

T
644

 XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

98073

98073



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

MAESTRIA EN POLITICAS PUBLICAS

LA ATENCION A LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA
POBLACION ADOLESCENTE EN EL ESTADO DE TLAXCALA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN POLITICAS PUBLICAS

P R E S E N T A :

MARIA ELENA VEGA TORRES

ASESOR: DR. GUSTAVO LEAL FERNANDEZ

LECTORES:

DRA. CAROLINA MARTINEZ SALGADO

DR. MANUEL CANTO CHAC

CIUDAD DE MEXICO

ENERO DE 2004

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es el resultado del apoyo y la orientación de diferentes personas, a quienes les brindo mi más amplio reconocimiento

Al Dr. Gustavo Leal Fernández, por la disposición amable que siempre mostró para leer y aportar ideas a este trabajo.

A la Dra. Carolina Martínez Salgado, por facilitar el desarrollo de este proyecto al compartir su amplia experiencia y sus conocimientos de manera generosa.

Al Dr. Manuel Canto Chac, por sus acertadas opiniones e ideas para mejorar los resultados de esta investigación.

A los coordinadores de la Maestría en Políticas Públicas Rodolfo Javier Vergara Blanco, Myriam Irma Cardozo Brum y Pedro Humberto Moreno Salazar por el apoyo otorgado durante mi estancia en la maestría y para la obtención del grado.

A mis compañeros de clase, en especial a Dorian Liliana Muñoz Muñoz y Sergio Ricardo Falcón Vargas, por la ayuda otorgada para mejorar mi aprendizaje en los cursos de maestría.

A Elizabeth Rodríguez Leal, por el apoyo brindado durante el recorrido como estudiante del posgrado y por las facilidades otorgadas para la conclusión de este trabajo.

A Arturo Sánchez Pérez, por el apoyo generoso y desinteresado que demostró en éste y en otros proyectos.

A Luis Miguel Arévalo Ahuja, por su incondicional y valiosa ayuda.

A María del Carmen Abarca Pita por su oportuna orientación para comenzar esta investigación.

A Fernando Cortez Vazquez, por su apoyo para la presentación final de este trabajo; por su compañía y su paciencia.

A todos, muchas gracias.

ÍNDICE

	Página
Introducción	5
1. Aspectos generales del Embarazo en la Adolescencia	9
1.1 El embarazo en la adolescencia como componente de la salud reproductiva	9
1.2 El problema del embarazo en adolescentes en México	25
1.3 Algunos programas que han pretendido contribuir en la salud reproductiva de la población adolescente	42
2. Marco teórico-conceptual para el análisis del Programa de Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes (PAIDEA)	47
2.1 La propuesta de las políticas públicas y aspectos de la evaluación cuantitativa y cualitativa para el análisis del programa	47
2.2 El objeto de estudio	51
2.3 Criterios para realizar el estudio	58
3. Descripción del trabajo de campo relacionado con el Programa de Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes (PAIDEA) en el Estado de Tlaxcala	60
3.1 El estado de Tlaxcala	60
3.2 Resultados de las actividades realizadas por el PAIDEA en el estado de Tlaxcala	61
3.3 La percepción de los operadores	66
3.4 La percepción de las participantes de los talleres	81

4. Análisis e interpretación de resultados	99
5. Conclusiones	122
6. Consideraciones finales	129
7. Bibliografía	132

INTRODUCCIÓN

El enfoque de salud reproductiva ha sido centro de discusión mundial desde 1994, año en el que se celebró en El Cairo Egipto la última Conferencia sobre Población y Desarrollo. A partir de entonces, se han debatido las implicaciones que el concepto de salud reproductiva plantea, así como sus alcances en la aplicación de políticas para mejorar la salud de las poblaciones. A un país como México, se le han cuestionado las formas de integrar sus diversos componentes y aterrizarlos en programas concretos para atender las diferentes necesidades de las personas.

Son muchos y variados los componentes de la salud reproductiva, mismos que se han analizado desde diferentes perspectivas. Numerosas investigaciones tratan de dar respuesta a las complejidades del concepto, quedando aún grandes pendientes tal vez por las dimensiones que puede tomar su estudio. El presente trabajo pretende explorar algunos aspectos de uno de esos componentes: *el embarazo en la adolescencia*. El interés por conocer más acerca del tema radica en la dimensión que ha tomado en el país, sobre todo por el número de embarazos que se presentan entre las mujeres adolescentes y por sus implicaciones en el ámbito social, médico y económico.

Para tener un acercamiento al problema, en esta investigación, se describe y analiza el *Programa de Prevención y Atención Integral del Embarazo en la Adolescencia* (PAIDEA) mismo que busca prevenir y atender el problema en diferentes entidades de la República Mexicana. Con la finalidad de conocer aspectos de su operación, se eligió el estado de Tlaxcala para realizar el trabajo de campo, lugar que por su dimensión geográfica permitió tener un acercamiento a la experiencia de los operadores y de las participantes del programa en los diferentes municipios en los que se implementó durante el año 2002.

Este trabajo está conformado por seis apartados, en él serán recurrentes algunos conceptos como *fecundidad*, *población adolescente* y *salud reproductiva*, los cuales son entendidos de la siguiente manera:

- Bajo el nombre de *fecundidad* -según el Diccionario Plurilingüe de Naciones Unidas (1975)- "(...) se estudian en su aspecto cuantitativo, los fenómenos directamente relacionados con la procreación humana considerada en el seno de una población o de una subpoblación. La fecundidad de las parejas depende de su comportamiento con respecto a la procreación (...)" (Naciones Unidas, 1975).
- Por *población adolescente* se entiende, a todas las personas entre los 12 y 19 años de edad. Rango de edad considerado por el programa analizado en este trabajo (DIF-UNICEF, 1999).
- Por *salud reproductiva* se considera el estado de completo bienestar físico, mental y social, la ausencia de enfermedad en el ejercicio de la sexualidad y en el proceso reproductivo (NOMPF-SSA, 1994).

El primer capítulo contiene aspectos relacionados con el concepto de salud reproductiva. Se retoman algunas reflexiones acerca del origen del embarazo en la adolescencia, situación en la que influyen aspectos fisiológicos, determinantes psicosociales, y factores externos, como la falta de información acerca del uso de métodos anticonceptivos y los distintos contextos en los que se desenvuelven los adolescentes.

Así también, se hace referencia a los riesgos biológicos y físicos en la salud de la madre adolescente y en la de su hijo. Desde la perspectiva médica, los riesgos del proceso reproductivo en la adolescencia son numerosos. Algunos estudios mencionan como los más frecuentes la desproporción céfalo-pélvica, la anemia y la eclampsia (Palma, 1999; Navarro, 2000; Population Reports, 1999; Pérez Palacios, 2000; Ibáñez, 2001) en el caso de las madres adolescentes; y en el recién nacido, padecimientos como sufrimiento fetal, prematuridad, bajo peso y defectos congénitos (Pérez Palacios, 2000; Román, Cubillas y cols. 2001) Pero también se pueden presentar padecimientos de otro tipo y por tanto, algunos de ellos son retomados en este trabajo.

El embarazo en la adolescencia también tiene otras implicaciones como lo son los riesgos sociales a los que se enfrentan las madres adolescentes y sus hijos. Dichos riesgos se asocian al abandono de la actividad escolar por parte de las futuras madres, la posibilidad del descuido de los hijos debido a la falta de madurez emocional para enfrentar la maternidad, entre otras. A nivel socioeconómico, la maternidad en la adolescencia está relacionada con la reproducción del ciclo de la pobreza.

El embarazo en la adolescencia ha sido centro de debate a nivel nacional e internacional. Con el diseño de programas preventivos por parte del gobierno y de organizaciones civiles, las estadísticas reflejan una disminución relativa en el número de embarazos en ese grupo etáreo. Los datos que reflejan lo anterior, son presentados en esta investigación.

En el segundo capítulo se mencionan los aspectos teóricos que sirven para fundamentar la metodología del trabajo, tomando como punto inicial la propuesta teórica de las políticas públicas. Posteriormente se refieren aspectos de la investigación cuantitativa y de la investigación cualitativa.

Así también, en este apartado se retoma el surgimiento y las características del programa en análisis, se presentan sus antecedentes; su diseño (el cual se vincula a las propuestas surgidas de las Conferencias internacionales de El Cairo de 1994 y la de la Mujer en Beijing en 1995); objetivos (general y específicos); su metodología operativa (en la que destaca la operación de dos talleres, uno de ellos considerado como la fase preventiva del programa y el otro de atención, dirigido a embarazadas y madres adolescentes); y para conocer más acerca del programa se presentan los recursos materiales, financieros y humanos con los que se desarrolla.

Posteriormente, se integran los criterios para la realización del estudio. Es importante señalar que la principal razón para llevar a cabo este trabajo, es la relevancia del tema como problema público.

Como se menciono anteriormente, se eligió el estado de Tlaxcala para realizar el trabajo de campo, este último consistió en la recolección de datos estadísticos elaborados por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) de la entidad. Asimismo, se llevaron a cabo entrevistas tanto con los operadores del programa en los diferentes municipios como con las participantes de los talleres de atención. Para llevar a cabo el trabajo de campo fue necesario seleccionar a las personas a entrevistar y por ello se mencionan los criterios utilizados para la realización de las entrevistas así como los instrumentos utilizados.

En el capítulo número tres, se describen datos de la entidad visitada para realizar el trabajo de campo, mismos que permiten conocer algunas de las condiciones sociodemográficas en las que se desarrollan sus habitantes y las tasas de fecundidad que se presentan en las mujeres adolescentes en los diferentes municipios. Se incluyen los resultados relacionados con la cobertura del programa, tanto en la vertiente preventiva como en la de atención; las estrategias de difusión utilizadas para acercar el programa a la población objetivo; y los datos que refieren sus alcances de acuerdo a los objetivos específicos planteados en la normatividad.

Posteriormente, se presentan los resultados de las entrevistas realizadas a operadores y participantes de los talleres de atención, mismas que se realizaron en concordancia con los objetivos del programa.

El análisis y la interpretación de los resultados pretenden dar referencia de lo explorado en la entidad, ambos basados en los diferentes rubros considerados en la metodología: acciones preventivas y complementarias para fomentar el ejercicio responsable de la sexualidad; incorporación social; colaboración institucional para prevenir y/o atender el embarazo y la maternidad adolescente; investigación y; sensibilización social en aspectos de salud reproductiva.

Finalmente, el documento integra las conclusiones del trabajo, las cuales fueron obtenidas del análisis e interpretación de los resultados. En las últimas páginas se presentan las referencias bibliográficas consultadas para la elaboración del marco teórico que sirvió como referencia para el análisis.

1. ASPECTOS GENERALES DEL PROBLEMA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

1.1 El embarazo en la adolescencia como componente de la salud reproductiva

Salud reproductiva es, según la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar del año de 1994:

“...el estado completo de bienestar físico; mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como en el ejercicio de la sexualidad” (NOMPF-SSA, 1994).

Este enfoque fue el centro de discusión en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo Egipto en 1994, encuentro en el cual se hace un “cambio fundamental en los conceptos” (Barzelatto, 1999:51) debido a que se retoman -según Barzelatto- dos aspectos importantes: la primera fue el reconocimiento de que, en la relación población-desarrollo, la salud es muy importante, especialmente la salud de la mujer; y la segunda fue el reconocimiento de que, para solucionar los problemas individuales y sociales, es necesaria la participación de la gente, escuchando sus necesidades en lugar de decirles lo que deben de hacer (Barzelatto, 1999).¹

No obstante, a la salud reproductiva se le ha cuestionado -entre otras cosas- su viabilidad y su aplicación a través de programas (con todo lo que implica el llevarlos a cabo) debido a los grandes retos que plantea el enfoque en sí mismo (Lerner y Szasz, 2001). Ejemplo de lo anterior ha sido lo acontecido en México,

¹ La evolución del concepto, el autor la relaciona a las propuestas de políticas de ayuda que se oficializaron en la Organización de Naciones Unidas (ONU) y a su influencia sobre las acciones de los países del tercer mundo. Refiere que son tres las reuniones organizadas por ese organismo; la primera de ellas es la de Bucarest en 1974, la otra es la realizada en México en 1984 (en ambas se plantean los problemas existentes en la relación población-desarrollo, teniendo más peso las razones demográficas) y la última es la de El Cairo (Barzelatto, 1999).

en donde se adoptaron diferentes posiciones respecto a la propuesta surgida en la reunión de El Cairo.

Retomando a Martínez (1996), quien sugiere que el desafío es amplio debido a la heterogeneidad de necesidades y problemas de las personas (hombres y mujeres) en cuanto a su salud reproductiva, la autora opina acerca de lo acontecido en México:

“Una revisión de lo que se incluye dentro de este campo en diversos documentos elaborados en el país, permite observar que no hay una completa coincidencia. Algunos lo circunscriben, prácticamente, a la problemática de la mujer, en tanto que otros incorporan ámbitos diversos como la sexualidad, la violencia doméstica, las relaciones de poder, la ética y los derechos humanos. Estamos en un momento de apertura y búsqueda, de generación de evidencias que ayudarán a precisar nuestro conocimiento de los múltiples elementos necesarios para una comprensión cabal del proceso de reproducción humana y las peculiaridades que adopta en los distintos contextos que conforman el vasto mosaico mexicano (Martínez, 1996:122).

La variedad de visiones para la adopción del concepto y los diferentes problemas de las personas relacionados con su salud reproductiva han limitado en México y en otros países el diseño de programas para tomar en cuenta sus distintos componentes, tanto los que se presentan en hombres como en mujeres (Leal y Martínez, 2000). En el país, el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, diseñado para la administración 1995-2000, es ejemplo de esas restricciones. Después de estar sometido a un proceso de ajuste, el programa terminó siendo conformado sólo por tres subprogramas (Planificación Familiar, Salud Perinatal –con los componentes: salud reproductiva perinatal y prevención de defectos congénitos- y Salud de la Mujer –con los componentes: cáncer cérvico-uterino, cáncer mamario y mortalidad materna-) siendo considerados en

un inicio ocho,² de los cuales, finalmente fueron reagrupados algunos aspectos de ellos en la versión final (Leal y Martínez, 2000).³ Acerca de los alcances de este programa, se presentan algunas consideraciones más adelante.

1.1.1 El embarazo en adolescentes en el enfoque de la salud reproductiva

Hablar de salud reproductiva es tomar en cuenta las grandes implicaciones de sus componentes en diferentes áreas y sobre todo, considerar las necesidades de los individuos respecto a su vida reproductiva. Para los fines de este trabajo, se presentan algunas reflexiones acerca de uno de los componentes de la salud reproductiva en las personas adolescentes: el *embarazo*. Éste por sí mismo es un tema complicado, desde su origen, el evento reproductivo, el nacimiento del hijo y las formas de enfrentar la maternidad por parte de las mujeres adolescentes. Cada uno de estos aspectos tiene sus propias dimensiones.

Los estudios realizados acerca del embarazo en la adolescencia han abundado a partir de la década de los ochenta, sobre todo aquellos provenientes de las áreas médicas y sociales (Ehrenfeld, 1999 y 2001), pero casi todos ellos se centran más en las vivencias de las mujeres y exploran poco acerca de la percepción de los varones adolescentes.⁴

En las siguientes líneas, se mencionan algunos aspectos del origen de un evento reproductivo, factores biológicos y físicos que caracterizan el desarrollo del mismo y algunas implicaciones relacionadas con la maternidad en la adolescencia.

² Leal y Martínez (2000), refieren que los programas considerados en una primera versión fueron: Planificación Familiar, Salud Reproductiva de los (y las) adolescentes, Salud Perinatal, Riesgo Preconcepcional, Enfermedades de Transmisión Sexual (incluyendo la de más reciente aparición y la más rápidamente letal, el SIDA), Prevención y Detección de Neoplasias del Tracto Reproductor de la Mujer, Climaterio y Posmenopausia y Perspectiva de Género en la Salud Reproductiva. Este último, es ejemplo de los que quedaron en el "aire" que inspiró la operación de los que sobrevivieron (Leal y Martínez, 2000:3).

³ Los mismos autores mencionan que uno de los problemas acerca de la oferta del programa, fue la "ausencia de la voz clínica" voz sin la cual una política de salud difícilmente puede ser exitosa (cuando se pretende impactar en la salud de las personas) (Leal y Martínez, 2000).

⁴ Esto puede deberse, entre otras cosas, a que el tema se ha estudiado en mayor medida por sus implicaciones biológicas y físicas en las mujeres adolescentes que viven un embarazo. En 1998, en la encuesta "Más Vale Prevenir que Lamentar" a cargo del Instituto Nacional de las Mujeres (INM), en colaboración con UNICEF, se pretendió conocer desde un encuadre cualitativo la percepción de hombres y mujeres acerca del embarazo en la adolescencia, pero el trabajo se realizó únicamente en áreas urbanas del Distrito Federal (INM-UNICEF, 1998).

1.1.2 El origen del embarazo en adolescentes

Un embarazo en la adolescencia es el resultado de un encuentro sexual (en el cual se da un coito vaginal), el cual se podría asociar con la relación existente entre la aparición de la menarquía (es el periodo menstrual inicial, normalmente ocurre entre los 10 y 17 años) y espermaquía (es el inicio de la secreción testicular que contiene las células masculinas de la reproducción) y el inicio de la vida reproductiva de la población adolescente, lo cual es “el principio de su exposición al riesgo de concebir” (Pick y cols., 1996:144) y que la mayor parte de las veces no es planeada, segura o consensual (Ehrenfeld, 1999).

Pick y cols., refieren que existen algunos determinantes psicosociales como la influencia social, la escuela, la familia, los compañeros, la pareja y las características personales del adolescente, los cuales pueden intervenir para que se presente un embarazo en esa etapa de la vida.⁵

Las autoras refieren respecto a la *influencia social*, que en ésta se encuentran el papel jugado por los amigos, las instituciones, la cultura y los medios masivos de comunicación en torno a la sexualidad durante la adolescencia, ejemplo de ello, es la definición de los roles de género; de la *escuela* mencionan que su influencia en la conducta del adolescente se da cuando se le relaciona con sus ambiciones escolares, educación sobre sexualidad y las alternativas de uso del tiempo libre; mientras que la *estructura familiar* es un factor que interviene por la calidad de la relación con la madre (y yo agregaría con el padre y la familia en general)⁶ el tipo y frecuencia de comunicación de sexualidad y la existencia de embarazos en la adolescencia dentro de la familia; por último, acerca de las *características personales* de las adolescentes que han vivido un embarazo, refieren que se encuentran la escasa habilidad para planear actividades a futuro, una baja autoestima y el recurrir al manejo del afecto como medio para alcanzar sus metas (Pick y cols., 1996:144).

⁵ Existen algunas otras reflexiones acerca del origen del embarazo en la adolescencia, mismas que, basadas en el enfoque de género, dan la impresión de que las mujeres adolescentes son las “víctimas” de que se presente un evento reproductivo (Lutz, 1999; y Palma, 1999).

⁶ Navarro (2000) opina que la inserción de las mujeres al trabajo y la migración, favorecen la desintegración y desvinculación del núcleo familiar y ambas situaciones pueden influir en las causas del embarazo en la adolescencia (Navarro, 2000).

Otro factor que influye en el origen de un embarazo en la adolescencia –según las autoras-, es la baja percepción de riesgo de la población adolescente acerca de un embarazo. Uno de los motivos de esa baja percepción del riesgo, es el escaso nivel de control observado que tienen los adolescentes respecto a sus relaciones interpersonales y otro es el que pongan al riesgo fuera y no lo vean para sí mismos, pues creen que en el primer encuentro es difícil concebir. Asimismo, es frecuente que ésta población no se perciba en riesgo cuando tienen el encuentro sexual mientras la mujer está menstruando (se basan en el ciclo reproductivo), o bien si utilizan el método del coito interrumpido (método en el que se extrae el pene de la vagina, antes de ocurra la emisión seminal) (Palma, 1999) o si sólo introducen la parte extrema del pene (Pick y cols., 1996:144).⁷

Generalmente, en la primera relación sexual no se utiliza ningún método anticonceptivo,⁸ porque ese encuentro frecuentemente es un suceso imprevisto, no planeado y con poca o ninguna información. Además, si los adolescentes cuentan con alguna información al respecto, ésta se refiere en la mayoría de los casos a los mitos existentes alrededor de ellos por los efectos colaterales en el organismo y es así que optan por no usarlos (Palma, 1999).

Para Pick y cols., la primera relación sexual también puede ser por abuso sexual, debido a factores como la inseguridad, el desconocimiento, la dificultad para establecer y comunicar límites por parte de los adolescentes.

Finalmente, las autoras refieren que los contextos culturales y sociales también determinan la manera de iniciar una relación sexual, influyen en las formas del comportamiento sexual y en la reproducción humana:

⁷ Feinholz y Ávila, cuando hablan de algunas consideraciones sobre el concepto de riesgo, refieren que los adolescentes lo subestiman en ocasiones y viven conductas de ese tipo porque, no se asumen internamente como personas sexualmente activas. Al no tomar las medidas responsables, los encuentros sexuales se viven como pruebas de amor, como accidentes o como situaciones no planeadas y difíciles de predecir (Feinholz y Ávila, 2001). Por otro lado, Camarena (2001) opina que los hombres y las mujeres no pueden asumir con facilidad su comportamiento sexual y reproductivo si no conocen el funcionamiento de su cuerpo y el de su pareja, cuando ignoran ciertas prácticas, y cuando la voluntad y el deseo propios no cuentan (Camarena, 2001).

⁸ Método anticonceptivo es cualquier proceso dispositivo o método que evita la concepción. Las categorías de anticonceptivos incluyen esteroides, sustancias químicas, medios físicos o barreras, combinaciones de medios físicos o barreras y sustancias químicas, método natural, abstinencia y operaciones permanentes (MOSBY, 1990).

“La sociedad, la cultura y la subcultura a la que pertenecen los adolescentes también influyen en la manera como se da la iniciación sexual, es decir que se consideran las características de la sociedad que afectan a los individuos a través de la membresía o la residencia en ciertos grupos o comunidades. Esto incluye los patrones culturales propios de dichos grupos sociales, por lo que existen distintas normas y valores que afectan el comportamiento sexual en los diversos contextos, lo cual afecta los valores, normas y creencias de cada individuo, incluyendo los que se refieren a la sexualidad y la fertilidad” (Pick y cols., 1996:146).

Lo anterior se puede complementar con la opinión de Martínez (1996), quien reflexiona acerca de las decisiones reproductivas, poniendo incluso en duda de que se trate de una decisión:

“Las decisiones reproductivas, -si es que pudiera llamárseles así en todos los casos- ocurren en medio de un complejo entramado de circunstancias socioeconómicas, ecológicas, demográficas, culturales, psicológicas, en el cual cada una de las dimensiones involucradas tiene su propia raíz, lógica y trayectoria” (Martínez, 1996:125).

1.1.3 Factores biológicos durante y después del embarazo y en el nacimiento del hijo

Los riesgos asociados al embarazo, parto y puerperio son una causa importante de fallecimiento en las mujeres jóvenes (Conapo, 2000). Según Beltrán y Benet (2001), entre la década de los ochenta y la década de los noventa, la salud reproductiva de las adolescentes evolucionó positivamente debido al descenso en el número de muertes maternas en ese grupo de población. En 1980 se registraron en México 299 defunciones maternas en personas menores de 20 años;⁹ en 1985 la cifra bajó a 187; en 1990 hubo un incremento en la cifra, reportándose 196

⁹ En los datos reportados por estos autores no se especifica si se consideran a las personas menores de 15 años.

muerter y en 1995 fue de 173 (Beltrán y Benet, 2001:111). En el año de 1997, las muertes maternas representaron el 5.3 por ciento en las mujeres de entre 15 y 19 años de edad. Para el año 2000, se registraron 180 muertes maternas de mujeres adolescentes y éste número contó como la cuarta causa de muerte entre mujeres de ese rango de edad (Conapo, 2000).

Los riesgos en la salud de la adolescente embarazada y de su hijo son variados, por tanto, lo deseable es que no se presenten embarazos en ese grupo de población (Ehrenfeld, 1999; Román, Cubillas y cols., 2001). En diferentes estudios sobre los riesgos en la salud asociados al embarazo en la adolescencia, es frecuente encontrar problemas como la desproporción céfalo-pélvica, anemia y eclampsia (Palma, 1999; Population Reports, 1999; Navarro, 2000; Pérez Palacios, 2000; Ibáñez, 2001), mientras que en el caso del hijo se mencionan padecimientos como, sufrimiento fetal, prematurez, bajo peso, defectos congénitos, etc. (Pérez Palacios, 2000, Román, Cubillas y cols. 2001). Sin embargo, existen otros riesgos que pueden presentarse en el proceso reproductivo en esa etapa de la vida.

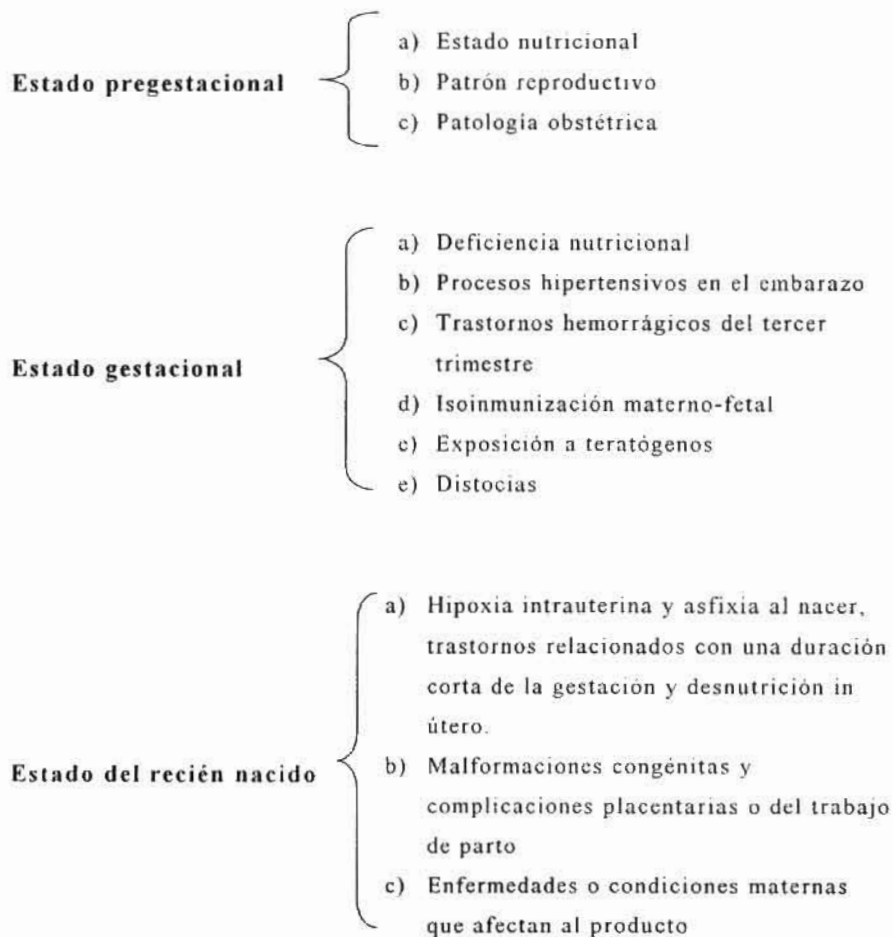
De acuerdo con Martínez (1996), quien considera que el embarazo en la adolescencia es muchas veces un problema médico dadas las condiciones poco favorables de vida de los grupos a los que pertenecen las mujeres embarazadas, y la "contradictoria y conflictiva posición en la que ellas y sus allegados se encuentran antes, durante y después del suceso" (Martínez, 1996:125), veamos desde la mirada médica, algunas características del embarazo en adolescentes y los riesgos a los que se enfrentan quienes lo viven, tomando como referencia las propuestas teóricas de Martínez Manautou (1989). Para comenzar es pertinente mencionar la definición de *factores biológicos*, la cual permitirá comprender los riesgos asociados al proceso reproductivo en la etapa de la adolescencia:

"(los factores biológicos) son condiciones, heredadas o adquiridas, que son inherentes al organismo materno o del producto y que le confieren resistencia o susceptibilidad a estados patológicos" (Manautou, 1989).

Asimismo, los fenómenos biológicos se pueden analizar en la salud perinatal,¹⁰ ya sea en el estado *pregestacional*, *gestacional* y en el *recién nacido*, con el fin de establecer un sustrato orgánico sobre el cual actúan los elementos derivados del nivel de vida familiar y la atención médica.

En el siguiente esquema se muestran algunos de los riesgos biológicos que se pueden presentar en la salud perinatal de la embarazada adolescente:

Riesgos biológicos en la salud perinatal



¹⁰ Salud perinatal es lo acontecido antes del nacimiento, que aparece o existe antes de éste; se aplica tanto a la atención de la embarazada como al crecimiento y desarrollo del feto (MOSBY, 1990).

- *La salud pregestacional* es la condición biológica de la mujer en el momento previo a la gestación y es determinante en el curso del proceso reproductivo. En ella influye su constitución genética, su capacidad fértil, y su propensión a padecer enfermedades crónico-degenerativas (lo crónico refiere a las enfermedades o procesos desarrollados lentamente, persisten durante un largo periodo de tiempo con frecuencia duran toda la vida, y lo degenerativo al deterioro de una estructura) u obstétricas (padecimientos durante el embarazo o parto), las cuales son susceptibles de mejorarse o agravarse por factores externos relacionados con el nivel de vida familiar, como pueden ser la alimentación, la conducta reproductiva y la demanda de atención médica.

El periodo pregestacional se constituye por el estado nutricional, el patrón reproductivo y el control de la patología materna.

- a) Un *estado nutricional* deficiente en las mujeres embarazadas puede ser dañino para el producto. El peso y la talla de la futura madre se han relacionado con el crecimiento, desarrollo y conformación del producto y con las características del trabajo de parto. Las mujeres con talla menor a 1.50 metros o con un peso por debajo de los 50 kilogramos, pueden presentar un área cardíaca reducida y un débito bajo que ocasionan una deficiente perfusión (interrupción de la circulación venosa o arterial propia de la zona afectada) uteroplacentaria, de la cual se tiene como resultado una mala nutrición para el feto y con frecuencia parto prematuro.
- b) El *patrón reproductivo* tiende a variar de acuerdo a las características socioeconómicas, la prevalencia de enfermedades maternas y el tipo de atención médica otorgada, sin embargo, lo ideal es que se presente un embarazo en la tercera década de vida de las mujeres, para ello, la utilización de métodos anticonceptivos se ha visto como la mejor opción para el retraso del primer embarazo, el espaciamiento intergénésico y la paridad (clasificación de una mujer por el número de

hijos nacidos vivos y fetos muertos de más de 28 semanas de gestación que ha tenido).

Uno de los problemas relacionados con la edad, es que en las mujeres adolescentes el embarazo ha sido catalogado como "orgánicamente desfavorable" (Martinez Manautou, 1989) porque el acelerado proceso de crecimiento y desarrollo (el cual es necesario para el logro de la madurez exigida por la reproducción) provoca una competencia por los nutrientes entre la madre y el feto y por tanto se puede provocar la desnutrición in útero.

Otro problema es que la conformación pélvica en las mujeres adolescentes no es totalmente adecuada para el parto y eleva la frecuencia de distocias (parto anormal, debido a una de o varias de las siguientes causas: falta de potencia expulsiva por parte del útero, construcción o contracción del canal del parto o anomalías en el tamaño o posición del feto), trauma al nacimiento y sufrimiento fetal (anomalía marcada de la frecuencia o el ritmo de la contracción miocárdica). Aunque al parecer, lo anterior se justifica en las mujeres menores de 16 años y en aquellas con una elevada paridad.

Respecto a la paridad, las mujeres adolescentes frecuentemente son primíparas (que han parido por primera vez) con condiciones socioeconómicas desfavorables, atención médica deficiente y un bajo nivel nutricional. Las mujeres primíparas pueden ser susceptibles a la toxemia gravídica (presencia de toxinas en la corriente sanguínea), al parto obstruido, y a malaria placentaria, así también puede presentarse bajo peso en el recién nacido por retardo del crecimiento intrauterino y en un menor grado por la prematuridad (niño nacido antes de la 37ª semana de gestación).

- c) Respecto a la *patología obstétrica*, se ha identificado cierta predisposición genética, familiar o constitucional para que ésta se presente. Por ejemplo, mujeres con posibilidades de tener un hijo de

bajo peso al nacer, tienen antecedentes obstétricos como multiparidad (el estado de tener más de un hijo) a edades jóvenes; en otros casos pueden presentarse complicaciones hipertensivas (trastornos asintomáticos, caracterizados por la elevación mantenida de la tensión arterial por encima de 140/90 mm.) durante el embarazo en hijas de madres que padecieron preeclampsia (trastorno del embarazo caracterizado por la aparición de la hipertensión aguda después de la 24ª semana de gestación) o eclampsia (forma más grave de toxemia del embarazo, caracterizada por convulsiones similares a las del gran mal, coma, hipertensión, entre otros) durante su embarazo.

También pueden presentarse otros riesgos asociados a enfermedades crónico degenerativas y toxicomanías (presencia de toxinas en la sangre). Una de ellas es la hipertensión arterial crónica que favorece la toxemia, padecimientos hemorrágicos del tercer trimestre del embarazo y la insuficiencia placentaria, con lo cual se favorece la interrupción espontánea o médica del embarazo, o un producto desnutrido in útero con hipoxia (tensión reducida e inadecuada del oxígeno arterial) o prematuro en un número considerable de casos.

Otra puede ser la cardiopatía (cualquier estado patológico del corazón), ya sea reumática o congénita (presente en el momento del nacimiento que pudo ser heredada, adquirida durante el embarazo o causada en el parto) se relaciona con la disminución del gasto cardíaco, lo que condiciona el retardo en el crecimiento intrauterino, las malformaciones congénitas (defectos físicos o mentales presentes en el momento del nacimiento que aparecen debido a herencia o a la influencia de factores ambientales durante el embarazo o en el parto) y la interrupción prematura del embarazo; otro ejemplo son las nefropatías (cualquier trastorno o enfermedad del riñón, incluyendo procesos inflamatorios, degenerativos y escleróticos), que al no ser hipertensivas pueden ser tratadas adecuadamente y, por tanto, no afectar el pronóstico perinatal; además existen otras enfermedades congénitas que pueden ser provocadas por el tabaquismo y el alcoholismo.

- La *Salud Gestacional* se caracteriza por la susceptibilidad de la mujer embarazada a ciertas enfermedades como la desnutrición y algunas infecciones. La mayor parte de los riesgos en el periodo gestacional son derivados de la condición gestante. Algunos de ellos son:

a) *Deficiencia nutricional*: El crecimiento, desarrollo y conformación del producto se relacionan directamente con la reserva nutricional de la madre, por lo tanto, el estado del producto está asociado al incremento ponderal de la madre durante el embarazo. Un crecimiento ponderal bajo en la madre se relaciona con retardo en el crecimiento intrauterino, hipoglucemia (cifras de glucosa inferiores a las normales) neonatal o insuficiencia respiratoria (incapacidad de los sistemas cardíaco y pulmonar para mantener un intercambio adecuado de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones). Un aumento exagerado en el peso de la madre se asocia con macrosomía fetal, hipoxia y trauma al nacimiento (generalmente una paciente obesa tiende a presentar embarazos y partos complicados).

b) *Procesos hipertensivos en el embarazo*: Las mujeres embarazadas son vulnerables a padecer preclampsia-eclampsia, las cuales pueden repercutir a través de trastornos placentarios y sufrimiento fetal que muchas veces obligan a la interrupción del embarazo.

c) *Trastornos hemorrágicos del tercer trimestre*: Son dos las principales causas de muerte perinatal: la placenta previa (implantación anormal de la placenta en el límite del orificio interno del cuello uterino o cubriéndolo) y el *abruptio placentae* (separación de la placenta implantada en posición normal en un embarazo de 20 semanas o más; o durante el parto antes de la expulsión del feto), ambas provocan hipoxia intrauterina.

d) *Isoinmunización materno-fetal*: Incompatibilidad de Rh. En ella intervienen mayor nivel de isoinmunización y son consecuencia de multiparidad y de las transfusiones de sangre previas.

- e) *Exposición a teratógenos:* Son diversos los agentes físicos, químicos y biológicos que pueden producir malformaciones congénitas, lesiones orgánicas y trastornos metabólicos que incrementan la mortalidad perinatal. Entre los agentes químicos se pueden mencionar los fármacos, mismos que pueden incidir en las malformaciones. Entre los agentes biológicos se cuentan como las infecciones y las parasitosis, mientras que los agentes físicos pueden ser las radiaciones en las primeras 13 semanas de gestación que causan malformaciones inespecíficas.
- f) *Distocias:* Existen distocias de origen pélvico, distocias dinámicas y de origen fetal. Las de *origen pélvico* sus repercusiones fetales son la hipoxia, la hemorragia intracraneana, la infección y el trauma obstétrico. Este tipo de distocia es frecuente en mayor medida en mujeres adolescentes, en mujeres con estatura corta y en aquellas con mala nutrición. Las distocias *dinámicas* se presentan cuando la regularidad, intensidad y duración de las contracciones uterinas se encuentran alteradas; la muerte perinatal sobreviene por sufrimiento fetal, hemorragia intracraneana, trauma al nacimiento o infección. Las distocias de *origen fetal* se relacionan con anomalías en el crecimiento del feto, situaciones o presentaciones viciosas o malformaciones congénitas.
- *La Salud del Recién Nacido* está relacionada con el pronóstico perinatal. Los principales riesgos de muerte se enumeran en la Clasificación Internacional de Enfermedades propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- a) La *hipoxia intrauterina* y la *asfixia al nacer*, pueden ocasionar insuficiencia renal (incapacidad de los riñones para excretar los productos de desechos del organismo, concentrar la orina y conservar los electrolitos), enterocolitis necrosante (inflamación aguda del intestino, que suele afectar a los recién nacidos de peso inferior al normal), disminución en la producción de surfactante pulmonar (agente que se encuentra en los pulmones y reduce la tensión superficial) y neumonía por aspiración de

líquido amniótico. Los productos son muy vulnerables a un traumatismo durante el nacimiento. Los *trastornos relacionados con una duración corta de la gestación y desnutrición in útero*, se relacionan con la prematuridad (menor a 37 semanas de gestación) y el peso subnormal en el nacimiento (menor de 2 500 gramos) son las principales de causas de muerte en recién nacidos.

La prematuridad es más frecuente en personas con nivel socioeconómico bajo o en personas con edades extremas (menores de 18 años o mayores de 35) en multiparas, con antecedentes de infección en vías urinarias, preclampsia-eclampsia, entre otras. La *desnutrición in útero*, se relaciona con factores fetales, placentarios y maternos. En estos últimos, influye la edad, la talla, la paridad, la nutrición de la madre y otros aspectos que determinaran el peso del recién nacido (es frecuente que en las adolescentes se presenten hijos de bajo peso).

b) Malformaciones congénitas y complicaciones placentarias o del trabajo de parto: Las malformaciones congénitas pueden ser variadas como las musculoesqueléticas, las del sistema nervioso central, síndrome de Down y otras. Las complicaciones placentarias que afectan al producto pueden ser las enfermedades crónico-degenerativas, la multiparidad, la preclampsia-eclampsia. Sin embargo, la muerte perinatal se presenta como consecuencia de la hipoxia intrauterina y el trauma en el nacimiento.

c) Enfermedades o condiciones maternas que afectan al producto: Pueden ser las enfermedades crónico-degenerativas, las infecciones o los problemas obstétricos, las cuales se pueden presentar por factores como la multiparidad, la insalubridad ambiental y una deficiente atención prenatal o durante el parto.

Además de estos riesgos, existen los efectos de la morbilidad por causas como el aborto en las personas adolescentes (Ehrenfeld, 1999), situación que dificulta conocer la dimensión real de problema del embarazo en ese grupo de población,

debido a la clandestinidad en la que se realizan las interrupciones de los eventos reproductivos (Lutz, 1999).

1.1.4 La maternidad en la adolescencia

La maternidad en la adolescencia ha sido vista por sus efectos en la salud de la madre y del hijo, por sus implicaciones socioeconómicas para las adolescentes y por sus consecuencias demográficas para la sociedad en general. Ehrenfeld (1999) opina que los términos *maternidad adolescente*, *madre adolescente*, *maternidad temprana*, *maternidad no planeada o no deseada*, a los que se hace referencia en diferentes estudios realizados, hablan implícitamente de que en se requiere madurez etárea y emocional para la maternidad, ambas condiciones en la adolescencia no se cumplen (Ehrenfeld, 1999 y 2001).

Palma (1999) opina que la maternidad en la adolescencia altera las tareas propias de esa etapa, orilla a las mujeres adolescentes a asumir el nuevo rol de ser madres (y muchas veces también el rol de esposas) limitando así su “proyecto de vida” (Palma, 1999). La autora pone en duda si las adolescentes están en condiciones psicológicas y sociales para enfrentar la maternidad, porque muchas veces ser madres no forma parte de sus aspiraciones.

Algunos autores mencionan que los efectos *negativos* para las madres adolescentes se relacionan con la interrupción de la actividad escolar, ya que ésta limita la posibilidad de mejorar su nivel educativo y la oportunidad de ingresar a un empleo que les permita gozar de un bienestar para ellas y para sus hijos (Ehrenfeld, 1999; Palma, 1999). Lo anterior determina un futuro incierto en su desarrollo (lo cual podría implicar una demanda de más servicios sociales a futuro y ello representa una carga económica para el gobierno), por lo que la maternidad en la adolescencia se ha asociado estrechamente con la reproducción del ciclo de la pobreza.

Una condición importante que determina la forma en la que se enfrente la maternidad, son las zonas geográficas a las que pertenezcan las adolescentes, las

cuales también influyen en los embarazos prematuros o juveniles. Según Tarasena (1999), el embarazo en esa etapa es más frecuente en las zonas rurales y urbanas marginadas, ya que la maternidad forma parte de las vidas de las mujeres y en muchas ocasiones es la única forma de valorización social que ellas tienen; mientras que en las zonas urbanas, la maternidad se da por falta de información, fallas en los métodos anticonceptivos y el difícil acceso a servicios de planificación familiar (Tarasena, 1999).

Es importante reflexionar hasta dónde la investigación generada en la actualidad se ha detenido en explorar las condiciones socioculturales en las que se desenvuelven las mujeres adolescentes, porque dependiendo de los contextos en los que se encuentren será problema o no el ser madre en esa etapa de la vida, así como también lo será el tener o no los medios de subsistencia para enfrentar la maternidad.

1.2 El problema del embarazo en adolescentes en México

1.2.1 La discusión del problema

El problema del embarazo en adolescentes ha sido discutido la mayor parte de las veces por sus dimensiones demográficas, las reuniones que han tratado el tema, frecuentemente coinciden en la promoción de la educación sexual como alternativa para disminuir el número de embarazos en adolescentes y con ello aminorar los niveles de fecundidad en ese grupo de población (Ehrenfeld, 1999).

Con el nuevo enfoque de salud reproductiva surgido en la conferencia de El Cairo y retomado en la Conferencia de la Mujer en Beijing, la educación sexual es ya un derecho de la población adolescente, el respeto de ese derecho, según los resultados del encuentro podría aminorar el problema del embarazo en esa etapa de la vida. En México, aún cuando se ha tratado de ubicar el problema en el contexto de la salud reproductiva, se ha seguido observando por sus implicaciones demográficas.

Lutz (1999) refiere dos reuniones que han discutido el problema a nivel internacional. La primera de ellas se celebró en México, en noviembre de 1989, la cual se denominó "*Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe*" celebrada en la ciudad de Oaxaca, evento financiado por The Population Council y The Pathfinder Fund, y la William Flora Hewlett Foundation.

Uno de los puntos tratados en esa conferencia fue la necesidad de atender a la población adolescente de forma integral, es decir, su salud mental, física y psicológica y no sólo enfocar las acciones a la medicalización en los servicios de planificación familiar. En el evento se mencionaron los obstáculos existentes para el desarrollo de programas para adolescentes, como lo es la actitud de los adultos conservadores: madres, padres, educadores, políticos y líderes de opinión, todos ellos convencidos de que al implementarse programas se promueve la promiscuidad y la iniciación sexual temprana (Lutz, 1999:14). La autora

menciona que en la reunión, se refirió que la educación sexual es un derecho fundamental de los adolescentes, pero que ese punto ha sido siempre repetido en las recomendaciones que surgen de los encuentros internacionales.

En el informe final de esa conferencia se indica que la fecundidad en la adolescencia ya había sido documentada y que era necesario evaluar los progresos, identificar posibles soluciones y elaborar conclusiones finales (Lutz, 1999:14).

La otra reunión referida por Lutz, tuvo lugar en Arlington, Estados Unidos en 1990 y se llamó "*Foro Internacional sobre Fecundidad Adolescente*". Los resultados de ese encuentro no pasaron de ser un "mero diagnóstico" (Lutz, 1999:13) en el cual se menciona que cada año casi 15 millones de mujeres entre los 15 y 19 años dan a luz en América Latina, y que el 50 por ciento de las jóvenes en la región ya tienen al menos un hijo a los 20 años de edad (Lutz, 1999:15).

No obstante, antes de estas reuniones, en las conferencias sobre Población y Desarrollo de Bucarest en 1974 y México en 1984, ya se había mencionado—entre múltiples propuestas— la necesidad de promover la educación sexual en los adolescentes¹¹ como alternativa para disminuir los niveles de fecundidad que se presentaban en ese grupo etáreo (Camarena, 2001). En la Conferencia de El Cairo (1994) se menciona que la educación, la comunicación y los servicios de *salud reproductiva* para adolescentes forman parte de sus *derechos*, propuestas que continuaron en la última reunión de la Organización de Naciones Unidas (ONU) auspiciada por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) llevada a cabo en mayo de 2002.

Es esta última reunión se discute el tema de la salud sexual y reproductiva (incluyendo el embarazo) y se plantea nuevamente la promoción de la educación

¹¹ Propuestas que se ratificaron en las conferencias mundiales como: Conferencia sobre la Mujer, en Nairobi, en 1985; la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989, Congreso Internacional sobre Educación en Población y Desarrollo de 1992 y la Conferencia sobre Derechos Humanos celebrada en Viena en el año de 1993 (Camarena, 2001:137).

sexual integral, así como la necesidad de proveer de servicios de salud reproductiva a los adolescentes, estableciéndose metas a quince años.¹²

Con el concepto de salud reproductiva, en México se discute el problema junto con otros aspectos del tema en la *"Reunión de Monterrey"* con sede en la ciudad del mismo nombre. En el evento a cargo de la Dirección General de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (DGSRPF) fueron convocados organismos públicos y privados, nacionales e internacionales, mismos que establecieron la *"Declaración de Monterrey"*, en la cual se sentaron las bases para iniciar el programa nacional de *"Salud Sexual y Reproductiva de la Población Adolescente"* (Pérez Palacios, 2000; Beltrán y Benet, 2001). De este programa se retoman algunas reflexiones más adelante.

Debido a las dimensiones del problema del embarazo en la adolescencia, en enero de 2000, la Comisión Nacional de la Mujer convocó a distintas instituciones y organizaciones civiles interesadas en el tema al foro *"Embarazo en Adolescentes, Avances y Retos"*. La finalidad del encuentro fue "conocer y evaluar las políticas públicas que se han implementado al respecto" (Gómez, 2000). Las instancias participantes mencionaron las actividades que llevaban a cabo para atender el problema, pero también mencionaron los grandes pendientes, los cuales estuvieron relacionados con las pocas opciones a las que se enfrentan las adolescentes cuando viven un embarazo y las complicaciones para atender su salud reproductiva en general; las escasas oportunidades educativas y laborales; y la falta de investigaciones que busquen identificar más componentes de la dimensión del problema.

Aún cuando se ha intentado tomar en cuenta los distintos factores que influyen en la persistencia del problema, en México el fenómeno se ha observado desde la óptica demográfica, sobre todo de parte de las instituciones gubernamentales. Según el reporte sobre la *Situación Actual de las y los Jóvenes en México* (Conapo, 2000) en el año 2000 se reportarían aproximadamente 366 mil nacimientos en mujeres adolescentes (entre los 15 y 19 años de edad), cifra que

¹² Este dato aparece en distintos artículos de prensa de fechas del 10 al 12 de mayo de 2002, en los periódicos *La Jornada* y *El Universal*.

representaba el 17 por ciento del total de nacimientos de las mujeres en edad fértil. Según lo planteado en el Programa de Acción en Salud Reproductiva (2001) la población adolescente en comparación con otros grupos de edad, presenta la fecundidad más alta de todo el periodo reproductivo de las personas (Secretaría de Salud, 2001:23). De no haberse dado el descenso de la fecundidad, se habrían registrado en el año 2000 cerca de un millón de nacimientos anuales en la población adolescente (Conapo, 2000).

Veamos algunos cambios en los niveles de fecundidad experimentados en la década de los noventa, mismos que muestran una reducción del 10 por ciento en nacimientos en mujeres adolescentes ese lapso de tiempo. El siguiente cuadro es retomado de los datos presentados en el Programa de Acción en Salud Reproductiva (Secretaría de Salud, 2001):

Fecundidad en la población adolescente de 15 a 19 años, 1990-2000

Año	Mujeres de 15 a 19 años (en miles)	Nacimientos (en miles)
1990	4 868.0	415
1992	4 982.9	413
1994	5 006.4	410
1996	5 041.7	397
1998	5 109.3	379
2000	5 221.1	366

Fuente: Estimaciones del Conapo con base en las Encuestas Nacionales Sociodemográficas (Secretaría de Salud, 2001:23).

Por otro lado, el Conapo reporta que la fecundidad en los adolescentes (junto con las personas entre los 20 y 24 años) “ha descendido lenta pero significativamente” (Conapo 2000:17). En 1975, una de cada siete mujeres adolescentes era madre de al menos un hijo, para el año 1990, disminuye a una de cada doce y para el 2000, sólo una de cada catorce había procreado un hijo. Las tasas de fecundidad en la población adolescente a mediados de los setenta eran de 130 nacimientos por mil mujeres, en 1995 ese valor disminuyó a 85 y en el 2000 se estimaba en 70 nacimientos de cada mil.

La preocupación por el lento descenso en los niveles de fecundidad de la población adolescente persiste tal vez porque los programas de planificación familiar implementados desde la década de los setenta no han impactado en ese grupo como en el resto de los grupos poblacionales. Una razón que podría ayudar a entender su bajo impacto en los adolescentes, puede ser la falta de sensibilidad para reconocer las necesidades de estos (las cuales no van a ser las mismas en la variedad de contextos que caracterizan al país) por parte de quienes diseñan los programas educativos acerca de la sexualidad y de atención a la salud reproductiva en general; y también puede deberse a que un embarazo en esa etapa de la vida obedece a razones de tipo cultural, campo aún poco explorado en México (Martínez, 1995).

1.2.2 Los programas de planificación familiar

Para dar la referencia del programa de planificación familiar implementado desde 1974, se retoman las reflexiones de Martínez (1995), autora que sugiere que el origen de la política de planificación familiar se puede relacionar con los servicios otorgados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el que se proporcionaban métodos anticonceptivos orales a “mujeres con historia de inducción repetida de abortos” (Martínez, 1995:53) y con la clínica de planificación familiar fundada a mediados de los sesenta, en lo que ahora es el Instituto Nacional de Nutrición (INN) y con las actividades por parte de dos organizaciones civiles, mismas que además fueron las principales proveedoras de servicios: la Asociación Pro Salud Materna fundada a finales de los cincuenta y la Fundación para Estudios de la Población A.C. (Mexfam), constituida en 1965.

En 1974 se dan cambios al Artículo 4º. Constitucional y a la Ley General de Población (la cual surgió en 1936 y que se caracterizó por ser de tendencia pronatalista), se operan programas de planificación familiar en las instituciones del sector salud, iniciando las actividades en áreas urbanas y paulatinamente en zonas rurales, y se comienzan a vender anticonceptivos en farmacias. Con la nueva ley poblacional, se confiere a la Secretaría de Gobernación la labor de “dictar y ejecutar medidas para realizar programa de planeación familiar” (Martínez, 1995:3) a través de servicios educativos y de salud pública, y al

mismo tiempo se le consigna el vigilar que los organismos que se dedicarán a realizar las actividades lo hicieran en el marco del respeto de los derechos humanos y la dignidad de las familias. También, con dicha ley se crea el Conapo (integrado por representantes de diferentes instituciones públicas) instancia que tendría a su cargo la planeación demográfica y la búsqueda de desarrollo económico y social del país en coherencia con la dinámica demográfica.

En el primer Plan Nacional de Planificación Familiar elaborado en 1977, se propuso la promoción de servicios de planificación familiar con la finalidad de mejorar las condiciones de salud materna e infantil y disminuir la natalidad. Asimismo, se plantearon metas para la incorporación de usuarios a los servicios y se estableció la primera meta demográfica (se encontraba en 3 por ciento anual y se pretendía llegar al 2.5 por ciento en 1982 y al 1 por ciento en el año 2000). No obstante, con el paso del tiempo se establecieron metas diferentes, por ejemplo, ya con la integración del sector salud en el Programa Interinstitucional de Planificación Familiar, en la gestión 1989-1994 la meta fue alcanzar una tasa de crecimiento poblacional de 1.5 por ciento en el año 2000¹³ (Martínez, 1995). Con dicho programa se logró un incremento de usuarios de métodos anticonceptivos después de 1976. En ese año, las usuarias en edad reproductiva y en unión marital pasaron de 30 por ciento a 53 por ciento, en 1987 se estimó que alcanzarían 58 por ciento para el año de 1990, en 1992 se reportó un aumento de 63 por ciento y en 1997 a un 68 por ciento (Leal y Martínez, 2000a:399).

1.2.3 El impacto de los programas de planificación familiar en la población adolescente

El descenso en las tasas de fecundidad en la población adolescente se relaciona con las estrategias de planificación familiar. El Conapo reporta que en 1997, el 93.4 por ciento de las mujeres adolescentes conocían al menos un método anticonceptivo debido a la amplia difusión de ellos en los últimos años y a las acciones realizadas por el sector salud. La difusión anticonceptiva se acompañó de la aceptación de algún método, ya que entre 1996 y 1997 el porcentaje de

¹³ Para conocer los cambios en las metas programadas en las políticas de planificación familiar, se pueden consultar las *Cartas Sobre Población* de Martínez Manautou (1997, 1998, 1999 y 2000).

mujeres entre los 15 y 19 años que utilizaba un método anticonceptivo se incrementó en un 216 por ciento (pasó de 12.4 a 45 por ciento), siendo las principales proveedoras de métodos anticonceptivos las instituciones públicas de salud.

El método más utilizado por las mujeres jóvenes en 1992 fue el Dispositivo Intrauterino (DIU) con un 32.4 por ciento, su uso se incrementó en 1997 a 42.1 por ciento; en 1997, el segundo método por el cual optaban eran los naturales y después las pastillas. El uso de métodos naturales fue de 15.3 en zonas urbanas, mientras que en las zonas rurales fue de 19.4 por ciento en ese mismo año. Por otro lado, la *demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos*¹⁴ entre las mujeres de 15 a 19 años se redujo de 33.8 en 1987 a 26.7 en 1997 y también mostró proporciones diferentes en zonas urbanas y rurales, siendo éstas últimas las que mayor demanda insatisfecha presentaron (Conapo, 2000).

Según esa institución, dos factores influyen en el comportamiento reproductivo de las mujeres adolescentes, uno de ellos es el contexto, debido a que la fecundidad es mayor en las áreas rurales que en las áreas urbanas y el otro factor es el nivel escolar de las mujeres. El reporte menciona que la fecundidad en las mujeres adolescentes sin instrucción es más del triple que las que cuentan con un grado aprobado en secundaria (173 nacimientos por mil frente a 52 mil).

En suma, las mujeres de las áreas rurales y las de baja escolaridad, inician su vida reproductiva mucho antes que las de las zonas urbanas y aquellas con mayor escolaridad (Conapo, 2000). Otra situación referida es que una mujer al tener su primer hijo antes de los 20 años es más propensa a la multiparidad y con ello se elevan los índices de fecundidad en la población, lo que implica un crecimiento más rápido de ésta y obstaculiza el desarrollo socioeconómico del país.

¹⁴ La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos se puede entender como: "mujeres expuestas a un embarazo que no hacen uso de método anticonceptivo alguno, a pesar de su deseo expreso de querer limitar o espaciar su descendencia" (Conapo, 2000).

1.2.4 Los adolescentes en el programa de salud reproductiva y planificación familiar (1995-2000)

Salud Reproductiva y Planificación Familiar, fue el programa diseñado en México para el ejercicio 1995-2000 por parte de un grupo interinstitucional¹⁵ encabezado por la Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR) y el Conapo, retomando para su diseño los acuerdos de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo de 1994. Se integró por tres subprogramas: Planificación Familiar, Salud Perinatal y Salud de la Mujer, siendo la planificación familiar uno de sus pilares “fundamentales” (Secretaría de Salud, 1998). Como se mencionó anteriormente, este programa tuvo un “ajuste” (Martínez y Leal, 2000) y en el subprograma de Planificación Familiar se integró la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

En el contexto de la salud reproductiva, la planificación familiar se pone al alcance de toda la población, con información “veraz y oportuna” (Secretaría de Salud, 1998) con diferentes estrategias anticonceptivas para responder a las necesidades de los individuos. En este componente, además de proponer estrategias para respetar la diversidad cultural y étnica del país y la participación del varón en la planificación familiar, se pretendió el fomento de actitudes y conductas responsables en la población adolescente para garantizar su salud sexual y reproductiva. Nuevamente, las acciones de planificación familiar se fundamentaron en la Ley General de Población de 1974 y en la Ley General de Salud de 1984 (actualizada en 1997) en donde la planificación familiar se considera una estrategia sustantiva en materia de salud. Además, en el reglamento interno de la Secretaría de Salud (1997) la planificación familiar se incorpora como un componente del programa de salud reproductiva de acuerdo con la Reforma del Sector Salud (Secretaría de Salud, 1998).

¹⁵ El grupo interinstitucional estuvo integrado por: la Secretaría de Salud, IMSS, IMSS-Solidaridad, Instituto de Seguridad y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Secretaría de la Defensa, Secretaría de Marina y Armada de México, Petróleos Mexicanos Pemex, Conapo, Instituto Nacional Indigenista (INI), Secretaría de Educación Pública (SEP), Programa Nacional de la Mujer, Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam), Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Salud y Desarrollo A.C. (Femap), Promoción de Salud Reproductiva (MSR), Grupo Interdisciplinario de Reproducción Elegida (GIRE) y Católicas por el Derecho a Decidir. (Secretaría de Salud, 1998).

Retomando lo establecido en la Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar de 1994, el programa considera la información oportuna, el acceso universal a los servicios de planificación familiar y a las diferentes opciones anticonceptivas, así como la disponibilidad de los mismos; garantizar el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva a los adolescentes para prevenir embarazos no planeados o no deseados y enfermedades de transmisión sexual, otorgándose con un enfoque de género.¹⁶

Una de las estrategias de acción consideradas en el programa fue el proceso de información, educación y comunicación, en el que los medios masivos tendrían un papel importante para su difusión, además la elaboración de materiales didácticos, promocionales, audiovisuales, (comunicación social y comunicación educativa),¹⁷ etc. Otra estrategia considerada fue la orientación-consejería, en la cual las actividades deberían caracterizarse por la calidad y la confidencialidad. Los derechos reproductivos también tomaron un papel central en ese programa, en el que el respeto de los mismos tendría que ser promovido.

Las poblaciones prioritarias en el programa fueron la población adolescente, la indígena y la población masculina. La población adolescente se consideró prioritaria por el aumento de esa población de 11.4 millones en 1970 a 21.2 millones en 1997 (incremento debido a la transición demográfica de las últimas décadas) lo cual implicaba una demanda creciente de información y servicios de salud integral. Las tres acciones dirigidas a ese grupo fueron: la *prevención de embarazos no planeados*¹⁸ (por los riesgos que implica en las personas menores de

¹⁶ El enfoque de género se basa en la teoría de género y se inscribe en tres paradigmas: el teórico histórico-crítico, el cultural del feminismo y del desarrollo humano. Surge en la segunda mitad del siglo XX en el ámbito de las ciencias sociales como una propuesta de transformación democrática y se consolida como una herramienta enfocada a superar las raíces y manifestaciones de la desigualdad entre hombres y mujeres (Conapo, 1998).

¹⁷ La primera de ellas pretendió promover una "nueva cultura demográfica" y una cultura de salud reproductiva que permitiera a las personas (especialmente a los jóvenes) comprender los beneficios de posponer la edad del nacimiento del primer hijo, el espacio intergenésico y la terminación temprana de la reproducción, además de la participación activa de la población en la planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer. La otra (comunicación educativa) se encaminó a propiciar un cambio de actitudes y prácticas de la población para incrementar su calidad de vida y también estuvo dirigida al personal operativo como un proceso de capacitación y educación permanente para el otorgamiento de la consejería (Secretaría de Salud, 1998).

¹⁸ Casi a la mitad de la administración 1995-2000, se llevó a cabo la encuesta "Más vale prevenir que lamentar" realizada por UNICEF y el Instituto Nacional de las Mujeres (antes PRONAM y CONMUJER) la cual tuvo la finalidad de explorar las percepciones de los adolescentes en relación con los valores asociados al embarazo, maternidad, paternidad y autoestima. El universo de la encuesta fue la población adolescente del Distrito Federal (Bojórquez, 2000; García 2000).

20 años, por condicionar la práctica del aborto, truncar los proyectos de vida y contribuir a la deserción escolar, especialmente en nivel medio y superior); *prevención de enfermedades de transmisión sexual* (entre las que se consideran la sífilis, gonorrea, etc., la prevención de contagio de VIH; la prevención y manejo el virus de papiloma humano en las adolescentes para prevenir lesiones pre-neoplásicas y cáncer cérvico-uterino); y por último, la *prevención de adicciones* como el tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas ilícitas (Secretaría de Salud, 1998).

En cuanto a la población indígena se consideró que la información y prestación de servicios debería realizarse atendiendo a la diversidad cultural y étnica del país, mientras que la población masculina fue “prioritaria” para aumentar su participación en la salud reproductiva, sobre todo en la que se vincula con las decisiones reproductivas (Secretaría de Salud, 1998).

En una evaluación realizada al programa a principios del año 2000, se mostraron resultados en los que se había incrementado el número de usuarios de métodos anticonceptivos, especificándose que cerca de 11 millones de parejas utilizaban un método, lo que indica que el número de usuarios se había incrementado en dos millones entre 1995 y 2000, (Pérez-Palacios y cols., 2000), y también se habían tenido impactos en la población rural con un nueve puntos porcentuales en ese mismo periodo. Los alcances se reflejaron de forma similar en todos los núcleos de la población independientemente de su escolaridad, con incrementos en personas sin escolaridad o instrucción primaria incompleta. La tasa global de fecundidad también disminuyó de 2.93 a 2.48, estimando que en el 2005 se llegaría al 2.1.¹⁹

En cuanto a la población adolescente, la evaluación reporta (basándose en encuestas elaboradas por el Conapo) que en las acciones del “*Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes (En Buen Plan)*” (Pérez-Palacios y cols., 2000) para atender las necesidades de esa población, el número

¹⁹ En la administración 1995-2000 se diseñó el programa “Vasectomía sin Bisturí”. Hasta el año 2002, la Secretaría de Salud reconoce que su impacto en la población masculina no había sido el esperado debido a la idiosincrasia de los varones en México, ya que el método había sido asociado a términos como castración y con secuelas como aumento de peso, disfunción eréctil, impotencia sexual o cáncer de próstata (Secretaría de Salud, 2002).

de madres menores de veinte años se redujo gradualmente.²⁰ En 1995 se estimaban 400 mil nacimientos de hijos de mujeres adolescentes y en el año de 1999 el número estimado estuvo en 372 mil nacimientos. Sin embargo, se consideró como un reto importante continuar las acciones para llegar a esa población (Pérez-Palacios y cols., 2000).

Martínez (2000) comenta acerca de los resultados del programa de Salud Reproductiva (1995-2000) y refiere que específicamente en el área de planificación familiar pudieran haberse reducido las heterogeneidades entre grupos rurales y urbanos y según los niveles de escolaridad de las personas como lo refiere la institución a cargo del programa, sin embargo, entre los pendientes del programa estaban la atención de los “nuevos problemas y necesidades que siguen emergiendo” (Martínez, 2000) como los que plantean los adolescentes que inician el ejercicio de su sexualidad tempranamente en diferentes contextos a los tradicionales:

“La contención y el apoyo comunitario y cultural que solían prevalecer en las regiones rurales se han visto dislocadas por diversos procesos, entre ellos los procesos migratorios y los drásticos cambios en el estilo de vida de las localidades ocasionados por el deterioro de la actividad agrícola; en cuanto al entorno urbano, los actuales contextos de pobreza y pobreza extrema tampoco ofrecen las condiciones necesarias para un saludable despliegue de la sexualidad durante la adolescencia” (Martínez, 2000:37).

La autora sugiere la necesidad de estudiar cuidadosamente los factores que influyen en la disminución de la fecundidad en las mujeres adolescentes en la evaluación realizada, para averiguar hasta dónde se puede atribuir a las acciones del sector salud o hasta dónde se debe a otros factores (Martínez, 2000).

²⁰ En la ceremonia inaugural del mes de la salud reproductiva en octubre del año 2000, el entonces secretario de Salud, José Antonio González Fernández, mencionó que el programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar había impactado en la población adolescente al “disminuir de manera notable el número de nacimientos en madres adolescentes”, sin embargo, más adelante en ese mismo discurso, menciona: “el nacimiento en madres adolescentes se ha abatido” (Secretaría de Salud, 2000).

En suma, al programa se le cuestionaron otros aspectos de los tres componentes (planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer) debido a la prevalencia de obstáculos como lo son las precarias condiciones en las que viven grandes grupos poblacionales que requieren de los servicios y las limitantes de las instituciones en el diseño e instrumentación del programa (Leal y Martínez, 2000). Leal y Martínez (2000), señalan que las aspiraciones en la salud reproductiva después de la Conferencia de El Cairo prontamente se quebrantaron:

“Las expectativas de quienes esperaban encontrar un camino para potenciar los esfuerzos de la planificación familiar (cuyo impacto había dejado de ser tan espectacular como en las décadas previas), de quienes apostaron al triunfo de la perspectiva de género, la defensa de los derechos de las mujeres, la garantía de un ejercicio libre y sano de la sexualidad y la reproducción, la modernidad de la mentalidad nacional, o de quienes deseaban avanzar por esta vía hacia la equidad social y la calidad de los servicios, no se han visto colmadas” (Leal y Martínez, 2000:8).

Las medidas preventivas se han visto como la alternativa para implementar acciones en salud reproductiva. Para medir sus impactos, las instancias oficiales han diseñado indicadores, que si bien revelan disminución en las tasas de fecundidad, no permiten conocer las necesidades específicas de los diferentes grupos de población. Los autores arriba mencionados sugieren que el comportamiento reproductivo de las personas no puede estar basado en unas cuantas variables como lo han querido hacer hasta el momento los encargados de los programas, olvidándose incluso de elaborar sus propios indicadores para conocer sus impactos, como es el caso de la Secretaría de Salud cuando retoma los datos del Conapo para presentar sus resultados (Leal y Martínez, 2000b).

Los niveles de fecundidad de la población adolescente han disminuido lentamente y ello puede deberse -entre muchas otras cosas-, a la falta de estrategias adecuadas a las necesidades de ese grupo de población.

En la opinión de Lerner y Szasz (2001) los países que implementaron programas de planificación familiar (países en desarrollo, incluyendo a México) sus acciones fueron, la provisión gratuita de métodos anticonceptivos modernos, ampliación del acceso y cobertura de los mismos a los usuarios y desarrollo de campañas de información, educación y comunicación, sin embargo, las autoras refieren como ejemplo que a éstas últimas se les ha cuestionado su nivel de penetración en diversos sectores debido a su homogeneidad y por no considerar las diferentes condiciones de acceso a los servicios de salud por parte de la población, y además por no tomar en cuenta:

“... ni las cosmovisiones, valoraciones y percepciones de la población sobre la maternidad, el valor de los hijos, los roles femeninos y masculinos, ni las necesidades y percepciones de hombres y mujeres en su ámbito familiar, reproductivo e individual, ni las diversidades de las practicas culturales, sociales y de atención relacionadas con los eventos reproductivos” (Lerner y Szasz, 2001:57).

En ese mismo sentido, Salazar (2001) opina que las campañas de planificación familiar han considerado sólo a las parejas legalmente unidas y no a todos aquellos que deciden ejercer su sexualidad sin estar comprometidos. Se ha homogeneizado a la población y se ha asumido que en la reproducción las decisiones son únicas y racionalmente tomadas (Salazar, 2001).

Por otro lado, los programas de planificación familiar y los recursos fueron dirigidos en un inicio a las mujeres en edad fértil que acudían a los servicios estando embarazadas, por lo cual se excluyó de los servicios a los varones, a las mujeres púberes, las mujeres sin pareja y sin hijos, las que presentaban un problema de infertilidad y a las mayores de 49 años (Lerner y Szasz, 2001).

Otro factor que puede influir en la persistencia de los niveles de fecundidad entre la población adolescente (como en los demás segmentos de la población), es el hecho de que los usuarios de los servicios de planificación familiar no encontraran el método de su preferencia; el ignorar los efectos colaterales de su

utilización, así como no dar una respuesta adecuada a ellos y las actitudes de algunos operadores al realizar su labor bajo presión de administradores y supervisores (Leal y Martínez, 2000).

1.2.5 La salud reproductiva de la población adolescente en la administración 2001-2006

En la administración 2001-2006 se puede observar una línea similar a la que condujo las políticas de salud reproductiva del sexenio anterior siendo la prevención la estrategia a seguir. Aunado a ello, están las recomendaciones de organismos internacionales como el Banco Mundial (2001) que ha sugerido que México podría crecer a largo plazo si da continuidad a los programas diseñados en administraciones anteriores (Banco Mundial, 2001).²¹

Para lograr metas que “mejoren” las condiciones de vida de los mexicanos a largo plazo, el Banco Mundial propuso un cambio “cultural” en el terreno de la salud, para ello era necesario el cuidado de la misma, lo cual ayudaría mejorar la actividad económica, al incrementarse el capital humano, y no hacerse un gasto improductivo en ese campo, implicando inflación y menor productividad y competitividad. Además de los “beneficios” económicos, México también podría ser democrático con la participación responsable de las personas en la búsqueda de la calidad, la equidad y la protección financiera a través de promoción de medidas preventivas, del fomento de estilos de vida saludables y el diagnóstico temprano de enfermedades y con ello disminuirse los costos de los tratamientos médicos.²²

En el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2000-2006 y en el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006, términos como *capital humano* y *democracia* son retomados como los ejes de las políticas de esa administración. En el área de

²¹ La intervención de esta institución financiera es desde hace varias décadas en el diseño de políticas, ya que México forma parte de sus “países clientes” (Banco Mundial, 2001).

²² La propuesta preventiva no solo se relaciona con las recomendaciones señaladas por el BM, en los diez compromisos de campaña para ocupar la presidencia de la República, el entonces candidato Vicente Fox retoma lo preventivo como una estrategia para actuar en el campo de la salud, sin dejar fuera programas como el de planificación familiar. (Partido Acción Nacional (PAN), 2000).

salud reproductiva se menciona que la democratización de los servicios es necesaria, pero es conveniente la promoción de medidas preventivas.

Sin embargo, en el PNS se señalan retos que no sólo con la prevención se pueden resolver, como lo es la atención de los problemas materno-infantiles, relacionados con las altas tasas de mortalidad infantil, (originadas por los problemas de desnutrición de las mujeres durante su embarazo); los patrones reproductivos (edad en la que se enfrentan los embarazos y el número y la frecuencia de los mismos) y la inadecuada atención prenatal y las formas de resolverlos. También se plantea como un grave problema atender durante el periodo 2001-2005, 14 millones de embarazos con sus respectivos partos y puerperios²³ (Secretaría de Salud, 2001b).

Respecto a la población adolescente, los problemas que –según el PNS- viven las personas en esa etapa y que comparten con las personas adultas jóvenes son, entre otros, el tabaquismo, el alcoholismo, drogadicción, sobrepeso, homicidio, suicidio y las ITS y se señala que es un problema que los adolescentes no asuman su sexualidad responsablemente. Una de las estrategias para lograr una “plena” salud sexual y reproductiva es que se promuevan actitudes y conductas responsables evitándose conductas de riesgo (Secretaría de Salud, 2001b).

Para enfrentar los problemas de salud reproductiva de los adolescentes, en el programa de acción en Salud Reproductiva²⁴ (2001-2006) se considera nuevamente a la planificación familiar como una acción necesaria de realizar. El embarazo en la adolescencia se asume como un suceso no planeado y se sigue viendo como un reto prioritario. Se admite que sigue siendo baja la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en esa población (en 1987 se estimaba en un 30 por ciento y en el año 2000 se estima en un 48.8 por ciento) si se compara con otros grupos de edad y mucho menor en comparación con el total de mujeres

²³ Es el tiempo que sigue del parto y que dura aproximadamente seis semanas. Durante el mismo regresan los cambios anatómicos y fisiológicos producidos por la gestación. (MOSBY, 1990).

²⁴ Los grupos prioritarios en esta nueva versión del programa de salud reproductiva fueron: la población indígena, la población adolescente, los hombres en edad reproductiva (hombres entre 15 y 64 años de edad) y las personas con alguna discapacidad (Secretaría de Salud, 2001b).

unidas en edad fértil.²⁵ Así también, se reconoce que la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos es la más alta en ese grupo de población, comparado con los demás grupos de edad y representa más del doble respecto al valor estimado para todas las mujeres (Secretaría de Salud, 2001b).

En el contexto de la democratización, la planificación familiar pretende poner al alcance de toda la población con información veraz y oportuna, orientación y consejería con calidad y calidez y opciones anticonceptivas que traten de satisfacer las necesidades de los individuos de acuerdo a las diferentes etapas de su ciclo reproductivo. Con los adolescentes se busca la promoción de actitudes y prácticas responsables para con ello disminuir la incidencia de embarazos no planeados, de abortos inducidos y de ITS, a través del otorgamiento de servicios de planificación familiar y con el uso de métodos anticonceptivos, disminuyendo la demanda insatisfecha de métodos en un 26.7 por ciento y reducir en un 11 por ciento los nacimientos de las mujeres adolescentes.

Entre las estrategias consideradas se encuentran el diseño y ejecución de acciones educativas de acuerdo a sus patrones socioculturales, así como otorgar servicios accesibles y en horarios adecuados a sus necesidades; ofrecer servicios en áreas exclusivas y confortables; involucrar a los jóvenes en acción y promoción de los servicios; proporcionar un trato con dignidad y respeto; garantizar la privacidad y confidencialidad en los servicios; y establecer servicios especializados (Secretaría de Salud, 2001b).

En la Dirección General del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA) dependiente de la Secretaría de Salud, también se diseñó el *Programa de Atención a la Adolescencia* (Secretaría de Salud, 2001a). En él, los adolescentes son las personas que tienen entre 10 y 19 años de edad (rango de edad acorde a las consideraciones de la OMS). El programa es visto como un instrumento que preserve la inversión del capital humano (BM, 2000; PND 2000; y PNS, 2001) y por ello se pretende la intensificación de medidas preventivas. En

²⁵ En el programa se pone como ejemplo que en las zonas rurales el inicio de la actividad sexual es a edades muy tempranas. Entre las mujeres de 15 a 19 años, una de cada cinco está casada o vive en unión libre (Secretaría de Salud, 2001b).

la versión preliminar del programa se diagnostican dos aspectos: la inexistencia de un registro de problemas psicosociales entre la población adolescente y la dificultad para precisar el comportamiento de las enfermedades en el grupo de 10 a 14 años y de 15 a 19 años de edad. También se menciona que los adolescentes tienen atracción por las conductas de riesgo, siendo una de ellas, las actividades sexuales de forma “precoz” que la mayoría de las veces terminan en embarazos (algunos de ellos en abortos inducidos) o en ITS.

Dentro de las acciones a realizar, están la planificación familiar (y con ella el incremento del uso de MA modernos del 47 por ciento al 54 por ciento); reducir la tasa de fecundidad de 71 a 61 por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años; disminuir del 17 por ciento al 11 por ciento el número de nacimientos, en mujeres menores de 20 años; y la atención de embarazos, partos y puerperios (Secretaría de Salud, 2001a).

1.3 Algunos programas que han pretendido contribuir en la Salud Reproductiva de la población adolescente

En el apartado anterior se hizo referencia de uno de los programas implementados por la Secretaría de Salud para “atender” las necesidades de salud reproductiva de la población adolescente, denominado “*Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes*”. Enseguida se presentan algunas referencias de ese programa y de algunos otros que han pretendido contribuir a través de medidas preventivas y con la estrategia de educación sexual en la disminución en el número de embarazos en adolescentes.

1.3.1 *El Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes*²⁶

El origen del programa data de 1993, año en el que la DGSRPF convoca a la *Reunión de Monterrey* a diferentes instancias gubernamentales, organizaciones civiles, organizaciones internacionales y académicos para discutir los problemas de la población adolescente²⁷ (Pérez Palacios, 2000). El resultado del encuentro fue la “*Declaración de Monterrey*”, en ese documento se reconocen algunos de los problemas de salud sexual y reproductiva de la población adolescente en México (Beltrán y Benet, 2001).

En 1994 se diseña el programa a cargo de la DGSRPF, el cual tuvo entre sus objetivos: la prevención de embarazos no planeados y no deseados, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA y la prevención de adicciones. Las acciones se enfocaron a seguir estrategias educativas que consistieron en proporcionar servicios de información, orientación y

²⁶ Stern y Reartes (2001) refieren que el nombre oficial del programa fue: Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes, pero informalmente se le conoció como “En Buen Plan”, frase usada coloquialmente en México “(...) que significa algo que se hace con buena intención. En este caso se juega con la palabra plan, componente de planifica que constituye el mensaje central de las campañas de planificación familiar que se han lanzado en los últimos años a través de los medios masivos de comunicación. En Buen Plan es el lema que adoptó el programa y que poco a poco fue identificándolo, al tiempo que se fue adoptando como eslogan de su promoción (...)” (Stern y Reartes, 2001:25). Esta aclaración ayuda a entender la intención preventiva del programa, aún cuando se habla de “atención” a la salud reproductiva.

²⁷ Esta reunión es considerada por Beltrán y Benet (2001) como una acción anticipada a la Conferencia de El Cairo de 1994.

comunicación para el conocimiento de la sexualidad. Los servicios fueron otorgados a través de módulos instalados en centros salud y hospitales públicos en todo el país y el propósito de los servicios estaban encaminados a promover medidas preventivas. Se incorporaron servicios de atención prenatal a las adolescentes embarazadas, enfatizando en la orientación consejería para la adopción de un método anticonceptivo después de la resolución del evento obstétrico y así prevenir otro embarazo (Pérez Palacios, 2000).

Posteriormente se integraron la Dirección General de Promoción a la Salud, el Consejo Nacional contra las Adicciones (Conadic) y el Consejo Nacional contra el SIDA (Conadic) para atender problemas de adicción y de prevención y atención de casos de SIDA (Beltrán y Benet, 2001).

De los impactos del programa, en 1997 se registraron tanto las consultas otorgadas para la atención de eventos obstétricos, aceptantes de métodos anticonceptivos, etc. Entre los métodos más aceptados por los adolescentes se reportaron el DIU (40.3 por ciento) y el condón (28.8 por ciento) y entre el periodo de 1994 y 1997 las aceptantes de un método anticonceptivo después de un evento obstétrico fueron de un 79.2 por ciento de DIU, un 17.3 por ciento aceptaron los hormonales inyectables u orales y un 3.5 por ciento la Oclusión Tubaría Bilateral (OTB). Pero de sus impactos en ese año (1997) se puede rescatar sólo lo logrado en las zonas urbanas, ya que en las rurales se mantenían pendientes resultados que indicaran avances del programa. Finalmente, Beltrán y Benet (2001) refieren que la evaluación al programa dio como resultado que las actividades se habían centrado mayoritariamente en dar atención ginecobstétrica y que las actividades preventivas habían sido mucho menores a lo considerado originalmente (Beltrán y Benet, 2001).

1.3.2 Programa De Joven a Joven implementado por el CONAPO

El embarazo en adolescentes ha sido visto por instancias de gobierno como Conapo como un problema “preocupante” por los riesgos que tiene la fecundidad precoz para la salud de la madre y de su descendencia y por limitar las oportunidades de desarrollo personal de la mujer (Conapo, 2000:19).

El “Programa de Atención al Adolescente De Joven a Joven” fue diseñado por el Conapo, en colaboración con el Sistema Integral para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en el año de 1994. Uno de los propósitos principales del programa, fue contribuir en la prevención de embarazos no planeados entre la población adolescente, además de informar en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, (incluyendo el SIDA) y proporcionar elementos informativos y de orientación para favorecer la toma de decisiones en cuanto a practicas sexuales y uso de métodos anticonceptivos, realizándose las actividades a través de una línea telefónica. Paulatinamente, se ampliaron las actividades para orientar a la población objetivo en otros ámbitos, como el familiar, escolar, laboral, comunitario, entre otros (Locatel, 2000).

Como estrategia de política de población, el programa contribuyó con el cumplimiento de los retos planteados en el Programa Nacional de Población de 1995-2000, entre los cuales se encontraban: atenuar los efectos del alto crecimiento demográfico del pasado, mejorar la condición de la mujer y el fortalecimiento de la cultura demográfica. Después de tres años de su funcionamiento, el programa pasó a formar parte del Sistema de Localización Telefónica (Locatel) (institución perteneciente al gobierno del Distrito Federal) debido a “modificaciones estructurales” dentro del Sistema DIF y por la imposibilidad del Conapo de “mantener en su estructura una instancia operativa cuando sus funciones son normativas” (Locatel, 2000:19).

El modelo de operación del programa se había extendido en el año 2000 a ocho estados del país (en un inicio sólo se llevaron a cabo acciones en el Distrito Federal y el área metropolitana). Entre sus resultados, se registraron 27 958 llamadas realizadas de personas entre los 15 y 19 años de edad desde el inicio de su operación hasta el año 1999.

1.3.3 Programas de las instancias de seguridad social (ISSSTE e IMSS)

Hasta el año 2000, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), siguiendo los lineamientos del Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva del Adolescente, operó el

“Programa de Salud Reproductiva de los y las Adolescentes” Las actividades por parte de esta institución estuvieron organizadas en tres niveles, de atención, regionalizados y descentralizados en 35 delegaciones que conforman el sistema del ISSSTE a nivel nacional. Las acciones fueron preventivas, proporcionando información, orientación y consejería acerca de la salud sexual y reproductiva y prevención de embarazos no deseados, ITS/SIDA y aborto en condiciones inseguras, así como la promoción de empleo de métodos anticonceptivos seguros y con alta continuidad, poniendo énfasis en el uso de anticonceptivos post evento obstétrico y atención del embarazo, parto y puerperio de las adolescentes (Huerta, 2000).

Las estrategias estuvieron dirigidas a trabajar dentro de las unidades del mismo instituto, y fuera de él, como en parques, deportivos, clubes y lugares de reunión de personas adolescentes. De los alcances de este programa, Huerta (2000) menciona que en el año de 1999 se habían otorgado 4 312 sesiones educativas y 81 871 consultas de consejería sobre métodos anticonceptivos (Huerta, 2000).

Otro programa para atender la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, lo diseñó la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La intención del programa fue el fomento de estilos de vida saludables y la promoción de la cultura de la salud sexual y reproductiva promoviendo la equidad de género (Cardona, 1998; Silva, 2000).

Por otro lado, el IMSS-Solidaridad diseñó en 1996 un programa educativo para las poblaciones rurales e indígenas, retomando los temas de sexualidad, comunicación familiar, prevención del embarazo en adolescentes y de ITS. El programa operó a través de la red Edusat en Telesecundarias (Montero, 1998 y 2000).

1.3.4 Los programas de Mexfam

Para la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam) el embarazo en la adolescencia tiene consecuencias como el aumento en las muertes maternas

e infantiles por la condición biológica y física de las personas que los enfrentan en esa etapa y también por sus dimensiones demográficas. Esta institución busca contribuir en satisfacer la demanda insatisfecha de planificación familiar en las poblaciones marginadas de las áreas urbanas y rurales, así como participar en la difusión de una nueva cultura de salud sexual entre la población joven y ofrecer servicios para la atención de la salud sexual y reproductiva.

Para apoyar a las poblaciones marginadas de zonas rurales e indígenas, Mexfam opera programas comunitarios en las áreas de salud familiar, uso de anticonceptivos y protección ambiental. Respecto a las acciones para atender a la población joven, la fundación implementa el Programa Gente Joven. Entre sus objetivos están la promoción de los valores asociados con la salud sexual y reproductiva, la equidad en las relaciones de género y la comunicación. Para lograr lo anterior, la institución ofrece cursos sobre salud sexual y proyecto de vida en escuelas, centros de trabajo, y comunidades, así como capacitación a profesores y padres de familia. También otorga servicios de salud sexual y reproductiva a través del establecimiento de 25 clínicas y 250 consultorios médicos en 28 estados del país, en los cuales se prestan servicios de planificación familiar, ginecología, pediatría, urología, entre otras.

Ha realizado encuestas, como la encuesta “Gente Joven” (1999) dirigida a adolescentes entre los 13 y 19 años, con la finalidad de conocer las percepciones de esa población respecto al uso de métodos anticonceptivos y del embarazo en la adolescencia (Mejía, 2000).

Entre otras actividades realizadas, Mexfam, formó parte del grupo interinstitucional que llevaba a cabo el proyecto de las Pastillas Anticonceptivas de Emergencia (PAE) junto con Grupo Interdisciplinario de Reproducción Elegida (GIRE) y otras instituciones. El proyecto estuvo financiado por el Population Council y operó a través de la línea telefónica, otorgando información y orientación acerca de la “*pildora del día siguiente*”.²⁸

²⁸ La cual puede usarse después de la relación sexual cuando no se utilizó un método anticonceptivo o cuando éste falló y así evitar un embarazo.

2. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL PARA EL ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES (PAIDEA)

2.1 Aspectos de las políticas públicas para el análisis del programa PAIDEA

En las primeras páginas de este trabajo se hizo referencia a la necesidad de conocer los aspectos cuantitativos del programa seleccionado para el análisis, aspectos que permitirían conocer la cobertura del mismo. Así también, se mencionó la importancia que tiene el análisis de aspectos cualitativos para tener un acercamiento con la experiencia de las adolescentes pertenecientes al programa, sus necesidades en salud reproductiva y cuáles son sus percepciones frente a las ofertas institucionales para atenderla.

2.1.1 El proceso de las políticas públicas

Las políticas públicas se caracterizan por ser procesos con diferentes etapas, en las cuales existen actores, restricciones, decisiones, desarrollos y resultados (Aguilar, 2000). Aguilar (2000) refiere que las etapas se influyen entre sí y pueden sobreponerse, suponerse y condensarse alrededor de cada una de ellas, anticiparse, atrasarse o repetirse. Las fases pueden estar agrupadas de la siguiente forma: surgimiento del problema (hasta su ingreso a la agenda pública), formulación del problema, diseño, implementación o ejecución de la política, evaluación de los resultados y conocimiento de su impacto (Aguilar, 2000).

Un problema puede surgir de diferentes maneras. El origen puede estar en la sociedad civil, la cual puede manifestarse con movimientos sociales demandando al gobierno una respuesta al problema, o en su defecto, algunas organizaciones buscan resolverlo con sus propios medios sin recurrir a la acción estatal, por tanto, el problema no llega a formar parte de la agenda pública. En otras ocasiones, el origen del problema puede estar dentro del aparato administrativo, mismo que busca cubrir una necesidad y no necesariamente una demanda social. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que existen situaciones que

representan un problema para el gobierno y no para la sociedad, lo cual genera un dilema entre lo que es público y lo que es privado.

Durante la formulación del problema (si ha sido incluido en la agenda pública) quien lo formulará será el gobierno y en caso de que no haya sido incluido en la agenda de gobierno y las organizaciones civiles hayan decidido resolverlo con sus propios recursos, entonces ellas enfrentarán dicha etapa. Para formular un problema, es necesario un análisis para buscar alternativas de solución; posteriormente se requiere comparar cada una de las opciones, seleccionar la más adecuada y después elaborar el diseño de la que haya sido elegida.

El análisis puede realizarse con diferentes criterios en los cuales se consideran los técnicos, los sociales y los políticos. En los primeros se encuentran aspectos económicos, financieros y de infraestructura; en los sociales se suponen los valores y costumbres de las personas a las que se dirigirá la política; y en los políticos están las negociaciones, los consensos, la legitimidad, etc. Tomando en cuenta lo anterior, el gobierno formulará el problema para elaborar un proyecto, un programa o un plan (Cardozo, 1993).

Después de la formulación, elección y elaboración de un diseño, continua la tarea de la implementación, la cual consiste en la transformación de la alternativa elegida en acciones concretas. Las acciones durante la implementación dependen de la actitud de los operadores y ejecutores de la política, así como de las negociaciones e imprevistos que se presenten durante su operación.

Cuando se evalúa una política, se pretende identificar y medir sus resultados y así decidir si debe continuar su operación o debe modificarse o concluirse. Para autores como Guerrero (1995), evaluar una política consiste (además de conocer los sucesos ligados a la aplicación de una política determinada o a su calificación de acuerdo con determinadas normas o criterios contables y presupuestales) en enunciar el efecto logrado con su implementación y analizar si el problema en el que actúa el gobierno se resuelve o si se alcanzaron sus objetivos (los explícitos y los implícitos). Otra finalidad de la evaluación es –según este autor– comprender las posibles transformaciones de la relación entre los ejecutantes de la política y

los sectores sociales implicados en ella, así como también los efectos imprevistos de la acción pública y los cambios internos experimentados por la autoridad al operar el programa (Guerrero, 1995).

La evaluación de la política puede ser *a priori* (antes de su implementación), *concomitante* (durante la implementación) y *a posteriori* (después de la implementación, con herramientas propias de control) (Cardozo, 1993). El análisis de este trabajo puede asociarse con la evaluación *concomitante* y así tener una aproximación a los efectos esperados o inesperados del programa.

La evaluación puede enfocarse a medir las metas, que no son más que los objetivos temporales y espaciales que pueden ser cuantificados, o también puede medir los efectos o impactos, los efectos son resultados de las acciones realizadas en el proyecto, tomando en cuenta el tiempo. Los impactos pudieran ser los más próximos a otorgar información de las percepciones de la gente respecto al proyecto, ya que pueden medir la magnitud del cambio o alteración sobre la población objetivo, lo cual puede conocerse a través de indicadores cuantitativos o cualitativos, mismos que muestran aspectos parciales de la realidad, por ello, es necesario crear una batería de indicadores que se complementen entre sí (Osuna y Márquez, 2000).

Los indicadores deben tener características que ayuden a conocer qué tanto funcionó la política y sus impactos en la sociedad. Algunas de esas propiedades son: ser pertinentes y relevantes; únicos (que midan un solo aspecto); exactos y consistentes; objetivos, susceptibles de medición; fáciles de interpretar; accesibles y; comparables (espacial y temporalmente). En el mismo sentido, su formulación puede satisfacer dos funciones, una descriptiva (que ilustra la situación y evolución de las variables analizadas) y otra normativa (posibilita la obtención de parámetros de referencia para la evaluación del logro de objetivos de un programa) (Osuna y Márquez, 2000).

Respecto a las técnicas cualitativas, la teoría de las políticas públicas admite que lo cualitativo tiene la ventaja de recoger detalles y opiniones sobre los grupos o variables, pero es difícil su agregación o estandarización. El instrumento que se

sugiere para llevar a cabo el trabajo de campo, es la entrevista, en la cual siempre habrá un proceso de comunicación entre entrevistado y entrevistador, ambos influyéndose mutuamente de forma consciente e inconsciente (Osuna y Márquez, 2000) Aún cuando se acepta lo anterior, la teoría de las políticas públicas no se detiene en aclarar cómo se da esa interacción.

2.1.2 Aspectos de la investigación cualitativa

Son distintas las teorías que tratan el trabajo cualitativo, detallar cada una de ellas implicaría hacer un extenso recorrido. A continuación se presentan algunos elementos que pretenden dar referencia del trabajo cualitativo y ser una base para el análisis del programa PAIDEA. Las reflexiones son de quienes se han interesado en los aspectos cualitativos, retomando para ello teorías psicológicas, antropológicas y sociológicas (Martínez, 1996a y 1996b).

A la investigación cualitativa se le relaciona estrechamente con el campo de las ciencias sociales, los resultados de ésta metodología casi siempre han sido centro de fuertes críticas, específicamente por su “falta” de objetividad, ésta última, se ha visto casi siempre como una atribución que solo pertenece a las ciencias exactas y a las naturales.

El trabajo cualitativo se interesa por comprender el universo social a partir de la percepción de los actores y pretende encontrar sucesos nuevos, para ello, el investigador interesado en conocer aspectos cualitativos, se puede valer de la combinación de disciplinas, enfoques y metodologías que le permitan responder a las conductas humanas, porque lo interpretado bajo esa orientación, no se liga a ninguna teoría o paradigma específico, tampoco forma parte de un solo campo de estudio y no posee una metodología única. Más bien, la labor consiste en realizar un análisis con aproximaciones metodológicas y técnicas de disciplinas y teorías vinculadas al comportamiento humano, de los grupos y de las sociedades (Martínez, 1996a).

Martínez (1996b) opina que la investigación cualitativa es un campo de tensiones y contradicciones expresada en diferentes definiciones y concepciones,

paradigmas y estilos de investigación. Las preocupaciones de las prácticas varían de acuerdo al quehacer profesional del investigador y también a las barreras nacionales, raciales, culturales y de género. Además, quien se dedique a la investigación cualitativa deberá reconocer los contextos de las personas a estudiar y el suyo.

En suma, lo cualitativo puede aportar datos que difícilmente se obtienen cuando se utiliza la técnica cuantitativa, debido a las implicaciones del problema tratado en este trabajo, es pertinente retomar algunas de las herramientas propuestas para la realización de la investigación cualitativa.

2.2 El objeto de estudio

La propuesta de este trabajo es conocer los alcances de un programa que atiende la salud reproductiva de la población adolescente de forma integral. A continuación, se presenta la metodología para conocer cómo ha llegado el programa a la población en estudio, especificándose cuáles fueron las herramientas y la muestra para lograrlo, tomando como base la propuesta de análisis de las políticas públicas. Más adelante, se retoman algunos aspectos cualitativos para el análisis de la información, con la finalidad de conocer las percepciones de la población objetivo del programa y de los operadores.

El programa elegido para llevar a cabo el análisis es el Programa para la Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes (PAIDEA). La elección del mismo se basa en la necesidad de conocer cuales son las alternativas que tienen los adolescentes para enfrentar un embarazo o cuando ya son madres, debido a las implicaciones sociales, médicas, económicas y demográficas del problema y sobre todo porque es de carácter público.

2.2.1 Antecedentes del programa

El sistema DIF, tiene como fin realizar labores de asistencia para apoyar a distintos grupos, (entre ellos las mujeres en periodo de gestación y lactancia) y es la institución que tiene a su cargo la operación de PAIDEA, programa que se

implementa en diferentes estados del país desde el año de 1997, con el objetivo de enfrentar el problema de los embarazos y la maternidad en la población adolescente.

La historia del programa data de 1992, cuando la institución comienza a realizar acciones frente al problema a través del programa Desarrollo Integral del Adolescente (DIA), en el cual se consideraron además del embarazo en adolescentes, problemas de drogadicción, salud, entre otros. Las acciones para atender el problema del embarazo en ese momento fueron principalmente asistenciales, otorgándose becas y despensas a las adolescentes embarazadas y a las que ya eran madres. Para el sexenio 1995-2000, el programa DIA se desarticula y se diseñan programas con la intención de "...atender de forma específica cada una de las necesidades de la población adolescente" (Beltrán y Benet, 2001; Stern y Reartes, 2001). El programa también tiene como antecedente la experiencia del Programa de Menores en Circunstancias Especialmente Difíciles operado por el mismo DIF y los círculos de madres adolescentes conformados en algunos Centros de Desarrollo Comunitarios en el Distrito Federal (DIF-UNICEF, 1999).

2.2.2 El diseño

PAIDEA se diseña de acuerdo al PND 1995-2000 y al Plan Nacional de Acción a Favor de la Infancia 1995-2000, además de seguir las líneas establecidas en los documentos finales de las Conferencias internacionales de El Cairo de 1994 y de Beijing en 1995 (DIF-UNICEF, 1999).²⁹ En su diseño participaron distintas instituciones académicas y especialistas de diferentes disciplinas como médicos, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, sexólogos, entre otros.

Basado en un enfoque social, el programa pretende responder al "creciente" problema de los embarazos en adolescentes, tomando en cuenta el contexto social y valorativo en el que el problema se inscribe actualmente. Pretende contribuir en

²⁹ Ambas conferencias coinciden en buscar que: "se garantice el acceso constante y pleno, en condiciones de igualdad, de las niñas y las mujeres a la información y los servicios necesarios en materia de salud y nutrición, mientras hacen la transición de la niñez a la edad adulta y durante todo el ciclo vital" (DIF-UNICEF, 1999).

el fortalecimiento de las capacidades de la población adolescente y las subsecuentes etapas de su vida (DIF-UNICEF, 1999), con acciones educativas, capacitación laboral, formación y desarrollo, respeto de los derechos sexuales y reproductivos, disminución de la violencia familiar, información adecuada de sexualidad y la promoción de estilos de vida saludables.

Jurídicamente el programa se basa en los siguientes fundamentos: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Art. 4º); Ley General de Salud (Art. 172); Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social (Art. 13); Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; Ley General de Población; Decreto de Promulgación de la Convención Sobre Eliminación de Todas Formas de Discriminación Contra la Mujer; Decreto Promulgatorio de la Convención sobre los Derechos del Niño y; Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (DIF-UNICEF, 1999).

El programa cuenta con un objetivo general y cinco objetivos específicos, mismos que se exponen a continuación:

Objetivo General:

“Prevenir los riesgos de exclusión social derivados del 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 su sexualidad, propiciando su incorporación a una vida plena y productiva” (DIF-UNICEF, 1999).

Objetivos específicos:

- “Contribuir en la disminución de la incidencia del embarazo no planeado en adolescentes, a través de acciones preventivas y complementarias encaminadas a promover un cambio de actitud en torno al ejercicio responsable de su sexualidad”.

- “Promover la incorporación social y autogestiva de la madre adolescente, a través de la asistencia integral, priorizada y temporal, que tienda a facilitar una perspectiva de vida promisoría para ella y su hijo o hijos”.
- “Propiciar la colaboración institucional e interinstitucional tendiente a conjuntar las acciones, programas, proyectos y propuestas encausadas a prevenir y/o atender, bajo una misma direccionalidad, el embarazo y la maternidad adolescente”.
- “Identificar las principales causas que originan el embarazo en la adolescencia de cada entidad, a fin de orientar las estrategias preventivas y asistenciales, en concordancia con las características socioculturales de cada región”.
- “Sensibilizar a la sociedad en su conjunto, sobre la importancia que reviste el respeto de la salud sexual y reproductiva y la protección de los derechos sexuales y reproductivos de la adolescencia, difundiendo material promocional y formativo en función de la prevención, la atención del embarazo y la maternidad adolescente” (DIF-UNICEF, 1999:15).

La población objetivo del programa son personas menores de 20 años de edad. El programa se implementa en 31 entidades federativas a través de los Sistemas Estatales DIF. Cada sistema estatal determina en base a sus características y posibilidades la cobertura del mismo. Hay dos vertientes para su implementación: *la preventiva y la de atención*. Ambas con una temporalidad delimitada.

La primera de ellas se dirige a personas que tienen 17 años con once meses cumplidos, llevándose a cabo el “*Taller Básico de Orientación para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*”, con una duración máxima de ocho meses. Ésta vertiente se aplica simultáneamente con la realización de actividades socioculturales. Este taller se aplica también a la población escolarizada en función de los ciclos escolares. La segunda es de apoyo a madres y adolescentes

embarazadas menores de 20 años, impartándose el "*Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*" Se desarrolla en 20 sesiones y dura seis meses aproximadamente. El objetivo es integrar a las participantes como grupo autogestivo, para realizar acciones en beneficio de sí mismas, de su pareja, de sus hijos, su familia y su comunidad y que con tales acciones logren incorporarse a la vida productiva, contando con la asistencia institucional durante un año aproximadamente.

La Normatividad del programa contiene ocho estrategias en las cuales se especifican los objetivos prioridades, acciones, recursos, tiempos y mecanismos de evaluación. También contiene trece líneas de acción que describen como se llevarán a cabo las actividades (DIF-UNICEF, 1999:15).

2.2.3 Método de operación de PAIDEA

El programa en su metodología operativa considera distintas actividades: investigación, planeación, capacitación, difusión, ejecución y evaluación. Cada una tiene su propio objetivo, metas y actividades específicas.

Los recursos considerados para la operación del programa son humanos, materiales y financieros. En los primeros, se encuentran profesionistas del área social y del área médica, así como algunos otros que tengan proyectos afines con adolescentes. Se considera que los profesionistas deben cubrir un perfil para tener los cargos de responsable estatal y municipal del programa, y personal operativo que lleve a cabo el trabajo con los grupos.

Los recursos materiales del programa son: los lineamientos normativos; carpeta de Apoyo Didáctico para el diseño del "*Taller Básico de Orientación para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*" (1999a); carpeta de "*Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*" (1999b); "*Manual de Apoyo Jurídico a Madres Adolescentes*" (1999c); paquete audiovisual de videos y apoyo temático. Cada sistema municipal es quién se encarga de determinar las zonas y espacios en los que será aplicado cada taller, considerando

que para impartirlos se requiere de infraestructura para llevar a cabo las sesiones, equipo didáctico y audiovisual y papelería.

Respecto a los recursos financieros, el programa cuenta con la asignación que le otorga el Sistema Nacional DIF, de acuerdo a los "*Lineamientos para la aplicación de los Recursos de los Programas Coordinados de Salud*", en el apartado de salud reproductiva. Los recursos son destinados a: capacitación del personal responsable y operativo y a la difusión y promoción del programa. Los recursos financieros son otorgados en dos fases y depende de los resultados de la primera de ellas para que sea otorgada la segunda parte.

En la normatividad del programa se establece la fase de control y seguimiento, la cual permite conocer el logro de los objetivos. Se especifica que serán los sistemas estatales DIF quienes diseñen sobre la base de un indicador estratégico y los indicadores de gestión, los instrumentos de análisis cuantitativo y cualitativo que aplique cada sistema DIF municipal.

El indicador estratégico se refiere a: "*Índice de Incidencia de Embarazos no Planeados en Madres Adolescentes*" con dos variables: "*Reincidencia de embarazos no planeados en madres adolescentes*" y "*Total de madres adolescentes atendidas en el Programa*". Por otro lado, con los indicadores de gestión se medirán los avances cuantitativos y cualitativos, tanto en la vertiente preventiva como en la de atención (DIF-UNICEF, 1999:15).

2.2.4 Los materiales de trabajo para la operación del programa

Los materiales elaborados para la implementación del programa son de autoría del sistema DIF y fueron financiados por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El primero de ellos es la Normatividad, en la cual esta basada la información arriba presentada. La carpeta de apoyo didáctico para el diseño del "*Taller Básico de Orientación para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*" contiene elementos teóricos para el trabajo con quienes enfrentan un embarazo y con las madres adolescentes. Los derechos reproductivos, la perspectiva de género, violencia, sexualidad y salud, son los temas compilados para el

entrenamiento del personal para el trabajo con la población objetivo (DIF-UNICEF, 1999a).

Otro documento, es la Carpeta de *"Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes"*. Contiene los elementos de trabajo para los grupos de embarazadas y madres adolescentes desde la sesión número uno hasta la número veinte. En las sesiones propuestas se retoman los temas de: autoestima; asertividad; identificación, reafirmación y preservación de valores; comunicación efectiva; sexualidad; salud sexual y reproductiva; derechos sexuales y reproductivos; ITS; MA; embarazo, cuidado prenatal integral (afectivo, social, psicológico, médico, odontológico, nutricional); formas de resolución de un embarazo; maternidad y paternidad, estimulación afectiva del niño y la niña de cero a dos años; cuidado del niño y la niña de dos a seis años, disciplina: qué es efectivo; mujer diferente de madre qué más hay para las mujeres; no a la violencia familiar; toma de decisiones y aspectos sobre legislación (DIF-UNICEF, 1999b).

En ella se hacen sugerencias para su manejo y a su vez cada uno de los temas de las sesiones contienen el objetivo que se pretende con cada una de las sesiones, las acciones a realizar, los materiales que serán utilizados para desarrollar el taller y el tiempo aproximado en cada una de las dinámicas de trabajo, además de contener aspectos teóricos de ayuda a los operadores.

El Manual de Apoyo Jurídico a Madres Adolescentes, informa los derechos y obligaciones de los adolescentes como padres. En ese manual se plantean 61 preguntas, mismas que son respondidas en base a lo instituido jurídicamente. Se retoman los aspectos de planificación familiar, atención a la salud, violencia y las alternativas institucionales para solicitar apoyos (DIF-UNICEF, 1999c).

2.3 Criterios para realizar el estudio

2.3.1 *El porqué de su elección*

Después de conocer algunos programas que pretenden brindar atención a los adolescentes, éste es el único implementado en el país que busca dar apoyo integral a las personas cuando enfrentan un embarazo o cuando ya son madres. Como se mencionó en la descripción de su forma operativa, el programa PAIDEA busca ayudar y orientar a esta población en los aspectos de salud reproductiva y sobre todo en aquellos que tienen que ver con la resolución de un embarazo, con la orientación en los cuidados pre y posnatales, así como con las formas para enfrentar la maternidad. Otro aspecto importante para retomar el programa, fue por su intención de promover la colaboración interinstitucional para atender estos eventos y para otorgar apoyo a las adolescentes cuando ya son madres.

2.3.2 *En dónde se hizo*

El programa opera en la mayor parte de los estados del país, la elección del estado de Tlaxcala se debe a que por su dimensión territorial esta entidad permitiría conocer las experiencias de la población adolescente en su salud reproductiva en los diferentes municipios en los que se implementa el programa.

2.3.3 *Qué se hizo*

Para conocer la cobertura del programa y los alcances cuantitativos, se tomaron en cuenta los registros y datos elaborados por el sistema nacional DIF y por el sistema estatal DIF en Tlaxcala. Para conocer la experiencia de las personas involucradas en el programa, se entrevistó a operadores en los diferentes municipios y a embarazadas y madres participantes de los grupos conformados en el primer semestre del año 2002.

Se eligió el mes de julio del año 2002, porque en ese momento, de acuerdo a la normatividad se estaría completando la primera fase del programa.

2.3.4 Población en estudio

Para conocer aquellos aspectos relacionados con la salud reproductiva, se realizaron entrevistas a las participantes de los talleres (solo mujeres) y operadores del programa en Tlaxcala. La forma de contacto fue a través del coordinador estatal del programa y de los mismos operadores. Solo hubo un criterio para la selección de las personas a entrevistar: ser participantes del “*Taller de Prevención y Atención Integral al Embarazo Adolescente*” y ser menores de 20 años de edad (de acuerdo a lo establecido por el programa).

Se optó por realizar las entrevistas en el lugar, día y hora en que se realizan las sesiones de los talleres en los diferentes municipios y así asegurar la presencia de las participantes. No fue posible hacer entrevistas a personas que hayan participado en la vertiente de prevención (en la cual se lleva a cabo el *Taller Básico de Orientación para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*), debido a que en el momento de la realización de las entrevistas, no se llevó a cabo ninguna sesión de ese taller.

2.3.5 Instrumentos

Los instrumentos fueron elaborados en base los objetivos del programa. Se diseñaron tres guías de entrevista, dos de ellas con un formato similar. La primera fue para las personas que enfrentaban un embarazo, la otra para el resto de las participantes de los talleres que ya eran madres. La tercera entrevista fue diseñada para conocer la percepción de los operadores.

De las 135 participantes registradas por el sistema estatal DIF en el “*Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*”, se entrevistó al diez por ciento de ese total, mientras que cinco de los diez operadores fueron informantes.

3. Descripción del trabajo de campo relacionado con el Programa de Prevención y Atención del Embarazo en Adolescentes (PAIDEA) en el Estado de Tlaxcala

En este apartado se presentan los resultados del trabajo de campo realizado en el estado de Tlaxcala relacionados con el Programa de Prevención y Atención del Embarazo Adolescente (PAIDEA) y está integrado por tres secciones. La primera de ellas incluye los resultados de la cobertura del programa y de las actividades realizadas por quienes operan el programa; la segunda sección contiene la percepción de los operadores del programa entrevistados en los diferentes municipios de la entidad; y la última contiene la percepción de las participantes entrevistadas, su experiencia dentro del programa y sus necesidades al vivir un embarazo y/o ser madres en la adolescencia.

3.1 El estado de Tlaxcala

A continuación se muestran algunos datos sociodemográficos del estado de Tlaxcala, los cuales fueron retomados de los registros elaborados por el gobierno de la entidad y del último Censo de Población y Vivienda 2000 (INEGI 2001).

Tlaxcala está localizado espacialmente en la región centro-oriente de la República Mexicana, es uno de los estados de menor dimensión geográfica (0.2 por ciento) de todo el país y colinda con los estados de Hidalgo, Puebla y Estado de México; son sesenta los municipios que lo conforman, siendo los más importantes: Tlaxcala, Apizaco, Chiautempan, Huamantla, Calpulalpan y Tlaxco. El clima que caracteriza a esta entidad es templado-subhúmedo, semifrío-subhúmedo y frío.

La mayor parte de la población del estado vive en zonas urbanas (755 263 personas) y solo el 21 por ciento (207 383 personas) viven en zonas rurales. Tlaxcala, Apizaco, Chiautempan, Huamantla y San Pablo del Monte, son los municipios que destacan por registrar una mayor densidad poblacional. En el último Censo de Población y Vivienda del año 2000 (INEGI 2001) el estado registró una tasa de crecimiento anual de su población de un 2.4 por ciento,

siendo los municipios de Yauhquemecan, Tzompantepec y Atlangatepec, los de más altas tasas de crecimiento. Hasta el 2001, se registraron un total de 29 mil 148 nacimientos, representando una tasa de natalidad de 28.9 nacimientos por cada mil habitantes.

La tasa global de fecundidad en la entidad es de 3.0, ocupando el 11° lugar a nivel nacional (INEGI, 2000). En el informe del Censo 2000, se registran en el estado 962 646 habitantes, de los cuales 469 948 son del sexo masculino (49 por ciento) y 492 698 son del sexo femenino (51 por ciento).

3.1.1 Tasas de fecundidad de la población adolescente en Tlaxcala

Hasta el año 2000, el estado contaba con una población de 172,461 personas entre los 12 y 19 años, siendo 85,761 hombres y 86,700 mujeres, de las cuales 6,190 son madres de por lo menos un hijo (INEGI, 2001).

- Los municipios con más altas tasas de fecundidad en las personas de 12 y 14 años, según el Censo de Población y Vivienda, INEGI 2000 son: San José Teacalco (0.0056); Teolochoico (0.0034); Tepeyanco (0.0037); Xaltocan (0.0042) y Zitlaltepec (0.0034).
- Los municipios con altas tasas de fecundidad en las personas de 15 a 19 años son: Benito Juárez (0.0847); Españita (0.0928); Lázaro Cárdenas (0.1077); Santa Cruz Quilehtla (0.0805); Terrenate (0.0809); Tocatlán (0.1096) y Tzompantepec (0.0820) (INEGI, 2001).

3.2 Resultados de las actividades realizadas por el PAIDEA en el estado de Tlaxcala

En seguida se presentan los datos de cobertura en el estado de Tlaxcala. La información está basada en los datos proporcionados por el sistema nacional DIF y el sistema estatal DIF de Tlaxcala.

3.2.1 Número de sesiones realizadas

- El número de sesiones del *Taller de Orientación para la Prevención del Embarazo en Adolescentes* entre 1998 y hasta el mes de julio del año 2002, fue de **695** (la vertiente de prevención consiste en **una** sesión dirigida a población escolarizada o a población abierta).
- El número de sesiones del *Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes* (vertiente de atención) desde que se inicia el programa en 1998 hasta el mes de junio de 2002, fue de **207** sesiones, sin embargo, es desconocido el número de talleres concluidos (el taller consta de **20 sesiones**).

3.2.2 Número de municipios en los que ha implementado el programa (vertiente preventiva y de atención)

El número de municipios en los que se ha implementado el programa se puede considerar bajo, si tomamos en cuenta los sesenta municipios existentes en el estado de Tlaxcala. En el siguiente cuadro se observa que en el primer año (1998) de operación del programa, únicamente se llevan a cabo actividades preventivas; en el año siguiente se puede notar un incremento en el número de municipios, mismo que asciende en el año 2000 a 29, para posteriormente presentar una disminución considerable en el total de municipios cubiertos tanto en el año 2001 como en la mitad del año 2002.

Número de municipios en los que ha operado el PAIDEA

Año	Número de municipios (vertiente de Prevención)*	Número de municipios (vertiente de Atención)
1998	8	0
1999	21	5
2000	29	17
2001	9	8
2002**	6	10

*Considera la población escolarizada y no escolarizada.

** Datos registrados hasta el mes de junio de 2002.

De los resultados por municipio, no fue posible conocer en cuántos de ellos se habían concluido las 20 sesiones del *Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*.

3.2.3 Número de participantes en talleres de prevención y de atención (hombres y mujeres)

- Según los registros del sistema nacional DIF, habían sido en total de 14 617 personas las que participaron en los talleres *preventivos*, de las cuales 6 352 fueron varones y 8 265 mujeres.
- Por otro lado, en los talleres de *atención* la participación había sido más de las mujeres, ya que acudieron entre el año 1998 y la mitad del año 2002, 928 personas del sexo femenino y en ese mismo periodo lo hicieron 58 personas del sexo masculino.
- En el año 2000, en el estado de Tlaxcala se registran 172 461 personas entre los 12 y 19 años (INEGI, 2001) y en el año 2002 el programa había llegado a 525 personas (hombres y mujeres) en la vertiente *preventiva* y a 292³⁰ en la vertiente de *atención*, por lo tanto, el programa había llegado al 0.4 por ciento de la población total de ese rango de edad.

3.2.4 Edades de los participantes (mujeres y hombres) en los talleres de atención

Según los datos registrados por el sistema nacional DIF, los hombres y las mujeres que acudieron a los talleres tanto de *prevención* como de *atención*, tienen entre los 12 y 19 años de edad.

³⁰ Es importante señalar que el sistema *estatal* DIF reporta en ese mismo año (2002), 135 participantes de los talleres de atención, mientras que el sistema *nacional* DIF reporta la cantidad de 236 mujeres adolescentes.

3.2.5 Número de carteles o folletos distribuidos en los municipios para difundir el programa

La cantidad de carteles colocados en los municipios para promocionar el programa, así como del número de folletos entregados por el sistema DIF con la misma finalidad, no fue un dato registrado hasta la mitad del año 2000.

3.2.6 Los objetivos del programa

- Cuantitativamente es difícil presentar resultados debido a que no existen registros de referencias a servicios que complementen las acciones del sistema DIF para contribuir en la disminución en la incidencia de embarazos adolescentes. Entre esos servicios, podrían estar la canalización a módulos de planificación familiar, de prevención y/o atención de ITS, de atención a la salud reproductiva general, asesoría psicológica, entre otras. Tampoco fue posible saber el número de acuerdos o convenios realizados por el sistema DIF con instancias educativas, que favorezcan las acciones orientadas para prevenir el embarazo en adolescentes.
- El segundo objetivo del programa pretende promover la incorporación social y autogestiva de las madres adolescentes de manera temporal con la finalidad de facilitar una perspectiva de vida promisorio tanto para ellas como para sus hijos. Sin embargo, no existe un registro de la promoción de medidas autogestivas o canalizaciones a capacitación para el trabajo o en su defecto a empresas para ingresar a un empleo. En este trabajo, también se consideró pertinente conocer la existencia de instituciones que favorezcan el desarrollo de los hijos mientras sus madres permanecían en alguna actividad económica, sin embargo, ni el sistema estatal DIF, ni los sistemas municipales DIF habían elaborado algún registro de tales actividades.
- La colaboración institucional e interinstitucional para prevenir y/o atender el embarazo y la maternidad adolescente es uno de los objetivos de programa, en el caso del estado de Tlaxcala se desconoce si se llevaron a

cabo esas acciones por la inexistencia de registros que las respalden. Por tanto, no es posible mencionar el número de referencias a instancias de salud (tanto para embarazadas como para madres e hijos), ni para la atención de posibles casos de violencia familiar o consultas psicológicas o jurídicas.

- El objetivo número cuatro del programa pretende identificar las principales causas que dan origen a un embarazo en la población adolescente, todo ello con la finalidad de diseñar estrategias preventivas y asistenciales de acuerdo a las características socioculturales de cada región. Sin embargo, en los registros del sistema DIF de Tlaxcala, no existían investigaciones que den referencia de las principales causas que originan el embarazo en las personas adolescentes.
- El objetivo cinco, busca sensibilizar a la sociedad acerca de las necesidades de atención de la salud reproductiva, tomando en cuenta los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente. Para ello se pretende la difusión de materiales promocionales y formativos para prevenir el embarazo y la maternidad a corta edad. No se pudo conocer si se cumple con el objetivo por la falta de reportes en los que se registren las posibles estrategias dirigidas a la sociedad para sensibilizarla acerca de la salud reproductiva de la población adolescente, como pueden ser pláticas, carteles, folletos o convocatoria a parejas, padres o familiares a participar en los talleres preventivos o de atención.

3.3 LA PERCEPCIÓN DE LOS OPERADORES

Con la intención de conocer algunas de las percepciones de quienes se involucran en forma directa en el programa, enseguida se retoman las opiniones de los operadores entrevistados, las cuales podrán ayudar a entender los posibles avances o posibles estancamientos del programa.

Los operadores

El siguiente cuadro especifica el perfil profesional de los operadores entrevistados, así como el municipio en el que coordinaban el *Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*. El número que aparece en la primera columna, ayuda a identificarlos en las siguientes páginas.

Operadores entrevistados		
Número	Municipio	Perfil Profesional
1	Calpulalpan	Maestro de Educación Física
2	El Carmen	Enfermera
3	Chiautempan	Técnica en Puericultura
4	Contla	Trabajadora Social
5	Huamantla	Trabajadora Social

El motivo por el cual algunos operadores no pudieron ser entrevistados, fue la dificultad para coordinar sus tiempos con la entrevistadora. En los municipios de Apizaco, Nativitas y Tlaxco, los encargados de coordinar el programa, no dispusieron de tiempo para otorgar la entrevista, en el último de ellos, la operadora se encontraba realizando actividades de apoyo en la fiesta anual de su localidad. En San Pablo del Monte y Tlaxcala, no fueron entrevistados ni operadores, ni participantes, porque en el tiempo designado para realizar las entrevistas no se realizaron sesiones del taller.

El lugar de las entrevistas

El lugar dónde se llevaron a cabo las entrevistas a operadores fueron los diferentes centros municipales DIF en los que se implementa el programa. La mayor parte de los entrevistados tuvieron disposición como informantes, sólo dos de ellos manifestaron sentirse nerviosos.

Tiempo en el programa

La experiencia de los operadores fluctuaba entre los dos y seis meses. El operador con más tiempo en el programa tenía en el momento de la entrevista seis meses, mientras que la persona con menos tiempo llevaba dos meses.

Los cinco entrevistados cubrían otras actividades dentro del sistema DIF, como coordinar otros programas formativos (*Chimalli* y *Menores Trabajadores*, el primero de ellos pretende promover la prevención en el uso de drogas entre la población adolescente y joven, y el segundo apoya con becas a menores de edad que estudian y trabajan) o eran encargados de las Unidades Básicas de Rehabilitación o de las Unidades de Trabajo Social de los centros municipales DIF.

3.3.1 Acciones preventivas y complementarias para fomentar el ejercicio responsable de la sexualidad

El uso de métodos anticonceptivos es una alternativa para prevenir un embarazo, por ello se consideró necesario conocer cuáles eran las percepciones de los operadores respecto a la información proporcionada dentro de los talleres en cuanto al uso de los mismos, así como los efectos secundarios y posibles canalizaciones a servicios de planificación familiar. En este apartado también se comenta de las percepciones de los operadores respecto a la prevención de ITS y de la información y orientación acerca de los derechos sexuales, ambas se pueden considerar acciones para promover el ejercicio responsable de la sexualidad, además de la información y orientación respecto a valores, comunicación y

autoestima, factores que pueden influir en el comportamiento de la sexualidad de la población adolescente.

Influencia de la autoestima, comunicación e identificación, reafirmación y preservación de valores en el ejercicio responsable de la sexualidad

Los operadores coincidieron en la importancia que tienen la autoestima, comunicación e identificación, reafirmación y preservación de valores para prevenir un embarazo en la adolescencia y mencionaron que eran temas tratados en las sesiones. Sin embargo, a decir de ellos, algunas participantes del taller no entendían los conceptos y por tanto se dificultaba el desarrollo de los temas, lo que también ocurría con otros temas como el de sexualidad.

Una operadora refirió que en su grupo trataba de generar “conciencia” en las participantes para que no se volvieran a embarazar y “no se llenen de hijos que cuando crezcan no les puedan dar todo” (Operadora, 2) Consideraba que el taller les iba a servir para crecer como personas y como mujeres, pues un embarazo a su edad les afectaba a su salud y podría ser un proceso de alto riesgo. En su opinión, era importante la información acerca de los métodos anticonceptivos, ya que la mayor parte de las participantes del taller que ella coordinaba no desearon ser madres, sin embargo, debido a problemas familiares se embarazaron para salirse de sus casas.

Información sobre uso de métodos anticonceptivos

Tres operadores del programa refirieron que el tema de métodos anticonceptivos es retomado en una de las sesiones del *Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*, siendo la información proporcionada muy completa, ya que había acudido personal de los centros de salud al lugar en donde se impartía el taller a proporcionar información y orientación.

Hubo quien opinó que la información proporcionada acerca de los métodos anticonceptivos en el taller era “muy general” y que las participantes de su grupo ya estaban “hartas” de ese tipo de información.

La importancia del uso de métodos anticonceptivos

Algunos operadores opinaron que las cuestiones culturales como las creencias y las costumbres habían influido de forma determinante para que las participantes de los talleres no utilizarán un método anticonceptivo. Entre las creencias mencionadas, la principal fue la de aceptar lo divinamente impuesto (“los hijos que Dios mande”) y entre las costumbres mencionadas refirieron que la decisión de usar un método está a cargo de la pareja o de los padres.

Una operadora consideró que existía información poco confiable entre la población adolescente, situación que impide a las mujeres adolescentes utilizar los métodos anticonceptivos, ya que son influenciadas frecuentemente por sus madres quienes les informaban que el uso de alguno de ellos es dañino para el organismo.

Algunos factores que impiden la continuidad del uso de métodos anticonceptivos

Acerca de la utilización de métodos anticonceptivos entre las participantes de los grupos que coordinaban, los operadores mencionaron algunos factores que impiden la continuidad de su uso, como la violencia, la falta de higiene personal, la “poca responsabilidad” del sector salud para promoverlos o ciertas limitantes culturales:

“ ellas son inaseadas, no se bañan y se provocan una infección, por ejemplo con el DIU, no se asean y se infectan y se quejan, terminan botando el DIU y ya no lo quieren usar” (Operador 1).

El mismo operador refirió la experiencia de una participante que había optado por la abstinencia:

“Una (chica) había optado por la abstinencia y eso provocó violencia, el marido la golpeaba y por eso ya no continuo con el

método de abstinencia” (Operador 1).

Y hubo quien responsabilizó al sector salud de la función de informar y promover el uso de métodos anticonceptivos:

“Depende de la mentalidad de cada persona, por ejemplo cuando se van a aliviar, aquí en CESA (centro de salud), en el sector salud es su obligación informar a las chicas para que no se embaracen, avisar para que su hijo no este desnutrido (...) básicamente la planificación familiar. Muchas de ellas dicen: “mejor me cuido” y tanto va a mejorar la vida de ellas y de sus hijos” (Operadora 5).

También se mencionó otra limitante por la cual las adolescentes no utilizaban los métodos anticonceptivos:

“Influye mucho la cultura del pueblo, muchas dicen: “mi mamá me dijo yo nací para tener hijos, me caso para eso”. El esposo no las deja. Falta mucha información de concientizar, de que deben utilizar métodos anticonceptivos y muchas veces tampoco los conocen” (Operadora 5).

Un problema para tratar el tema de anticonceptivos, era el poco entendimiento de algunas participantes, quienes tampoco comprendían otros aspectos relacionados con la sexualidad, lo que muchas veces provocaba aburrimiento y ausentismo. También se mencionó el problema de que algunas personas no sabían leer y escribir y tales condiciones no favorecían el desarrollo de los temas dentro de los talleres.

Referencias a servicios de planificación familiar

Los operadores refirieron que a las interesadas en usar un método anticonceptivo, se les canalizaba a los centros de salud de sus municipios, en los que existen módulos de planificación familiar, o dependiendo de las necesidades de cada una

de ellas, se les refería al área psicológica o médica de las presidencias de sus municipios.

Información acerca de ITS

Tres operadores hablaron de distintas formas para tratar el tema de las ITS, una operadora mencionó que no se manejaba esa temática dentro del programa y otra comentó que no se había llegado todavía a ese tema con su grupo. Un operador refirió como se manejaba esa información con las participantes del taller:

“Hacemos trípticos y hojas de evaluación, fichas de trabajo y les preguntamos qué enfermedades han sufrido y así yo les pregunto a los médicos y ellos me dicen lo que les puedo decir a ellas”
(Operador 1).

Información acerca de los derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales, -según lo mencionado por los operadores- es un tema retomado en el “*Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*”. Un operador mencionó que su grupo había sido orientado en ese aspecto por una abogada que está dentro del sistema DIF municipal. Otra refirió que el tema estaba incluido en una de las sesiones del taller y otros dos comentaron que en el tema de los derechos sexuales se retomaban aspectos como violencia sexual y sexualidad con responsabilidad, sin embargo, cuando no se conocía ampliamente el tema, se canalizaba a las participantes a asesoría psicológica o con un sexólogo. Una operadora mencionó que en su experiencia, no era sencillo el manejo de los temas como el de los derechos reproductivos:

“...hay una cierta limitación, aparentemente pareciera que uno sabe, pero no... solamente en la escuela llevé una materia de salud sexual y reproductiva, en el último semestre...” (Operador 5).

3.3.2 Incorporación social

El programa contiene dentro de sus objetivos el promover la incorporación social y autogestiva de las madres adolescentes por medio de una asistencia integral, priorizada y temporal, para facilitar una perspectiva de vida con calidad para ella y su hijo o hijos. En este trabajo se consideró necesario indagar las acciones que el sistema DIF había llevado a cabo para apoyar a la población objetivo en cuanto a la continuación o terminación de sus estudios; las acciones para la promoción de la incorporación a la vida labora; medidas autogestivas; y referencias para cuidados de los hijos en guarderías o estancias infantiles, mientras son participantes del *Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*.

Información en los talleres acerca de las opciones para la continuación de estudios

Tres de los operadores entrevistados comentaron haber establecido un acuerdo con el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA). Mencionaron también motivar a las participantes en la continuación de sus estudios, refiriéndolas a esa instancia.

Otras dos operadoras relataron que en su municipio no se había informado nada al respecto y tampoco se había realizado algún convenio con instancias educativas. Una de ellas refirió que entre las participantes de su grupo no existía el interés por continuar estudiando ya que “habían resuelto su vida al casarse o al tener hijos” (Operadora, 4) y la otra comentó que en su municipio solo se estudiaba hasta la secundaria debido a cuestiones ideológicas y a la falta de interés de las personas adolescentes en seguir estudiando.

Promoción para medidas autogestivas

En los cinco municipios a los que pertenecían los entrevistados, no se promocionaron medidas autogestivas entre las participantes de los talleres.

Dos operadores mencionaron que dentro de los talleres de *Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes* que coordinan, se comentó a las participantes la posibilidad de su integración a talleres de manualidades impartidos en las presidencias sus municipios. Los talleres mencionados por los dos operadores fueron: tarjetería española, migajón, cocina, costura, tejido, fomi y fieltro.

Incorporación a la vida laboral

Respecto a si las participantes de los talleres eran informadas de alguna institución o empresa donde pudieran conseguir un empleo algunos operadores refirieron que difícilmente se hacía esa labor y cuando se llegaba a hacer era en trabajos poco remunerados:

“Se les busca, se gestiona por medio de alguna empresa, se va directamente con el encargado, y sí, regularmente les dan trabajo, por que son jóvenes, si son de 17 años, no las aceptan, si son de esa edad en una tienda o en una tortillería...” (Operadora 5).

Uno de los operadores comentó que los esposos no permitían que ellas se desarrollaran en un empleo, y otra operadora refirió que en el momento que alguien quisiera se le apoyaba, solo que ellas casi no lo solicitaban, sin embargo, agregó que en su grupo había una madre adolescente que tenía un hijo con cáncer y se le habían buscado trabajos temporales.

Canalización a guarderías o estancias infantiles

En este trabajo también se consideró pertinente conocer si existen instituciones que favorecieran el desarrollo de los hijos mientras sus madres permanecieran en un empleo o realizando actividades autogestivas. De los cinco operadores entrevistados uno habló de la posibilidad de crear a futuro un centro de desarrollo infantil para hijos de madres trabajadoras y otro mencionó que se les había ofrecido a las participantes de su municipio el asistir a una guardería dentro del sistema DIF municipal, sin embargo, ellas no acudían; y los otros tres, refirieron

que en su municipio era difícil que se pudiera tener una guardería y apoyar de esa manera a las participantes.

3.3.3 Colaboración institucional para prevenir y/o atender el embarazo y la maternidad adolescente

El objetivo número tres del programa, pretende propiciar la colaboración institucional e interinstitucional para conjuntar las acciones, programas, proyectos y propuestas encausadas a prevenir y/o atender, bajo una misma dirección el embarazo y la maternidad adolescente. Por ello, se consideró importante conocer si existían convenios con instituciones para prevenir el embarazo, con instancias de salud para atender los problemas de salud que se presenten durante el evento reproductivo, así como sus necesidades de atención en algún padecimiento, tanto para las participantes como para sus hijos y problemas relacionados con su sexualidad y su vida reproductiva en general.

Acuerdos o convenios con otras instancias para prevenir y/o atender el embarazo y la maternidad

Los entrevistados mencionaron tener contacto con los centros de salud de sus municipios, con las áreas psicológica y jurídica de sus centros DIF municipales.

Algunos operadores mencionaron el problema que representa la poca oferta de servicios de salud en sus municipios, lo cual impedía que se complementaran las actividades realizadas en el taller de *Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*. Sin embargo, los cinco entrevistados, mencionaron tener acuerdos (solo de palabra) con los centros de salud de su comunidad, refiriendo que los directores de esas instancias estaban dispuestos a apoyar en los talleres ya sea con pláticas sobre uso de métodos anticonceptivos o de sexualidad. Un entrevistado dijo que ante una emergencia médica que pudiera presentarse a una de las participantes de su grupo de PAIDEA, el director del centro de salud de su localidad aceptó atender tal situación.

Por otro lado, una operadora mencionó que al presentarse problemas de salud leves (por ejemplo gripa), se canalizaba a las participantes en el consultorio médico del DIF. Cuando se presentaba un problema complicado, se canalizaba al centro de salud en donde les hacían descuentos o si no podían hacer el pago, se les otorgaba el servicio de forma gratuita por ser integrantes del programa PAIDEA.

Cuidados durante y después del embarazo

En este aspecto, solo dos operadoras mencionaron que se les informaba de los cuidados que debían tener con su alimentación y su salud, o se les recomendaba asistieran al médico. Sin embargo, alguien comentó que en su localidad un problema era la higiene y por ello se presentaban problemas entre las participantes de su grupo:

“(Yo les) ...informó a través de su alimentación, deben tomar sulfato ferroso, vitaminas... higiene, aquí no están acostumbradas a bañarse” (Operadora 2).

Los otros tres operadores desconocían si era parte de su trabajo retomar el tema en sus sesiones de grupo.

Riesgos durante y después del embarazo

Tres operadoras comentaron que en sus grupos de trabajo se había hablado de los riesgos que se presentan en las personas embarazadas. Una operadora comentó que uno de esos riesgos era que al ser tan jóvenes, su matriz es “infantil” y por ello, no está preparada para procrear un bebé y que incluso algunas participantes dejaban de asistir por problemas de salud durante el embarazo o por la resolución del mismo. Por otro lado, otra entrevistada refirió que ese tema era poco tratado dentro de los talleres y que regularmente eran las madres de las participantes quienes las orientaban y apoyaban acerca de los riesgos en el embarazo:

“Como ellas están con sus mamás, pues ellas se encargan y las que tienen a sus esposos pues ellos las apoyan” (Operadora 4).

Apoyo psicológico

Respecto a la orientación psicológica, la cual se puede considerar como una acción relevante para complementar el apoyo a las adolescentes cuando viven un embarazo o son madres, se pudo conocer que cuatro operadores habían sugerido a las participantes de los talleres de *Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes* acudir al área de psicología de los centros DIF o de las presidencias municipales. Sin embargo, ese apoyo no se había sido relevante para un operador y por ello no fue sugerido a las integrantes de su grupo.

Orientación nutricional

Un factor como la alimentación adecuada para el desarrollo integral de las embarazadas y madres adolescentes ha sido considerado entre los temas del taller. Los operadores mencionaron retomar ese punto en las sesiones, aunque algunas participantes pertenecían al programa de nutrición implementado por el DIF y con ello se completaba la información otorgada en los talleres.

Violencia intrafamiliar

Dos operadores mencionaron que entre las participantes de sus grupos no se presentaban problemas de violencia intrafamiliar. Por otro lado, tres operadores refirieron que entre las participantes de sus talleres sí había personas que vivían violencia, sobre todo física y emocional. Un operador lo describió de la siguiente manera:

“(Hay violencia) ... física y emocional, uno se da cuenta en la forma que se expresan, si les hablo fuerte se espantan y les pregunto y ellas platican. Luego las ves con el ojo morado o marcas en el cuello, les digo que platiquen (con sus esposos) y si

no pues que se defiendan y si no, que denuncien” (Operador 1).

Otra entrevistada comentó que parte de sus actividades era orientar a las participantes diciéndoles que a los hijos se les educa sin golpes y que era necesario inculcarles valores morales, debido a que en su municipio se presentaban graves problemas de violencia intrafamiliar, como el hecho de que los hombres quisieran tener relaciones sexuales cuando las mujeres no lo desearan.

Canalizaciones para la atención de la violencia intrafamiliar

Los operadores refirieron que al presentarse un problema de violencia intrafamiliar se canalizaba a las participantes a las áreas de psicología o de trabajo social de los centros DIF de sus municipios.

3.3.4 Investigación

El objetivo número cuatro del programa busca identificar las principales causas que dan origen a un embarazo en la población adolescente en las diferentes entidades, con la finalidad de diseñar estrategias preventivas y asistenciales, de acuerdo a las características socioculturales de cada región.

Investigaciones para identificar los factores que influyen en el origen de los embarazos en la población adolescente

Los operadores del programa en los diferentes municipios comentaron que no habían realizado investigaciones para identificar los factores que influyen en el origen del embarazo en la adolescencia, y desconocían si por parte del DIF estatal se había realizado algún trabajo de ese tipo.

Sin embargo, mencionaron algunas diferencias entre las zonas rurales y urbanas. Una de ellas es que en las primeras, las adolescentes se casan a muy corta edad con la idea de que han crecido para casarse; mientras que en las segundas, hay más oportunidades de empleo y de acceso a la educación. También refirieron

otros problemas que se presentaban en sus municipios, como la falta de comunicación entre padres e hijos y demás familiares y problemas de violencia intrafamiliar.

Estrategias preventivas y asistenciales

Los entrevistados mencionaron que para diseñar las estrategias preventivas y asistenciales cuando no se ha realizado una labor de investigación, estaban en contacto con los centros de salud de sus localidades, éstas instancias habían sido las que canalizaban a las mujeres adolescentes embarazadas y a las que eran madres para que participarán en el programa:

“No hemos puesto en contacto con directores de CESA (Centro de Salud), si asisten a consultas de embarazo o si asisten al parto que no las canalicen. En CESA nos hemos encontrado con que no nos dan información, con burocratismo. Aquí (en Chiautempan) hay una clínica especializada de embarazos de alto riesgo, pero tienen información muy general” (Operadora 3).

Necesidades de la población adolescente aún no atendidas

Las demandas de la población adolescente que no se habían podido cumplir en los municipios según la percepción de los operadores, eran entre otras, la necesidad de orientación; oportunidades educativas; opciones de empleo; así como atender sus necesidades en salud sexual. Alguien mencionó la necesidad de espacios recreativos para que los adolescentes ya no “piensen” en la sexualidad:

“Yo creo, un curso bien concientizado acerca de sexualidad y de los riesgos que les pueden traer, yo creo que es lo que se necesita. (También) más espacios recreativos, para que ellos no estén pensando en la sexualidad y en la drogadicción, aquí solo van a la escuela y luego a su casa y salen a hacer trabajos de computadora y se van a “chatear” (Operadora 5).

3.3.5 Sensibilización a la sociedad, informando y orientando en la prevención del embarazo en adolescentes y en salud sexual y reproductiva

Sensibilización social para la prevención de embarazos en adolescentes

Según los operadores del programa, la forma de acercar a la población adolescente a los talleres tanto preventivos como de atención, era acudiendo a las escuelas; a través de los diferentes programas sociales (Oportunidades, Nutrición, etc.); por los registros de INEGI; y/o visitas domiciliarias con el apoyo de los presidentes auxiliares.³¹

Mencionaron que se había invitado a familiares y a parejas de las participantes a formar parte de los grupos, sin embargo, no habían asistido por no encontrar el apoyo económico (como una despensa por ejemplo) que buscaban regularmente en los programas; en el caso de las parejas, muchos de ellos se encontraban ocupados en sus actividades laborales.

Promoción de los derechos sexuales y reproductivos

No se había otorgado información a familiares y sociedad en general por parte del sistema DIF con la cual se promovieran los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Una operadora mencionó que difícilmente los mayores participaban, e incluso no permitían a sus hijas ser parte del programa:

“(…) la cultura no está para que se presten los mayores, ellos les dicen ¿para qué vas? es pérdida de tiempo. Gracias a Dios, las chicas si quieren venir. La gente está acostumbrada, que si les vas a dar algo asisten, yo trato de cambiar eso” (Operadora 2).

³¹ Los presidentes auxiliares son figuras político-administrativas, que participan en forma directa con la población y en la toma de decisiones y acciones de la administración de los diferentes municipios en el estado de Tlaxcala.

Formas para difundir el programa

Se mencionaron distintas estrategias para promover el programa en los municipios. Entre ellas, la colocación de mantas y carteles, organización de desfiles por las calles de sus municipios y repartición de folletos, así como visitas domiciliarias, siendo esta última estrategia, la más efectiva para conformar los grupos.

Una dificultad mencionada por los entrevistados fue la falta de apoyos financieros y materiales para llevar cabo los talleres de *Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*, situación que impedía la promoción y difusión del programa. Algunos mencionaron que se le daba más importancia a otros programas con fines asistenciales y por tanto había poco apoyo para un programa formativo como PAIDEA.

3.4 LA PERCEPCIÓN DE LAS PARTICIPANTES DE LOS TALLERES

La finalidad de esta sección es dar a conocer las percepciones de las participantes de los talleres y saber como se vivían dentro del programa, sus necesidades en salud reproductiva y el enfrentar un embarazo en la adolescencia o el hecho de ser madres.

Las entrevistadas

A continuación se enlistan a las participantes* entrevistadas, junto con los aspectos sociodemográficos de cada una de ellas: edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, si enfrentan un embarazo y/o número de hijos.

Cuadro de datos sociodemográficos de adolescentes entrevistadas participantes del Taller de Prevención y Atención Integral al Embarazo Adolescente en el estado de Tlaxcala

Nombre	Edad	Escolaridad	Estado Civil	Ocupación	Enfrentaba Embarazo	No. de Hijos
Aurora	19	Primaria terminada	Unión Libre	Hogar	No	1
Carmen	18	Secundaria incompleta	Unión Libre	Hogar	No	1
Sandra	18	Secundaria terminada	Unión Libre	Hogar	No	1
Luz María	16	Secundaria terminada	Soltera	Hogar	Si	
Rocío	20	Primaria terminada	Casada	Hogar	No	1
Sonia	17	Preparatoria incompleta	Unión Libre	Hogar	Si	
Blanca	16	Secundaria terminada	Soltera	Hogar	No	1
Ernestina	17	Primaria incompleta	Unión Libre	Hogar	No	1
Flor	18	Primaria terminada	Unión Libre	Hogar	No	2
Alejandra	17	Secundaria incompleta	Soltera	Hogar	No	2
Antonia	19	Profesional incompleta	Casada	Hogar	Si	
Verónica	20	Secundaria terminada	Unión Libre	Hogar	No	1
Marisela	20	Primaria terminada	Unión Libre	Hogar	No	4
Martha	16	Primaria terminada	Unión Libre	Hogar	No	1

* Los nombres de las entrevistadas fueron cambiados debido a la confidencialidad ofrecida antes de realizarse cada una de las entrevistas.

Realización de las entrevistas

Las entrevistas a ocho participantes de los talleres de *Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*, se llevaron a cabo en el lugar donde se imparte el taller, y el resto (seis), fueron entrevistadas en sus domicilios particulares. En el caso de Luz María y en el de Antonia porque estaban en reposo por amenaza de aborto; Alejandra y Verónica fueron entrevistadas en sus casas por sugerencia de la operadora del programa; y a Martha y Marisela, les habían suspendido la sesión del taller por la fiesta que se celebraba en su localidad.

Tiempo en el programa

El número de sesiones a las que habían asistido las participantes variaba, en razón de que en los municipios el programa no comenzó a operar al mismo tiempo. Quienes habían acudido a un mayor número de sesiones mencionaron once, sin embargo, hubo quienes apenas se estaban integrando a los grupos porque no se les había invitado al taller o no lo conocían.

Razones por las que acudían a los talleres

Las catorce participantes entrevistadas comentaron diferentes razones por las cuales acudían al taller. Entre lo comentado, estaba tanto la necesidad ser escuchadas, tener un espacio donde expresarse, hablar de sus problemas y sentirse identificadas, pero había quienes tenían otras razones:

- En el caso de Aurora, por el momento que estaba viviendo (cuando se realizó la entrevista) requería de conocimientos para cuidar a su hija recién nacida, sobre todo “aprender a darle de comer”, ya que su madre le había advertido no apoyarla en ese sentido, debido a su enojo por la decisión de Aurora de ser madre a la edad de 18 años (Apizaco).
- Sandra acudía al taller para aprender acerca de las ITS, de los métodos anticonceptivos, sobre todo de su uso y de su utilidad, ya que mencionó

solo conocer algunas características del condón y de los métodos hormonales orales (pastillas) (Apizaco).

- Rocio asistía al taller porque le interesaba comunicarse de mejor manera con su esposo y con sus padres, con quienes tenía una difícil relación (Calpulapan).
- La necesidad de saber educar a su hijo, era el motivo por el cual Ernestina acudía al taller. Se consideraba una persona muy “chica” para saber cómo hacerlo adecuadamente además de que su esposo no la apoyaba en ese aspecto (El Carmen Tequexquitla).
- Las expectativas de Martha respecto a su asistencia al taller, radicaban en esperar alguna ayuda material o económica, por que le hacían falta láminas para tapar su “cuartito”, el cual estaba en construcción y les daría la posibilidad a ella y a su esposo de dejar de pagar la renta del inmueble en el que habitaban:

“Pero no nos han dado nada, nos dieron una gorra y una playera, pero más adelante nos dijo (la operadora del programa) que iba a haber más” (Tlaxco).

Ventajas de acudir al programa

Las entrevistadas mencionaron algunas ventajas al acudir al taller, las cuales se relacionaban con sus expectativas en los talleres y con los problemas que vivían cada una de ellas, problemas surgidos por ser madres en la adolescencia y también de tiempo atrás, como emocionales, familiares o económicos.

- Alejandra comentó que el programa le servía porque aprendía a tener paciencia con sus hijos y para saber cómo educarlos después de enfrentar la responsabilidad de atenderlos sola, debido a la separación con su pareja:

“(he aprendido) ... a saber tenerles paciencia a mis hijos, pensar más en ellos, que en mi. Antes nada más pensaba en mi. Supe que mi esposo salía con otra persona y yo me quería morir y ahora atiendo más mis hijos... a mi niño le ha ayudado para que sonría, a la señora (la operadora) le sonríe, le dice mamá. A mi, a tener paciencia con mis hijos, antes nada más lloraba” (Chiautempan).

- Para Antonia,, la ventaja de acudir al taller radicaba en la habilidad desarrollada para poner límites a su pareja:

“... con la pareja yo no decía nada, ahora ya cambio todo, cuando mi esposo me regañaba y eso no me gustaba y yo siempre lloraba y lloraba y ahora ya no (...) aunque yo lo ame, si él sigue con su carácter, no voy a estar dispuesta a soportar tanta humillación, aunque este bien casada. En la casa de él, así están acostumbrados, mis conuñas si se dejan. Me casé por la iglesia y por el civil, no me voy a dejar que me mangonee... (también) en mi autoestima, pues uno no se debe dejar de los hombres por el dinero, que nos quieran mangonear. Mi esposo es de carácter fuerte, yo soy flexible, escucho, no me gusta como me habla y le he puesto las reglas, porque pienso y siento... yo no me defendía, si ahora me quiere dejar que me deje... si me da (gasto) de eso no me quejo y yo vendo zapatos y saco dinero... no me pega, pero su carácter es fuerte” (Chiautempan).

- Verónica asistía al taller porque aprendía a valorarse como persona, se consideraba una persona con una autoestima muy “baja”, lo cual en muchas veces le impedía saber educar a su hijo, con quien difícilmente se “controlaba” ya que no sabía tenerle paciencia.
- En el caso de Marisela, la ventaja de su asistencia al taller era haber aprendido a relacionarse de mejor manera con su pareja, sin embargo,

mencionó no recibir ningún beneficio ya que solo les daban “platicas” a ella y a sus compañeras (Tlaxco).

3.4.1 Acciones preventivas y complementarias para fomentar el ejercicio responsable de la sexualidad

Información de métodos anticonceptivos

Las tres embarazadas en el momento de las entrevistas mencionaron conocer los métodos anticonceptivos, de igual forma lo confirmaron la mayor parte de las madres adolescentes, una de ellas no contestó, porque dijo no entender la pregunta. La información que tenían algunas de ellas acerca del tema la obtuvieron en la escuela, con los amigos o en los centros de salud a los que acudían, y mencionaron que habían conocido otros aspectos de los métodos anticonceptivos dentro del taller de *Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*.

Respecto a la información que poseían, cada una de ellas también había entendido esa información en base a sus necesidades, expectativas de vida o problemas a los que se habían enfrentado. Veamos algunas de sus percepciones en referencia al tema.

- Ernestina no pudo responder si había recibido información dentro del taller acerca de los métodos anticonceptivos o si los conocía, debido a que no entendió la pregunta formulada por la entrevistadora (El Carmen Tequexquitla).
- Para Martha, no fue trascendental la información acerca de los métodos anticonceptivos recibida en el taller, aún cuando refirió que era importante en las personas adolescentes prevenir un embarazo:

“No, le dije a mi señor (de los métodos anticonceptivos), pero él dice que no, que él me va a cuidar... (aquí) nos hace falta,

divertirnos más, cuidarnos para que no salgamos embarazadas. Los hombres de aquí, así son, nada más te embarazan y te dejan así. Mi hermana tiene veinte años y tiene cuatro hijos, su esposo está en México, es que aquí está muy difícil” (Tlaxco).

- Flor mencionó estar informada acerca de los métodos anticonceptivos, la cual confirmó al pertenecer al taller. Refirió conocer opciones como el DIU, inyecciones, condón y pastillas, los cuales ella podría adquirir cada mes al acudir al servicio médico utilizando una tarjeta, sin embargo, la usaba para recoger condones mensualmente y regalarlos, debido a que su esposo regresaba a su casa cada seis meses por razones de trabajo. También mencionó que el DIU no es un método seguro para prevenir un embarazo, pero puede usarse junto con el condón para aumentar su efectividad, mientras que las pastillas anticonceptivas no son adecuadas cuando se está amamantando a un bebé y además son dañinas para la salud de las personas (El Carmen Tequexquitla).
- Alejandra comentó que le interesaba saber acerca del uso del preservativo, pues hacía uso esporádico de ese método con el padre de sus hijos (Chiuatempa).
- Para Carmen el tema de los métodos anticonceptivos era importante y mencionó acerca de ellos que eran “buenos”, debido a que consideraba una persona “chica” para tener más hijos, describiendo que era “malo” enfrentar un embarazo nuevamente. Para prevenirse utilizaba el DIU desde el nacimiento de su hijo, aún cuando su pareja tuviera el deseo de ser padre nuevamente (Apizaco).
- Sonia estaba embarazada en el momento de la entrevista y refirió conocer los métodos anticonceptivos reconociendo que son útiles en la prevención de enfermedades y para “planificar la familia” (Calpulalpan).

Información de efectos en la salud

La información acerca de los efectos en la salud fue un elemento considerado para conocer en qué forma el taller contribuía en la prevención de embarazos y en la promoción de actitudes responsables ante la sexualidad y en otros aspectos de la salud reproductiva entre la población objetivo.

Solo tres de las participantes, conocían los posibles efectos en la salud al utilizar un método anticonceptivo al pertenecer al programa; otras tres habían obtenido información en los centros de salud de sus municipios; otra de ellas en el programa PROGRESA y las siete restantes desconocían los efectos colaterales del uso de los MA.

- Para Aurora, retomar aspectos de la planificación familiar dentro del taller fue muy importante, ya que la información que había recibido en el centro de salud, (lugar donde le colocaron el DIU sin buenos resultados) no fue clara y aprendió en el taller que:

“...las pastillas dan nervios y las inyecciones también, no puede dormir uno en las noches, dan muchos nervios, (con) lo del DIU, hay sangrado abundante” (Apizaco).

- Desde su participación en el taller, Sandra pudo tener la idea de cómo cuidarse y no tener más hijos. Sin embargo, después del nacimiento de su hijo, le fue colocado el DIU, método que no le funcionó y optó por utilizar el preservativo, pero no lo usaba de forma frecuente, debido a que su esposo trabajaba en otro estado y sólo regresaba cada ocho o quince días. Ella sabía que los métodos hormonales (inyecciones y pastillas) afectaban la alimentación de su hijo.

Aún con su experiencia al utilizar el DIU, la información en el taller y la información recibida en el centro de salud, Sandra no había comprendido la información:

“...no, al menos el condón, me dijeron que una vez hay que usarlo y echarlo a la basura, del DIU no sé cómo, supuestamente a los cinco años se retira, pero no sé bien” (Apizaco).

Canalización a servicios de planificación familiar

De las 14 entrevistadas, ninguna había sido canalizada a alguna instancia para recibir orientación acerca de planificación familiar.

Información recibida sobre ITS

Algunas participantes de los talleres no habían recibido información y orientación respecto a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), otras habían obtenido la información por otras fuentes (escuela, amigos) la mayoría (nueve) si había sido informada en el taller acerca de las ITS. Cuatro de éstas últimas, coincidieron en que son enfermedades de los “hombres”, entre las mencionadas estuvieron el SIDA, la gonorrea y la sífilis.

Información derechos sexuales y reproductivos

De acuerdo al primer objetivo del programa, se preguntó a las integrantes de los grupos de los talleres del programa PAIDEA si habían sido orientadas hasta ese momento acerca de los derechos sexuales y cómo habían comprendido la información recibida, a lo que siete de ellas mencionaron haber obtenido información en las sesiones, cinco señalaron lo contrario y dos no contestaron.

De las siete personas que recibieron información en los talleres, seis de ellas entendieron que los derechos sexuales se relacionan con la decisión de tener o no relaciones sexuales con la pareja y una mencionó no acordarse específicamente en que consisten esos derechos.

- En el caso de Aurora, el tema de los derechos sexuales fue “claro”, por la importancia que tiene el que las personas estén de acuerdo para llevar a

cabo una relación sexual, para ella era un derecho de las mujeres “decir que no” a la relación sexual cuando no lo desearán (Apizaco).

- A Carmen le interesó el tema de los derechos sexuales y había entendido que para tener una relación sexual era necesario comunicarse con la pareja (Apizaco).
- Antonia se informó en los talleres acerca de los derechos sexuales, comprendiendo que ellos consisten en tener relaciones sexuales sin sentirse obligada por la pareja (Chiautempan).

3.4.2 Incorporación social

En este trabajo se consideró necesario averiguar las acciones que el sistema DIF había llevado a cabo para apoyar a la población objetivo, en la continuación o terminación de sus estudios, las medidas tomadas para la promoción de la incorporación a la vida laboral mientras son participantes del taller; o la promoción de medidas autogestivas.

Información en los talleres acerca de las opciones para la continuación de estudios

A las entrevistadas se les preguntó si les habían informado dentro de los talleres acerca de algunas alternativas para continuar estudiando, a lo que once respondieron negativamente y tres refirieron haber sido informadas de esa opción.

Algunas demostraron interés en seguir estudiando, pero señalaron sus limitantes para hacerlo, como el hecho de cuidar a sus hijos y atender su casa, otras dos mencionaron no estar interesadas en continuar sus estudios.

- Luz María sólo tenía el interés en irse a Estados Unidos después del nacimiento de su hijo, debido a que su novio (y padre de su hijo) no la había apoyado con el embarazo (Calpulalpan).

- Dos refirieron que no podían continuar estudiando (aunque así lo desearán) porque sus esposos no lo permitían. Por ejemplo, Ernestina, refirió no estar interesada en continuar sus estudios, por que su esposo no le daba “permiso” (El Carmen Tequexquitla).

Capacitación para el trabajo o capacitación para desarrollar medidas autogestivas

Se preguntó a las entrevistadas si habían sido referidas a alguna institución para recibir capacitación e ingresar a un empleo o capacitación para desarrollar medidas autogestivas. Del total de las entrevistadas, cuatro señalaron que se les comentó en un momento de algunos talleres de manualidades, de cocina y tejido; tres no contestaron y el resto (siete) no había recibido ninguna información acerca de la posibilidad de desarrollarse en un empleo.

- Carmen trabajó durante un tiempo hasta antes de unirse con su pareja, quien después no le permitió continuar en esa actividad, y esa fue una decisión aceptada por ella cuando inicia su nueva vida como madre y como pareja:

“...si, le he dicho a mi esposo que quiero terminar la secundaria, pero tengo que cuidar a mi hijo... mi esposo no me deja trabajar, para eso me da (dinero), para eso me junte con él... cuando éramos novios yo trabajaba y (después) él ya no me dejó” (Apizaco).

Incorporación a la vida laboral

Respecto a si se les había comentado de alguna institución o empresa donde pudieran conseguir un empleo, dos no contestaron y el resto respondieron negativamente.

- Sandra mencionó la razón por la cual no solicitaba el apoyo:

“...No, sólo de los talleres, que si queríamos, nos los traían aquí y como no nos ponemos de acuerdo, a mí me da pena preguntar”
(Apizaco).

El apoyo de las parejas

Once de las entrevistadas tenían pareja, mientras que las otras tres no. Sin embargo, aún con el apoyo de las parejas algunas de ellas mencionaron tener pocas posibilidades para asegurar una calidad de vida a sus hijos, por que tenían empleos de baja remuneración, ya que seis de ellos eran subempleados, otros cuatro eran obreros y otro era campesino.

- Sandra vivía en la misma casa donde habitaban sus suegros y cuñados con esposas e hijos. Sus condiciones económicas eran difíciles y no podía trabajar porque tenía que cuidar a su hijo. Los gastos de manutención de su hogar estaban a cargo de su esposo, quien era operador de maquinaria pesada y no percibía un sueldo que permitiera una alimentación adecuada para su familia:

“...me da (dinero) mi esposo, a veces le doy a mi hijo caldito de pollo o si no hay dinero le doy sopita, que es más barata”
(Apizaco).

- Alejandra no sólo tenía problemas emocionales, de salud y económicos, también era un problema para ella cuidar de sus dos hijos y mantenerlos. No tenía la posibilidad de ingresar un empleo por tener que quedarse en su casa a cuidarlos y además no contaba con el apoyo económico del padre de ellos (Chiautempan).

Canalización a guarderías o estancias infantiles

A las participantes de los talleres se les preguntó si les habían comentado en algún momento la posibilidad de llevar a sus hijos a una guardería. Tres no

contestan a la pregunta; nueve comentaron que no les habían informado nada al respecto; y solo dos mencionaron que les había hablado de la posibilidad de una guardería en su comunidad para que pudieran dejar a sus hijos mientras ellas trabajaran.

3.4.3 Colaboración institucional para prevenir y/o atender el embarazo y la maternidad adolescente

El objetivo número tres del programa, pretende propiciar la colaboración institucional e interinstitucional para conjuntar las acciones, programas, proyectos y propuestas encausadas a prevenir y/o atender bajo una misma dirección los embarazos y la maternidad adolescente. Por ello, se consideró necesario conocer cómo atendían sus problemas de salud durante el evento reproductivo y después del mismo y los problemas relacionados con la sexualidad y la vida reproductiva.

Canalización para atención médica

De las 14 entrevistadas, ninguna había sido canalizada a algún servicio para atención médica, sin embargo, la mayor parte de ellas comentaron haber tenido al menos un problema de salud

Quienes estaban embarazadas en el momento de la entrevista mencionaron algunos padecimientos.

- Sonia con siete meses de embarazo, refirió una infección en las vías urinarias y Luz María y Antonia, (ambas con cuatro meses de embarazo) presentaron síntomas de aborto: sangrados y dolores en el vientre. Por tanto, se les había recomendado una dieta especial y reposo absoluto (Calpulalpan, Chiautempan).

A las madres adolescentes, se les preguntó si habían presentado un problema de salud en las últimas fechas o desde que acudían a los talleres. Seis de ellas habían presentado diferentes padecimientos, entre ellos, anemia, hemorroides, infección

en las vías urinarias, infecciones vaginales y dos mencionaron complicaciones con el DIU.

Formas para atender los problemas de salud

Las entrevistadas refirieron que no habían recibido información en el taller de *Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*, acerca de los riesgos existentes cuando se presenta un embarazo o después de que se resuelve éste. Recurrían a los centros de salud de su comunidad para atenderlos y era así como se informaban.

- Antonia comentó que debido a los síntomas de aborto (sangrados y dolores frecuentes en el vientre) que había presentado, se le había anticipado en la institución donde se atendía que la resolución de su embarazo iba a ser por cesárea. Un problema para ella, era el quedarse sin acceso a la instancia de seguridad social por las altas de probabilidades de cierre de la fábrica donde laboraba su esposo (Chiautempan).
- Martha mencionó haber tenido problemas para decidir donde nacería su hija (de un mes de edad en el momento de la entrevista), además de desconfiar en el diagnóstico médico realizado en el centro de salud:

“... (me atendí) con la doctora de PROGRESA, iba al hospital, pero me alivie con una partera, me cobró mil pesos. Es que un doctor me dijo que si llevaba todas las consultas, no me cobraban, pero mi prima si fue a todas las consultas y de todos modos le cobraron 150. En el hospital no quise porque iba a ser cesárea, mi hija venía enredada, me hicieron el ultrasonido y no se vio nada. Le dije a la doctora de PROGRESA que si me aliviaba con ella, pero me dijo que no, porque no tenía los aparatos. Lo que pasa es que mi esposo estuvo juntado y me hacían la maldad, su otra mujer... y la señora (la partera) me metió los dedos y mi niña ya no se ahorcó porque venía enredada” (Tlaxco).

Aún cuando no fue preguntado, las personas que refirieron algunos problemas de salud, mencionaron que en los centros de salud de su comunidad las habían atendido con diferentes tratamientos, lo cual para la mayoría de ellas implicó un gasto en consulta médica, estudios clínicos o medicamentos.

- En el caso de Verónica, la situación era complicada por las pocas posibilidades que tenían ella y su esposo para enfrentar los gastos de su tratamiento:

“...me pusieron el dispositivo desde que nació mi bebé, pero me van a hacer unos rayos X, para ver si lo tengo o no, supuestamente no lo tengo... pues los rayos X salen caros y pues está duro, los rayos X en el CESA (centro de salud) valen 226 pesos y no tenemos (mi esposo y yo) esa posibilidad, vamos a tratar de juntarlos para dentro de ocho días” (Chiautempan).

- Blanca había presentado anemia después del nacimiento de su hija (quien en el momento de la entrevista tenía siete meses de edad). El tratamiento sugerido para atenderse fue a base de vitaminas representando un problema para ella la cantidad recomendada y el precio de las mismas. (El Carmen Tequexquitla).

Orientación nutricional

Ocho entrevistadas no habían recibido orientación nutricional y seis indicaron que en los talleres se les había hablado de los beneficios de una alimentación balanceada, tanto para ellas como para sus hijos, información que se complementaba al estar inscritas al programa de Nutrición que operaba el sistema estatal DIF, programa en cual se les orientaba y se les otorgaba una despensa que contenía alimentos de la canasta básica como arroz, frijol, lentejas, atún, entre otros.

Apoyo psicológico

El apoyo psicológico había sido ofrecido a cuatro de las 14 entrevistadas, sin embargo, ninguna había acudido. Una de las razones para no hacerlo fue el temor a no saber de lo que se trataría. Sin embargo, algunas de ellas mencionaron problemas emocionales.

- Verónica tenía anemia, misma que padecía desde que estaba embarazada de su hijo (quien en el momento de la entrevista tenía casi dos años de edad). Ese problema ella lo asociaba con la soledad en la que se encontraba (aún cuando vivía con su pareja y con su hijo) al pasar largos lapsos de tiempo sola:

“... tengo anemia, estaba embarazada y los doctores dijeron. Es que no me da hambre, no me recupero porque estoy sola, nada más con mi niño... mi esposo me da ánimos me dice que coma, que cuide al niño... es que mi mamá no está aquí” (Chiautempan).

- Alejandra refirió que antes de su participación en el taller, frecuentemente lloraba debido al “abandono” del padre de sus hijos y desde que se salió de la casa de su padre había padecido de los nervios, mencionando que le hacía falta recibir apoyo psicológico.

“... (hace falta) platicar con un psicólogo, en mi caso yo tal vez por los problemas se me hizo fácil juntarme, no tenía información, no tenía a alguien con quien platicar ” (Chiautempan).

- En el caso de Blanca, quien fue agredida sexualmente, el apoyo psicológico era importante y lo había recibido después de la agresión, sin embargo, no tuvo seguimiento en el centro de salud. Para ella era importante salir adelante, aprender a educar a su hija, además de saber “sobrellevar” lo que vivió. (El Carmen Tequexquitla).

Violencia

Ninguna de las entrevistadas había sido canalizada a alguna instancia de prevención o atención a la violencia familiar, aunque tres mencionaron haber conocido en el taller algunos aspectos para tratar la violencia. Por otro lado, otras personas refirieron problemas que se presentaron dentro de su ámbito familiar y fuera de él.

- Flor comentó que la actitud hacia sus dos hijas de tres y dos años, era agresiva y apenas con su participación en el taller estaba aprendiendo a dejar de serlo:

“... a mis hijas las trato mal, (ahora ya) no les pego, las tolero; porque yo nada más una cosita y les pegaba, en mi matrimonio, tenía problemas con mi esposo, por pegarles a mis hijas, soy una persona muy atrabancada y he aprendido a ser tolerante” (El Carmen Tequexquitla).

- Alejandra era originaria del municipio de Calpulalpan, se fue a vivir a Santa Ana Chiautempan cuando fallece su madre, quedándose bajo el cuidado de su padre, quien la agredía físicamente. Tal situación la hizo padecer de los “nervios” y desde entonces se le presentaban dolores de cabeza.

“...desde que me vine acá (a Chiautempan) mi mamá falleció y yo vivía con mi papá y vivía maltrato con él y yo andaba mal de los nervios... me duele mucho la cabeza porque mi papá me pegaba mucho...” (Chiautempan).

- Blanca cuando entra al lugar donde se realiza la entrevista, se muestra tímida, antes de iniciar con las preguntas, interviene precipitadamente y comenta que su hija es producto de un abuso sexual por parte de unos

desconocidos, que la golpearon y sometieron cuando salía de la secundaria (El Carmen Tequexquitla).

3.4.4 Investigación

El cuarto objetivo del programa es identificar las principales causas que dan origen a un embarazo en la población adolescente en las diferentes entidades, todo ello con la finalidad de diseñar estrategias preventivas y asistenciales, de acuerdo a las características socioculturales de cada región.

Detección de necesidades de la población en cuanto a su salud sexual y reproductiva

Conociendo las percepciones de la población objetivo, encontramos diferentes problemas de la población adolescente en los municipios visitados. La mayor parte de ellas, refirió problemas de comunicación dentro del ámbito familiar, así como la necesidad de recibir orientación para la prevención de embarazos en las personas adolescentes.

- Rocío vivía con su pareja y con su hijo de dos años, para ella era importante recibir más orientación e información para prevenir embarazos entre las personas adolescentes:

“... orientar, hay muchas personas que nos embarazamos muy chicas, a darles platicas, aquí casi no acuden muchos”
(Calpulalpan).

- Para Sonia era importante contar con el apoyo de especialistas en su comunidad para la prevención de enfermedades (Calpulalpan).
- Sandra consideró que las necesidades de la población adolescente se relacionaba con la falta de servicios médicos:

“...no podemos salir, (yo) tengo que llevar a alguien que me cuide al niño cuando voy a lo del DIU, se necesita un centro de salud cerca... está lejos” (Apizaco).

3.4.5 Sensibilización a la sociedad, informando y orientando en la prevención del embarazo en adolescentes y la salud sexual y reproductiva

El objetivo número cinco del programa pretende sensibilizar a la sociedad acerca de las necesidades de atención de la salud reproductiva, tomando en cuenta los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente. Para ello, se pretende la difusión de materiales promocionales y formativos para prevenir y atender los embarazos y la maternidad a corta edad.

Sensibilización a la sociedad para informar y orientar en la prevención del embarazo en adolescentes

A las participantes de los talleres se les preguntó si a sus parejas (a quienes tenían en el momento de las entrevistas), padres u otros familiares, les habían informado u orientado acerca de las implicaciones del embarazo en la adolescencia y todas mencionaron que no habían sido convocados para una plática o taller.

Promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las personas

Tampoco se había otorgado información a familiares y sociedad en general, en la cual se promovieran los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

Forma por la que se enteraron del programa

La mayor parte de las entrevistadas mencionaron que conocieron el programa por alguna vecina, fueron invitadas de manera directa por las esposas de los presidentes auxiliares de su comunidad o por los operadores del programa en sus municipios. Solo una comentó haber visto en alguna ocasión un cartel que promovía el programa y ninguna había recibido algún folleto acerca del mismo.

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este apartado se hace el análisis y la interpretación de los resultados encontrados siguiendo el orden anterior. Se presentan en un inicio los aspectos generales del programa, posteriormente el análisis e interpretación de la percepción de los operadores y por último, la de las participantes.

4.1 De las actividades realizadas por el PAIDEA en el estado de Tlaxcala

El número de sesiones realizadas en los talleres de *Orientación para la Prevención del Embarazo en Adolescentes* y de *Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*, no se podría calificar como alto o como bajo debido a que el taller preventivo consta de sólo una sesión, mientras que el taller de atención considera un número de 20 sesiones.

El número de municipios en los que se ha implementado el programa sugiere un bajo nivel de cobertura si se compara con los sesenta que constituyen al estado de Tlaxcala. Los datos presentados refieren que en año 2000 se cubrieron 29 municipios en la vertiente de prevención y 17 en la vertiente de atención, siendo estas dos cifras las más altas en la historia del programa en la entidad. Por lo anterior, es necesario detenernos en dos posibles situaciones:

- 1) Que el programa no llegará a un número considerable de municipios, se puede deber a que el 21 por ciento de la población del estado habita en zonas rurales, lo cual puede ser congruente con lo propuesto en el diseño del programa, en el que se aclara el respeto de las “características, perspectivas y contexto sociocultural de cada entidad” (DIF-UNICEF, 1999).
- 2) Otra causa que pudiera influir en el bajo número de municipios a los que llegaba el programa, fue la falta de convocatoria (y tal vez también, poca labor de persuasión acerca de las ventajas del programa) por parte del

sistema *estatal* DIF a los encargados de los sistemas *municipales* para la adopción del programa.

Esta última es, desde mi punto de vista, la que más se aproxima a la realidad del programa en el estado del Tlaxcala.

La cobertura del programa también se trató de conocer por el número de participantes de los talleres de prevención y de atención, sin embargo, las cifras refieren un bajo nivel de alcance. Ejemplo de ello, es que en el 2002, solo el 0.4 por ciento de personas adolescentes de toda la entidad fueron participantes en los talleres de atención.

Si se toma en cuenta que eran 135 las participantes en toda la entidad del *Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescente* hasta el año 2002, quedaba pendiente de ser convocada una cantidad mayor de mujeres adolescentes a participar en el taller, debido a que en el estado se registran 6 190 mujeres entre los 12 y 19 años de edad con al menos un hijo (también estaban pendientes de ser convocadas las adolescentes que apenas enfrentaban un embarazo) (INEGI, 2000). Como ejemplo, tenemos la situación presentada en los municipios en los que operaba el programa en año 2002:

Mujeres entre los 12 y 19 años con al menos un hijo en los municipios en los que opera el PAIDEA y número de participantes por municipio en el año 2002

Municipio	Mujeres entre 12 y 19 años con al menos un hijo	Número de participantes por municipio*
Apizaco	374	9
Calpulalpan	304	15
Carmen, El	127	14
Chiautempan	298	13
Contla	142	11
Huamantla	561	17
Nativitas	143	15
San Pablo	382	21
Tlaxcala	323	13
Tlaxco	237	7
Total	2 891	135

Fuente: Tabulados básicos, de la distribución según el número de hijos nacidos vivos. XII Censo General de Población y Vivienda, México (INEGI, 2001).

*Datos proporcionados por el sistema estatal DIF.

En base a lo reportado por el sistema *nacional* DIF, las personas que habían sido parte del programa tenían edades entre los 12 y 19 años, sin embargo, los operadores entrevistados mencionaron que dentro del *Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescente* que coordinaban en los diferentes municipios, también acudían personas de mayor edad, (situación que no es necesariamente un problema) sin embargo, se podría confundir en los registros a esos participantes con la población objetivo del programa.

Es complejo opinar acerca de logros debido a la falta de datos registrados por los encargados de operar el programa. Aún cuando para la gran mayoría de las instituciones públicas (si no es que todas) lo más importante siempre es y será el registro de los datos y la documentación del trabajo realizado cuando se diseña y se implementa un programa, en el caso del DIF del estado de Tlaxcala no ocurre tal situación.

4.2 La percepción de los operadores entrevistados

El tiempo de los operadores a cargo del programa, se podría considerar suficiente para informar tanto aspectos positivos como negativos del programa. Sin embargo, lo referido por ellos respecto a su operación revela un desconocimiento de los temas y falta de entrenamiento para el manejo de los grupos. Ambas situaciones se relacionan con su perfil profesional y con la escasa capacitación que habían recibido, lo cual evidencia un grave problema de implementación del programa.

4.2.1 Acciones preventivas y complementarias para fomentar el ejercicio responsable de la sexualidad

Hablar dentro de los talleres de temas como autoestima y comunicación, es positivo en la medida en que se toman en cuenta aspectos que contribuyen a enfrentar un embarazo. La información y orientación acerca de ellos es oportuna para complementar las actividades de prevención de un embarazo durante la adolescencia, situación en la que los operadores coincidieron. Sin embargo, que algunas participantes no comprendieran la información y orientación que posiblemente les beneficiaría en su desarrollo como mujeres y como madres, puede deberse a una inadecuada estrategia para tratar los temas por parte de los operativos, situación de la cual es en alto grado responsable la institución encargada de la implementación del programa.

La información de métodos anticonceptivos proporcionada dentro del *Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*, juega un papel importante en la prevención de embarazos en la población adolescente. No obstante, a decir de una operadora, existía un cansancio de las participantes para informarse en ese aspecto, como si fuese una especie de “bombardeo” por parte de diferentes instancias y de los medios de comunicación. Desde mi punto de vista y de acuerdo a la opinión de Martínez (1996 y 2000); Eherenfeld (1999 y 2001); Lerner y Szazs (2001); y Román, Cubillas y cols. (2001), es necesario reflexionar acerca del otorgamiento de información y orientación de métodos

anticonceptivos. Pareciera que las estrategias no se han adecuado verdaderamente a las necesidades de la población adolescente y por ello, es difícil esperar que se reduzca el problema de los niveles de fecundidad en ese grupo de población.

Los operadores señalaron distintas creencias y costumbres que caracterizaban a sus municipios, las cuales impedían el uso de métodos anticonceptivos entre las participantes de los talleres. En esas situaciones, difícilmente ellos (o el programa) pueden intervenir. Es importante señalar que el diseño del programa si considera esta situación, sin embargo, se está descuidando sustancialmente el objetivo que debe seguir el programa.

Lo referido por los entrevistados indica la escasa capacitación recibida para llevar a cabo las sesiones del taller en cuanto a temas relacionados con la salud sexual como lo son las ITS y los derechos reproductivos. Lo anterior se confirma con el testimonio de una operadora, quien aceptó tener limitantes para tratar los temas, situación de la que es responsable quien coordina el programa en los niveles estatal y nacional debido a la falta de capacitación adecuada para el personal operativo.

4.2.2 Incorporación social

Considero positivo impulsar a las participantes del taller en la continuación de sus estudios, lo cual forma parte de una asistencia integral para ellas. Es relevante la percepción de algunos operadores en ese aspecto. Se mencionó que culturalmente existen impedimentos para acercar ese tipo de apoyos a las participantes por la falta de interés de algunas madres adolescentes en continuar estudiando o la idea de que al ser madres se han realizado como mujeres. Sin embargo, es importante recordar que los operadores al emitir su opinión, hablan de sus valores y creencias y de sus muy particulares formas de ver la vida. Por otro lado, pareció que no asumieron como parte de su trabajo motivar a las integrantes de sus grupos para que continuaran su vida escolar.

La promoción de medidas autogestivas pareció una idea aún no tomada en cuenta entre los operadores entrevistados. Para ellos, una de las opciones de apoyo a las

participantes era su integración a talleres de manualidades, mismos en los que difícilmente se pueden obtener beneficios sustantivos que faciliten una perspectiva de vida promisorio para las madres adolescentes y para sus hijos.

La falta de promoción de medidas autogestivas, esta dejando fuera uno de los puntos relevantes que pretende alcanzar el programa. Si a lo anterior se le agregan las pocas opciones laborales que tienen las personas menores de 18 años, se entiende que difícilmente las embarazadas y madres adolescentes del estado de Tlaxcala puedan aspirar a tener los mínimos de bienestar para ellas y para sus hijos.

4.2.3 Colaboración institucional para prevenir y/o atender el embarazo y la maternidad adolescente

Al no existir acuerdos o convenios con instancias para prevenir y/o atender el embarazo y la maternidad entre la población adolescente, difícilmente se podrán tener resultados positivos de un programa como PAIDEA que busca ser integral y atender el problema desde una perspectiva social.

Es positivo establecer acuerdos con instancias de salud para atender los posibles problemas que presenten las participantes o sus hijos durante su permanencia en el taller. Los acuerdos con el sector salud a los que hacen referencia algunos operadores, no podrían llamarse de tal forma, porque es obligación del sector salud atender a toda persona que presente cualquier padecimiento, independientemente de su gravedad. De tal situación no son responsables únicamente los operadores, quienes se ven limitados por la poca oferta de servicios de salud, sino que también, es necesario tomar en cuenta la inexistencia o poca existencia de instancias que tengan proyectos o programas para prevenir y atender el problema del embarazo en adolescentes y los problemas de salud reproductiva que se presenten en ese grupo de población.

El apoyo psicológico es desde mi punto de vista, un elemento que contribuye en forma relevante en las actividades de información, orientación y atención del embarazo y la maternidad adolescente. Lo referido por los operadores indica que

dicho apoyo se había promovido entre las participantes, incluso mencionaron que era frecuente la canalización a ese servicio.

Según los operadores, la información y orientación nutricional otorgada en los talleres fue complementada con un programa de nutrición (implementado por el DIF) al que acudían las participantes. Lo cual indica que se propiciaba la colaboración interinstitucional en ese aspecto.

La opinión de los operadores respecto a la violencia intrafamiliar mostró el poco conocimiento que tenían de las integrantes de sus grupos. Ese conocimiento puede ayudar en gran medida a diseñar opciones que favorezcan las estrategias de apoyo para las adolescentes que pertenezcan al programa. Algunos operadores mencionaron que el problema no se presentaba en sus municipios, esta percepción puede ser errónea debido a que no solo existe la violencia física, si no también la emocional y sexual, mismas que la mayor parte de las veces no son percibidas ni siquiera por las personas que la viven.

4.2.4 Investigación

Al no identificarse las causas que originan el problema de los embarazos en adolescentes en el estado de Tlaxcala, la operación del programa quedará limitada. A decir de los operadores entrevistados, no se realizó un trabajo exploratorio, lo cual estanca el desarrollo del programa en esa entidad, ya que las estrategias preventivas y asistenciales no están diseñadas de acuerdo a las necesidades de la población objetivo. Aún cuando los operadores tenían algunas ideas de los problemas que se presentaban entre la población adolescente de los municipios a los que pertenecían, esas ideas no formaban parte de un trabajo documentado.

A nivel estatal tampoco se reportaron investigaciones acerca de las necesidades de la población adolescente. Si se considera la prevención de embarazos en la población adolescente como una de las estrategias del programa, no se habían tomado en cuenta (al menos hasta el año 2002) aquellos municipios que presentaban altas tasa de fecundidad en las personas de entre los 12 y 19 años, de

acuerdo con los reportes de INEGI (2001), como lo son los municipios de San José Teacalaco, Teocholco, Tepeyanco, Xaltocan, Zitlaltepec, Benito Juárez, Españita, Lázaro Cárdenas, entre otros. Si el programa no se implementó en esos municipios, es necesario dar a conocer las razones y documentarlas.

Al solicitar los operadores apoyo de los centros de salud para que colaborarán en la promoción del programa entre las adolescentes pudo ampliar la cobertura del programa, sin embargo, se dejaron fuera a muchas personas que posiblemente pudieran ser beneficiarias del programa y que no forzosamente hayan sido canalizadas de esas instancias. El problema del burocratismo de las instancias de salud, no es responsabilidad de los operadores, pero ante la inexistencia de acuerdos para el otorgamiento de información, difícilmente se hará una labor efectiva de prevención y atención del embarazo en adolescentes.

Algunas de las necesidades de la población adolescente que aún no habían sido atendidas en los diferentes municipios, tienen que ver con los objetivos propuestos por el programa PAIDEA, sin embargo, lo mencionado por los operadores refiere que las estrategias no eran adecuadas para atender a la población objetivo y quedaban actividades pendientes por realizar tanto al DIF, como a las demás instituciones que buscan dar apoyo a ese grupo de población.

4.2.5 Sensibilización a la sociedad para informar y orientar en la prevención del embarazo en adolescentes y en salud sexual y reproductiva

Debido a la falta de investigaciones realizadas en el estado, los operadores habían optado por diferentes estrategias para acercar a las madres y embarazadas adolescentes al programa, aunque no se había realizado un trabajo de sensibilización con las parejas o familiares de participantes, ni con la sociedad en general.

La protección de los derechos reproductivos y el respeto a la salud reproductiva de la población adolescente, son tareas que se han sugerido tanto en la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y la de la Mujer de Beijing (1995), sin embargo, esas intenciones no se habían podido

aterizar en el estado de Tlaxcala. Tal vez, ello obedezca a la poca familiaridad que tienen las personas hacia conceptos como “derechos reproductivos” o “respeto de la salud reproductiva”.

Para los operadores, el problema de la difusión de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente, estuvo relacionado con la falta de apoyos financieros. Desde su punto de vista, existían razones políticas que favorecían el desenvolvimiento de programas con fines asistenciales y por ello se le había restado importancia a un programa formativo como PAIDEA.

4.3 Las participantes del programa

Las entrevistadas

Las personas entrevistadas tenían características muy similares en cuanto a su nivel educativo y a su ocupación. Su nivel escolar se puede considerar como medio y bajo. Solo una de ellas había estado durante un semestre en el nivel profesional y el resto no habían terminado la preparatoria, la secundaria o la primaria y se dedicaban a las labores del hogar. Respecto a su estado civil, la mayoría tenían pareja viviendo en unión libre con ellos.

Quienes en el momento de la entrevista estaban embarazadas, era su primer evento reproductivo, sin embargo, entre las que ya eran madres, sólo una tenía cuatro hijos, situación que puede relacionar con uno de los problemas referidos por las instituciones públicas cuando se presentan embarazos en la etapa adolescente. Es decir, que al iniciarse la procreación en la adolescencia, se eleva la posibilidad de que el número de hijos por mujer se incremente. No obstante, la mayoría de las entrevistadas se caracterizaron por ser madres de un solo hijo.

Las entrevistas

En las entrevistas se recogen las opiniones de las participantes para conocer su experiencia dentro del *Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*. Los lugares en los que se llevan a cabo, son los centros DIF municipales y en sus domicilios particulares, los cuales eran de concreto y adobe. Las viviendas visitadas estaban ubicadas en zonas con calles sin pavimentar.

No todas las entrevistadas llevaban el mismo tiempo dentro del programa debido a que no había iniciado su operación de igual manera en todos los municipios, o porque algunas se habían integrado en forma tardía. Ambas situaciones indican su desconocimiento de algunos temas o que incluso no hayan sido canalizadas a algunos servicios para una atención integral.

El que se integren tarde al taller, disminuyó la posibilidades de que se entendieran y comprendieran los temas del programa (situación que hace evidente el problema de difusión). La incorporación tardía, minimizó los alcances del programa y hace evidente la falta de un diagnóstico previo para la implementación del mismo.

Razones por las que acudían a los talleres

Cada una de las participantes entrevistadas tenía expectativas diferentes respecto al taller, las cuales se relacionaban con sus necesidades como madres o futuras madres o como parejas.

Sus razones dan referencia de que se trataba de personas con necesidades diferentes. Estaban quienes buscaban ser orientadas; informadas para saber cumplir con el rol de madres; también para protegerse de un embarazo conociendo los métodos anticonceptivos; o para saber relacionarse con su pareja o con sus familiares, pero también acudían quienes buscaban apoyo material. Por ejemplo, Martha al esperar un apoyo económico, tenía expectativas generadas por la operadora del programa en su municipio, quien le había comentado la posibilidad

de obtenerlo más adelante. Por ello, no se le puede responsabilizar de que su asistencia al programa sea ajena a lo formativo.

Ventajas de acudir al programa

Algunas participantes tenían expectativas en los talleres que se cumplieran al asistir a las sesiones, como el sentirse orientadas para enfrentar sus problemas, lo cual es un aspecto positivo del programa y estaría contribuyendo en algún grado con el propósito de prevenir riesgos sociales tanto en las madres adolescentes como en sus hijos.

Es interesante que algunas de las participantes habían experimentado ventajas al asistir al taller para enfrentar sus muy particulares problemas. Esas ventajas parecían asociarse con el trabajo realizado por la operadora del programa en uno de los municipios visitados, el cual reflejaba avances para las participantes y que coincidentemente formaban parte del mismo grupo. Ejemplo de ello, son los casos de Alejandra, Antonia y Verónica, la primera de ellas mencionaba haber desarrollado la habilidad para tener paciencia a sus hijos y “dejar” de llorar por el abandono de su pareja; en el caso de Antonia el asistir al taller le ayudaba a elevar su autoestima y reconocer su valor como mujer ante un esposo autoritario, que si bien no la agredía físicamente, parecía que emocionalmente si lo llegaba a hacer; y en el caso de Verónica había aprendido a valorarse como persona para tener paciencia con su hijo, a quien le era difícil educar.

Sin embargo, Marisela mencionó haber aprendido a relacionarse mejor con su pareja, pero no lo veía como una ventaja, debido a que esperaba un beneficio tangible del programa. Es decir, para ella no era suficiente el recibir información y orientación en el taller, si no las ventajas estarían en función del apoyo material que se le pudiera otorgar. Su situación es muy similar a la de Martha, ambas pertenecían al mismo municipio y esperaban beneficios materiales, lo cual se puede relacionar como ya se había mencionado, con las expectativas generadas por la operadora del taller al momento de convocar a las participantes.

4.3.1 Acciones preventivas y complementarias para fomentar el ejercicio responsable de la sexualidad

Aún cuando la información de los métodos anticonceptivos y sus “ventajas” ha sido muy difundida, el trabajo de campo en el estado de Tlaxcala refleja que aún persiste un desconocimiento del tema entre los adolescentes, como en el caso de Ernestina, quien no entendió la pregunta acerca de los métodos anticonceptivos. También se presentaron casos de quienes no tenían interés en hacer uso de ellos, como Martha, quien a pesar de reconocer su utilidad para prevenir un embarazo, decidió confiar más en la experiencia de su esposo y dejarse “proteger” por él en ese aspecto.

Por otro lado, Alejandra que había mencionado problemas emocionales después de haber vivido el abandono de su pareja, para ella era importante informarse más acerca del preservativo, debido al uso esporádico que hacía de él con su ex pareja.

Había personas que tenían un buen nivel de información respecto a los métodos anticonceptivos, como Flor, que mencionó ventajas y desventajas del uso de ellos, sin embargo, en su caso esa información pareciera que llegó tarde, debido a que a sus 18 años ya era madre de dos hijas de tres y dos años de edad. Había quienes parecían estar influenciadas por la promoción de la planificación familiar llevada a cabo en instancias de salud y en los medios masivos de comunicación, pues mencionaron las desventajas que se presentan cuando una mujer joven es madre o cuando una familia es numerosa.

Información de efectos en la salud

Solo en una sesión del taller se retoma el tema de los métodos anticonceptivos y es parte de la metodología operativa. No obstante, se había dejado fuera un aspecto importante que se relaciona con la salud reproductiva de las personas: los efectos colaterales en el organismo cuando se utiliza un método anticonceptivo. Aún cuando a tres personas les habían informado en el taller de los posibles efectos secundarios al utilizarse un método, la información que poseían era

ambigua, incluso cuando se complementaba con información proporcionada en los centros de salud

Lo anterior refleja una laguna en la información que poseen las personas adolescentes respecto a los posibles problemas que se presentan cuando se utiliza un método y que tienen repercusiones en su salud. Si a lo anterior se le agrega que la mitad de las entrevistadas no conocían los efectos colaterales, se está reflejando uno de los grandes pendientes que tienen las instituciones que promueven la planificación familiar, la salud reproductiva y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos.

Canalización a servicios de planificación familiar

De las 14 entrevistadas, ninguna de ellas había sido canalizada a algún servicio de planificación familiar para complementar la información proporcionada dentro del taller, lo cual contradice lo referido por los operadores, quienes mencionaron realizar esa actividad. En este caso, es necesario recordar que solo fue el caso de las entrevistadas, pudo suceder que las que no fueron parte de la muestra si fueron canalizadas a algún servicio.

Información recibida sobre ITS

En lo que respecta a las ITS, una proporción elevada de las entrevistadas había obtenido información dentro del programa, con lo cual se estaba contribuyendo en la promoción de medidas preventivas para el ejercicio responsable de la sexualidad. Sin embargo, la información que tenían algunas de ellas era ambigua y también llena de prejuicios, al asociar las ITS únicamente a la conducta sexual del varón. Es posible que esa información la hayan adquirido en otro momento y en otro lugar, o no se puede dejar fuera que quienes coordinaban las sesiones del taller son personas con valores, los cuales pudieran haber influido en la forma de informar en los talleres.

Información derechos sexuales y reproductivos

Las actitudes responsables que deberían tener los adolescentes hacia su vida sexual y reproductiva se pueden lograr cuando se promueven y se respetan los derechos sexuales. Los derechos sexuales y reproductivos han sido retomados en conferencias internacionales como la de la Mujer en Beijing y la de Población del Cairo, y el programa PAIDEA pretende responder a los compromisos adquiridos en ellas. Sin embargo, solo la mitad de las entrevistadas había recibido información acerca de ellos dentro del taller. Predominó que una mayor proporción, entendían que los derechos sexuales y reproductivos estaban relacionados con los encuentros sexuales con sus parejas y el poder de decisión que tienen frente a su ellos para tenerlos o no. Por lo anterior, se estaban dejando fuera aspectos como el derecho a la atención a la salud reproductiva con calidad, la perspectiva de género, la información adecuada acerca de las prácticas anticonceptivas, y demás tópicos retomados en las conferencias arriba mencionadas.

4.3.2 Incorporación social

Información en los talleres acerca de las opciones para la continuación de estudios

La opción de continuar estudiando había sido mencionada a una proporción muy baja de participantes, lo cual podría indicar que esa alternativa no había sido considerada por los operadores como parte de la incorporación social de las participantes del taller.

Entre las participantes de los talleres que fueron entrevistadas, muy pocas tenían el interés de continuar estudiando, quienes mostraron esa intención, refirieron algunas limitantes, como cuidar a sus hijos o hacer las labores de su hogar. Quienes no tenían interés en continuar sus estudios, mencionaron tener otros planes, algunas de ellas al asumirse como mujeres casadas debían respetar la decisión de sus parejas y no seguir estudiando por la responsabilidad de ser madres y esposas, situaciones que pueden estar asociadas a su identidad de

género: la mujer “debe” atender a su marido e hijos, así como dedicarse a las labores del hogar. En el caso de Luz María, quien con la expectativa de mejorar sus condiciones de vida o tal vez olvidarse de su novio (quien se desentendió su embarazo) planeaba irse a Estados Unidos:

Capacitación para el trabajo o para desarrollar medidas autogestivas

A una pequeña cantidad de participantes les habían mencionado la opción de integrarse a algún taller de manualidades o de tejido. Son discutibles los alcances que se pueden tener con talleres de ese tipo. Desde mi punto de vista, esas alternativas difícilmente permiten tener una vida promisorio tanto para ellas, como para sus hijos.

Con el programa se pretende la promoción de la incorporación social de las madres adolescentes, de forma integral, priorizada y temporal, sin embargo, ese aspecto parecía no haber sido considerado como parte del taller de *Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*, al menos en el estado de Tlaxcala.

Incorporación a la vida laboral

Debido a la inexistente promoción de medidas autogestivas, se consideró pertinente conocer si a las participantes se les había mencionado la opción de ser canalizadas a algún lugar en el que pudieran trabajar, sin embargo, esa tampoco había sido una alternativa para ellas dentro del programa. Que no existiera esa opción, difícilmente puede ayudar a prevenir riesgos sociales en las madres adolescentes y en sus hijos, lo cual es prioritario para una institución como el DIF. Es complicado que las personas mejoren su calidad de vida cuando los mínimos de bienestar no están a su alcance.

El hecho de que personas como Sandra no solicitarán apoyo para capacitarse en un empleo, puede interpretarse como la falta de un clima de confianza dentro del mismo grupo o de una mala interacción con quien coordinaba las sesiones, pero como se había mencionado, la mayor parte de los operadores cumplían con otras

funciones y posiblemente esa situación les impedía realizar gestiones que complementarían el apoyo a las participantes del taller.

La imposibilidad de algunas de ellas para trabajar debido a que estaban al cuidado de sus hijos y sin el apoyo de una pareja, también influyó en que no se pudieran comprometer en un empleo y si a esto se le agrega la dificultad de ser menores de edad, la situación se complicaba aún más.

Contrario a lo mencionado por los operadores, ninguna de las participantes entrevistadas había sido informada de alguna opción para ingresar a un empleo, aún cuando algunas de ellas habían expresado la necesidad de tener más ingresos económicos para su hogar, por las pequeñas aportaciones de sus parejas al gasto familiar o porque algunas de ellas no contaban con el apoyo de los padres de sus hijos. Entre las entrevistadas, la opción de un empleo no era de su conocimiento, ya fuera formal o informal. Además, algunas debían solventar los gastos de manutención de sus hijos y de ellas; mientras que otras dependían del ingreso económico de sus parejas, muchos de ellos sin un empleo bien pagado.

El hecho de que algunas no tuvieran la confianza para hablar de sus necesidades, puede deberse entre otras cosas, a la falta de un clima de confianza dentro del taller o tal vez por la falta de conocimiento para solicitar el apoyo de un empleo a un programa de gobierno. Es parte de los retos del mismo programa el generar las alternativas si se pretende tener un impacto en la población, no desconociendo para ello que las personas a las que se intenta llegar carecen de alternativas para salir adelante por vivir en condiciones económicas limitadas.

El apoyo de las parejas

Las condiciones económicas de las participantes del taller que fueron entrevistadas evidenciaron un nivel económico desfavorable. Quienes tenían pareja, se veían en circunstancias difíciles para garantizar los mínimos de bienestar a sus hijos, como el caso de Sandra, quien a pesar de vivir en uno de los municipios considerados de mayor desarrollo en el estado, su pareja no contaba

con un ingreso que permitiera cubrir las necesidades de su familia y lo hace notar cuando menciona dificultades para alimentar adecuadamente a su hijo.

Lo anterior es en los casos de las personas que estaban casadas o vivían en unión libre con sus parejas, para las personas solteras la situación no era menos complicada, como en el caso de Alejandra, quien a sus 17 años tenía que enfrentar su maternidad sola sin el apoyo del padre de sus hijos o de algún familiar.

Canalización a guarderías o estancias infantiles

Aún cuando en los centros DIF de algunos municipios existían centros desarrollo infantil, las participantes no habían considerado esa opción para dejar a sus hijos y así tener la posibilidad de incorporarse a actividades laborales o educativas. En ese sentido, es importante tomar en cuenta qué tanto asumen su papel de ser mujeres de hogar, o respetan a la decisión de sus parejas de no incorporarse a ese tipo de actividades o también puede deberse a la falta de confianza en esas instancias.

4.3.3 Colaboración institucional para prevenir y/o atender el embarazo y la maternidad adolescente

Posiblemente las participantes de los talleres no consideraron necesario solicitar apoyo para ser canalizadas a algún servicio de salud, debido a que conocían los lugares en los que podían ser atendidas. Sin embargo, es interesante que al tratar de conocer algunas circunstancias que se relacionaban con su salud reproductiva, la mayor parte de ellas presentaron problemas, algunos de ellos relacionados con los riesgos biológicos que se presentan durante el embarazo y que son determinantes en la salud de la madre, y del futuro hijo. Por otro lado, las que ya eran madres, habían presentado problemas relacionados con el control reproductivo (patologías características de la vida reproductiva o de la actividad sexual) entre otros padecimientos.

Formas para atender los problemas de salud

Tal vez por el momento en que se realizan algunas entrevistas (cuando algunas participantes no habían cumplido con todas las sesiones del taller), ellas no conocían algunos temas, sin embargo, llama la atención que la mayoría mencionó no estar informada de los riesgos que se presentan durante y después del embarazo. Lo anterior da referencia de la escasa labor realizada por parte del sector salud en ese aspecto, aún cuando existe la inquietud por evitar los riesgos entre las personas que se embarazan en la etapa de la adolescencia. No es parte de este trabajo evaluar las actividades del Sector Salud, pero sí es importante mencionar que aún están pendientes por resolver los problemas asociados al embarazo y a la resolución del mismo entre las personas adolescentes.

El ignorar los efectos colaterales en el uso de anticonceptivos (como se mencionó en la primera parte de este trabajo), se pudo confirmar, al menos entre las participantes entrevistadas del *Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*. La mayor parte de ellas, tuvieron complicaciones en su salud al utilizar algún método. Tal situación, hace evidente que los programas tienen todavía grandes pendientes para atender la salud sexual y reproductiva, y cumplir con el propósito de ofrecer diferentes opciones y sobre todo calidad en los servicios.

El problema para algunas de las entrevistadas fueron las formas para atender sus problemas de salud, como lo era quedarse sin instancia de seguridad social. También existía desconfianza hacia esas instancias para atenderse de su embarazo, como en el caso de Martha, quien no confió en los servicios del centro de salud y al no poder atenderse en el PROGRESA (ahora Oportunidades), tuvo más confianza en una partera para llevar a cabo su proceso de parto. Para ella, era más importante hacerlo de esa manera, porque así evitaría el ahorcamiento de su hija. Esto último también se debió a sus creencias y a su muy particular forma de vivir su relación de pareja, al señalar que era objeto de un “daño” por parte de la anterior pareja de su esposo.

Para algunas de las entrevistadas, sus problemas de salud iban acompañados de un problema adicional: el pago de los tratamientos médicos, mismos que representaban una gran dificultad por las condiciones en las que vivían la mayor parte de ellas. Es difícil suponer que el programa pueda resolver todos estos problemas cuando busca ayudar a las personas adolescentes desde una perspectiva meramente social, no obstante, lo expresado por las entrevistadas, refiere la necesidad de dar atención a los problemas que se presentan durante la vida reproductiva y que de ello no se puede alejar toda aquella institución que pretenda prevenir y atender a la población adolescente en su salud reproductiva.

En ese sentido, son pertinentes las reflexiones de Feinholz y Ávila (2001), quienes consideran que la capacidad de las personas para decidir qué hacer y cómo proteger su salud y afrontar las enfermedades, está limitada por los recursos sociales y la disposición de los mismos:

“Entre esos recursos están los conocimientos locales, las redes de comunicación y los modos de actuar aprobados culturalmente, lo mismo que el ingreso disponible, la educación y los servicios existentes. En modo alguno se puede decir que esos comportamientos sean simplemente el resultado de creencias. Los contextos locales van a determinar que algunas opciones relativas a la salud sean más asequibles y otras menos para determinadas personas. Las orientaciones culturales frente a los riesgos y al sufrimiento, influidas por las diferencias de género, la clase social, edad y religión, crean diversos tipos de expectativas sobre la salud y su atención (Feinholz y Ávila, 2001:19).

Orientación nutricional

Un buen nivel nutricional es de suma importancia en el estado de la futura madre, en el desarrollo de un embarazo y en el futuro hijo. En ese aspecto el programa pretende cumplir contribuyendo con información y orientación a las participantes de los talleres. En cuanto al apoyo con despensas de nutrición por parte de un programa operado por el mismo sistema DIF, las participantes no se acercaron al

programa por parte de PAIDEA, aún cuando los operadores refirieron lo contrario.

Apoyo psicológico

Apoyo psicológico solo había sido ofrecido a cuatro de las 14 participantes entrevistadas y eso pudo deberse, entre otras situaciones, a la inexistencia de un servicio de ese tipo en sus municipios. Sin embargo, los operadores entrevistados refirieron que sí eran canalizadas las participantes de los grupos cuando se requería complementar la información proporcionada en los talleres o para recibir alguna orientación.

Se entiende que hay muchas razones individuales que no permitan a las personas acercarse a una ayuda psicológica como puede ser el desconocimiento hacia ese campo, pero también la falta de impulso por parte del programa y la inexistencia de una explicación clara de los beneficios que se obtendrían al recibirlo, puede ser un factor por el cual no se hacían referencias. Pero el programa se olvidó de los problemas emocionales de las participantes.

En situaciones como la de Blanca, quien después de vivir una agresión sexual no había tenido un seguimiento psicológico, no sólo es responsabilidad del programa PAIDEA. Lo experimentado por ella y por otras adolescentes en condiciones similares, plantean un gran reto al momento en el diseño y la operación de los programas, porque tales circunstancias suelen presentarse y los operadores pueden no tener las herramientas para otorgar los apoyos necesarios.

Violencia

El que algunas participantes no hayan sido canalizadas a alguna instancia para atender un problema de violencia, pudo deberse a que muchas personas difícilmente reconocen que viven en esa condición, sobre todo violencia con sus parejas o que la ejercen hacia sus hijos. Los temas tratados acerca de la violencia parecieron ser positivos en personas como Flor, quien se consideraba menos agresiva a partir de lo aprendido en el taller.

En el caso de Alejandra, la violencia de su padre hacia ella, indica que un problema de violencia puede ser un factor que aliente a las adolescentes a unirse en pareja y ser madres. Un problema de violencia también puede ser fuera del hogar como en el caso de Blanca, quien al ser agredida sexualmente al salir de la escuela, indica que los contextos son importantes en el diseño e implementación de los programas dirigidos a adolescentes.

Los problemas de la violencia intrafamiliar requieren ser atendidos de forma integral, es decir, considerar los aspectos emocionales y psicológicos que orillan a las personas a vivir violencia. Se necesita la información y orientación para tomar la decisión y salir del problema (en la medida que la persona lo considere como tal) y no verlo solo como un problema que viven las mujeres, sino también los hombres.

4.3.4 Investigación

Detección de necesidades de la población en cuanto a su salud sexual y reproductiva

Las participantes expresaron algunas necesidades que tienen los adolescentes en sus municipios, siendo principalmente necesarias la comunicación con sus padres y la orientación por parte de instituciones para no enfrentar embarazos y para no verse en problemas por tales eventos. Sin embargo, es importante mencionar que aún cuando sus embarazos parecen no haber sido planeados, si son aceptados. Esto es evidente cuando buscan informarse y orientarse para saber cuidar y proteger a sus hijos y tener las herramientas necesarias para saber educarlos.

Otra necesidad desde su percepción, eran las insuficientes alternativas médicas para atender sus problemas de salud. Por ejemplo, en el caso de Sandra, el problema era cuidar a su hijo y al mismo tiempo ir a las consultas médicas que recibía en el centro de salud, el cual le quedaba muy lejos.

4.3.5 Sensibilización a la sociedad, informando y orientando en la prevención del embarazo en adolescentes y en salud reproductiva

Sensibilización a la sociedad para informar y orientar en la prevención de en adolescentes

De los datos registrados en cuanto a la impartición del *Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Adolescentes Embarazadas*, es evidente la diferencia entre hombres y mujeres que asistían al taller, dado que en las sesiones se retomaban temas vinculados al cuidado del embarazo y del recién nacido, los cuales están cultural y socialmente relacionados con funciones desarrolladas por las mujeres.

Los hombres no participaban en el programa por razones ligadas a su identidad de género, como lo explicó una operadora: “son machistas y se impone su decisión, incluso para que las participantes asistan al taller”. La ausencia de los varones, se puede entender también por el rol proveedor que deben asumir al ser “jefes de familia”. La mayoría de las parejas de las entrevistadas parecía que se asumían así, pero también para ellas, es “deber” de los hombres el trabajar y sostener los gastos de la casa. Carmen lo revela cuando admite que su pareja no la deja trabajar a partir del momento en que viven juntos y ella acepta que para eso se casó con él, para que la mantenga.

Es difícil pensar en la participación de la sociedad, en una situación que puede no ser un problema para las personas en una comunidad. Independientemente de las costumbres y creencias de las personas, es cierto que no hubo intentos por parte del DIF (hasta el momento de la realización de las entrevistas) de acercarse a otros grupos étnicos y sensibilizarlos de las necesidades de los adolescentes.

Promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las personas

Respecto a los derechos sexuales, las entrevistadas mencionaron no conocer si a sus familiares o vecinos se les otorgaba información de ese tema por parte de los operadores del programa. Esto en gran medida limita el cumplimiento de un

objetivo que se relaciona con los compromisos adquiridos en las Conferencias de Población de El Cairo (1994) y de la Mujer de Beijing (1995). Compromisos que están muy lejos de cumplirse en un país como México

5. CONCLUSIONES

La salud reproductiva es considerada como el estado de completo bienestar físico, mental y social y la ausencia de enfermedad en el proceso de reproducción y en el ejercicio de la sexualidad (NOMPF-SSA, 1994). Tal concepto fue adoptado en la Conferencia de El Cairo de 1994, en la cual surgieron propuestas para responder a las necesidades de las personas en cuanto a su vida reproductiva, sin embargo, le quedan grandes pendientes después de más de un lustro de haberse iniciado su discusión. En México, los retos en salud reproductiva son amplios debido a la heterogeneidad de necesidades de los distintos grupos de población, lo cual complica su aterrizaje en programas que pretendan atender los problemas de las personas en su salud reproductiva.

El tema del embarazo en la adolescencia se ha tratado en distintos espacios y desde distintas visiones, incluso son diferentes las políticas diseñadas e implementadas para atenderlo, no obstante, persiste, lo cual puede obedecer a la falta de estrategias adecuadas a las necesidades de esa población. Se ha visto al embarazo en esa etapa de la vida, como una experiencia no deseada por parte de las instituciones gubernamentales y por tanto se considera a los adolescentes como personas poco previsoras y con falta de carácter para disminuir los riesgos. Por otro lado, las políticas de salud reproductiva se han centrado en posponer el embarazo, lo cual se puede lograr con la utilización de métodos anticonceptivos, sin embargo, no se hace una diferencia de las condiciones particulares de las personas por la valoración negativa con la que se ha querido observar.

El propósito de éste trabajo fue conocer aspectos relacionados con la salud reproductiva de la población adolescente. Para lograr un acercamiento, se tomó en cuenta el recorrido de un programa de gobierno implementado en el estado de Tlaxcala y en 30 entidades más del país. El programa PAIDEA se puede revisar desde el enfoque de las políticas públicas, tomando en cuenta cada una de las etapas de ese proceso y así presentar las conclusiones de este trabajo.

Origen

Hasta 1997 el Sistema DIF, implementó el programa de Desarrollo Integral del Adolescente (DIA), que tenía como parte de sus acciones la asistencia social y pretendía contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la población adolescente. Parte de las estrategias estuvieron encaminadas a atender problemas de drogadicción, salud, embarazo en adolescentes entre otros. También se suma a lo anterior, la experiencia del Programa de Menores en Circunstancias Difíciles y la de los círculos conformados por madres adolescentes en Centros de Desarrollo Comunitario del sistema DIF ubicados en el Distrito Federal.

Después, el programa DIA fue sustituido por diversos programas, que pretenden atender de manera particular las distintas necesidades de la población adolescente, encontrándose entre ellos, el programa de Prevención y Atención Integral del Embarazo Adolescente (PAIDEA) el cual intenta prevenir los embarazos y también atender a las embarazadas y madres adolescentes.

El DIF no se ha alejado de la visión demográfica que ha preocupado a la mayoría de las instituciones públicas. Pero también ha planteado el problema del embarazo en las personas adolescentes por los riesgos sociales a lo que se enfrentan las madres adolescentes cuando se presenta. Para la institución, el problema puede traer consecuencias en su desarrollo familiar y por los riesgos de salud que se presentan, los cuales que pueden terminar en muertes neonatales o maternas.

Aspectos de su diseño y formulación

En el caso de PAIDEA, su diseño considera la dimensión del problema del embarazo en la adolescencia, las causas que lo originan y sus consecuencias en las vidas de las personas que lo enfrentan. Por otro lado, toma en cuenta los diferentes contextos en los que se desarrollan las personas en México, promoviendo un respeto a la diversidad cultural que lo caracteriza. Retoma los compromisos adquiridos en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, celebrada en 1994 en la cual la discusión se centro en la salud reproductiva.

Pretende atender de forma integral las necesidades de la población objetivo, informando, orientando y otorgando las herramientas necesarias para el desarrollo de las embarazadas y madres adolescentes, promoviendo actividades de prevención de embarazos, de incorporación social, de colaboración interinstitucional e institucional, de investigación y difusión de los derechos reproductivos, así como la sensibilización a la sociedad acerca del problema.

El programa busca contribuir con otras instituciones que atienden el problema, sin embargo, no es un programa de planificación familiar debido a que no distribuye métodos anticonceptivos (esa actividad no es de competencia del sistema DIF).

No puede minimizarse la existencia de creencias y costumbres en el momento de diseñarse un programa, en el caso del programa analizado no sucede tal situación, debido a que se propone el respeto al contexto sociocultural de las diferentes regiones del país.

Implementación del programa

El trabajo de campo realizado en el estado de Tlaxcala, hace evidente la distancia que existe entre el diseño y operación del programa. En su metodología operativa, el programa retoma distintas actividades: investigación, planeación, capacitación, difusión, ejecución y evaluación.³² Cada una tiene su propio objetivo, metas y actividades específicas.

Aún cuando se mencionaron algunas ventajas del taller, como el trabajo con los valores de las participantes y la intención de abandonar lo asistencialista, fueron varios los problemas mencionados por los cinco operadores entrevistados respecto a la implementación del programa en sus municipios. Entre las dificultades señaladas destacan:

³² Debido al bajo impacto del programa, en el año 2000 se intentó emprender una campaña publicitaria para reforzar sus acciones y así evitar los embarazos no planeados en la población adolescente. El anuncio de la campaña generó presión por parte de la opinión pública (organizaciones civiles, medios de comunicación, entre otros) y no pudo concretarse. Se consideraba que se hacía promoción la abstinencia sexual y a la vez se pretendían imponer "moralismos", al hacer su anuncio en un evento organizado por representantes de la jerarquía católica (Robles y Vera, 2001).

- El problema de los recursos escasos. En el caso de PAIDEA, se mencionaron las dificultades para acercarlo a la población objetivo e incluso para llevar a cabo las sesiones del taller de *Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*, por la falta de material promocional y el pago de transportes a operadores, situaciones que influyeron determinadamente en el desenvolvimiento del programa.
- Otro problema, fue la poca capacitación otorgada por el sistema estatal DIF. El entendimiento de los temas dentro del taller, está en función de lo transmitido por los operadores, si estos no conocen –entre otras cosas- los contenidos del manual de operación, el manejo de los temas o no saben acerca del trabajo grupal, los resultados son de muy bajo alcance.

La institución también se olvidó de las limitaciones de los operadores acerca de los temas de salud sexual y reproductiva. Tal descuido influye en el desarrollo de los talleres y en el retraso de la operación del programa.

No se puso énfasis en la promoción, capacitación y asesoría a operadores para lograr alcances positivos del programa. Es importante tomar en cuenta que la información y/u orientación proporcionada en una sola sesión no es suficiente para que la población objetivo tenga los conocimientos necesarios para tomar decisiones y mejorar sus estilos de vida.

- En la mayor parte de los casos, el perfil profesional de los operadores entrevistados favorecía la operación de un programa formativo como PAIDEA, no obstante, se presentaron casos de operadores que no cubrían el perfil propuesto en el diseño del programa, en el cual se puntualiza, la necesidad de profesionales vinculados a las áreas médica o social y que además tengan la experiencia del trabajo con adolescentes.
- Por la actitud de los operadores que no fueron entrevistados (y confirmado por los entrevistados) la mayor parte de ellos debían cubrir otras funciones

dentro de sus centros municipales, lo cual impedía una dedicación completa al programa PAIDEA.

- Es cierto que no es operativo tener grupos de trabajo grandes, por lo tanto, es parte del trabajo de los coordinadores del programa lograr de acuerdo a los tiempos programados por lo menos dos talleres completos (con sus 20 sesiones) en un año. Y a la institución también le queda preguntarse si al concluir un taller se está cumpliendo y se está dando una respuesta completa al problema del embarazo en la adolescencia.
- Problemas de índole político no faltaron, ejemplo de ello, es el cierre del centro DIF de un municipio donde se llevaban a cabo las sesiones del taller. Esta es una situación que difícilmente puede evitar quien se encargue de la operación del programa, sin embargo, sí puede descontrolar a quienes participan en él o generar apatía para una reincorporación.
- La importancia otorgada a otros programas con fines asistenciales por parte del DIF, fue otra de las dificultades a las que se enfrentaron los operadores y por tanto hubo poco apoyo para un programa formativo como PAIDEA. Lo anterior tal vez se relaciona por los posibles beneficios políticos que se pueden obtener a largo plazo. Programas como PAIDEA, difícilmente pueden cuantificar sus resultados en un corto plazo.
- Limitantes culturales también fueron mencionadas por los entrevistados, ya que algunas participantes del taller no asistían por la falta de autorización de los padres o de las parejas.

Otras limitantes culturales fueron la dificultad para tratar los temas de sexualidad en sus municipios.

- Un problema más para llevar a cabo los talleres, fue el poco entendimiento de algunas participantes acerca de los temas tratados, lo que muchas veces provocaba aburrimiento y por tanto dejaban de acudir.

Tomando en cuenta las opiniones de las participantes entrevistadas, se pueden observar diferentes problemas, que marcan la distancia entre el diseño del programa y la operación del mismo.

- Si entendemos que para para la mayor parte de las instituciones públicas interesadas en el tema de la salud reproductiva un punto importante es la prevención de embarazo no deseados entre la población adolescente , en el caso de DIF, es insuficiente el esfuerzo en contribuir en ese objetivo. Es cierto, no es su atribución repartir métodos anticonceptivos, pero se ha olvidado de brindar una información completa y adecuada a las necesidades de la población objetivo.
- El problema de la impuntualidad es inevitable cuando el programa se dirige a madres adolescentes, quienes mayoritariamente expresaron tener dificultades para que alguien cuide a sus hijos mientras ellas asisten al taller.

Muchas veces la inasistencia de las participantes a los talleres se debió a que se incorporaban a algún empleo, a problemas de salud o por que no se cumplieron sus expectativas de apoyo económico.

- El que las participantes buscarán apoyos materiales, es un problema para un programa que busca dejar atrás el asistencialismo, sin embargo, es necesaria la revisión de lo que se ofrece cuando se promueve el programa o cuando se hace la invitación a las participantes. Si desde un inicio se menciona la posibilidad de otorgar esos apoyos, no debe ser extraño que las expectativas en el taller por parte de las participantes sean de ese tipo.
- Las participantes que dejaron de acudir a las sesiones del taller, lo hacian por la proximidad del nacimiento de sus hijos, pero también por problemas relacionados con su salud, (como lo expresaron dos de ellas) o por problemas asociados con sus eventos reproductivos.

- Los problemas que presentaron las adolescentes entrevistadas fueron diferentes, todos relacionados con su salud sexual y reproductiva y las grandes dificultades para atenderlos. Para ellas, fue complicado atender problemas que desconocían, como lo son los efectos colaterales en uso de métodos anticonceptivos, sobre todo por falta de información adecuada y por la escasez de recursos sociales y económicos en los que la mayoría de ellas se encontraban.
- El objetivo de incorporación social considerado dentro de la normatividad del programa no se había cumplido en el estado, debido a que no se había procurado una asistencia integral para las participantes de los talleres. La mayoría de ellas mencionaron tener grandes necesidades económicas que les impedían otorgar los mínimos de bienestar a sus hijos.

El embarazo en adolescentes como componente de la salud reproductiva es por sí mismo un tema amplio, como de seguro lo serán también los demás componentes de ese enfoque. Lo anteriormente expuesto es sólo un acercamiento a los grandes retos existentes acerca del tema. El desafío para instituciones como el DIF, es precisamente orientar sus estrategias adecuadamente para atender y dar opciones a la población adolescente, sobre todo cuando se trabaja en situaciones tan íntimas como lo es la salud reproductiva, no dejando fuera las condiciones sociales, culturales y económicas.

CONSIDERACIONES FINALES

En el camino recorrido para llevar a cabo esta investigación se presentaron grandes oportunidades y también desafortunadas inconveniencias. Entre las primeras se pueden mencionar la vasta información existente acerca del tema tratado (sobre todo aquella que se relaciona con las dimensiones del problema en el país), lo cual facilitó el desarrollo del trabajo teórico; el apoyo recibido por parte de los responsables de la revisión de los borradores; las facilidades otorgadas por la coordinación del programa de Posgrado en Políticas Públicas y el apoyo financiero recibido del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt); la disposición de algunos encargados de la operación del programa PAIDEA en los niveles nacional, estatal y municipal en el otorgamiento de información y facilitación de los materiales con los que opera el programa, y; la participación en las entrevistas de la población objetivo del programa.

Por otro lado, las inconveniencias se relacionaron con la falta de información acerca de los riesgos sociales asociados con la maternidad adolescente (al menos en las bibliotecas visitadas para recabar información); la ausencia de datos registrados por parte de la instancia encargada de operar el programa; la poca disposición por parte de algunos coordinadores y operadores para la realización de entrevistas para conocer con más detalle los alcances y estancamientos del programa analizado.

Es importante mencionar cuál fue el trayecto de la investigación, lo que permitirá conocer más acerca de las situaciones resueltas y no resueltas con el proyecto:

- **Búsqueda de información.** Se realizó la búsqueda de información en la Biblioteca de Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, (UAM-X); Biblioteca del Colegio de México (COLMEX); Biblioteca de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO); Centros de Documentación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF); Librerías Ghandi, Sótano y Fondo de Cultura Económica; Recolección de datos acerca del estado de Tlaxcala en los Tabulados

Básicos del XII Censo General de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) Página de internet www.inegi.gob.mx

- **Sistematización de la información recabada.** La información obtenida en las diferentes instancias visitadas se sistematizó en razón de conocer las dimensiones del problema en México y la forma en que se suscribe actualmente, sin dejar fuera las maneras cómo ha sido leído con anterioridad. Así también, se tomaron en cuenta algunas las causas que dan origen al problema del embarazo en la adolescencia y las consecuencias biológicas y físicas para la madre y el hijo de un evento reproductivo en esa etapa de la vida, sin embargo, uno de los grandes pendientes de esta investigación es información presentada de las implicaciones sociales y económicas a las que se enfrentan las madres adolescentes.

La propuesta metodológica para llevar a cabo la investigación es la del análisis de las políticas públicas, retomando algunos aspectos del trabajo cualitativo. De acuerdo a los objetivos del programa se trataron de conocer sus alcances.

A este trabajo también le queda pendiente la información relacionada con las condiciones de salud reproductiva de la población adolescente en el estado de Tlaxcala que generan instituciones públicas como la Secretaría de Salud, Conapo o INEGI. Sólo se mencionan aspectos relacionados con el número de embarazos registrados entre la población adolescente, tasas de fecundidad y de natalidad.

- **El trabajo de campo.** Las visitas al estado de Tlaxcala para realizar el trabajo de campo permitieron recolectar algunos datos para conocer la cobertura del programa, no obstante, una complicación al respecto fue la falta de registros elaborados por los sistemas municipales o del sistema estatal DIF, por lo que no se presentan datos suficientes que den referencia de los alcances o estancamientos del programa.

Se realizaron entrevistas a cinco operadores del programa, la cantidad representó la mitad del total de personas que operaban el programa en los diferentes municipios. También se entrevistó a participantes de los talleres de *Prevención y Atención Integral al Embarazo Adolescente*, situación que permitió conocer sus percepciones acerca del programa y su forma de enfrentar un embarazo y la maternidad con sus respectivas implicaciones. Lo que es evidente en este trabajo, es la ausencia de la opinión de los encargados de coordinar el programa a nivel estatal y nacional.

Tampoco fue posible conocer la percepción de los participantes de los talleres de *Orientación para la Prevención del Embarazo en Adolescentes* debido a que no se realizaron talleres de esa modalidad durante el trabajo de campo en la entidad. De igual manera, no fue posible conocer la percepción de los operadores respecto a la realización de dichos talleres.

- **Presentación de resultados.** Como se mencionó en los párrafos anteriores, no se pudieron mencionar suficientes resultados acerca de la cobertura del programa debido a la falta de registros por parte del sistema estatal DIF.

Siguiendo el orden de los objetivos del programa se presentaron las opiniones de las personas entrevistadas, tanto de operadores como participantes de los talleres.

- **Análisis e interpretación de los resultados.** Analizar e interpretar los resultados de la información recabada en el estado de Tlaxcala puede considerarse un acercamiento importante para conocer las dimensiones del problema retomado en la investigación, sobre todo aquellos que corresponden con la percepción de la persona encargada del proyecto.
- **Conclusiones.** La elaboración de conclusiones generales acerca del diseño, implementación y evaluación del programa fue de trascendencia para tener un panorama más amplio de los alcances (ya sea limitados o amplios) del programa.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar V. Luis F., (2000) *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*. Antologías de Política Pública. Edit. Miguel Ángel Porrúa Tercera Edición. México.
- Banco Mundial, (2000). *México: Una Agenda Integral de Desarrollo en la Nueva Era*. Resumen por Marcelo Giugale. El Banco Mundial.
- Bardach Eugene, (2000). *Los Ocho Pasos para el Análisis de las Políticas Públicas*. Un Manual para la practica. CIDE-Miguel Ángel Porrúa. Primera Edición. México.
- Barzelatto José, (1999). *Desde el control de la natalidad hacia la salud sexual y reproductiva: la evolución de un concepto a nivel internacional*. Conferencia magistral. Elementos teóricos para el trabajo con madres y embarazadas adolescentes. Programa PAIDEA. DIF-UNICEF. México
- Beltrán, Fernando y Benet, Celia, (2001). *Atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes: un paso para el bienestar futuro*. Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes en México. Aportaciones para la investigación y la acción. Documentos de trabajo. Colegio de México. No. 6. México.
- Bojorquez, M. Nelia, (2000). *Más vale prevenir que lamentar*. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. Comisión Nacional de la Mujer. México.
- Camarena C. Rosa Maria, (2001). *Educación, Medios de Comunicación y Salud Reproductiva. Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva*. Coord. Figueroa G. y Stern C. Edit. El Colegio de México. México.

- Cardona, P. Jorge, (1998). *El Programa Coordinado de Atención al Adolescente en el IMSS*. Foro Consulta sobre Infancia y Adolescencia. Comisión de Población y Desarrollo. Cámara de Diputados. LVII Legislatura. México.

- Cardozo, B. Myriam, (1993). *La evaluación de las políticas públicas: problemas, metodologías, aportes y limitaciones*. Revista de Administración Pública. Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) México.

- Consejo Nacional de Población (CONAPO), (1998). *La Perspectiva de Género*. CONAPO, PRONAM. México.

- , (2000). *Situación Actual de las y los jóvenes de México. Diagnóstico sociodemográfico*. Comité Especial sobre Población y Desarrollo. XXVIII periodo de sesiones. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. México.

- Ehrenfeld, L. Noemi, (1999). *El embarazo en adolescentes: encrucijada de varios universos*. Revista Iztapalapa. Vol. 19. No. 45. Enero-junio. México.

- , (2001). *Jóvenes y salud reproductiva: de políticas y realidades*. Revista El Cotidiano. Vol 18. No. 109. Septiembre-octubre. México.

- Feinholz Dafna. y Ávila Héctor, (2001). *Consideraciones sobre el concepto de riesgo en el campo de la salud*. Revista El Cotidiano. No. 107. Salud Pública. UAM. Mayo-Junio. México.

- García, H. Gloria, (2000). *El embarazo no planeado en la juventud: la opinión de los jóvenes*. Más vale prevenir que lamentar. Percepciones sobre el embarazo en la adolescencia. INM-UNICEF.

- Gómez, M. Guadalupe, (2000). *Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos*. Comisión Nacional de la Mujer. México.

- Guerrero, Juan Pablo, (1995). *La evaluación de las políticas públicas: enfoques teóricos y realidades en nueve países desarrollados*. En revista de Gestión y Política Pública No. 1 Vol. IV CIDE. México.
- Huerta, Rocio, (2000). *Programa de Salud reproductiva de los y las Adolescentes en el ISSSTE*. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. Comisión Nacional de la Mujer. México.
- Ibáñez, Berenice, (2001). *Factores psicológicos relacionados con el embarazo en la adolescencia*. Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes en México. Aportaciones para la investigación y la acción. Documentos de trabajo. Colegio de México. No. 6. México.
- Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ), (2000). *Jóvenes e instituciones en México, 1994-2000*. SEP-IMJ. Noviembre. México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), (2001). *Tabulados Básicos. Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de población y vivienda, 2000*. México.
- Instituto Nacional de las Mujeres (INM)-UNICEF, (1998). *Más Vale Prevenir que Lamentar. Percepciones sobre el embarazo en la adolescencia* (Encuesta). México.
- Leal F. Gustavo y Martínez S. Carolina, (2000). *Las puertas del reino frente al precipicio. A seis años del programa mexicano de Planificación Familiar y Salud Reproductiva*. Reporte de Investigación No. 86. UAM-X, División de Ciencias Biológicas y de la Salud. México.
- -----, (2000a). *De la planificación familiar a la salud reproductiva: Madurez y retos para la nueva formulación de un programa de la política pública de salud y seguridad social*. CIDE. Segundo semestre. México.

-----, (2000b). *Demografía y epidemiología. Importancia estratégico-política de los indicadores*. Revista El Cotidiano No. 101. Mayo-junio de 2000. México.

- Lerner Susana y Szazs Ivonne, (2001). *La investigación en salud reproductiva: un encuentro de enfoques y tendencias*. Revista El Cotidiano. Salud Pública. No. 107. UAM México. Mayo-Junio. México.

- Servicio de Localización Telefónica, (LOCATEL), (2000). *Programa de Atención al Adolescente De Joven a Joven*. Secretaría de Desarrollo Social. Gobierno del Distrito Federal. México.

- Lutz Elvira, (1999). *Las adolescentes y su derecho al ejercicio de la sexualidad*. Elementos teóricos para el trabajo con madres y embarazadas adolescentes. DIF-UNICEF. Programa PAIDEA. México.

- Majone, Giandomenico, (2001). *Evidencia, Argumentación y Persuasión en la Formulación de Políticas*. FCE. Primera Edición. México.

- Martínez S. Carolina, (1995). *Planificación Familiar: Un programa con larga historia*. De la Investigación en salud a la política. La difícil traducción. Editorial Manual Moderno. México.

-----, (1996). *Una visión integral de los problemas de investigación en salud reproductiva en México*. Perinatología y Reproducción Humana. Instituto Nacional de Perinatología (INPER). Vol. 10 No. 2. Abril-junio. México.

-----, (1996a). *Introducción al trabajo cualitativo de investigación*. Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. El Colegio de México. México.

-----, (1996b). *De la vida cotidiana femenina en un contexto popular urbano*. En Revista Sociológica. Año 11. Número 31. DCSH, UAM-Azcapotzalco. Mayo-agosto. México.

-----, (2000). *Comentario a la ponencia: Indicadores de salud reproductiva*. Programa de reforma del sector salud 1995-2000. Gaceta Médica de México. Vol. 136. Suplemento No. 1. México.

- Martínez Manautou, Jorge, (1989). *Impacto del Programa de Planificación Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mortalidad Perinatal*. Temas de Planificación Familiar. IMSS. México.

-----, (1997; 1998 y 1999). *Cartas sobre población. No. 24, 31, 32, 33, 34 de 1997 y las de fecha de enero de 1998 y agosto de 1999*. México.

- Mejía, Guillermina, (2000). *Embarazo en Adolescentes: Programa Gente Joven de MEXFAM*. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. Comisión Nacional de la Mujer. México.

- Montero, L. Gilda, (1998). *Educación sexual y reproductiva para adolescentes del medio rural e indígena en IMSS-SOLIDARIDAD*. Foro Consulta sobre Infancia y Adolescencia. Comisión de Población y Desarrollo. Cámara de Diputados. LVII Legislatura. México.

-----, (2000). *Educación en salud sexual y reproductiva via satélite para adolescentes del medio rural e indígena*. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. Comisión Nacional de la Mujer. México.

- MOSBY, Océano/Centrum, (1990). *Enciclopedia de Medicina y Enfermería*. Edición, 1990, Volumen I, II y III. España.

- Naciones Unidas, (1975). *Diccionario Plurilingüe*. Vol. en español.

- Navarro, José Luis, (2000). *Programa de Prevención y Atención Integral de Embarazo en Adolescentes. DIF*. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. Comisión Nacional de la Mujer. México.

- Osuna, José Luis y Márquez, Carolina, (2000). *Guía para la evaluación de Políticas Públicas*. Instituto de Desarrollo Regional. Barcelona España.
- Palma, Irma, (1999). *El embarazo adolescente desde una perspectiva de género. Elementos teóricos para el trabajo con madres y embarazadas adolescentes*. DIF-UNICEF. Programa PAIDEA. México.
- Partido Acción Nacional, (1999). *(PAN Alianza para el Cambio) Plataforma política de la alianza para el cambio 2000-2006*. México.
- Pérez Palacios, Gregorio, (2000). *Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Población Adolescente*. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. Comisión Nacional de la Mujer. México.
- , Varela, Yolanda; Catalán, Ángel; Vega, Arturo; Garza-Flores, José, (2000). *Indicadores de salud reproductiva*. Programa de reforma del sector salud 1995-2000. Gaceta Médica de México. Vol. 136. Suplemento No. 1. México.
- Pick, S.; Givaudan, M. y Saldivar-Garduño, A., (1996). *La importancia de los factores psicosociales en la educación sexual de los adolescentes*. Perinatología y Reproducción Humana. Instituto Nacional de Perinatología (INPER). Vol. 10 No. 2. Abril-junio. México.
- Poder Ejecutivo Federal, (2001). *Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006*. Mayo de 2001. México.
- Population Reports, (1999). *Por qué es importante la planificación familiar*. Temas de +5 CIPD. Serie 1. Número 49. Julio. EE.UU.
- Presidencia de la Republica, (2001). *Primer Informe de Vicente Fox. Diciembre de 2001 (Informe Escrito)*. México.
- Robles, Manuel y Vera Rodrigo, (2001). *La jerarquía católica influye en Gobernación, SEDESO y DIF*. En Revista Proceso. 10 de junio. México.

- Román, Rosario; Cubillas María José; Vázquez, Elba, Rojo, Adalberto, y Caire, Graciela. (2001). *Riesgos biológicos del embarazo adolescente: una paradoja social y biológica*. Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes en México. Aportaciones para la investigación y la acción. Documentos de Trabajo Colegio de México, No. 6. México.
- Salazar A. Gilda, (2001). *Jóvenes y Sexualidad*. Reporte en Prensa Suplemento Letra S, Periódico La Jornada. Mes de agosto. México.
- Secretaria de Salud, (1994). *Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar*. Mayo. México.
- , (1997). *Ley General de Salud*. Editorial. México.
- , (1998). *El derecho a libre decisión*. La planificación familiar en el contexto de la Salud Reproductiva. Subsecretaría de Prevención y control de enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva.
- , (2000) Palabras de Antonio González Fernández. En la inauguración del mes de la salud reproductiva. Octubre del 2000. México.
- , (2001). *Programa de Acción en Salud Reproductiva 2000-2006*. Dirección General de Salud Reproductiva. México.
- , (2001a). *Programa de Atención a la Adolescencia. Versión Preliminar*. Dirección General del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. México.
- , (2001b). *Programa Nacional de Salud. 2000-2006*. México.
- , (2002). *La Secretaria de Salud ha realizado 46 mil vasectomías sin bisturí desde 1993*. Comunicado de Prensa No. 112. 07/julio/2002. México.

- Silva, A. David, (2000). *Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes*,. IMSS. Foro Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos Comisión Nacional de la Mujer, México.

- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF-UNICEF), (1999). *Programa para la Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes*. Documento Normativo. México.

- , (1999a). *Taller Básico de Orientación para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Carpeta de Apoyo Didáctico para el diseño del taller. México.

- , (1999b). *Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes*. Propuesta Metodológica. México.

- , (1999c). *Manual de Apoyo Jurídico a Madres Adolescentes*. DIF. México.

- Stern, C. y Reartes D., (2001). *Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes en el Distrito Federal, estudio de dos servicios de atención*. Sexualidad, Salud y Reproducción. Documentos de Trabajo. No. 5 Colegio de México. México.

- Taber, Clarence, (1997) *Diccionario Médico Enciclopédico*. Edit. Manual Moderno. 18ª. Edición.

- Tarasena, Rosario, (1999). *Embarazo Adolescente*. Documentos del Grupo Interdisciplinario en Reproducción Elegida (GIRE). México.