oficina de Género, Etnicidad y Salud, Organización Panamericana de la Salud.
- Jiménez, M. (2010), Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón, en *Enseñanza e Investigación en Psicología*, Vol. 15, Núm. 1, Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología, pp. 107-129.
- Leyva-López, A. et al. (2010), Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos, en *Salud Pública de México*, vol. 52, núm. 2, México, Instituto de Salud Pública, pp. 156-164.
- Meave, S. y E. Lucio, (2008), Barreras y estrategias para la investigación en salud sexual. Una experiencia con adolescentes en escuelas públicas, en *Revista*

- Mexicana de Investigación Educativa*, Vol. 13, Núm. 36, Consejo Mexicano de Investigación Educativa A.C., pp. 203-222.
- Mejía, J. (2013), Cap. 3. Problemáticas de salud-enfermedad y sexualidad en escolares y estudiantes, en Saucedo, C. *et al.*, (coord.) *Estudiantes, maestros y académicos en la investigación educativa. Tendencias, aportes y debates 2002-2011*, Colección Estados del Conocimiento, México, Consejo Mexicano de Investigación Educativa y ANUIES.
- Menkes, C. y O. Serrano (s/f), Condicionantes Sociodemográficos del embarazo adolescente en México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.
- Menkes, C y L. Suárez (2003), Sexualidad y embarazo adolescente en México, *Papeles de Población*, vol. 9, núm. 35, disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11203511>, consulta: 2 de septiembre 2014.
- Mirabal, G. *et al.* (2002), Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia, en *Revista Cubana de Enfermería*, vol. 18, núm. 3, pp. 175-83.
- Montes, M. (2014), Embarazo adolescente, en *México Social*, disponible en: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/06/10/964279#imagen-2>, consulta: 3 de septiembre 2014.
- Obiols, G. y S. Di Segni, (2006), *Adolescencia, posmodernidad y escuela*, Buenos Aires, Ediciones Novedades Educativas.
- Oliva, I. y L. Rodríguez, (2004), *Programas y políticas nacionales que afectaron el curso de la fecundidad en el Brasil*, Santiago de Chile, CEPAL - Serie Seminarios y conferencias, N° 36.
- Pantelides, E. y G. Binstock, (2007), La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI, en *Revista Argentina de Sociología*, vol. 5, núm. 9, pp. 24-43.
- Páramo, M. (2011), Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión, en *Terapia Psicológica*, vol. 29, núm. 1, pp. 85-95. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78518428010>, consulta: 2 de septiembre 2014.
- Pérez, C. y S. Pick (2006), Conducta Sexual Protegida en Adolescentes Mexicanos, *Revista Interamericana de Psicología*, Sociedad Interamericana de Psicología, vol. 40, núm. 3, pp. 333-340.
- Planned Parenthood Federation of America (PPFA), (2011), *Embarazo y maternidad entre adolescentes en Estados Unidos*, Biblioteca Katharine Dexter McCormick.
- Population Reference Bureau (2013), *Los jóvenes en el mundo. Cuadro de Datos 2013*, disponible en: http://www.prb.org/pdf13/youth-datasheet-2013_sp.pdf
- Ramírez, M. (2011), La configuración de los saberes sobre sexualidad de las y los adolescentes de secundaria y su relación con el uso del condón, *XI Congreso Nacional de Investigación Educativa*, México, D.F., Consejo Mexicano de Investigación Educativa A.C. – Universidad Nacional Autónoma de México – Universidad de Monterrey, disponible en:

- <<http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v11/>, consulta: 3 de septiembre 2014.
- Rebouças, L. (s/f), Brasil se ocupa de la salud sexual de los adolescentes, Population Reference Bureau, disponible en:
<http://www.prb.org/SpanishContent/2002/Brasilseocupadelasaludsexualdelosadolescentes.aspx>
- Robles, S. *et al.* (2011), Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos, en *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, vol. 14, núm. 4, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, pp. 317-340, disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num4/Vol14No4Art17.pdf>, consulta: 2 de septiembre 2014.
- Rodríguez, M. y E. Díaz, (2011), Relación entre el uso del condón y factores disposicionales en estudiantes de Bachillerato, en *Psicología y Salud*, vol. 21, núm. 1, Universidad Veracruzana, pp.17-24.
- Rodríguez, L. y M. Díaz (2010), Políticas públicas y entornos saludables. Documento de Investigación No. 47, Bogotá, Editorial de la Universidad del Rosario.
- Saucedo C. *et al.* (2005), La adolescencia como construcción sociocultural, Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, UNAM.
- Shamay T. *et al.* (2010), *Encuesta Nacional de Salud en Escolares 2008*, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Secretaría de Educación Pública (2011a), *Encuesta Nacional de Juventud 2000*, México, Instituto Mexicano de la Juventud.
- Secretaría de Educación Pública (2011b), *Encuesta Nacional de Juventud 2010*, México, Instituto Mexicano de la Juventud.
- Secretaría de Educación Pública (2012), *Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012*, México, Instituto Mexicano de la Juventud.
- Secretaría de Salud (2008), *Base de datos del Registro de Nacimientos del SINAIS*, México.
- Stern, C. (2012), *El problema del embarazo en la adolescencia: contribuciones a un debate*, 1ª. Edición, México, El Colegio de México.
- Trillo, V. *et al.* (2013), Embarazo en adolescentes: problema de salud pública o de intervención social, en *CULCyT Intervención Social*, año 10, vol. 49, núm. 1, pp. 51-59.
- UNICEF (2011), *Estado Mundial de la Infancia 2011, la Adolescencia, una época de oportunidad*.
- Organización Mundial de la Salud (s/f,) *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>, consulta: 2 de septiembre 2014.
- _____, (2013), *Datos y Cifras*, disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/index2.html, consulta 14 de octubre de 2014
- Valdez, E. *et al.* (2008), ¿Deserción o autoexclusión? Un análisis de las causas de abandono escolar en estudiantes de educación media superior en Sonora, en *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, vol. 10, núm.1, pp. 1-16,

disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15510107>, consulta: 2 de septiembre 2014.

Weiss, E. *et al.* (2014), *El abandono escolar en la Educación Media Superior*, México; Centro de Investigación y Estudios Avanzados del I. P. N. e Instituto Belisario Domínguez del Senado de la República.

Walti C. (1996), *La fecundidad adolescente: implicaciones del inicio temprano de la maternidad*, México, UNAM.

Glosario de términos

Abortar.- Dicho de una hembra: Interrumpir, de forma natural o provocada, el desarrollo del feto durante el embarazo.

Adolescencia.- Marca el final de la infancia y el inicio de la edad adulta.

Adolescente.- Que está en la adolescencia.

Adultez.- Condición de adulto.

Adulto.- Hace referencia a un organismo con una edad tal que ha alcanzado la capacidad de reproducirse.

Anticonceptivo.- Se dice del medio, práctica o agente que impide el embarazo de una mujer.

Divorcio.- Es la disolución del matrimonio, mientras que, en un sentido amplio, se refiere al proceso que tiene como intención dar término a una unión conyugal.

Emancipación.- Toda aquella acción que permite a una persona o a un grupo de personas acceder a un estado de autonomía por cese de la sujeción a alguna autoridad o potestad.

Embarazo.- Estado en que se halla la hembra gestante.

Exacerbar.- Irritar, causar muy grave enfado o enojo.

Gestación.- Acción y efecto de gestar o gestarse.

Gestar.- Dicho de una hembra: Llevar y sustentar en su seno el embrión o feto hasta el momento del parto.

Invulnerabilidad.- Que no puede ser herido.

Influjo.- Acción y efecto de influir.

Maternidad.- Estado o cualidad de madre.

Monoparental.- Dicho de una familia, que está formada solo por el padre o la madre y los hijos.

Niñez.- Período de la vida humana, que se extiende desde el nacimiento a la pubertad.

Omnipotencia.- Es el poder sin límites e inagotable, en otras palabras poder infinito

Parto.- Culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del bebé del útero materno.

Percepción.- Obedece a los estímulos cerebrales logrados a través de los 5 sentidos, vista, olfato, tacto, auditivo y gusto, los cuales dan una realidad física del entorno.

Pobreza.- Situación o condición socioeconómica de la población que no puede acceder o carece de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas que permiten un adecuado nivel y calidad de vida.

Prenatal.- Que existe o se produce antes del nacimiento.

Pubertad.- Primera fase de la adolescencia, en la cual se producen las modificaciones propias del paso de la infancia a la edad adulta.

Puerperio.- Período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación.

Quintil.- Parámetro estadístico.

Resiliencia.- Capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas.

Glosario de siglas

ALC.- América Latina y el Caribe.

ANEP.- Administración Nacional de Educación Pública de Uruguay

ANEP CODICEM.- Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública.

BENFAM.- Sociedad Civil de Bem Estar Familiar no Brasil (Sociedad Civil de Bienestar Familiar de Brasil).

CDC.- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE.UU.

CEPAL.- Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CCH.- Colegio de Ciencias y Humanidades.

CIEPS.- Centro de Investigación y Evaluación de la Política Social del Estado de México.

CIPCO.- Centro Interamericano para la Productividad y la Competitividad, S. C.

CONAPO.- Consejo Nacional de Población.

DEIS.- Departamento de Información y Estadísticas del Ministerio de Salud.

DHS. - Department of Homeland Security.- Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos.

DIF.- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

DIU.- Dispositivo Intra-Uterino.

ENADID.- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.

ENDEMAIN.- Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil.

ENJ.- Encuesta Nacional de Juventud.

ENOE.- Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo.

ENSA.- Encuesta Nacional de Salud.

ENSANUT.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

ENVAJ.- Encuesta Nacional de Valores en Juventud.

FFE.- Factores que Fomentan el Embarazo.

FNUAP.- Fondo de Población de las Naciones Unidas.

FPE.- Factores Protectores del Embarazo.

GED. - General Educational Development.

IMEJ. - Instituto Mexiquense de la Juventud.

IMJ.- Instituto Municipal de la Juventud.

IMSS.- Instituto Mexicano del Seguro Social.

INEGI.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

IPN.- Instituto Politécnico Nacional.

ISEM.- Instituto de Salud del Estado de México.

ISSSTE.- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

ITS.- Infecciones de Transmisión Sexual.

MAC.- Métodos anticonceptivos.

MICS.- Encuestas agrupadas de indicadores múltiples.

NCPTUP. - National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.

OCDE.- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

OMS.- Organización Mundial de la Salud.

OPS.- Organización Panamericana de la Salud.

OSC.- Organización de la Sociedad Civil.

PLANEA.- Plan Andino de Prevención del embarazo Adolescente.

PND.- Plan Nacional de Desarrollo.

PPFA. - Planned Parenthood Federation of America.

SEP.- Secretaría de Educación Pública.

SINAIS.- Sistema Nacional de Información en Salud.

SMAM.- Servicio Municipal de Atención a las Mujeres.

SSA.- Secretaria de Salubridad y Asistencia.

TANF.- Ayuda Temporal para Familias Necesitadas

UNAM.- Universidad Nacional Autónoma de México.

UNICEF. - United Nations International Children's Emergency Fund.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

UNFPA.- United Nations Fund for Population Activities.- Fondo de Población de las Naciones Unidas.

VIH.- Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

Anexo 1

Programa Nacional de Juventud (PROJUVENTUD) 2014-2018 (Resumen)

Objetivo 2. Promover condiciones para que las y los jóvenes tengan un entorno digno a través de esquemas de salud, convivencia y seguridad.

Relevancia del objetivo 2: Vivir en condiciones precarias afecta la salud de las personas y su adecuado desarrollo físico, emocional y social. El estado de bienestar es un ideal de satisfacción del individuo en el que intervienen elementos subjetivos y objetivos. No obstante, lograr entornos que propicien una situación de bienestar precisa de la acción del Estado para garantizar el acceso a elementos objetivos como los servicios de salud, educación y justicia, así como para propiciar y garantizar ámbitos culturales y de seguridad.

El que las personas habiten y realicen sus actividades cotidianas en un entorno digno, es una condición necesaria para que éstos mejoren sus condiciones de vida. Esto se debe lograr a través de la consolidación de servicios básicos que contribuyan a mejorar y garantizar la accesibilidad a los servicios de salud de la población juvenil, la dotación de infraestructura social, como museos, bibliotecas, lugares de consumo cultural, e incluso la construcción de parques, entre otras acciones, contribuyen a mejorar las oportunidades de acceso a la educación, al trabajo y a comunidades seguras en donde se fomente la cohesión social.

Por lo anterior, es imprescindible para el desarrollo social y el bienestar, el realizar acciones que busquen mejorar el entorno inmediato de las personas, es decir en su salud. Sin embargo, también es fundamental que se realicen acciones que mejoren la habitabilidad de las comunidades y localidades y que éstas se lleven a cabo siempre cuidando la sustentabilidad y el medio ambiente. El PROJUVENTUD busca con este objetivo promover la satisfacción de necesidades de las y los jóvenes en relación con acceso a los servicios de salud, seguridad personal y contactos sociales.

Estrategia 2.1. Participar en el fomento de políticas para la salud integral de las personas jóvenes

Componente: Salud y Bienestar.

Línea de acción: 2.1.9. Colaborar en la implementación de estrategias integrales para prevenir el embarazo temprano.

INDICADORES Y SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO

Indicadores

El logro de los objetivos dentro del Programa Nacional de Juventud se medirá a partir de los indicadores que se describen a continuación.

Indicador 1.1	
Elemento	Características
Objetivo	Incrementar las oportunidades de las y los jóvenes para acceder a los sistemas escolares, productivos y de obtención de vivienda.
Indicador	Índice de Desarrollo Juvenil
Descripción General	A través de un índice basado en cinco componentes (educación, salud y bienestar, empleo, participación política y participación cívica), se mide de forma integral, el desempeño de las acciones gubernamentales en materia de juventud.
Observaciones	<p>Buscando la comparación de la situación que guarda las condiciones de vida de las y los jóvenes en México, con respecto a la situación en otros países, se utiliza el Índice de Desarrollo Juvenil (Youth Development Index) propuesto por The Commonwealth. El índice fue calculado por primera vez en 2013 y fue realizado para jóvenes de entre 15 y 29 años de 170 países, utilizando datos de Organismos internacionales tales como UNESCO, Banco Mundial, ONUSIDA, OIT, OMS, PNUD y la División de Estadísticas de Naciones Unidas.</p> <p>Siguiendo la definición de desarrollo humano, el Programa de Juventud del Commonwealth define desarrollo juvenil como: la mejora en la situación de los jóvenes, dándoles el poder para construir competencias y capacidades para la vida. Procurando que ellos puedan contribuir y beneficiarse de estabilidad política, condiciones económicas viables y medio ambiente sustentable; asegurando su plena participación como ciudadanos activos.</p> <p>El Índice de Desarrollo Juvenil (YDI) toma valores que van de 0 a 1, donde 0 indica la nula posibilidad de desarrollo del sector juvenil en el país en cuestión y 1 la completa posibilidad de desarrollo.</p> <p>Los cinco componentes de este índice se subdividen en 15 indicadores:</p> <p>Educación: promedio de años de escolaridad, porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) destinado a la educación y alfabetización de los jóvenes.</p> <p>Salud y bienestar: tasa de mortalidad juvenil, consumo de cannabis, tasa de embarazos en adolescentes, prevalencia de VIH y consumo de tabaco.</p> <p>Empleo: Desempleo juvenil, razón de desempleo juvenil respecto a población abierta.</p> <p>Participación política: políticas y representación juvenil, educación del votante, oportunidades para las y los jóvenes de expresar opiniones políticas.</p> <p>Participación cívica: tasa de voluntariado juvenil y porcentaje de jóvenes que ayudan a extraños.</p> <p>A través de una combinación de métodos económicos y estadísticos tales como el proceso de jerarquización (paj) y la tasa marginal de sustitución (TMS) fueron estimados los</p>

Indicador 1.1	
Elemento	Características
	ponderadores utilizados para componente del indicador. Las variables que integran cada categoría, así como los ponderadores estimados pueden ser consultados en el documento , a través del enlace electrónico: http://www.youthdevelopmentindex.org/cms/cmsyouth/_images/813454721523961f5e52d8.pdf Una vez obtenido el nivel correspondiente para cada país y a partir de la dispersión de los mismos, fueron generadas tres categorías para agrupar los valores obtenidos: alto, medio y bajo. La Dirección de Investigación y Estudios sobre Juventud (DIEJ) realizará un seguimiento del comportamiento del indicador trianualmente. Este cálculo contemplará las ponderaciones originales del documento 2013.
Periodicidad	Quinquenal por la fuente original; trianual cálculos DIEJ
Fuente	Programa de Juventud de The Commonwealth (Commonwealth Youth Program) http://www.youthdevelopmentindex.org/cms/cms-youth/_images/197918019952385f3219c75.pdf http://www.youthdevelopmentindex.org/views/report.php
Referencias Adicionales	Dirección de Investigación y Estudios sobre Juventud. Instituto Mexicano de la Juventud
Línea Base 2013	Meta 2018
0.74 Nivel medio de desarrollo	> 0.75 Nivel alto de desarrollo

Factor de ponderación de las variables dentro del índice de desarrollo juvenil y propuesta de operaciones a utilizar para el seguimiento del indicador

Componente	Indicador	Fuente a utilizar para la medición intermedia	Peso de cada variable (ponderador)
Educación	Años de escolaridad promedio	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares	14%
	Gasto en educación como porcentaje del PIB	Presupuesto de Egresos de la Federación	3%
	Tasa de analfabetismo en jóvenes (15 a 24 años)	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares	11%
Salud y bienestar	Tasa de mortalidad juvenil (15 a 29 años)	Proyecciones Poblacionales CONAPO	14%
	Uso de cannabis	Encuesta Nacional de Adicciones	3%
	Tasa de embarazo adolescente	Encuesta Nacional de Juventud	5%

Componente	Indicador	Fuente a utilizar para la medición intermedia	Peso de cada variable (ponderador)
	Prevalencia de VIH (15 a 24 años)	Boletines epidemiológicos del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA	3%
	Uso de tabaco (13 a 15 años)	Encuesta Nacional de Adicciones	3%
Empleo	Desempleo en jóvenes (15-24 años)	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo	14%
	Razón de desempleo jóvenes con población abierta (15 a 24 años)	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo	14%
Participación política	Políticas de juventud y representación	Encuesta Nacional sobre Cultura política y Prácticas Ciudadanas	3%
	Educación cívica	Encuesta Nacional sobre Cultura política y Prácticas Ciudadanas	3%
	Expresar opiniones políticas (15 a 24 años)	Encuesta Nacional sobre Cultura política y Prácticas Ciudadanas	2%
Participación cívica	Jóvenes que hacen trabajo voluntariado (15 a 24 años)	Encuesta Nacional sobre Cultura política y Prácticas Ciudadanas	5%
	Ayudar a un desconocido (15 a 24 años)	Encuesta Nacional sobre Cultura política y Prácticas Ciudadanas	3%
Total			100%

Consideraciones para el cálculo de la meta

- Alcanzar un nivel alto de desarrollo es viable en el transcurso de la presente administración tomando en cuenta el aporte que se dará a través de las diversas acciones incluidas en el PROJUVENTUD.
- Asimismo, es posible relacionar las acciones dentro de los 4 objetivos como elementos que contribuyen al mejoramiento del desarrollo juvenil. En específico:

Componente	Línea de acción y Estrategias de PROJUVENTUD
Educación	1.1. Contribuir al derecho de la población joven a la educación mediante el acceso y su permanencia.
	1.1.2. Reducir el rezago educativo de las y los jóvenes que no han logrado concluir la educación básica.
Salud y bienestar	2.1. Participar en el fomento de políticas para la salud integral de las personas jóvenes.
	2.1.8. Impulsar acciones de información sobre adicciones de las y los jóvenes al tabaco, alcohol y drogas ilegales.
	2.1.9. Colaborar en la implementación de estrategias integrales para prevenir el embarazo adolescente.
	2.1.10. Promover la atención oportuna y de calidad en los centros de salud hacia las personas jóvenes que viven con VIH/SIDA.
	2.2. Diseñar estrategias para la reducción de conductas de riesgo que afecten la salud de las y los jóvenes.
	2.2.2. Contribuir en las estrategias para la prevención de accidentes de tránsito en población juvenil.
Empleo	1.4.7. Crear mecanismos de vinculación entre el sector educativo y productivo para la incorporación de la población joven al mercado laboral.
	1.5. Contribuir al logro de la plena inserción socioeconómica de la población joven mediante su incorporación al empleo
	1.5.6. Impulsar la capacitación y la formación para promover la empleabilidad juvenil
Participación Política	3.1.5. Impulsar acciones gubernamentales encaminadas a garantizar el derecho a la libre expresión de la población juvenil.

Componente	Línea de acción y Estrategias de PROJUVENTUD
	3.4.4. Ejecutar mecanismos de consulta hacia la población joven para diseño de Programas y políticas de juventud a nivel estatal y municipal.
	3.4.5. Fomentar la creación de Consejos de Seguimiento Juvenil de Políticas Públicas a nivel estatal y local.
Participación cívica	3.1.1. Impulsar campañas de difusión sobre los derechos de las y los jóvenes.
	4.4. Promover el desarrollo de oportunidades de los distintos sectores juveniles bajo el principio de respeto y no discriminación.