



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS
POTOSÍ



FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**“Evaluación cualitativa de las acciones preventivas del embarazo en la
adolescencia: Un estudio desde la perspectiva de madres adolescentes de
PROMAJOVEN”**

TESIS

Que para obtener el grado de Maestra en Salud Pública

P R E S E N T A:

L.E. Paola Gabriela González Nava.

Directora de tesis:

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores.

Co- asesor de tesis:

Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra.

San Luis Potosí, S.L.P., Septiembre, 2018.



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



“Evaluación cualitativa de las acciones preventivas del embarazo en la adolescencia: Un estudio desde la perspectiva de madres adolescentes de PROMAJOVEN”

TESIS

Que para obtener el grado de Maestra en Salud Pública

P R E S E N T A:

L.E. Paola Gabriela González Nava.

Directora de tesis: Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores.

Co- asesor de tesis: Dr. Eduardo Hernández Ibarra.

San Luis Potosí, S.L.P., Septiembre, 2018.

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ



FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



“Evaluación cualitativa de las acciones preventivas del embarazo en la adolescencia: Un estudio desde la perspectiva de madres adolescentes de PROMAJOVEN”

TESIS

Que para obtener el grado de Maestra en Salud Pública

P R E S E N T A:

L.E. Paola Gabriela González Nava.

Sinodales

Dra. Verónica Gallegos García.

Presidenta

Firma

Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez.

Secretaria

Firma

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores.

Vocal

Firma

San Luis Potosí, S.L.P., México

Septiembre, 2018

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar desde las perspectivas de un grupo de madres adolescentes inscritas al Promajoven, las barreras y facilidades percibidas para el acceso a las acciones preventivas del embarazo adolescente en los Servicios de Salud de San Luis Potosí. **METODOLOGÍA:** Evaluación cualitativa. Los métodos de recolección de información fueron la observación participante y no participante, así como entrevistas individuales que fueron analizadas mediante análisis del discurso. La triangulación de información se realizó con notas de observación y diario de campo. **RESULTADOS:** Bajo el criterio de saturación teórica fueron entrevistadas 12 madres adolescentes. Las categorías identificadas en la dimensión de prevención primaria fueron: 1) Participación de la escuela, 2) Participación del personal de salud, 3) Participación de las redes de apoyo social y familiar; en la Prevención Secundaria: 1) Acceso y apego al control prenatal, 2) Orientación sobre métodos anticonceptivos durante el embarazo, 3) La experiencia del parto 4) Redes de Apoyo durante el embarazo y 5) Fallas en comunicación del riesgo de un embarazo subsecuente; en la Prevención Terciaria: 1) Anticoncepción post evento obstétrico y 2) Oportunidades perdidas. **CONCLUSIÓN:** Las barreras para el acceso a acciones de prevención fueron: la ruptura en la transversalización de servicios amigables para población adolescente y la ausencia de personal capacitado para brindar temas relacionados con educación sexual integral a población joven dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos. Respecto a las facilidades, únicamente se identificó el acceso a información de sexualidad en la escuela, la cual aún enfrenta retos importantes.

Palabras clave: Investigación cualitativa, Embarazo en adolescencia, Prevención primaria, Prevención secundaria, Prevención terciaria.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Evaluate from the point of view of a group of adolescent mothers registered in the “Promajoven” perceived barriers and facilitators to access primary, secondary, and tertiary preventive care for pregnant adolescents in healthcare services in San Luis Potosi. **METHODOLOGY:** A qualitative study. Data collection was done by participant observation, nonparticipant observation, and individual interviews. The data was transcribed and analyzed. Data triangulation was achieved with observational notes, and field notes. **RESULTS:** Twelve adolescent mothers participated. The sample size was determined by data saturation. The following categories emerged, primary prevention: 1) School participation, 2) Participation of the healthcare personnel, 3) Participation of social and family support; in secondary prevention: 1) Access and connection to prenatal care, 2) Education about contraceptive methods during pregnancy, 3) Experience during birth, 4) Social support during pregnancy, and 5) Miscommunication about the risk of subsequent pregnancies; in tertiary prevention: 1) Contraception in postpartum and 2) Missed opportunities. **CONCLUSION:** The results indicate that the barriers to access preventive are: broken transversalization of friendly services for adolescents and the lack of trained personnel to offer topics related to comprehensive sexual education to young population as part of sexual and reproductive rights. The only facilitator identified was the access to sexuality information at school; which still faces important challenges.

Key Words: Qualitative study, Pregnancy in adolescence, Primary prevention, Secondary prevention, Tertiary prevention.

AGRADECIMIENTOS

Dedicatoria a quienes han hecho posible la trayectoria hasta aquí:

A Dios, por darme la oportunidad de alcanzar una meta más en mi vida.

A todas las mujeres que compartieron sus experiencias de vida, por hacerme comprender la vida desde otras miradas y hacerme entender que la vida puede hacerte pedazos pero está en ti misma levantarte una vez más.

A mis padres, por la confianza que han depositado en mí desde siempre, por enseñarme el valor del trabajo, y porque a pesar de la distancia, estuvieron siempre cerca.

A Dany, mi hermana, por el apoyo y la motivación para salir de los esquemas estructurados.

A mis sobrinos Fernanda y Leo, porque he tenido que sacrificar momentos que sé que nunca volverán, pero cada desvelada con ustedes VALE ORO.

Al resto de mi familia y amigos, por los días de convivencia que he tenido que sacrificar, les prometo que haré que valga la pena.

A CONACYT y la Facultad de Enfermería y Nutrición por el apoyo para realizar la movilidad internacional. A la Dra. Yesica, por el apoyo y la confianza para llevar a cabo este proyecto y por descubrirme los ojos ante las inequidades sociales hacia las mujeres mexicanas, especialmente.

Finalmente, pero no menos importante, quiero reconocer que el camino no fue nada fácil; el ser recién-casados y estudiantes a la vez, nos costó momentos de alegrías, tristezas, estrés, ánimos y desánimos; sin embargo, ÉL siempre estuvo ahí, dispuesto a prepararme una taza de café para aligerar las que se convirtieron en *nuestras* desveladas; se convirtió en mi cómplice, mi compañero de vida, por ser y estar para mí, GRACIAS RAÚL.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. JUSTIFICACIÓN	5
II. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Panorama epidemiológico del embarazo adolescente en México y San Luis Potosí	9
2.2 Determinantes sociales asociados al Embarazo Adolescente.....	10
2.3 Configuración del embarazo adolescente como problema de salud pública	11
2.4. La adolescencia: Etapa de vulnerabilidad potencial	12
2.5. Respuesta social y política al problema.....	13
2.5.1. Marco normativo y legal en el ámbito nacional	13
2.5.2. Marco normativo y legal en el estado en los tres niveles de prevención	17
2.6 Estado del conocimiento sobre prevención y atención del embarazo adolescente	26
2.6.1. Estudios cuantitativos.....	26
2.6.2. Estudios cualitativos.....	28
2.7. La evaluación cualitativa para mejorar políticas y procesos de salud.....	30
III. OBJETIVOS	33
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	33
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
IV. METODOLOGÍA	34
4.1 Tipo de Estudio.....	34
4.2 Enfoque del estudio	34
4.2.1 Etnografía.....	34

4.2.2 Evaluación Cualitativa	35
4.3 Selección del área	36
4.4 Selección de Informantes	36
4.4.1 Criterios de selección de los informantes.....	36
4.4.2 Criterios de Exclusión.....	37
4.4.3 Criterios de Eliminación.....	37
4.5 Estrategia de Selección de informantes.....	37
4.6 Técnicas de recolección de información	38
4.7 Conceptos ordenadores	40
4.8 Procedimientos	42
4.9 Análisis de datos.....	43
4.10 Recursos humanos, materiales y financieros	44
4.10.1 Humanos.....	44
4.10.2 Materiales.....	44
4.10.3 Financieros.....	44
V. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	44
5.1 Procedimientos institucionales.....	44
5.2 Nivel de riesgo	45
5.3 Consentimiento informado	46
5.4 Confidencialidad y protección de datos personales.....	47
5.5 Derechos de autoría y coautoría.....	48
VI. RESULTADOS.....	49
6.1 Contexto del estudio	49
6.1.1 Beca de apoyo a la Educación de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas, “Promajoven”.....	49

6.1.2 Antecedentes.....	49
6.1.3 Generalidades de Operación	50
6.1.4 Foros Promajoven.....	51
6.1.5 Reunión Promajoven.....	52
6.1.6 Ubicación domiciliar de las participantes.....	59
6.2 Las participantes.....	62
6.2.1 Caracterización sociodemográfica	62
6.2.2 Caracterización de los antecedentes ginecoobstétricos.....	64
6.3 Categorización de la Información.....	66
6.3.1 PREVENCIÓN PRIMARIA	67
a) La participación de la escuela en la educación sexual	67
b) La participación del personal de salud.....	69
c) La participación de las redes de apoyo social y familiar	71
6.3.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA	72
a) El acceso y apego al Control Prenatal (CPN).....	72
b) Orientación de métodos anticonceptivos durante el embarazo	75
c) La experiencia del parto.....	76
d) Redes de apoyo durante el embarazo	77
e) Fallas en la comunicación del riesgo de un embarazo subsecuente	78
6.3.3 PREVENCIÓN TERCIARIA	78
a) Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO).....	79
b) Oportunidades Perdidas	81
VII. DISCUSIÓN.....	83
VIII. CONCLUSIONES.....	97

LIMITANTES Y SUGERENCIAS.....	99
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	101
X. ANEXOS.....	111
Anexo No. 1.....	112
GUÍA DE ENTREVISTA PARA LAS PARTICIPANTES.....	112
Anexo No. 2.....	115
CARTA AL COMITÉ PARA CAMBIO DE TÍTULO DEL PROYECTO.	115
Anexo No. 3.....	116
GUÍA DE ENTREVISTA PARA INFORMANTE CLAVE.....	116
Anexo No. 4.....	118
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	118
Anexo No. 5.....	119
CARTA DE APROBACIÓN DE COMITÉ ACADÉMICO DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA.....	119
Anexo No. 6.....	120
CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN (CEIFE) DE LA UASLP.	120
Anexo No. 7.....	121
PRESUPUESTO.....	121
Anexo No. 8.....	122
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADOLESCENTE.....	122
ANEXO No. 9.....	124
CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERÉS.....	124

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. MARCO NORMATIVO Y LEGAL APLICABLE EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ EN LOS TRES NIVELES DE PREVENCIÓN.....	18
Tabla 2. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS PARTICIPANTES. Junio 2017 - Marzo 2018.....	63
Tabla 3. ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS DE LAS PARTICIPANTES. Junio 2017 - Marzo 2018.....	65

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel que se produce durante la adolescencia inicial o pubertad – comienzo de la edad fértil– y el final de la misma, es decir, entre los 10 y los 19 años(1).

Se trata de un fenómeno social que se constituye en un problema de salud pública, debido a las implicaciones físicas, psicológicas y sociales que trae consigo y que merman la calidad de vida de las madres adolescentes, de sus hijos, y en general, de la población. En la dimensión física, el proceso de gestación implica exigencias anátomo-funcionales para las que el cuerpo adolescente aún no está preparado, dado que aún se encuentra en etapa de desarrollo. Derivado de lo anterior, los embarazos adolescentes son catalogados como de “alto riesgo” (2), pues aumenta el riesgo de muerte materna(3), favorece la incidencia de abortos, prematuridad o bebés con peso bajo al nacer(4).

En lo que respecta a las dimensiones psicológica y social, ser madre adolescente suele desencadenar, -sin distinciones socio-económicas-, condiciones de vulnerabilidad asociadas con la temprana deserción escolar, lo que trae consigo, limitadas oportunidades de empleo, o en su caso, acceso a empleos precarizados. Las realidades antes señaladas, agregadas a la estigmatización, la desaprobación moral, el rechazo familiar y social; constituyen condiciones que vulneran las oportunidades de vida de las mujeres que se embarazan durante la adolescencia y cursan maternidades tempranas (5).

Todo lo antes expresado, perfila el embarazo adolescente como una experiencia que potencia la vulnerabilidad de este grupo específico, toda vez que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha definido como “*población vulnerable*” a todos aquellos “*grupos que debido a factores biológicos, ambientales o socioculturales, tienen un control limitado o ningún control a la exposición a situaciones peligrosas o riesgosas*”(6).

Por otra parte, si bien el embarazo adolescente constituye un problema de salud pública mundial, el despunte que ha tenido en América Latina y el Caribe, le ubica como una situación urgente de atender. En este continente, para el período 2010 y 2015, se documentó que el 26% de los nacimientos fueron de madres adolescentes, logrando así la mayor concentración de embarazo adolescente a nivel mundial. En este mismo continente, la tasa de embarazo adolescente para el periodo de 2009 a 2014, se elevó a 74 por cada mil (7).

En México el problema no es menor, tan solo en 2015, de los 2 353,596 nacimientos, 381,583 correspondieron a hijos de mujeres adolescentes menores de 20 años, representando el 16.2% del total de nacimientos registrados en ese año(8).

En el contexto anterior, aunque San Luis Potosí se ubica como un estado en el que la problemática ha mostrado una tendencia a la baja (para el periodo 2010 y 2015)(9), existen algunos municipios que igualan la media nacional o incluso la superan, tal es el caso del municipio de Soledad de Graciano Sánchez donde una de cada cuatro adolescentes se encuentra cursando un proceso de embarazo (25.3%)(10) .

El embarazo adolescente es un problema nacional sobre el que el Estado Mexicano ha implementado políticas públicas en diversos sectores, la principal es la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA), mediante la cual se pretende implementar diversas líneas de acción para reducir la incidencia de embarazo en las jóvenes(10). En esta estrategia se plantean con claridad, acciones dirigidas a fortalecer los tres niveles de prevención.

Para el primer nivel de prevención, se han diseñado líneas de acción dirigidas a evitar la presencia de un embarazo no deseado. Dentro de este nivel figuran con principal relevancia, las intervenciones educativas dirigidas a difundir información acerca de derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, así como proveer a los jóvenes de métodos anticonceptivos respetando su libre decisión(11).

En el marco del segundo nivel de prevención, se encuentran agrupadas aquellas intervenciones que están dirigidas a la limitación del daño y la reducción del riesgo que el embarazo adolescente pueda generar en la joven, implementando acciones que favorezcan la reducción de la morbi-mortalidad materna(12).

Las intervenciones de prevención terciaria, por su parte, se concentran en aplicar acciones que limiten las consecuencias negativas asociadas a la maternidad adolescente y principalmente a la prevención de un segundo embarazo, así como a garantizar la capacitación de las jóvenes madres para que estas puedan favorecer una adecuada calidad de vida al recién nacido(13), dentro de este último objetivo, se contemplan acciones para evitar la deserción escolar y el rezago educativo de las jóvenes madres (14).

Debido a su reciente implementación, -apenas en 2014-, las líneas de acción propuestas e implementadas desde la ENAPEA han sido poco evaluadas, es por ello que se considera necesario realizar una evaluación cualitativa de las medidas que esta propone y que actualmente se implementan dentro de los distintos sectores e instituciones.

Por ello el presente trabajo de investigación propone evaluar desde la perspectiva de jóvenes que han vivido la experiencia de un embarazo adolescente, la implementación de una serie de medidas que han sido propuestas dentro de la ENAPEA y que han sido ratificadas como compromisos estatales, en este caso, nos interesa particularmente documentar como son percibidas las acciones que los Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí (SSSLP) implementan en la prevención primaria, secundaria y terciaria, con el fin de realimentar estas líneas de acción desde la perspectiva de las usuarias.

En esta investigación se trabajó con jóvenes beneficiarias de Beca de apoyo a la Educación de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (“Promajoven”), entendiendo que este programa beneficia a madres adolescentes, en la búsqueda de evitar la deserción escolar, previendo que el continuar incorporadas a la escuela, redundará entre otros aspectos, en hacerles llegar información que las concientice de la inconveniencia de un nuevo embarazo durante la adolescencia, además el

programa es una oportunidad para acceder a esta población en específico, dado que las concentra.

El presente informe se estructuró de la siguiente manera, primero se planteó el problema del embarazo adolescente tanto a nivel estatal, nacional e internacional, posteriormente se hizo un resumen de bibliografía existente acerca del panorama epidemiológico de la maternidad adolescente en San Luis Potosí y México, determinantes sociales y el impacto en la salud pública, así como también la respuesta social y política al problema dentro del marco legal nacional. Finalmente, en este apartado se recuperaron algunos estudios cualitativos y cuantitativos que sirven como antecedentes a este estudio.

Enseguida, se encuentran los objetivos tanto general como específicos propuestos para la investigación, continuando con la metodología implementada para el estudio en donde se englobaron el tipo de estudio, enfoque, selección de informantes, criterios de inclusión y eliminación, estrategia utilizada para la selección de las informantes, las técnicas mediante las que se llevó a cabo la recolección de la información, conceptos ordenadores, la descripción de los procedimientos, análisis de los datos, recursos, consideraciones éticas y legales.

En el apartado de los resultados se profundiza en las categorías identificadas en cada uno de los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria). Dentro de las principales barreras percibidas en el primer nivel, se encontró que la información que se proporciona a las jóvenes tanto desde los servicios de salud como desde la escuela, resulta poco significativa para que estas puedan ejercer una toma de decisiones asertiva en su vida sexual y reproductiva. En lo referente a la prevención secundaria, se identificó principalmente la existencia de barreras en la relación personal de salud-usuaria, así como fallas en la comunicación de riesgos obstétricos asociados a embarazos adolescentes subsecuentes. Finalmente, en el tercer nivel de prevención, se identificaron fallas en el seguimiento del método anticonceptivo post-evento obstétrico (APEO) utilizado, así como oportunidades perdidas en la atención posterior a las usuarias. El trabajo concluye con un apartado de discusión y conclusiones.

I. JUSTIFICACIÓN

Problematizar el embarazo en la adolescencia, exige tener en cuenta la existencia de una serie de fallas estructurales e institucionales que han derivado en una problemática que no sólo no ha podido contenerse, sino que va al alza, presentándose cada vez a edades más tempranas(15).

Entre las cuestiones estructurales se ha señalado la pobreza, la marginación, la falta de acceso a la educación y la prevalencia de imaginarios culturales que colocan a las jóvenes en una situación de desigualdad y vulnerabilidad frente al acoso y la violencia sexual(10); por su parte, entre las institucionales se han señalado la falta de acceso real a educación sexual, metodología anticonceptiva y justicia para los casos de violencia sexual(16).

Los impactos del embarazo adolescente en la salud pública son relevantes, ya que afecta negativamente la salud de las jóvenes mujeres y la de sus hijos/as. Además, es considerado un problema educativo, dado que incide como causal de deserción escolar y/o bajo rendimiento. En la esfera económica, reduce las opciones laborales de las mujeres, desvaloriza su mano de obra y contribuye a la feminización de la pobreza. Aunado a todo lo anterior, el embarazo adolescente evidencia también un problema de atención al ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos(5).

Los embarazos a temprana edad, resultan eventos dramáticos tanto en lo personal como en lo social, toda vez que con frecuencia no son planeados y/o deseados, y cuando se ha documentado que han sido deseados y planeados, se identifica que, las jóvenes recurren a su búsqueda ante la falta de otras alternativas de desarrollo social, tengamos en cuenta que en el contexto latinoamericano, el ser madre continua siendo contemplado por muchas mujeres, como la forma más asequible de legitimación social (17).

El embarazo adolescente, mención aparte, contribuye a la existencia de matrimonios forzados y/o uniones prematuras, que llevan implícito un alto riesgo de conflicto conyugal, violencia doméstica y divorcio. Las uniones tempranas,

contribuyen a su vez a la reproducción de círculos de pobreza en las familias, pues no existen las condiciones para acceder a empleos dignamente remunerados.

En la faceta biológica, se ha documentado que el riesgo obstétrico y perinatal en adolescentes es mayor. De hecho, datos en países de América Latina (AL) y el Caribe, muestran que el riesgo de las jóvenes menores de 16 años es cuatro veces mayor que en mujeres mayores de 20 años(14). El embarazo adolescente está vinculado directamente a la muerte materno-infantil y el aborto(18).

En el contexto antes señalado, la configuración epidemiológica del problema adquiere relevancia, cuando 50 millones de mujeres menores de 19 años son madres cada año en el mundo, y donde de manera específica, AL y el Caribe figuran como las regiones con mayor fecundidad adolescente apenas después de África Subsahariana(10). En AL, una tercera parte de los embarazos corresponde a menores de 18 años y casi un 20% de éstos ocurren en niñas menores de 15 años, esta región de AL y el Caribe, además es la segunda donde menos ha disminuido la maternidad infantil en los últimos veinte años (12.9%)(10).

En México 22.4 millones de personas son adolescentes y aun cuando los retos que enfrentan son diversos, el embarazo es una de las situaciones que se han complejizado con mayor rapidez y relevancia. Aunque las Tasas de Fecundidad Global (TFG) en el país han sostenido un patrón de descenso constante desde hace 50 años, actualmente prevalece una TFG de 2.21, con un reporte de 126 nacimientos por cada 1,000 mujeres, así como 77 nacimientos por cada mil adolescentes de entre 15 y 19 años(19).

San Luis Potosí (SLP) registró para 2015, un total de 536,813 adolescentes entre 10 y 19 años de edad, de ellos, 267,445 son mujeres y 269,368 hombres; en este contexto, contrario al comportamiento del embarazo adolescente en el ámbito nacional, éste estado ha registrado una tendencia a la baja entre 2010 y 2015(9).

En el ámbito estatal, existen municipios en los que la problemática alcanza o rebasa el comportamiento del fenómeno en el ámbito nacional, ejemplo de ello son Soledad de Graciano Sánchez (SGS) y SLP que presentan TFG en adolescentes de 25.3%

y 14.4%, respectivamente, y que en función de ello, se eligieron como los municipios en los que se realizará la presente investigación.

La respuesta del Estado frente al embarazo adolescente se formalizó en 2014, mediante la elaboración e implementación de la ENAPEA, la cual, tiene como objetivo reducir el número de embarazos en adolescentes en México, poniendo énfasis no sólo en la prevención del embarazo adolescente, sino también en la prevención de embarazos subsiguientes en la adolescencia (5).

En este contexto y sin embargo, aunque la ENAPEA plantea atender los dos niveles preventivos, se identifica que la mayor parte de sus líneas de acción(18) se concentran en la prevención primaria y sólo una en la terciaria (Línea de acción 16:Prevenir embarazos subsiguientes en madres adolescentes), en este panorama es que se considera necesario generar evidencia no sólo sobre la prevención primaria sino sobre las acciones que institucionalmente, los Servicios de Salud (SS) llevan a cabo en quienes ya han sido madres adolescentes.

La decisión de trabajar con jóvenes inscritas a Promajoven se tomó en función de que se trata de un grupo cautivo que comparte dinámicas de vida y que en este sentido se torna medianamente homogéneo en sus experiencias de vida, además, las usuarias de este programa acuden a sesiones semestrales en las que reciben información sobre salud sexual y reproductiva, y son invitadas a acudir de manera regular a los Servicios de Salud de San Luis Potosí (SSSLP), por lo que se esperaría que tengan experiencias respecto a los servicios que esta instancia oferta en materia de anticoncepción.

Por otro lado, existen estudios como el de Juárez y Gayet, en el que se analiza la salud sexual y reproductiva de adolescentes mexicanos, y describe la necesidad del *“análisis dinámico contextual desde la perspectiva demográfica y epidemiológica”*, propone además, que se realice investigación y evaluación de *“la realidad operativa de las políticas y programas gubernamentales”* en centros educativos y de salud, en las comunidades, puntualiza sobre la necesidad de *“contactar y comunicarse”* con la población involucrada es decir con los jóvenes(20).

En ese sentido, la importancia de hacer este estudio desde un enfoque de evaluación cualitativa obedeció a que permite producir datos descriptivos, es decir, explorar los conceptos propios de los sujetos de estudio, palabras habladas o escritas así como su conducta como un dato observable, es por ello que este tipo de investigación permite comprender y desarrollar nuevos conceptos a partir de los datos recabados, posibilitando la evaluación de teorías preconcebidas, con una perspectiva holística, puesto que los actores sociales son considerados como un todo, aunado a ello, permite estudiar a los individuos en su pasado y su presente.

Además ofrece la oportunidad al investigador de interaccionar naturalmente con los participantes, y realizar el trabajo de campo dentro de los contextos en donde las adolescentes se desarrollan, dando pie a la comprensión de un fenómeno desde el marco de referencia de los propios informantes; además es flexible en lo que respecta a la conducción del estudio, ya que *“se siguen lineamientos orientadores, pero no reglas”*(21).

En este contexto fue que consideramos necesario evaluar las acciones preventivas primarias y terciarias del embarazo adolescente desde la perspectiva de las propias adolescentes, ya que evaluando desde ese escenario, es posible entender el fenómeno de manera más compleja y rescatar las percepciones propias de las adolescentes para crear un constructo uniforme.

Las preguntas de investigación que guiaron esta aproximación fueron:

¿Cuáles son las perspectivas de un grupo de madres adolescentes inscritas al PROMAJOVEN, sobre las características de las acciones preventivas del embarazo adolescente en los SSSLP?

¿Cuáles son las barreras y/o facilidades institucionales que estas jóvenes madres perciben en el acceso a las acciones preventivas del embarazo adolescente?

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Panorama epidemiológico del embarazo adolescente en México y San Luis Potosí

En nuestro país en 2015 fueron registrados 2 353,596 nacimientos, de estos 381, 583 corresponden a hijos de mujeres adolescentes menores de 20 años, lo que representa el 16.2% del total de nacimientos registrados en ese año(8). Desde hace algunos años se sabe que la maternidad temprana ocurre con mayor frecuencia en estratos socioeconómicos bajos, y existe cada vez mayor evidencia de que no es únicamente el embarazo temprano el que limita las posibilidades de estas adolescentes sino las restricciones preexistentes en sus vidas(22).

SLP registró para 2015, un total de 536,813 adolescentes entre 10 y 19 años de edad, de ellos, 267,445 son mujeres y 269,368 hombres; en este contexto, contrario al comportamiento del embarazo adolescente en el ámbito nacional, San Luis Potosí ha registrado una tendencia a la baja entre 2010 y 2015(9). En el contexto anterior y sin embargo, existen municipios en los que la problemática alcanza o rebasa el comportamiento del fenómeno en el ámbito nacional, ejemplo de ello es SGS, donde una de cada cuatro adolescentes se encuentra cursando un proceso de embarazo (25.3%), seguido por Tamazunchale (21.3%), Ciudad Valles (16.9%), Matehuala (16.4%), Rioverde (14.5%) y SLP (14.4%)(10).

Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, se revela que la mitad de las mujeres en SLP tuvo su primera relación sexual en la adolescencia, con una edad muy similar a la reportada a nivel nacional, igual que esta, la edad de inicio decreció en relación a los resultados en la ENADID 2009, sin embargo iniciaron la utilización de algún método anticonceptivo hasta 4 años después(23).

2.2 Determinantes sociales asociados al Embarazo Adolescente

Se han determinado diversos tipos de factores que influyen en la presencia de un embarazo adolescente, los principales son: Individuales como edad, edad de la menarquía, y nivel educativo; familiares, dentro de los cuales se encuentran el nivel socioeconómico, antecedentes familiares de embarazo adolescente y funcionalidad familiar; por último, los socioculturales que engloban la edad al inicio de la vida sexual activa y el uso de métodos anticonceptivos(14).En este contexto, se reconoce la pobreza y los factores socioculturales como los principales factores contribuyentes del embarazo adolescente.

Entre los determinantes de tipo biológico, se ha señalado la edad de la menarquía como una condición que incide en una tendencia a la maduración cada vez más temprana, aunado a ello, se ha documentado que la edad promedio de inicio de la primera relación sexual en mujeres se ubica en los 15 años, lo que significa que hay un adelanto en el inicio de vida sexual activa (IVSA) que ha ido acentuándose en las generaciones nacidas posterior a 1988(14).

Los determinantes de tipo social también han sido señalados como contribuyentes al embarazo adolescente, entre ellos, destaca la falta de oportunidades educativas o la ausencia de proyecto de vida, es indudable que la educación es un factor protector importante que abre el abanico de opciones y aspiraciones hacia un plan de vida que blindo contra el embarazo adolescente¹. Gamboa Montejano C, Valdés Robledo S. El embarazo en adolescentes: marco teórico conceptual, políticas públicas, derecho comparado, directrices de la OMS, iniciativas presentadas y opiniones especializadas, incluso si la joven está en una situación de desventaja importante(14).

Por otra parte, la violencia en general, pero especialmente la violencia experimentada durante la adolescencia mientras se cursa con un embarazo es considerada otro determinante de tipo social, ya que no solo afecta a la víctima si no que de manera indirecta se violenta al ser humano en desarrollo(16); la falta de acceso a métodos anticonceptivos es otro determinante social, en investigaciones generadas en torno al tema, salen a relucir un sinnúmero de elementos asociados al no

uso de algún método en población adolescente, éstos se concentran principalmente en torno a factores económicos, culturales y comportamientos sociales, así como barreras institucionales(14).

En cuanto a los determinantes culturales, los antecedentes familiares cobran relevancia, el porcentaje de riesgo de embarazo adolescente aumenta al doble si se cuenta con un antecedente familiar de tener un hijo a edades tempranas. La discriminación figura de manera importante en este ámbito pues genera desigualdad, lo que hace posible que se ejerza violencia tanto verbal, psicológica, física y sexual con mayor facilidad, y se responsabilice en su totalidad a la adolescente de su embarazo, puesto que a causa de un proceso de naturalización social, la mujer es concebida como un objeto de placer lo que se acentúa en situaciones donde la niña ha sufrido de violencia sexual(24).

Sin embargo, los determinantes económicos también evidencian contribución con el riesgo de embarazo adolescente, el vivir en situación de pobreza extrema aumenta seis veces más la posibilidad de embarazarse en la adolescencia, mientras que ser pobre no extremo duplica dicho riesgo(14).

Además existen otros factores catalogados como estructurales en donde se encuentra el déficit en la calidad de la prestación de los servicios en cuanto a la prevención primaria, como el factor de mayor impacto sobre el embarazo adolescente(25).

2.3 Configuración del embarazo adolescente como problema de salud pública

La expectativa social de la adolescencia es que ésta es una etapa en la que los individuos se preparan para la vida y adquieran habilidades para desarrollarse con plenitud. La permanencia escolar favorece el desarrollo personal y abre alternativas a otros roles sociales además de la maternidad de modo que la educación es un factor protector frente a la maternidad adolescente(13).

El abandono escolar o *rezago educativo* provoca desigualdad en la distribución de capital económico, cultural y social(22), esto resulta preocupante debido a que es

un problema con consecuencias graves pues es un factor de riesgo que predispone tanto a las adolescentes como a sus descendientes a la inequidad social.

El embarazo adolescente afecta negativamente en la salud de las jóvenes mujeres y en la de sus hijos/as; es considerado un problema educativo porque provoca deserción escolar o bajo rendimiento, que tiene implicaciones económicas porque posibilita mano de obra barata y condiciona los ingresos futuros, el acceso a oportunidades laborales especializadas de calidad y el desarrollo humano sustentable, además también resulta un problema de atención al ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos(5).

2.4. La adolescencia: Etapa de vulnerabilidad potencial

Ser padre y madre adolescentes suele desencadenar, sin distinciones socio-económicas, condiciones de vulnerabilidad para esta población, que regularmente suele asociarse a la probable deserción escolar, características del desarrollo cognitivo, físico, social, psicológico y emocional en esta etapa, la adopción de papeles de género tradicionales, así como la reducción de vivencias que se generan en la población en este periodo del desarrollo humano considerando su ámbito socio- cultural. Las madres adolescentes son frecuentemente estigmatizadas, sufren discriminación de género, desaprobación, rechazo familiar y social(5).

Resulta ser un evento dramático tanto en lo personal como en lo social ya que con frecuencia no es planeado y/o deseado, si lo es, no se tienen muchas alternativas para cubrir de la mejor manera todas las necesidades que requerirá la madre durante el embarazo, y del hijo/hija al momento de nacer, llama la atención observar como ante la falta de alternativas el embarazo adolescente se ve como una forma de destino(17), lo que desencadena en matrimonios o uniones prematuras, en los que muchas veces la pareja no está de acuerdo, por lo que se encuentra implícito un alto riesgo de divorcio, con sus respectivas consecuencias.

Además, reproduce un círculo de pobreza de madres y padres adolescentes o iniciarlo cuando la economía doméstica no lo podrá proteger por falta de empleo, redes sociales de apoyo pues es posible que se utilice como pretexto para requerir

y ofrecer trabajo a menores de edad en condiciones de explotación; además genera una mayor exposición a situaciones de inseguridad, desprotección y maltrato.

En la faceta biológica, se ha documentado que el riesgo obstétrico y perinatal en adolescentes es mayor. De hecho datos en países de AL y el Caribe, muestran que el riesgo de las jóvenes menores de 16 años es cuatro veces mayor que en mujeres mayores de 20 años(14). El embarazo adolescente está vinculado a la muerte materno-infantil y al aborto(18).

Por otra parte, el contexto social de las adolescentes embarazadas engloba diversos factores de vulnerabilidad que impactan de manera directa al detener de alguna manera sus estudios, ya que el déficit de redes de apoyo genera que sean ellas quienes deban cuidar de manera permanente a sus hijos, además la situación económica es desfavorable pues deben destinar la totalidad de sus ingresos a la atención de sus hijos y limitando la posibilidad de continuar en un entorno escolar; el embarazo adolescente genera en la mayoría de las ocasiones aislamiento por parte de la familia, rechazo de las amistades, crítica de los profesores y estigma e invisibilidad social(26).

2.5. Respuesta social y política al problema

A nivel mundial se ha documentado que la educación sexual integral y los programas de salud reproductiva con enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos para adolescentes constituyen pilares esenciales y estratégicos para favorecer comportamientos más saludables que contribuyen a prevenir el embarazo adolescente(22). En México se ha desarrollado la ENAPEA.

2.5.1. Marco normativo y legal en el ámbito nacional

2.5.1.1 Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)

Esta estrategia nacional es una herramienta dinámica de coordinación entre distintas dependencias de Gobierno Federal con las entidades federativas y a su vez con los municipios en la materia, la cual es producto del trabajo conjunto de 13

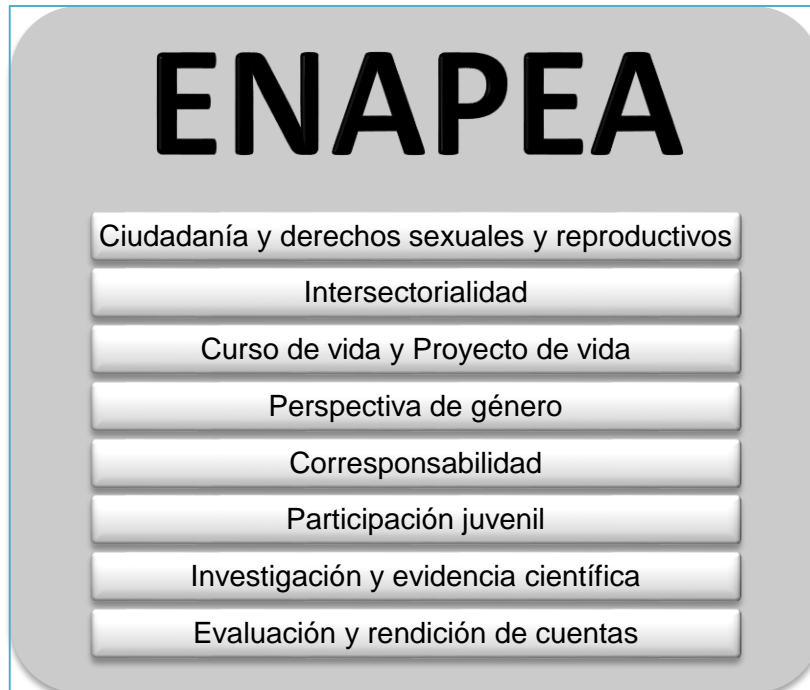
dependencias de Gobierno Federal, de la consulta a organizaciones de la sociedad civil y académicos/as con larga trayectoria y conocimiento del fenómeno(5).

La ENAPEA tiene como objetivo general: reducir el número de embarazos en adolescentes en México, con absoluto respeto a los derechos sexuales y reproductivos; como objetivos específicos menciona:

- Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de las y los adolescentes en México;
- Propiciar un entorno habilitante que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de las y los adolescentes sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo;
- Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad;
- Incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes;
- Garantizar el derecho de las niñas, los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de la gestión pública y privada.

La ENAPEA cuenta con 8 ejes rectores(5) que son:

FIGURA 1. EJES RECTORES DE LA ENAPEA.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENAPEA.

2.5.1.2. Programa de Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (Promajoven)

Programa de cobertura nacional dedicado a implementar alternativas compartidas de manera intersectorial, con el objetivo de realizar intervenciones que favorezcan la igualdad y amplíen la gama de acceso a oportunidades de desarrollo social de las adolescentes madres de bajos recursos; promoviendo la continuidad en la educación(27).

El reto en este programa es *“mejorar el destino de las mujeres jóvenes embarazadas”* mediante el ejercicio pleno del derecho a la educación; por lo que la Secretaría de Educación Pública (SEP), asume el compromiso de generar una política educativa con perspectiva de género, mediante la cual se pretende *“promover la equidad de género y la no discriminación para adolescentes que enfrentan la maternidad a edades tempranas”*(26).

Atendiendo el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007 -2012, la SEP crea y amplía las oportunidades de acceso y permanencia en sus programas de educación básica, beneficiando a las jóvenes madres con apoyo económico, favoreciendo las condiciones de vida de las adolescentes.

Promajoven promueve la reinscripción y permanencia escolar de las madres jóvenes y jóvenes embarazadas, realizando una serie de acciones que están dirigidas a dar apoyo a las adolescentes que son madres, para que inicien y/o continúen, permanezcan y concluyan sus estudios de educación básica, ya sea en sistema escolarizado o no escolarizado mediante el otorgamiento de una beca económica mensual; el programa orienta sus esfuerzos hacia las adolescentes en situación de vulnerabilidad, de estado civil indistinto, que sean madres o estén embarazadas, que se encuentren entre 12 y 18 años 11 meses de edad(26).

Asimismo, favorece la participación de las adolescentes madres en programas complementarios de salud sexual y reproductiva, derechos y prevención de la violencia, además de otras actividades productivas y culturales, las cuales le proporcionen ventajas para su desarrollo integral(28).

2.5.2. Marco normativo y legal en el estado en los tres niveles de prevención

En la siguiente tabla, se muestra el marco normativo correspondiente a los servicios de salud, mediante el cual se encuentra respaldado el derecho al ejercicio pleno de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, así como el nivel de prevención sobre el que inciden directamente las leyes y normas en el estado de San Luis Potosí.

Tabla 1. MARCO NORMATIVO Y LEGAL APLICABLE EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ EN LOS TRES NIVELES DE PREVENCIÓN.

PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN Terciaria
LEY DE LA PERSONA JOVEN PARA EL ESTADO Y MUNICIPIOS DE SAN LUIS POTOSÍ(29).		
<p>Hace referencia a que los jóvenes tienen derecho a recibir y procesar información que les resulte útil para llevar a cabo sus proyectos de vida individual y social; respecto al derecho a la salud señala en el artículo 28 que la persona joven tiene derecho a la educación en sexualidad, impartida en todos los niveles educativos para fomentar conductas responsables y ésta debe ser orientada hacia la prevención de fenómenos como el abuso, la violencia, y la explotación sexual, además de evitar embarazos no planeados así como enfermedades de transmisión sexual.</p>	<p>Establece que “Las jóvenes madres, y aquellas que se encuentren en estado de gravidez tienen derecho a continuar con sus estudios de manera regular sin que su condición pueda causar impedimento alguno para este fin”(29). Por lo tanto se hace responsable al Estado de la implementación y gestión de programas y procesos que les faciliten a las madres el acceso de sus hijos(as) al sistema de guarderías del Estado.</p>	

LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA(30).

Señala responsable a la Secretaria de Educación de Gobierno del Estado (SEGE) de la aplicación en todos los niveles de programas educativos que modifiquen aquellas conductas sociales y culturales que impliquen prejuicios y provean de un sentido de inferioridad o superioridad de uno de los sexos, así como de las funciones estereotipadas de hombres y mujeres, además de garantizar el derecho a la educación en el acceso, permanencia y terminación de estudios mediante becas; y a la Secretaría de Salud de la capacitación del recurso humano, respecto a su actuación en situaciones de violencia contra las mujeres, garantizando la atención a las víctimas.

En caso de embarazo por violación menciona que se debe proporcionar a las víctimas atención médica, psicológica y jurídica de manera integral, gratuita y expedita, así como proporcionar un refugio para ellas como para sus hijos, en donde sea protegida de su agresor.

El estado así como sus municipios brindaran atención, asesoría jurídica y tratamiento psicológico especializado y gratuito a víctimas, que favorezcan el empoderamiento de las mismas y la reparación del daño causado por dicha violencia, además le corresponde también brindar servicios reeducativos para aquellas adolescentes embarazadas por violación sexual.

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO (PAE) DE SALUD MATERNA Y PERINATAL 2013 – 2018(31).

Implementar de estrategias que permitan prevenir el embarazo en adolescentes y retrasar el inicio de vida sexual activa, ya que es un factor de riesgo para la presencia de mortalidad materna.

Apoyar y acompañar a las mujeres en el ejercicio pleno de sus derechos reproductivos para “cursar un embarazo sano, el parto respetuoso y el puerperio seguro, y para que sus hijos nazcan y se desarrollen con salud, con pleno respeto a la diversidad cultural y al ejercicio de sus derechos, apoyando su proyecto de vida.”

Menciona como fundamental la promoción de la anticoncepción postevento obstétrico (APEO), así como la mejora de la calidad en la atención, perfilados en un marco de respeto a los derechos humanos así como a la libre decisión; así como implementar y fomentar la atención puerperal desde el control del embarazo.

**PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO (PAE) SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES 2013
– 2018(32).**

<p>Este programa pretende favorecer el acceso de los adolescentes a la información, así como la educación en torno a la salud sexual y reproductiva, además tiene como objetivo reducir embarazos no planeados así como enfermedades de transmisión sexual en la población adolescente, todo esto mediante el acceso a servicios de salud de calidad, y de manera inherente impactar en aquellos factores que desfavorecen ejercicio pleno de los derechos reproductivos y la sexualidad de la población adolescente(32).</p>	<p>En el caso de la presencia de embarazo adolescente promover la atención del embarazo como embarazo de alto riesgo, particularmente en menores de 15 años en los cuales se debe incentivar la búsqueda intencionada de casos de violencia sexual, reducir el riesgo reproductivo especialmente en las adolescentes menores de 20 años.</p>	<p>Menciona como estrategia el mejorar el abasto de anticonceptivos y ampliar la gama de opciones, incluyendo la anticoncepción de emergencia, para prevenir embarazos y enfermedades de transmisión sexual.</p>
--	--	--

NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR(33).

La prestación de los servicios de planificación familiar, deben proporcionarse a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, sin importar el motivo de la consulta, en especial a las mujeres con mayor riesgo reproductivo, tomando como base los derechos de libre decisión y respeto a la salud reproductiva mediante lo cual pueda el individuo que se encuentre en edad reproductiva acceder mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social; además hace énfasis en que se debe prestar particular atención a los adolescentes**(33)**.

Se debe poner énfasis en la relación entre los atributos y limitaciones de los métodos anticonceptivos con las necesidades, características tanto individuales como de pareja, enfocándose en la seguridad , efectividad así como la duración de la protección de cada método con sus características, forma de uso, seguimiento y participación comprometida de los usuarios.

NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA(34).

<p>Está enfocada en la salud materna, la prevención de morbimortalidad materna y perinatal, adecuada valoración del riesgo reproductivo en las adolescentes, promoción de planificación familiar, impedimento de transmisión de enfermedades venéreas (sífilis y VIH), educación para una adecuada nutrición, prescripción de ácido fólico y hierro, informar sobre las desventajas del consumo de sustancias tóxicas y adictivas, enfatizar en la lactancia materna; implementar acciones éticas, respetuosas y humanitarias, proveer trato digno, respeto a los derechos humanos, además de proporcionar un servicio con perspectiva de género(34).</p>	<p>Señala en el punto 5.2.1.9 que en el caso de que se proporcione atención a una mujer embarazada, especialmente en el caso de una menor de 15 años, se debe realizar la búsqueda intencionada para detectar violencia sexual, familiar o de género, en el caso de encontrar signos sugestivos de ello, proceder conforme a las disposiciones jurídicamente aplicables. Así como vigilar datos y síntomas de alarma que aunados al factor de riesgo de la edad puedan aumentar el riesgo de mortalidad materna y fetal.</p>	<p>Expone que se proveerá a la adolescente embarazada información completa sobre los métodos anticonceptivos, además de ofertarlos sistemáticamente en la atención post evento obstétrico, de preferencia antes del alta hospitalaria, para aquellas mujeres que expresen su deseo de utilizar algún método de anticoncepción.</p>
---	--	--

**NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-046-SSA2-2005. VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES.
CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN(35).**

<p>Establece criterios de observancia para la detección, prevención, atención médica y orientación, proporcionada a las usuarias y los usuarios de los Servicios de Salud en general a aquellos(as) que se encuentren inmiscuidos es alguna situación de violencia familiar o sexual. Menciona que cualquier sujeto puede ser susceptible de sufrir agresiones, sin embargo las estadísticas revelan que las niñas, niños y mujeres son quienes mayormente son objeto de violencia familiar y/o sexual.(35)</p>	<p>En el caso de maltrato en las mujeres embarazadas se deberán valorar datos como: la falta o el retraso en los cuidados prenatales, historia previa de embarazo no deseado, amenazas de aborto, partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer, lesiones ocasionadas en el embarazo, dolor pélvico crónico e infecciones genitales recurrentes durante el embarazo. En caso de embarazo por violación, los servicios de salud deberán prestar servicios de anticoncepción de emergencia o interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos jurídicamente; en caso de ser menor de 12 años de edad, la solicitud podrá hacerla la madre, el padre o tutor.</p>	<p>Debe brindarse atención integral para disminuir los daños y secuelas específicas, refiriendo a las víctimas de violencia sexual a los servicios de atención especializada necesarios y llevar un seguimiento de la víctima.</p>
---	--	--

NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-047-SSA2-2015, PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD DEL GRUPO ETARIO DE 10 A 19 AÑOS DE EDAD(36).

Esta norma pretende garantizar el derecho a la protección de salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad; se debe proporcionar atención integral, con perspectiva de género e intercultural, apegándose al derecho a la salud, orientándose a la prevención de enfermedades y enfatizar en la promoción de estilos de vida saludables. Además, proporcionar atención integral con búsqueda intencionada de factores de riesgo y/o signos y síntomas que identifiquen embarazo, prácticas sexuales sin protección, acosos y violencia. Así como proporcionar alternativas para postergar el embarazo ,prevenir enfermedades de transmisión sexual(36).

En el caso de presencia de embarazo en las adolescentes se deberá proveer de consejería y referirse a servicios especializados de segundo o tercer nivel de atención médica, según sea el caso; y será clasificado como embarazo de alto riesgo, y en menores de 15 años deberá buscar factores de riesgo, signos y síntomas para descartar posible violencia y/o abuso sexual; proporcionar detección de VIH, así como el tratamiento si fuese necesario, además de ofertar la pastilla de anticoncepción de emergencia para evitar casos de embarazos no deseados.

2.6 Estado del conocimiento sobre prevención y atención del embarazo adolescente

El presente apartado pretende recopilar la evidencia científica generada en los últimos años en cuanto al tema del embarazo adolescente desde distintos enfoques mediante los cuales ha sido estudiado este fenómeno social. En la actualidad, el problema del embarazo adolescente es un alarmante problema de salud pública. La mayor complejidad de esta situación es que tiene una mayor incidencia en la población con menos recurso económico y socialmente más vulnerable(25).

Dentro de los estudios que se han realizado hasta ahora sobre embarazo adolescente abundan los estudios cuantitativos, en los cuales se ha estudiado con mayor ahínco los factores de riesgo individuales, así como familiares, en menor cantidad factores sociales y culturales; sin embargo los factores institucionales es mínima la investigación que se ha realizado y casi nula la existencia de evaluaciones cualitativas de programas institucionales, es decir, desde la perspectiva de las usuarias, por ende en la mayoría de los estudios tiende a generalizarse los resultados lo que hace posible el desvanecimiento de condiciones subjetivas plurales complejas(18).

2.6.1. Estudios cuantitativos

Rodríguez Vignoli(13) en 2012, llevo a cabo un estudio desde una perspectiva de vulnerabilidad social en cuanto al fenómeno de la reproducción en los adolescentes en Latinoamérica, en el cual concluye que la maternidad adolescente resulta ser un complejo de adversidades para las y los jóvenes ya que implica mayores riesgos para la salud materno- fetal, por otra parte dificulta la inserción y el éxito escolar de las adolescentes ya que posibilita la incorporación temprana al ámbito laboral.

Todo lo que trae consigo menor cantidad de recurso económico y consigo menor capacidad de manutención de los hijos por ende dificultar para la consolidación familiar; con ello las madres adolescentes tienen mayor posibilidad de ser víctimas

de discriminación permitiendo ser estigmatizadas y permanecer en roles tradicionalmente femeninos; menciona además que las adolescentes tienden a ser violentadas por ser población vulnerable.

En un estudio descriptivo transversal realizado en el país por Villalobos(22) et al, analizando una encuesta nacional de salud, en la cual encontró que de un total de 8.9 millones de adolescentes entre 12 y 19 años el 20.5% , es decir casi 2 millones tenían vida sexual activa, de las cuales la mitad habían estado embarazadas alguna vez en su vida.

De las adolescentes que habían estado embarazadas alguna vez el 76.7% se dedican principalmente a las labores del hogar, de las cuales más de la mitad solo cursaron hasta la secundaria, en donde el rezago educativo se hace presente con un 74.9% respecto a las adolescentes que no han estado embarazadas; respecto al nivel socioeconómico cabe destacar que casi el 60% se encuentra en un nivel socioeconómico bajo.

Por lo anterior, se requiere propiciar que la escuela sea un medio de cohesión social, el trabajar de manera intersectorial e interinstitucional genera estrategias integrales que van acorde a las necesidades socio- culturales específicas de cada población, además menciona que es imprescindible e impostergable garantizar desde la educación primaria el acceso a la educación sexual integral.

Una investigación de casos y controles llevada a cabo por Blanco(14) et al, denominada *“Factores determinantes del embarazo adolescente”* en donde el grupo de estudio tenía una edad promedio de 15 años, señala a la disfunción familiar como un factor que duplica el riesgo de presentar embarazo durante la adolescencia, y llama la atención que otro factor importante es el nivel socioeconómico ya que el hecho de vivir en pobreza duplica el riesgo de embarazo precoz, y en casos de pobreza extrema el riesgo es seis veces mayor.

En 2010, Contreras(16) et al, mediante un estudio observacional, descriptivo y transversal de 292 madres adolescentes, sugiere que es necesario replantear los servicios de salud en el primer nivel de prevención, es decir, en la educación sexual y reproductiva a los adolescentes ya que la edad para iniciar la vida sexualmente activa de esta población cada vez es menor, además que señala como parte fundamental la inclusión de la pareja en el transcurso del embarazo, parto y puerperio, cubriendo vacíos de información acerca de la paternidad, lo que favorece la disminución del conflicto que el proceso de paternidad genera en el padre adolescente.

Por otro lado, mediante un estudio llevado a cabo por Bancet(18) et al, con un modelo de regresión logística, en donde se analiza el estado conyugal, se concluye que el embarazo adolescente está íntimamente ligado con la unión marital, pues a pesar de que en la República Mexicana se ha incrementado el número de madres solteras, se encontró que el 87% de las madres adolescentes se encontraban en unión libre o casadas, lo que aumenta el riesgo de embarazo.

Un artículo publicado por Freyermuth(37), et al, demuestra que a nivel nacional los servicios de planificación familiar, salud sexual y reproductiva para adolescentes, salud materna y perinatal cuentan con un desempeño moderado según la escala de valoración propuesta por CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social), mientras que el programa de prevención y atención de la violencia familiar y de género cuenta con un bajo desempeño, lo que permite dar cuenta de la insuficiente capacidad de respuesta, –por parte del sector salud–, para satisfacer las demandas de las mujeres en materia de salud.

2.6.2. Estudios cualitativos

Núñez et al, en 2012, dirigió un estudio con un modelo teórico metodológico en el que concluye que existe una severa discrepancia entre las expectativas modernas como el deseo de que sus descendientes estudien, por tanto, tengan un desarrollo

profesional exitoso y las expectativas tradicionalistas sexuales y de género que los padres tienen respecto a las hijas las cuales exigen que la hija llegue al matrimonio sin haber tenido relaciones sexuales.

Desafortunadamente, lo anterior sucede en un contexto en el cual las adolescentes día con día están en desarrollo en un contexto en el que la práctica sexual adolescente cada vez es más común, sin embargo, en un contexto donde pondera el machismo y la estigmatización aunado a la falta de educación sobre la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes lo que se genera son expectativas comportamentales distintas y la mayoría de las veces misóginas(38).

El estudio denominado *“Embarazo en menores de quince años: los motivos y la redefinición de su vida”*, realizado por Pacheco(17), mediante la modalidad de relatos de vida, evidencia la contradicción existente entre el campo estructural socialmente definido bajo la premisa de la protección al adolescente y la práctica operacional institucional y social en la que se desconocen los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente, además menciona que las adolescentes son más vulnerables en cuanto al pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte, Castro(39) señala que en los Servicios de Salud Públicos se hace presente un fenómeno que ha denominado el *“hábitus médico autoritario”*, puesto que a las mujeres no se les ha permitido hacer uso pleno de sus derechos y mucho menos defenderlos; para las adolescentes este fenómeno se potencia, ya que se asume que la adolescente carece de autonomía e incluso se les considera incapaces de la correcta interpretación y realización de instrucciones médicas(17).

UNFPA(24) et al, para el año 2014 llevó a cabo un estudio en El Salvador, en el cual mediante entrevistas y grupos focales con población femenina adolescente en la cual señala como principales causas del embarazo adolescente la ausencia de apoyo familiar, desinformación acerca de los métodos anticonceptivos, y la

violencia sexual principalmente, recomienda fundamentalmente el apoyo familiar para la disminución del impacto de las avenencias que del embarazo precoz puedan surgir, puesto que este soporte favorece el empoderamiento de las adolescentes.

En 2010, Ayala(40) et al, en el cual se interpretaron las historias de vida de adolescentes beneficiarias de PROMAJOVEN, concluye que el 75% de las adolescentes favorecidas con el programa se encuentran inscritas en un sistema de educación abierta, y más del 60% de estas adolescentes ya son madres, caso contrario en el 25% restante que se encuentra en un sistema escolarizado, en donde el 98% están embarazadas, por lo que se puede deducir que la maternidad complica la instrucción educativa regular por lo que tienen que optar por un sistema no escolarizado que les permita ejercer con mayor facilidad el proceso de ser madres.

En Colombia, en 2008, Rodríguez(25), mediante una revisión exhaustiva sobre aspectos políticos y normativos, hace hincapié en la importancia de la sensibilización de las autoridades sanitarias encargadas de los programas de prevención dado que, *“la anticoncepción previene el embarazo, el parto y el aborto”* así como sus consecuencias, por lo que esto genera un alto beneficio sobre el costo para la institución, y señala que *“por cada peso invertido en anticoncepción se ahorran muchos pesos gastados en atención obstétrica e infantil”*, por supuesto que en el embarazo adolescente dadas las condiciones biológicas propias de la madre, los costos se elevan aún más.

2.7. La evaluación cualitativa para mejorar políticas y procesos de salud

El nivel de conocimientos sobre cuestiones de salud reproductiva de los adolescentes inscritos en niveles de educación media y media superior es muy bajo, por lo que se sugiere llevar a cabo una evaluación de los contenidos respecto a esta materia que se imparten en las instituciones educativas del sector público de nuestro país(14).

Un estudio llamado *“Evaluación de los programas de atención a la salud de las mujeres en las principales instituciones del sistema de salud de México”*, realizado

en 2010, por Freyermuth(37), dada la tendencia al bajo desempeño, plantea el monitoreo del desempeño de los programas de salud con perspectiva de género, lo cual permitirá evaluar el progreso de los mismos así como favorecer la toma de decisiones en caso de ser necesarios cambios para la reestructuración de estos esquemas.

Garrido(41) et al, en el artículo titulado “*Evaluación de los programas y servicios de salud en México*”, señala que es necesario que la evaluación de los programas así como los servicios de salud a nivel nacional sean realizados por instituciones educativas e investigadoras reconocidas en el ámbito nacional e internacional, todo esto con el objetivo de garantizar la objetividad de los resultados, dado que la intención primordial de evaluar.

Por lo tanto es necesario identificar las áreas de oportunidad de los programas y servicios de salud operados en el país así como detectar y replantear las líneas de acción que permitan fortalecer estos programas, buscando favorecer la salud de la población mexicana, resalta la importancia de la combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas en la evaluación, ya que enriquece la investigación generando un mayor impacto en el replanteamiento de las estrategias.

En función de lo planteado en este apartado, la presente investigación pretende abonar al vacío existente ya que han pasado dos años del surgimiento de la ENAPEA, sin embargo en San Luis Potosí fue iniciando 2017 que se puso en marcha la Estrategia Estatal para la Prevención del Embarazo Adolescente, por lo que no existen evaluaciones del programa a nivel estatal, lo que conlleva a que las instituciones involucradas estarán interesadas en realizar evaluaciones de tipo cuantitativo ya que son las evaluaciones que implican menos tiempo, además de que es el enfoque más utilizado.

Ante esta panorámica fue que consideramos fundamental evaluar las acciones preventivas del embarazo adolescente desde la perspectiva de las adolescentes, pues evaluando desde ese escenario, podremos entender el fenómeno de manera

más compleja y rescatar los significados experienciales de las jóvenes para crear un constructo uniforme para nuestro estado.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar desde las perspectivas de un grupo de madres adolescentes inscritas al PROMAJOVEN, las barreras y facilidades percibidas de acceso a las acciones preventivas del embarazo en los Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las experiencias que las jóvenes han tenido en la búsqueda y uso de acciones preventivas primarias del embarazo adolescente.
- Indagar sobre las perspectivas que las jóvenes tienen basadas en sus experiencias sobre las acciones de prevención secundaria del embarazo adolescente recibidas en las instituciones públicas de salud.
- Identificar cuáles son las barreras y facilidades institucionales que las jóvenes perciben para acceder a servicios de anticoncepción y planificación familiar, como parte de la prevención terciaria.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Estudio

Se realizó una investigación con enfoque cualitativo, lo que se considera pertinente, toda vez que según Taylor y Bogdan mencionan que este enfoque permite producir datos descriptivos, es decir, exploran los conceptos propios de los sujetos de estudio, palabras habladas o escritas así como su conducta como un dato observable, es por ello que este tipo de investigación permite comprender y desarrollar nuevos conceptos a partir de los datos recabados, posibilitando la evaluación de teorías preconcebidas, tiene la característica de perspectiva holística, puesto que los sujetos de estudio son considerados como un todo(20).

Aunado a ello, permite estudiar a los individuos en su pasado y su presente, además ofrece la oportunidad al investigador a interaccionar de naturalmente con los participantes, dando pie a la comprensión de un fenómeno desde el marco de referencia de los propios informantes; además es flexible en lo que respecta a la conducción del estudio, ya que *“se siguen lineamientos orientadores, pero no reglas”* (21).

4.2 Enfoque del estudio

4.2.1 Etnografía

Bautista señala que la etnografía es un *“estudio descriptivo de la cultura de una comunidad”*, es un enfoque que incita la participación directa del investigador en el medio estudiado con el fin de describir y reconstruir la estructura de un grupo social determinado(42). Por otra parte el abordaje etnográfico pretende describir y analizar ideas, creencias, conocimientos así como prácticas de un grupo en específico(43), considerada como un *“estudio integral”* en el que se pretende describir *“interrelaciones funcionales”* de un grupo con alguna institución social y estas a su vez con las necesidades del hombre(42).

La entrevista etnográfica es conversacional en el sentido de que tiene lugar entre personas que ya han generado un ambiente de confianza, debe ir más allá de los parámetros de una conversación amistosa ordinaria, ya que el investigador necesita averiguar algunas cosas y debe estar atento para que la conversación no se desvíe del curso que se pretende, todo ello sin parecer coercitivo o impaciente(44), además de que esta metodología permite reflexionar de manera profunda sobre realidades, permitiendo la *reconstrucción teórica*(42).

4.2.2 Evaluación Cualitativa

Se realizó un estudio mediante evaluación cualitativa, la cual fue utilizada como una confrontación directa entre lo establecido para la operacionalización del fenómeno y el fenómeno realmente operado en los Servicios de Salud, visto desde la perspectiva de las usuarias. Este análisis evaluativo propiciado desde la perspectiva de las adolescentes madres favorecerá el enriquecimiento de lo establecido, permitiendo la reconstrucción del mismo, con aportes fidedignos de los participantes(45).

Para la OMS, la investigación evaluativa del desempeño de los sistemas y las políticas aplicadas, puede suceder en dos estratos, el primero está constituido por los procesos que se han establecido en forma de programas y servicios de salud; y en el segundo se encuentran las políticas públicas(41).

Este estudio abordó el primer estrato de la investigación evaluativa, evaluando desde la perspectiva de las jóvenes madres la operatividad de programas que desde el sector salud se implementan de manera específica para atender a la problemática de embarazo adolescentes en sus tres niveles de prevención, de manera indirecta, se pretende obtener evidencia que fortalezca la ENAPEA como política pública reciente en México.

Por otra parte, es necesario aclarar que un programa definido desde la visión social, conjunta a todas aquellas intervenciones públicas e institucionales que tienen como

objetivo contribuir al “*aumento del bienestar social de la población*” y reducir los obstáculos sociales; todo esto plasmado en “*leyes, planes, metas, normas y disposiciones estratégicas*” en las cuales queda expuesto el concepto de “*deuda social y derecho social*”(42), por lo tanto la investigación evaluativa de corte cualitativo tiene como finalidad la generación de conocimiento que evidencie el conocimiento de los problemas sobre la realidad social de manera que facilite la comprensión de su origen, proporcionando información a instituciones responsables del control y mejoramiento de la problemática.

4.3 Selección del área

El estudio se llevó a cabo en municipios de la región centro del Estado, particularmente dentro de la conurbación de San Luis Potosí-Soledad de Graciano Sánchez, dado que son municipios con una alta incidencia de embarazo adolescente, cabe señalar que la ubicación de las madres adolescentes beneficiarias de PROMAJOVEN se identificó a través del apoyo la Secretaría de Educación de Gobierno del Estado.

4.4 Selección de Informantes

Las informantes fueron seleccionadas mediante muestreo teórico (muestra homogénea) en la cual las unidades que se eligieron compartían características o rasgos similares, por ejemplo, ser madres, adolescentes, y no haber concluido el nivel básico de escolaridad principalmente, ya que el estudio estuvo dirigido a un grupo en específico.

4.4.1 Criterios de selección de los informantes

- Madres adolescentes que fueran o hubieran sido beneficiarias de PROMAJOVEN entre 14 y 19 años.
- Madres adolescentes que vivieran en la conurbación San Luis Potosí - Soledad de Graciano Sánchez.

- Madres adolescentes que aceptaran de manera voluntaria participar en la investigación.

4.4.2 Criterios de Exclusión

- Adolescentes que no hayan tenido la experiencia de un embarazo.
- Adolescentes embarazadas por primera vez al momento del estudio.
- Madres adolescentes que no haya sido posible su localización.

4.4.3 Criterios de Eliminación

- Madres adolescentes que por alguna situación no desearan continuar participando en el estudio.

4.5 Estrategia de Selección de informantes

Primeramente, se realizó un acercamiento a la Secretaría de Educación de Gobierno del Estado (SEGE) dependencia que tiene a su cargo la aplicación del programa PROMAJOVEN, se solicitó la autorización para acudir a una reunión en la cual las investigadoras se presentaron y se informó a las adolescentes inscritas al programa, la investigación y los objetivos de ésta, en dicha reunión, las investigadoras en base a los criterios de inclusión generaron una lista de posibles participantes, a quienes se les preguntó de manera voluntaria quien deseaba participar en el estudio, y posterior a ello se solicitaron datos personales con los que posteriormente se llevó cabo la localización de las madres adolescentes.

El número de participantes, así como el número de entrevistas fueron determinados en función del criterio de saturación de los datos(46), el cual se presentó cuando no surgió ningún dato nuevo, el desarrollo de teorías es denso y las relaciones entre las categorizaciones se encuentran bien establecidas y validadas. Este criterio se logró cumplir en la entrevista número doce en la cual, ya no se obtuvo información nueva y/o diferente en el relato brindado por la participante.

4.6 Técnicas de recolección de información

Dado que las evaluaciones cualitativas se fundamentan en las perspectivas y experiencias de las propias personas implicadas como usuarias, se recurrió a la realización de entrevistas (Ver Anexo No. 1).

Teniendo en cuenta que la entrevista es un proceso por el que se dirige una conversación para recoger información; es ampliamente aplicable, ya que permite indagar hechos no observables como son: significados, opiniones, puntos de vista, experiencias, emociones, motivos; no tiene límites de espacio y tiempo, lo cual hizo posible cuestionar acerca de fenómenos ocurridos en el pasado así como también sucesos planeados para el futuro; fue centrada pues permitió direccionar la conversación hacia un tema específico.

Específicamente utilizamos la modalidad de entrevista semiestructurada ya que es flexible, debido a que parte cuestionamientos planeados, los cuales podían ser ajustados a los sujetos de estudio, y esta es su mayor ventaja, la posibilidad de adaptarse a los sujetos, lo que permite al entrevistador, “*aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos*”; además permite que los sujetos expresen su punto de vista de manera relativamente abierta(47).

En este estudio la guía de preguntas estuvo estructurada en 4 apartados; en el primero se preguntaban datos personales de la participante como nombre, edad, estado civil, ocupación, entre otros; el segundo, tercero y cuarto apartado correspondieron a cada nivel de prevención. Se eligió que el tipo de entrevista fuera semiestructurada, dado que se exploraron las siguientes dimensiones: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria del embarazo, y dada la dinámica de los sucesos importantes en la vida de la adolescente, no es posible seguir una guía estructurada.

Cabe mencionar que aun cuando la guía de entrevista estaba conformada por 30 preguntas aproximadamente, hubo ocasiones en las que no fue necesario realizar todas las preguntas, ya que, a lo largo del relato de la experiencia de la joven es como ella misma va abordando preguntas que la investigadora no había realizado

aún, por lo mismo se obvió el volver a cuestionar datos que ya habían sido comentados por la participante.

Generalmente se trató de preguntas abiertas, que permitieron una mayor libertad tanto al investigador como al informante, ya que fueron interrogantes respondidas dentro de una conversación, en la cual no existió un “*estándar formal*”; favoreció que el entrevistado contestara de manera exhaustiva, utilizando términos propios usados dentro de su contexto social(48). Para evitar el riesgo de fuga de datos importantes, las entrevistas fueron audio grabadas previo consentimiento informado y transcritas en su totalidad por la entrevistadora para llevar a cabo el proceso de análisis del discurso.

En este sentido, debido a la complejidad que implicó trabajar con adolescentes para conocer sus experiencias, aunque se contaba con una guía de entrevista, fue necesario incluir otras preguntas que giraban en torno a la prevención secundaria específicamente en torno al parto, las cuales resultaron detonantes, probablemente debido a la experiencia que han considerado un parteaguas en su vida, a partir de estas preguntas fue que se logró conocer experiencias antes del parto relacionadas con la prevención primaria, secundaria y terciaria (Ver Anexo No. 1).

Debido a lo anteriormente mencionado, se sometió una carta al Comité Académico de la Maestría en Salud Pública (CA-MSP), solicitando el cambio del título de la tesis (Ver Anexo No. 2), ya que debido a la cantidad de información significativa y la relevancia de las experiencias de las adolescentes durante el embarazo y el parto fue necesario analizar y discutir la prevención secundaria.

Además se realizó una entrevista a un informante clave, la cual se llevó a cabo mediante una guía de entrevista que constó en una serie de preguntas abiertas (ver Anexo No.3) a la coordinadora operativa del Promajoven a nivel estatal, ya que es quien cuenta con amplio conocimiento y experiencia en la trayectoria del programa, con la finalidad de conocer más a fondo acerca de la implementación del programa en el estado, así como el trabajo interinstitucional que se lleva a cabo para atender a los lineamientos de la ENAPEA.

Por otra parte se utilizó observación no participante y participante; la observación no participante se aplicó en la primera reunión de Promajoven únicamente se llevó a cabo con la finalidad de observar la metodología de las reuniones; la observación participante se empleó en el resto de los foros, considerando que es una técnica que permite al investigador conocer las actividades que desarrollan los participantes del estudio en el medio en el que se desenvuelven, permitiendo la participación del investigador en las actividades del entorno. Así como el establecimiento de relaciones con los miembros de la comunidad(49).

4.7 Conceptos ordenadores

- **Embarazo adolescente o embarazo precoz:** Es aquel que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia, es decir entre los 10 y los 19 años(1).
- **Prevención del embarazo adolescente.** UNFPA menciona que es necesario ofrecer respuestas específicas para cada situación, además de que sean aplicadas con una mirada integral que tome en cuenta la educación sexual y reproductiva, para proveer a las adolescentes de información objetiva acerca de los métodos anticonceptivos, sugiere también que la disponibilidad de espacios escolares que sean inclusivos y servicios de salud de calidad para el control prenatal y el parto, es fundamental para evitar el rezago escolar y las complicaciones por riesgos en el embarazo, parto y puerperio(50).
- **Prevención Primaria:** en la cual se encuentran englobadas todas aquellas intervenciones dirigidas a evitar la presencia de un embarazo no deseado, dentro de estas intervenciones educativas se encuentra la información acerca de derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, así como proveer a los jóvenes de métodos anticonceptivos respetando su libre decisión(11);
- **Prevención Secundaria:** incluye todas aquellas acciones encaminadas a disminuir el riesgo reproductivo, es decir, cuando se presenta el embarazo, limitar los riesgos tanto para la diada materno-fetal hasta que termine el

embarazo, proveer de una atención integral de calidad en los servicios de salud(5);

- **Prevención Terciaria:** consiste en la aplicación de medidas que limiten las consecuencias negativas, disminuir secuelas así como prevenir un nuevo embarazo de tal manera que se asegure una mejor calidad de vida al recién nacido; así como evitar la deserción escolar(13).
- **Barreras:** Son aquellas condiciones que generan diferencia, bien sea en cuestión de género, etnia, raza, religión, salud o condición socioeconómica, entre los individuos o grupos que les dificulta el logro de objetivos o bien el difícil acceso a los servicios(51).
- **Facilidades:** Condiciones que favorecen las capacidades del individuo para acceder al cuidado de su salud, de manera conveniente y en el momento que le requiera(52).

FIGURA 2. CONCEPTOS ORDENADORES DEL ESTUDIO.



Fuente: Elaboración propia a partir de conceptos ordenadores.

4.8 Procedimientos

Los tiempos en los que se llevó a cabo el presente estudio se encuentran de manera esquemática en el Cronograma de Actividades (Ver Anexo No.4).

El protocolo fue sometido tanto a la aprobación del Comité Académico de la Maestría (CA-MSP) (Ver Anexo No. 5) como del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición (CEIFE) (Ver Anexo No. 6). Una vez revisado y aprobado, fue presentado ante las autoridades estatales de la Secretaría de Educación de Gobierno del Estado (SEGE) y PROMAJOVEN para su aprobación.

Una vez aprobado en SEGE, en una primera etapa, se realizó un acercamiento con la coordinadora del programa de becas PROMAJOVEN, quien posibilitó el acceso a una reunión en donde se concentran las beneficiarias del programa en el estado. En esta reunión, la investigadora se presentó con las usuarias, dando a conocer los objetivos de la investigación y solicitando su participación, particularizando que la invitación era para habitantes de los municipios de Soledad de Graciano Sánchez y San Luis Potosí. En estas reuniones la investigadora se dio a la tarea de recabar datos de localización de las potenciales informantes (nombre, teléfono y domicilio), con los que más tarde fueron contactadas.

En una segunda etapa, se realizó el primer contacto con las posibles participantes madres adolescentes mediante llamada vía telefónica, en esta, la investigadora se presentó con la adolescente, le habló sobre la investigación que pretendía realizarse y los objetivos de la misma. Se le preguntó si deseaba participar, en caso de ser afirmativa su respuesta, se acordaba un lugar y una fecha conveniente y cómoda para la adolescente para el momento de realizar la entrevista, en la que primeramente deberá firmarse el consentimiento informado.

Sin embargo, para localizar a la mayoría de las participantes, debido al cambio continuo de número de teléfono por parte de las adolescentes, fue necesario buscarlas directamente en su domicilio, donde la investigadora principal se presentó con la adolescente, le planteó la investigación y además le entregó el consentimiento informado para que la joven tuviese tiempo de leerlo detenidamente,

en esta misma visita se acordó que mediante una llamada telefónica que la investigadora le realizaría a la adolescente, se le haría del conocimiento de la investigadora si la adolescente deseaba o no participar.

Para el caso de las adolescentes que no quisieron participar, se les agradeció el tiempo y se aseguró la protección de sus datos; para el caso de aquellas adolescentes que aceptaron participar se concretó el lugar, fecha y hora para realizar la entrevista.

Las entrevistas que se llevaron a cabo tuvieron una duración de entre 20 y 45 minutos, en el caso de 9 de las participantes se llevó a cabo en su domicilio ya que para ellas resultaba más cómoda la entrevista, sin embargo, en el caso de 3 jóvenes solicitaron que la entrevista se llevara a cabo en un espacio público cerca de su domicilio.

En las entrevistas se abordaron temas como acceso a las acciones preventivas del embarazo adolescente en las instituciones de salud y educativas. Además se profundizó sobre aquellas situaciones en las que, en caso de ser necesaria más de una entrevista, con el fin de poder enriquecer los datos recogidos, y se señaló el lugar y la fecha posibles de las entrevistas subsecuentes.

El día de la primera entrevista, la investigadora solicitó autorización a la entrevistada para la grabación de la entrevista en formato audio digital, reiterando la confidencialidad de la información proporcionada mediante el uso de seudónimos, protegiendo así su identidad y asegurando la eliminación de la misma una vez finalizado el análisis de los datos.

4.9 Análisis de datos

La información fue grabada en dispositivos digitales de audio, posteriormente fue transcrita de manera personal con apoyo del programa Otranscribe; las transcripciones posteriormente fueron analizadas, codificadas y categorizadas desde la propuesta de Strauss y Corbin(53). Las tres etapas de codificación (abierta, axial y selectiva),se implementó el análisis cualitativo del discurso, que tiene como

objetivo “*extraer el significado relevante*” de la problemática, donde se analizó la esencia del problema de manera descriptiva, interpretativa y explicativa(54).

Las frases o enunciados relevantes para encontrar sentido y significancia a los eventos surgidos en la experiencia cotidiana de las participantes, tanto de la experiencia individual, como las experiencias vividas con los constructos sociales e institucionales.

4.10 Recursos humanos, materiales y financieros

4.10.1 Humanos

El equipo de investigación estuvo conformado por la asesora de tesis: Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores, el co- asesor: Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra y la tesista: Lic. Enf. Paola Gabriela González Nava quien es alumna de la Maestría en Salud Pública.

4.10.2 Materiales

El equipo de investigación contó con el material necesario para el desarrollo de la investigación como son: Grabadoras de audio, Computadoras Portátiles, Programa en línea Otranscribe.com y automóvil para traslado.

4.10.3 Financieros

Proyecto financiado por la investigadora principal. Los costos de la investigación se muestran de manera desglosada en el presupuesto (Ver Anexo No. 7).

V. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

5.1 Procedimientos institucionales

Tal como establece la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, para la aplicación segura y ética del presente protocolo se sometió a revisión y aprobación por el Comité Académico de la Maestría en Salud Pública y el Comité de Ética en investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición (CEIFE) de la Benemérita Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP) (Ver Anexo No. 6).

Una vez que el protocolo cumplió con las exigencias teórico-metodológicas y éticas que toda investigación implica, se presentó de manera formal al personal de la Secretaría de Educación Pública del Estado de San Luis Potosí y se solicitó la autorización para contactar a las usuarias del programa Promajoven.

5.2 Nivel de riesgo

Este protocolo de investigación fundamentó sus métodos y procedimientos en los principios éticos retomados en la Declaración de Helsinki (1964 y reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008), de la World Medical Association(55), así como en la Ley General en materia de Investigación para la salud (Art.17., Fracción I).

Con fundamento en lo que se establece dentro de la Ley General de Salud en materia de investigación, esta investigación se considera como de riesgo mínimo, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, tampoco implicó la realización de procedimientos invasivos para la recolección de información(56).

En función de lo establecido en la Declaración de Helsinki se decreta la priorización de la protección a la vida, la salud, la intimidad y la dignidad de las personas informantes. En función de lo antes señalado, se aseguró que las informantes participaran de manera voluntaria (Ver Anexo No. 8. Carta de consentimiento informado) y con la información suficiente para asumir de manera informada su participación en el estudio.

Con marco en los lineamientos de Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México CAPITULO V *“De los deberes de las enfermeras para con su profesión”*, la implementación del presente protocolo se rigió por los valores que enmarcan la buena actuación de enfermería:

Beneficencia y no maleficencia. - Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y pre-venir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.

Justicia. - La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

Autonomía. - Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

Privacidad. - El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

Con función en la Ley General de Salud, artículo 18.- Será causa de suspensión del estudio, advertir algún riesgo o daño a la salud (física y emocional) de las informantes, las entrevistas fueron suspendidas de inmediato cuando ellas manifestaron este deseo, y artículo 19. Era responsabilidad de las investigadoras anticiparse a alguna respuesta emocional adversa, por ello las investigadoras, se comprometieron a canalizar a las mujeres con secuelas psicológicas del evento a los servicios de psicología, así como a brindar seguimiento a la atención que dicho servicio pueda otorgar a las mujeres(56).

5.3 Consentimiento informado

En función de lo establecido en la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, se atendió a la exigencia planteada en los artículos 20 y 21, en los que señala obligado el levantamiento del consentimiento informado de los y las participantes. Realizar el consentimiento informado implicó explicar a las jóvenes del propósito general de la investigación y las características principales del diseño, así como de los riesgos y beneficios posibles de la participación en el proyecto(56).

El consentimiento informado implicó además dejar en claro a las informantes, que tenían libertad para decidir participar o no y que conservaron esta libertad a lo largo

del estudio, por lo que podrían renunciar a participar en cualquier momento y sin que ello implique algún condicionamiento en la atención o en el acceso a programas(57).

Dado que el presente estudio se interesó por trabajar con mujeres adolescentes, además de las disposiciones generales de ética que deben cumplirse en toda investigación en seres humanos, aquella que se realice en menores o incapaces deberá satisfacer lo que se establece en este capítulo, excepto cuando se trate de mayores de 16 años emancipados.

ARTICULO 35.- Cuando se pretenda realizar investigaciones en menores de edad, se deberá asegurar que previamente se han hecho estudios semejantes en personas de mayor de edad y en animales inmaduros, excepto cuando se trate de estudiar condiciones que son propias de la etapa neonatal o padecimientos específicos de ciertas edades.

ARTICULO 37.- Cuando la capacidad mental y estado psicológico del menor o incapaz lo permitan, deberá obtenerse, además, su aceptación para ser sujeto de investigación, después de explicarle lo que se pretende hacer. La Comisión de Ética podrá dispensar el cumplimiento de estos requisitos por razones justificadas. Con base en el Título Quinto “Investigación en Salud” del estado de San Luis Potosí, art. 84, punto IV, el consentimiento informado fue recuperado por escrito.

5.4 Confidencialidad y protección de datos personales

Se garantizó a las informantes la protección de su anonimato (Ver Anexo No. 8 Consentimiento informado para la adolescente), se les hizo saber desde un inicio que los resultados de la investigación serán publicables, sin embargo, sus nombres no fueron relevados; acudiendo al uso de seudónimos. Kvale menciona que la confidencialidad en la investigación implica que no se informará de datos privados que identifiquen a los sujetos(57), si se llegase a publicar información que resulte

reconocible para otros, los informantes deben estar de acuerdo con la publicación de esta información.

5.5 Derechos de autoría y coautoría

La propiedad intelectual y la autoría de este protocolo pertenecen tanto a la estudiante como a la directora de tesis como autores principales. Considerándose primera autora en al menos el primer producto que derive de esta investigación, a la tesista, siempre y cuando esta cumpla con el criterio de responsabilidad, el cual esta direccionado hacia el trabajo realizado en tiempo y forma definidos en base al plan de trabajo semestral establecido, acordado y firmado entre la asesora de tesis y la tesista en todas las etapas de implementación y análisis del proyecto.

La directora de tesis conservará el derecho sobre los resultados generados y podrá hacerlos públicos, en el caso de que la tesista decline el interés por dar continuidad al proyecto o elaborar el artículo de publicación de la misma. (Ver Anexo No.9 Carta de no conflicto de interés). Los gastos generados de la investigación, específicamente en el trabajo de campo, fueron solventados por la investigadora principal.

VI. RESULTADOS

6.1 Contexto del estudio

6.1.1 Beca de apoyo a la Educación de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas, “Promajoven”

6.1.2 Antecedentes.

Gran parte de la información presentada a continuación, es producto de entrevistas realizadas a la coordinadora operativa del programa. Se decidió integrar esta caracterización del contexto histórico y político en que se realizó el estudio, como una atención a los lectores que siendo o no mexicanos, están poco involucrados con el programa PROMAJOVEN, espacio que figuró como el contexto en el que las informantes de este estudio coinciden.

PROMAJOVEN es un programa que se diseñó en función de la exigencia de UNESCO a México en materia de la implementación de proyectos sociales dirigidos a abatir el rezago educativo, particularmente en grupos reconocidos como vulnerables. Esta exigencia deriva fundamentalmente del hecho de que para el año 2000, México tenía un registro de 227,000 mujeres de entre 12 y 20 años que no habían concluido la educación básica por motivo de un embarazo.

En el marco de la exigencia anterior, para el año 2004 comenzó a funcionar Promajoven en el ámbito nacional, con sus propias reglas de operación y con el apoyo a 7 niñas con un pago anual en diciembre de 6,500 pesos. Fue hasta 2008, que gobierno federal, -a través del presupuesto de la Federación-, autoriza recursos a cada uno de los organismos del sector educativo, para otorgar becas y estímulos a la población objetivo.

Es hasta el año 2009, que PROMAJOVEN arranca en San Luis Potosí, beneficiando 11 becarias y alcanzando rápidamente un crecimiento hasta llegar a un total de 160

adolescentes becadas. En el sexenio del presidente Enrique Peña Nieto (2012), Promajoven quedó inserto dentro del Programa Nacional de Becas, en función de que el gobierno federal dispuso que los programas de becas fuesen sujetos a las reglas de operación de este Programa Nacional.

Para 2013, gobierno federal aumentó el presupuesto asignado al programa, e incrementa la cantidad del monto de la beca, de \$ 650 pesos a \$850.00 pesos mensuales por 10 meses. Para 2014, con el fin de atender los requerimientos de la población que busca acceder, permanecer y concluir con sus estudios, el sector educativo, generó el Programa Nacional de Becas, el cual se convirtió en el primer paso para definir una nueva política pública sobre las becas en el sector educativo.

PROMAJOVEN a nivel nacional, reportó hasta el cierre de 2016, una inscripción a nivel nacional de 13,363 jóvenes en el Padrón Nacional de Beneficiarias de la Beca de apoyo a la Educación de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas, hasta ese entonces, San Luis Potosí, tenía un total de 414 beneficiarias, 44 en modalidad escolarizada y 370 en sistema no escolarizado; de las cuales 366 se encuentran en el nivel secundaria, 41 en nivel primaria y 7 en alfabetización(58).

A pesar de que Promajoven a nivel estatal nunca ha sido evaluado de manera particular, se entregan reportes a nivel nacional, en donde se realizan evaluaciones de manera externa de los avances que tuvo cada estado. Para 2016, San Luis Potosí, superó la meta por 7.5% de atención programada, utilizando el 94.6% del presupuesto asignado al estado para el pago de becas, el 32.6% de las becarias lograron concluir la educación básica y el 88.4 % del padrón está integrado por estudiantes de nivel secundaria.

6.1.3 Generalidades de Operación

En lo que respecta a la beca, se trata de un apoyo económico, que actualmente consiste en el otorgamiento de \$850.00 pesos de manera mensual durante 10 meses en un año, lo cual debe concordar con el tiempo restante para la culminación de los niveles escolares básicos o bien con la fecha de inscripción al programa; el

pago total puede ser realizado en una o dos exhibiciones, dependiendo de la modalidad en la que se encuentren inscritas las beneficiarias(59).

El programa de becas está dirigido a adolescentes con estado civil indistinto, quienes para su ingreso al programa deben cumplir ciertos requisitos indispensables como ser ciudadana mexicana, ser madre o estar embarazada, que se encuentren en un rango de edad de entre 12 y 18 años 11 meses, no recibir otra beca o apoyo económico que tenga la misma finalidad, con excepción del programa PROSPERA, y estar inscritas en algún sistema de educación básica, en cualquiera de sus modalidades(28).

Además, para el caso de reinscripción al programa las adolescentes deben: no haber concluido la educación básica, comprobar su inscripción en un sistema educativo en cualquier modalidad, para el caso de quienes se encuentran inscritas en el sistema escolarizado, deben acreditar el grado escolar anterior acreditado; para quien se encuentra inscrita en un sistema no escolarizado deben comprobar la acreditación de al menos cinco módulos en el año anterior correspondiente a la fecha de su ingreso al programa; por último para quien se encuentra en modalidad mixta debe acreditar el nivel o grado que estén cursando de acuerdo con el ciclo escolar en el que esté inscrita, en caso de no cumplir los requisitos anteriores tanto como para nuevo ingreso como para reingreso, no le será entregada la beca(28).

6.1.4. Foros Promajoven

Como estrategia la coordinación operativa del programa Promajoven en San Luis Potosí ha implementado la convocatoria de las adolescentes dos veces por año, en los meses de julio y noviembre, en la que se les solicita acudir sin acompañantes, en una hora y fecha día establecido para la entrega del cheque mediante el cual recibirán el pago de la beca.

Las reuniones se llevan a cabo en un salón de eventos en un hotel ubicado en el centro de la ciudad de San Luis Potosí; las beneficiarias son convocadas a las 9:30

de la mañana, y cabe señalar que los días que son citadas suelen ser viernes, con la finalidad de generar una mayor asistencia.

Aunque hay adolescentes en todo el estado que reciben la beca, únicamente se convoca a asistir a las reuniones a las beneficiarias de los municipios más cercanos a la capital, tal es el caso de los municipios de San Luis Potosí capital, Soledad de Graciano Sánchez, Salinas de Hidalgo y Villa de Reyes, en cada una de las reuniones asisten entre 85 y 100 adolescentes.

En cada foro se ofrece a las jóvenes un programa conformado por sesiones informativas con duración de 45 a 60 minutos, a cargo de distintas dependencias tanto gubernamentales como asociaciones civiles, en cada sesión se les ofertan diversos temas que son considerados pertinentes para la población becaria, por ejemplo, ciberbullying, autoestima, adicciones, etc.

Adicionalmente, en un espacio intermedio de una hora aproximadamente que se encuentra destinado al almuerzo, se ofrece a las beneficiarias, un desayuno. A su llegada al foro, las adolescentes deben registrarse en una lista que se encuentran en una mesa ubicada antes de entrar al salón, posteriormente deben entrar al salón y sentarse en una de las sillas y mesas que están dispuestas para ellas para que puedan escuchar y participar en las sesiones informativas que se imparten.

Toda vez que este proyecto de investigación parte de un enfoque etnográfico, la investigadora asistió y permaneció en los foros ofertados a las adolescentes con marco en el Programa PROMAJOVEN, el interés de documentar la dinámica de estos encuentros con las jóvenes obedeció a que se trata de un espacio en el que se tiene una importante oportunidad de incidir mediante acciones de prevención terciaria en la oportunidad de prevenir un segundo embarazo, así como en brindar información relacionada con salud y reproductiva.

6.1.5 Reunión Promajoven

Las adolescentes han sido convocadas a participar en una reunión, que se lleva a cabo el día 29 de noviembre de 2016, en un salón de eventos en el primer piso de un hotel ubicado en la zona centro de la capital potosina, la cita era a las nueve de

la mañana, sin embargo, muchas adolescentes van llegando conforme el tiempo va pasando, para llegar hasta el lugar de la cita hay que subir las escaleras, pues para el primer piso no hay servicio de elevador.

Al llegar a las escaleras se comienza a observar mujeres entre treinta y cincuenta años, algunas cargando bebés envueltos en cobijas y otras cuidando niños que corren de un lado a otro sobre las escaleras; a lo lejos se escuchan voces que con un tono imperativo dicen: “¡apláquense!”, “¡ya no corran!”, mientras que dos niños disminuyen la velocidad a la que corren, del otro lado de la antesala, se escuchan lloriqueos de un bebé que quiere ir con su madre; pero también es curioso ver que de pronto aparecen adolescentes varones (en su mayoría) conforme se avanza hacia la entrada del salón de eventos, hay algunos que están parado, pero otros ya han decidido tomar asiento en el suelo, pareciera que ya supieran que la espera va a ser larga.

Los adolescentes varones resultan ser las parejas de las jóvenes que son beneficiarias de Promajoven; algunos cuidan de sus hijos, pero para la gran mayoría de ellos es evidente que hay algún asunto más importante que logra llamar su total atención en su teléfono celular, mientras que los niños juegan con algún otro niño “desconocido” entrecomillado porque parece que ya han convivido en alguna otra ocasión y estas dinámicas son familiares a los pequeños que juegan entre sí; esto debido a que la entrada al salón de eventos es restringida, se encuentra una mesa en donde están Lucía y Rosa.

Estas dos mujeres que apoyan de manera informal a la organizadora del evento, quienes a la entrada son las encargadas de pedirle a cada joven que se apunte en el registro para participantes del taller para mamás jóvenes, el que plasman datos como número, nombre, edad, número de hijos para aquellas que son madres y meses de gestación para aquellas que se encuentran embarazadas, domicilio y teléfono se han llenado hasta el momento nueve hojas en las que quedan registradas entre diez y catorce adolescentes por cada hoja.

Además del registro, Lucía una de las chicas de apoyo, se encarga de entregar a cada una de las participantes una libreta profesional que lleva el nombre del programa y la insignia que lo identifica además de un lápiz, esto con la intención de que tomen notas que ellas consideren importantes en las ponencias que van a presenciar a lo largo del día.

De pronto se escucha como Irene la coordinadora operativa del programa detiene a María para preguntar “¿Por qué trajiste el niño?, a lo que ella responde “Es que no tenía con quien dejarlo...” con una mueca de inconformidad la organizadora accede a que María siga su curso y se adentre al salón con su hijo pero no solo María ha llevado a su pequeño, sino que la situación se ha vuelto común entre un buen número de participantes.

En ese sentido, las adolescentes han tenido que acudir a la reunión así acompañadas de su crío; continuando con la travesía, posteriormente se encuentra una mesa muy



amplia en la que se encuentra puesta una cafetera, pequeñas tazas, platos, galletas y refrescos, que están disponibles para que las adolescentes tomen en el momento que gusten.

Al interior del salón se encuentran dispuestas cuatro filas de mesas con sillas con cupo para alrededor de 100 personas, se escucha murmullo por todas partes, es hasta que la coordinadora pide silencio, que las jóvenes comienzan a tomar postura de estudiantes para escuchar en esta ocasión una plática acerca de las drogas impartida por el Instituto Temazcalli A.C., sin embargo, la atención no es captada

por algunas de las adolescentes ya que sus hijos comienzan a llorar y están inquietos, hay madres adolescentes desde los 12 años con bebés recién- nacidos hasta niños de entre 4 y 5 años corriendo por detrás de las mesas.

Mientras algunas jóvenes se levantan de sus asientos para arrullar y tratar de tranquilizar a sus pequeños, la plática da inicio; es un grupo de jóvenes quienes han venido a impartir el tema de drogadicción; con el apoyo de algunos folletos como material



didáctico y una presentación con diapositivas que contiene imágenes que ilustran jóvenes drogándose y los efectos de las drogas.



Al transcurrir la plática, parece que la atención de las adolescentes se ha dispersado totalmente, finalmente termina la sesión, la coordinadora pide a las jóvenes un aplauso para los ponentes; es en ese momento que aprovecha ella para reprenderlas de manera general

por la falta de atención al tema, los retardos de algunas de ellas y comienza a parlotear acerca de situaciones que ella asume, les suceden a las adolescentes, imitándolas, generando así las risas de las asistentes a la reunión, al momento que ella pregunta si hay alguna duda, ninguna responde, nadie se ha atrevido a levantar la mano y preguntar su duda, y lo más curioso resulta ser que si hay dudas pues entre ellas comienzan a preguntarse algunas cuestiones del tema tratado.

Alrededor de las once de la mañana, Irene, anuncia a hora del desayuno, en la que si bien muchas aprovechan para desayunar, otras tantas aprovechan para llevar a sus bebés afuera, algunas lo entregan a su mamá o su pareja quien sea que las ha acompañado el día de hoy, y este momento lo aprovechan muchas de las jóvenes para socializar con algunas otras adolescentes que como ellas también son madres.



Dado que todas las adolescentes ahí presentes comparten el ser madres, tienen experiencias que compartir, muchas de ellas pareciera que son conocidas pues se hablan con mucha confianza, incluso se cuidan los bebés entre ellas al momento en que una necesita salir del salón, por otra parte hay jóvenes solitarias que no platican con nadie, otras aunque sean desconocidas saben que comparten una característica en común: son madres adolescentes que aún no terminan su nivel básico de educación.

Entre los temas que se alcanzan a escuchar entre las pláticas fugaces de las jóvenes se encuentran la edad a la que tuvieron hijos, quien les cuida el hijo o hija, cuanto tiene su bebé e incluso llegar a hablar con cierto asombro de las madres adolescentes que al menos físicamente se ven muy chicas.

Una hora más tarde llega el momento del pago de la beca, el cual se les otorga a las muchachas por medio de un cheque de Banorte el cual está dirigido a ellas, sin embargo para los casos que aún no cumplen la mayoría de edad, tendrán que ir al banco acompañados de un adulto, endosar el cheque a nombre de esa persona y que esa persona lo cobre para que les pueda ser canjeado el cheque de otra manera no hay posibilidad de que les entreguen el dinero en el banco, esto nos habla de un fenómeno institucional incongruente con las políticas sociales.

Para que Lucía quien funge como apoyo administrativo informal al programa, les pueda entregar el cheque a las beneficiarias, éstas deben contar con una identificación con fotografía, sin embargo como son adolescentes menores de edad, la identificación más utilizada es la credencial del sistema educativo al que pertenecen, para el proceso de entrega de cheque las adolescentes que Irene vaya nombrando en base a la lista de asistencia deben formarse frente a una mesa que ha sido designada para la entrega de su cheque.



Una vez que han llegado al frente de la mesa, deben mencionar su nombre completo comenzado por apellidos, para así ser ubicadas en una lista y sea localizado su cheque, deben firmar de recibido su cheque, posteriormente a que les es entregado su cheque, ellas pueden retirarse.

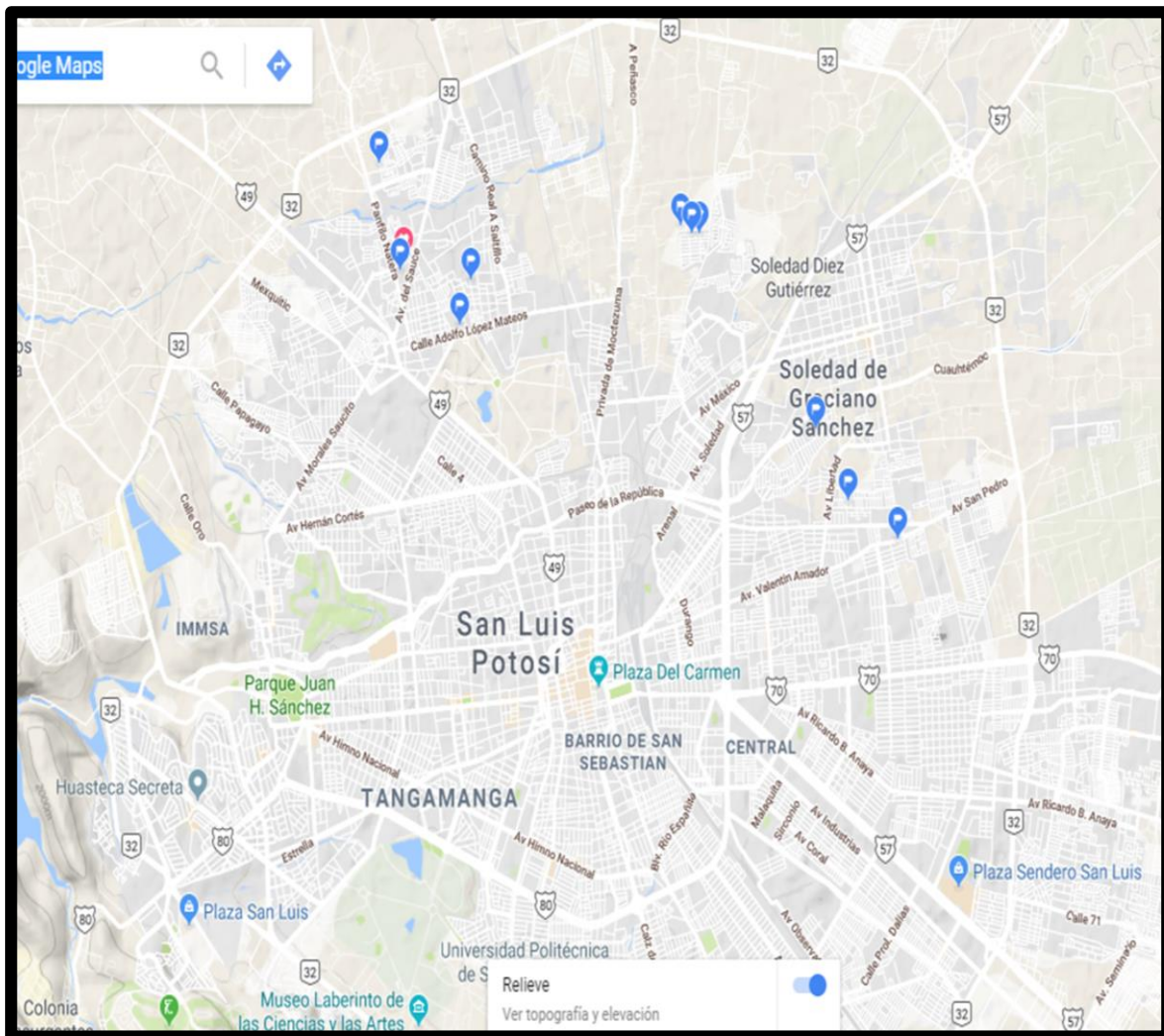
Mientras que unas chicas están formadas, otras aprovechan el tiempo para platicar entre ellas y hacer amistades, e incluso en este proceso está involucrada Irene, quien en esos momentos se dedica a resolver dudas de manera personal a cada una de las chicas que se acercan a preguntarle cuestiones relacionadas con sus becas, además de que estos espacios permiten a la coordinadora conocer un poco más acerca de la vida de cada una de las adolescentes, conocer sus necesidades y así poder ofrecerles temas de interés para las jóvenes en las próximas reuniones.



6.1.6 Ubicación domiciliar de las participantes

Posterior a la presentación, con los datos recabados en la reunión y con la ayuda de la herramienta Google Maps, se ubicaron los domicilios de las informantes, una vez teniendo la localización de los domicilios, en la Ilustración 3 se muestra la distribución geográfica en la conurbación San Luis Potosí – Soledad de Graciano Sánchez, de las adolescentes entrevistadas.

FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LAS PARTICIPANTES.



Fuente: Google Maps, a partir de los domicilios proporcionados por las adolescentes.

En seguida se procedió con la localización de las posibles informantes, en un primer momento, se realizó una llamada telefónica a los números proporcionados por las becarias, sin embargo, se obtuvo una respuesta muy baja, ya que la mayoría de los

números telefónicos, se encontraban no disponibles, por lo que se optó por acudir directamente a los domicilios para en una primer visita, realizar la presentación detallada de la investigación y la investigadora. En este momento también se les proporcionó el consentimiento informado a las informantes para que pudiesen leerlo detenidamente y decidir si participarían o no en el estudio.

En relación a lo anterior, en la mencionada primer visita, adicionalmente se logró rescatar datos actualizados de las adolescentes, como números telefónicos, o domicilios en los que se pudiesen localizar posteriormente, en esta visita también se acordó una fecha y una hora en la cual mediante una llamada telefónica fueron contactadas nuevamente y conocer si estaban interesadas en participar.

Una vez que la joven manifestó su interés en participar, se acordó una fecha y hora para la cita en que se realizó la entrevista, el día de la entrevista inicialmente la investigadora preguntó a la adolescente si tenía alguna duda acerca del consentimiento informado, en el caso de que hubiese alguna duda, fue aclarada por la investigadora y una vez aclarada la situación, se procedió a la firma del consentimiento por parte de la adolescente, posteriormente se solicitó autorización a la entrevistada para la grabación de la entrevista en formato audio digital, se reiteró la confidencialidad de la información proporcionada mediante el uso de seudónimos, protegiendo así su identidad y asegurando la eliminación de la misma una vez finalizado el análisis de los datos.

Las entrevistas que se llevaron a cabo tuvieron una duración de entre 20 y 45 minutos, en el caso de 9 participantes se llevó a cabo en su casa ya que para ellas resultó más cómoda la entrevista, sin embargo, en el caso de 3 jóvenes solicitaron que la entrevista se llevara a cabo en un espacio público cerca de su domicilio; en las entrevistas se abordaron temas como acceso a los servicios de salud, las barreras presentes percibidas para acceder a estos servicios. Además se profundizó sobre aquellas situaciones en las que, en caso de ser necesaria más de una entrevista, con el fin de poder enriquecer los datos recogidos, señaló el lugar y la fecha posible de las entrevistas subsecuentes.

Cabe señalar que para fines de este estudio únicamente se evaluarían las acciones de prevención primaria y terciaria, sin embargo, a lo largo de la realización de las entrevistas, se observó que para las adolescentes aún resultan ser temas complicados de expresar, se identificó que el tema detonante para que ellas pudieran expresarse, resultó ser la prevención secundaria, en este caso la atención del embarazo y el parto, ya que para ellas constituye una experiencia de gran relevancia y todo el contexto en el que se desarrolla la prevención secundaria respalda en muchas de las adolescentes su conducta futura respecto al acercamiento a los Servicios de Salud.

Por otro lado, se realizó, una segunda visita a la coordinadora de Promajoven para solicitar autorización para participar en la reunión próxima de beneficiarias, la cual se llevó a cabo en Julio de 2017 y se acudió a presentar de manera general a las adolescentes el proyecto de investigación, informó y sensibilizó a las beneficiarias acerca de su posible participación en el estudio, además se realizó observación participante.

Cabe señalar que además, siendo que la coordinadora del programa fue identificada como informante clave, por lo que se llevó a cabo una entrevista por medio de la cual se profundizó en la caracterización de las participantes del estudio, de igual manera proporcionó un marco de antecedentes y criterios de operación del Promajoven, así como la trayectoria que ha tenido el programa.

6.2 Las participantes

6.2.1 Caracterización sociodemográfica

Del total de participantes entrevistadas, 50% viven en el municipio de Soledad de Graciano Sánchez y 50% en el municipio de San Luis Potosí, tienen una media de edad de 17 años, 83.3% se encuentra con estado civil en unión libre, y solo el 16.6% están separadas de sus exparejas. En cuanto a la escolaridad, 50% cursa actualmente el nivel secundaria, 41.6% ha concluido el nivel básico de educación y sólo el 8.3%% está cursando un nivel técnico-medio superior.

El total de las mujeres entrevistadas no habita en vivienda propia, cohabitando con integrantes pertenecientes a la familia extendida, 58.3% vive en casa que es propiedad de la familia de pertenencia y el 41.6% restante, reside en vivienda con la familia política (suegros).

En cuanto a la ocupación principal, 83.3% refirió dedicarse a actividades del hogar, 8.3% es empleada y el 8.3% restantes se dedica a estudios de nivel medio-superior. En lo referente a la derechohabiencia, 75% cuenta con Seguro Popular, mientras que el 25% contaba previo al embarazo con IMSS por parte de alguno de los padres, en donde fueron atendidas durante el embarazo y el parto, sin embargo, posteriormente perdieron la derechohabiencia y por el momento se encuentran sin afiliación a algún servicio de salud. En la tabla No. 2, pueden apreciarse los detalles de esta caracterización.

Tabla 2. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO. Junio 2017 - Marzo 2018

Característica	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12
Edad	18	20	15	16	17	17	19	18	17	15	15	18
Estado civil	Unión Libre	Unión Libre	Unión Libre	Unión Libre	Unión Libre	Separada	Separada	Unión Libre	Unión Libre	Unión Libre	Unión Libre	Unión Libre
Escolaridad	PC	SIC	PC	CTI	SIC	SIC	SIC	SIC	SIC	SIC	SIC	SIC
Co-habitación	Pareja Dos Hijas Familia política	Pareja Hijo Familia filial	Pareja Hija Familia filial	Pareja Hija Familia filial	Pareja Dos Hijas Familia política	Hijo Familia filial	Hija Hijo Familia filial	Pareja Hijo Familia filial	Pareja Hija Familia política	Pareja Hijo Familia política	Pareja Hijo Familia filial	Pareja Hija Familia filial
Ocupación	Hogar	Hogar	Hogar	Estudiante	Hogar	Hogar	Empleada	Hogar	Hogar	Hogar	Hogar	Hogar
Derecho-habienencia	Seguro Popular	S/D	S/D	Seguro Popular	Seguro Popular	Seguro Popular	Seguro Popular	Seguro Popular	Seguro Popular	S/D	Seguro Popular	Seguro Popular

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas. Abreviaturas utilizadas: E: Número de entrevistada. PC: Primaria completa, SIC: Secundaria incompleta, CTI: Carrera Técnica Incompleta, S/D: Sin Derechohabienencia.

6.2.2 Caracterización de los antecedentes ginecoobstétricos

En lo que respecta a los antecedentes ginecoobstétricos, se encontró que al momento de la entrevista, 66.6 % tenía 1 hijo, 25% 2, y 8.3% se encontraba cursando con el segundo embarazo.

En cuanto a la vía de resolución del embarazo, 91.6% habían sido resueltos mediante parto vaginal y sólo el 8.3% había sido sometida a cesárea. En lo que se refiere a la prevalencia de Mortalidad Materna Extrema (MME), 16.6% de las participantes entrevistadas sufrieron de algún evento obstétrico mediante el cual se puso en riesgo la vida de ellas o sus bebés, específicamente preeclampsia. 8.3% de las participantes refirió haber tenido un bebé prematuro.

Por otra parte, respecto al uso de Métodos de Planificación Familiar, 91.6% de las entrevistadas contaba al momento de la entrevista con acceso a algún tipo específico de método de anticoncepción, 75% utilizaba el implante subdérmico, 8.3% el DIU de Cobre y el 8.3% restante el DIU Myrena, el resto que no utiliza MPF es debido a que se encuentra cursando un embarazo. En la Tabla No. 3 se muestran los datos Ginecoobstétricos detallados.

Tabla 3. ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO. Junio 2017 - Marzo 2018

Dato	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12
Número de hijos	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
Resolución del embarazo	P	P	P	C	P	P	P	P	P	P	P	P
Antecedente de MME	-	PRC	-	PRC/ SD. HELLP	-	-	-	-	-	-	-	Parto Prematuro
Método de Planificación Familiar	ISD	-	DIU cobre	ISD	ISD	ISD	DIU Hormo nal	ISD	ISD	ISD	ISD	ISD

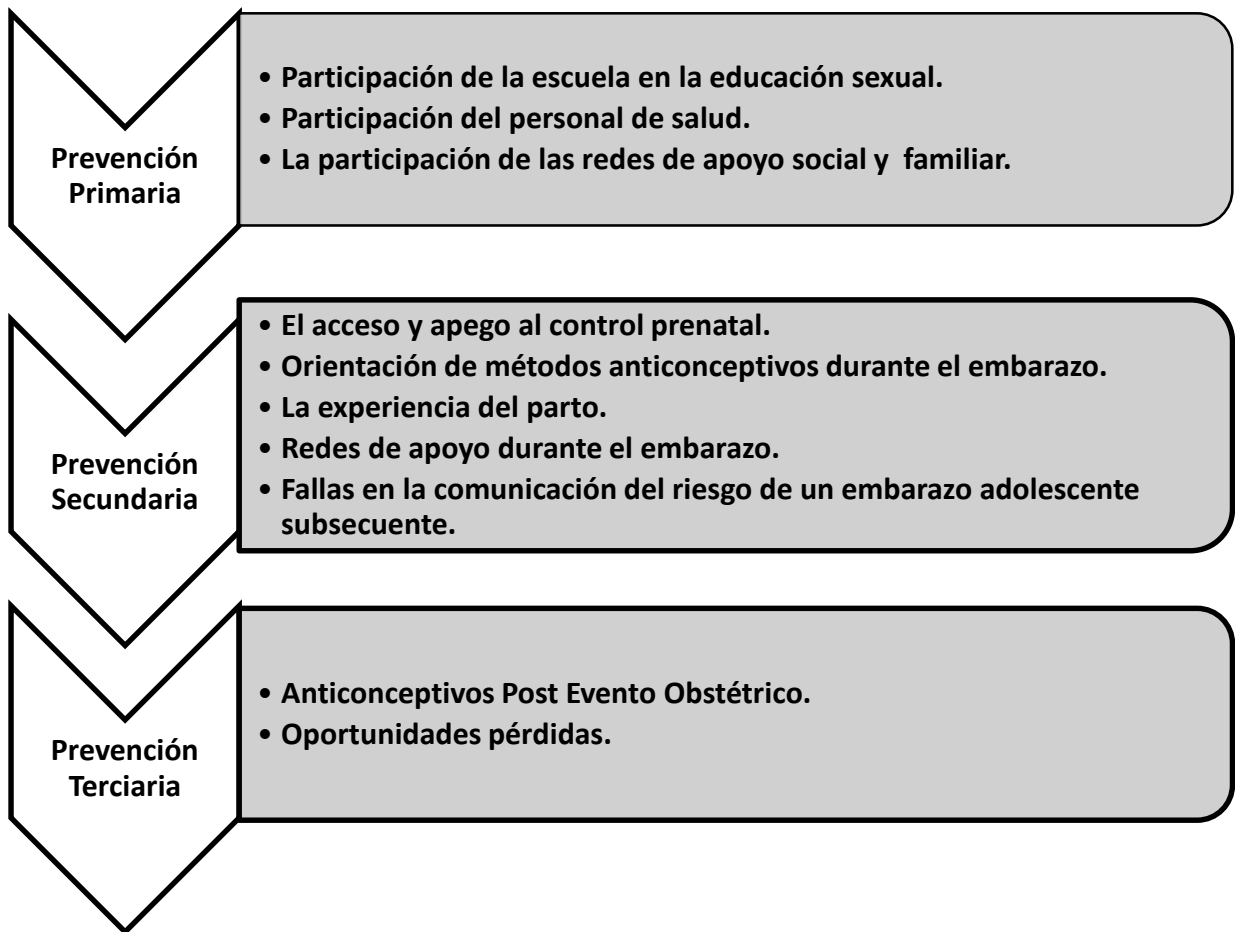
Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas. Abreviaturas Utilizadas: E= Número de entrevistada, MME= Mortalidad Materna Extrema, P=Parto, C=Cesárea, PRC=Preclamsia, SD. HELLP= Síndrome de HELLP, ISD=Implante subdérmico, DIU= Dispositivo Intrauterino.

6.3 Categorización de la Información

El objetivo de esta investigación fue evaluar desde las perspectivas de un grupo de madres adolescentes inscritas al PROMAJOVEN, las barreras y facilidades percibidas para el acceso a acciones preventivas del embarazo en los Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí.

A continuación se presentan de manera esquemática las categorías estructuradas con los resultados encontrados, posteriormente se agrega la descripción de cada una de las mismas.

FIGURA 4. CATEGORÍAS ESTRUCTURADAS POR DIMENSIÓN



Fuente: Elaboración Propia a partir de la selección de categorías por nivel de prevención.

6.3.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

El primer objetivo específico fue el de conocer sobre las acciones preventivas PRIMARIAS del embarazo adolescente, de las que estas jóvenes se perciben beneficiadas. En este sentido, se identificó que estas experiencias posibilitan dar cuenta de la relevancia de discutir sobre la participación que la escuela y los servicios públicos de salud tienen en materia de educación sexual, así como también, sobre el importante papel que las redes sociales y familiares juegan en este tema.

a) La participación de la escuela en la educación sexual

Se identificó como facilitador, el hecho de que las adolescentes refiriesen la escuela como un espacio en el que tienen acceso a información en torno a la sexualidad; sin embargo, esta categoría se comporta de manera ambivalente, ya que aun cuando puede ser contemplado como ya se ha referido, como un facilitador, la manera en que esta institución aborda los temas relacionados con la sexualidad, también se constituye en una barrera, toda vez que la información a que acceden las jóvenes en este espacio, resultó en su mayoría poco significativa para las informantes, quienes refieren que la información brindada se otorga como uno más de los contenidos revisados en las asignaturas.

“... En la escuela mis maestros, en la secundaria y en la primaria me hablaron mucho, se habló mucho de los métodos, del sexo, del coito, de todo..., bueno me dijeron que una relación sin protección, de eso podría resultar o una infección sexual o un embarazo no deseado, también me dijeron que había muchos métodos, como la pastilla, este, que eran de emergencia, había otros métodos como hormonales, y así...” (E7 septiembre, 2017)

Para otras de las informantes la limitación asociada a la información sobre sexualidad dentro de la escuela fue aún mayor, asociada a las propias deficiencias del sector educativo.

“...Es que nunca nos hablaron de eso...es que no recuerdo... en quinto y sexto casi no tenía profes, casi nomás daban toda la semana de vacaciones y a la otra semana llegaba y no nos ponía a hacer nada, pero no nunca hablamos de eso...” (E9, febrero 2018)

“...No me hablaron de eso [sexualidad] antes en la secundaria o en la primaria...” (E10 febrero, 2018)

El papel de la escuela en la difusión de información sobre sexualidad, se ve afectado por el marco de las estrategias implementadas para abordar dichos contenidos, así como en la ausencia de sensibilización cultural en las jóvenes para sentirse cómodas hablando de temas que históricamente han sido manejados como tabú.

“...Cuando me iban a hablar de eso [sexualidad], faltaba mucho, ¡ay no que pena con mis compañeros!... luego van a estar haciéndome bullying... yo faltaba esos días que daba esas clases la maestra...yo me hacía mensa y yo me salía...” (E10, febrero, 2018)

Incluso narran como en función de las carencias que enfrenta el sector educativo, el profesorado se ve obligado a utilizar recursos para la enseñanza sobre temas de sexualidad que desde el punto de vista de las jóvenes pueden ser no pertinentes o no disipar las dudas que sobre el proceso se generan

“...Con un pepino y una sandía, así, bueno así nos lo explicó [el maestro]...” (E2 junio, 2017)

Desde las perspectivas de las jóvenes entrevistadas, la información que el profesorado comparte es superficial, centrada generalmente en una visión biologicista de la sexualidad, en la que se hace énfasis sobre la responsabilidad de los jóvenes (varones) de usar condón y en las mujeres de prevenir el embarazo. Esta información llegar a parecer insuficiente según la narrativa de algunas de las jóvenes,

“...Nada más me platicaron de lo de infecciones de transmisión sexual y también de cómo poner un preservativo...” (E4 septiembre, 2017)

“... de cómo poner un condón, de cómo poner lo de... así nos dijo, “del pene a la vagina” y así nomás...” (E2 junio, 2017)

Y aunque las mismas jóvenes no expresan con claridad lo que esperarían de información en torno al tema, con narraciones como las anteriores se hace evidente que consideran que limitar a esta información la participación del profesorado, resulta insuficiente.

Por otra parte, en la totalidad de los discursos de las jóvenes, fue evidente la ausencia de una perspectiva social y cultural en los profesores respecto al embarazo adolescente. No se habló en momento alguno sobre el proyecto de vida, sobre las creencias culturales en torno al uso de MAC en menores, de las limitaciones institucionales o moralistas para acceder a los métodos en sus

contextos, o en las habilidades personales e interpersonales para negociar el uso de MAC entre adolescentes.

Por todo lo anterior, las escuelas parecen no constituirse en espacios reflexivos sobre las implicaciones que en un embarazo adolescente tiene para ellas y la sociedad. El abordaje que se hace de la sexualidad dentro de las aulas, centraliza en torno a las relaciones sexuales y en algunos de los casos a las Infecciones de transmisión sexual, sin embargo, ninguna de ellas refirió que se abordará el tema de los riesgos que implica el embarazo adolescente.

“... [Nos decían] Como cuidarnos, nada más, así, como cuidarnos para no estar embarazadas, o los hombres para no tener, este, transmitir infecciones... que con condón, para no transmitir infecciones... o había otros, que pastillas, ya no me acuerdo...” E2, junio, 2017)

Las informantes tienen la percepción de que, aparte, la información que se les dio fue “premeditadamente” incompleta, ya que con “por su edad” puede ser poco pertinente acceder a toda la información que existe sobre sexualidad o conocer toda la gama existente de MAC.

“...Pus si nos decían en la primaria, pero nada más de condón y nada más...pues que, ¿si veda?, que entre un hombre y una mujer, si había relaciones se necesitaba usar protección,...para eso nos dijeron nada más del condón, nunca nos dijeron, bueno también por nuestra edad, no nos dijeron de otro método ni de pastillas, ni de DIU, ni implante, ni nada, nada, nada, nada más del condón...” (E5, septiembre 2017)

Finalmente, las jóvenes refirieron tedio relacionado con la redundancia de los temas abordados a lo largo de su educación primaria y su continuidad con la secundaria. La ausencia de información nueva y relevante para su particular etapa de vida, hace que pierdan interés en la temática y terminen contemplándolo como un conocimiento evaluable para el sistema educativo y no como un conocimiento aplicable para la vida.

“Fue como en quinto o en cuarto, empezaron a hablar de los métodos anticonceptivos, del desarrollo del embarazo, de la menstruación y ya todo se fue repitiendo hasta la secundaria....,.... pues este de que se tratan varios métodos por ejemplo el implante, que es hormonal, el DIU, este el condón, sobre los ciclos menstruales, los días fértiles y no fértiles, este creo que ya...” (E6, septiembre, 2017)

b) La participación del personal de salud

En cuanto a la prevención primaria, el reconocimiento que las jóvenes hacen del desempeño del sector salud como fuente de información sobre sexualidad y

anticoncepción fue totalmente inexistente. La mayoría refirió que accedió a información sobre MAC por parte de personal de salud, hasta posterior al nacimiento de sus hijos.

“... Solamente eso de sexualidad y de cómo poner un preservativo ya cuando me había aliviado de la niña, eso tiene yo creo como un año más o menos que me dieron una plática de eso...” (E4, septiembre, 2017)

Fueron pocas las adolescentes que refirieron haber recibido orientación por parte de personal de salud (enfermeras) dentro de los espacios escolares, no obstante, esta información se centró exclusivamente en relación a los métodos anticonceptivos y desde su perspectiva, fue insuficiente. Quizá lo anterior tenga que ver incluso, con la implementación de estrategias que buscan informar masivamente a los jóvenes, y que no permiten un acercamiento y una consejería personalizada

“En la secundaria sí, nos hicieron llegar un folletito igual de los métodos que había como servían, este y para qué, y nada más... fue una plática de sexualidad, fue en la secundaria y nos platicaron de sexualidad y nos hicieron llegar ese folletito... eran dos muchachas, este... creo eran enfermeras...” (E7, septiembre, 2017)

La mayoría de las entrevistadas, narró no haber recibido orientación por parte del personal sanitario, lo que asociaron con el hecho de que ellas no se acercaban a los servicios de salud antes del embarazo, dado que pensaban que por su edad, el personal consideraría inadecuado que ellas buscaran este tipo de información.

“... No, a lo mejor también por mi edad que tenía 13 años, o sea, decían está muy chiquita veda...” (E5, septiembre, 2017)

“No [no se acerca a los servicios de salud], porque me daba pena... porque pensaba que me iban a decir que era menor de edad...” (E3 julio, 2017)

Finalmente la barrera principal percibida por las participantes en relación a los servicios de salud, tiene que ver con el temor que estos les representan; ya que ellas perciben que serán sujetas a juicios de valor en el momento en el que se acerquen a los servicios para solicitar información o algún método anticonceptivo.

“...A lo mejor porque me daba miedo, que me van a decir, ahhh es que estas muy chica, como a hacer eso, pero a lo mejor es el miedo, de que te vayan a decir, no, no te vamos a dar o no se verdad algo así...nunca me atreví a preguntar, más que nada...” (E5 septiembre, 2017)

Narrativas que muchas de las ocasiones son reforzadas por experiencias previas de adolescentes que sí han tomado la decisión de acercarse a los Servicios de

Salud, y que sin embargo, al hacerlo se han percibido maltratadas por el personal médico.

“...Porque es que a veces que va uno, como que los doctores te lo dicen como regañándote y en vez de ayudarte, o sea darte consejos, como que te lo dicen regañándote, o diciendo no lo hagas o así...” (E4 septiembre 2017)

c) La participación de las redes de apoyo social y familiar

La facilidad detectada en este ámbito, tiene que ver con el acceso que refieren las jóvenes a redes sociales y familiares para obtener información y orientación en materia de sexualidad, situación que evidencia como comienzan a debilitarse barreras que históricamente se han construido en relación a hablar de temas de sexualidad con las redes de apoyo social.

A este respecto y sin embargo, se identificó una ambivalencia, dado que las personas a las acuden para disipar sus dudas, generalmente son personas de una edad similar a la de ellas y con experiencias parecidas a las que ellas han vivido, lo que puede derivar en que la información que reciben sea limitada o hasta errónea. En este sentido, cabe señalar que la mayoría de las informantes considera que la información que les brindan sus pares es verdadera y suficiente.

“No [no se acerca a nadie para pedir consejería acerca de métodos anticonceptivos], porque me daba pena, ... porque si le preguntaba a la familia de mi mamá, me iban a regañar, y con mi papá no, pus le pus le tengo más confianza a mi prima...” (E3 Julio, 2017)

“Yo le platicué a mi hermana, la más chica, que es con la que más tengo confianza, entonces a ella yo le platicué lo que había pasado, o sea como había sido y todo... me dijo que sí, que estábamos muy chicas, que por que me animaba, que me cuidara, que como me había dicho mi mamá no era fácil...” (E7 septiembre, 2017)

Otra de las facilidades que se detectó, fue el acceso a la información en el núcleo familiar. La madre es quien ejerce el rol de orientadora en temas relacionados con la sexualidad, principalmente en aquello que tiene relación con el periodo menstrual y el uso del condón.

“Pues de hecho me platicó mi mamá, de los preservativos, de cómo ponérselos y todo eso...” (E4, septiembre, 2017)

“...pues ya cuando yo tuve mi periodo, mi mamá me dijo ya cuando tu tengas relaciones, cuídate y así, también me dijo del condón...” (E5, septiembre, 2017)

“Sí, mi mamá, este fue la que habló mucho conmigo, que me cuidara, que no era lo mismo después de un hijo, que tuviera mucha precaución, que usara los métodos

*anticonceptivos, me explicó cuáles eran, pero que el más eficaz era el condón, ...”
(E7, septiembre, 2017)*

La limitación identificada en relación al desempeño del rol materno en la orientación y educación sexual, tiene que ver sin embargo, con el imaginario de que el condón es por sí solo, el método deseable en las adolescentes. También con el hecho de que estas madres construyen un discurso que trata de convencer a las hijas de no iniciar vida sexual o de protegerse si es que la inician, para evitar un embarazo no deseado, sin embargo, ninguna de las jóvenes narró haber sido acompañada por algún actor de su red social de apoyo a buscar información profesional o para acceder a MAC gratuitos.

En contraposición, se documentaron narrativas en las que la principal barrera identificada para prevenir el embarazo, tuvo que ver con la ausencia de orientación y consejería de sus redes de apoyo.

Al cuestionar si alguien de su familia le ha hablado de sexualidad o métodos anticonceptivos, varias adolescentes refirieron no contar con redes disponible dentro su grupo, para abordar estos temas.

*“Pus es que en parte yo no sabía que existían esas cosas para uno cuidarse, o sea nunca me hablaron de eso, nunca me hablaron que era el sexo... pus yo no sabía...
(E1 junio, 2017)*

“De mi familia no [nadie le informó sobre temas acerca de la sexualidad]...” (E3 julio, 2017)

6.3.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

El segundo objetivo específico fue indagar sobre las perspectivas que las jóvenes tienen basadas en sus experiencias sobre las acciones de prevención secundaria del embarazo adolescente recibidas en las instituciones públicas de salud. Respecto a lo anterior fueron identificadas las categorías presentadas a continuación:

a) El acceso y apego al Control Prenatal (CPN)

El inicio del control prenatal se convirtió para muchas en la primera experiencia que tienen con los servicios de salud. La mayoría refirió que dadas sus “condiciones de

salud”, nunca antes de sus controles prenatales se acercaron a solicitar atención, en este sentido, el monitoreo prenatal representa una oportunidad valiosa para cautivar esta población y con ello de incrementar la demanda de atención en esta población vulnerable.

Respecto a esta categoría, se identificó que la mayoría de las adolescentes refiere haber tenido un buen apego a los programas de control prenatal, acudiendo en su mayoría a revisiones desde el primer trimestre del embarazo.

“Pus primero le avise a él y ya tenía dos meses, mi papá se enteró, y fue él, el que me arregló el seguro para que no me lo quitaran, desde noviembre iba...” (E3 julio, 2017)

“Después que pasaron dos meses de que no llegara mi menstruación fue cuando me fui a checar y me hice el ultrasonido y salió que sí, estaba embarazada...” (E4, septiembre 2017)

Sin embargo para otras adolescentes, el acceso a control prenatal se ha tornado complicado, dado que aun cuando el Seguro Popular les garantiza la gratuidad en el seguimiento prenatal, cumplir con este implica una serie de gastos de bolsillo que no siempre están en condiciones de solventar. Por otra parte, la incertidumbre en relación al abasto de medicamentos, se percibe también como un gasto adicional. La pobreza se instituye entonces, como un determinante estructural que amenaza la prevención secundaria en estas jóvenes.

“Porque, una porque no tenemos dinero,...es que es ir en los taxis, y que nos tenemos que levantar temprano para irnos en un taxi, porque para apartar cita, y de venida y para comer... y luego el niño quiere ir y pide todo, por eso... y es que también lo que recetan también, a veces si es caro lo que recetan las pastillas, si las tienen, me las dan, si no las tienen, las compro...” (E2 junio, 2017)

Otras adolescentes aluden la existencia de una falta de protección en salud, lo anterior ocurre particularmente en quienes gozaban de seguridad social por parte de alguno de sus padres, jóvenes que aun cuando reciben la atención médica durante el embarazo, una vez que sus partos son resueltos, son excluidas como beneficiarias de los servicios de salud de sus padres, perdiendo en ello también la oportunidad de acceder a consejería en planificación familiar y a métodos anticonceptivos.

“Este fue mi mamá conmigo y todo y presentó mi embarazo, por lo mismo que era menor de edad y no trabajaba, entonces yo tenía el seguro por parte de mis papás, entonces le dijeron “No ¿sabe qué? necesito una carta para mandarla a las oficinas

de arriba para que me den, o sea me digan que sí, que si la podemos atender aquí”, mi mamá hizo la carta, yo me estaba atendiendo por parte de mis papás, en el seguro, pus ahí tuve mis citas, todo, todo, me daban mis pastillas, y ya después nos dieron pláticas ¿veda? de primeras veces y todo eso, el chiste es que ya en mayo cuando yo me iba aliviar, fue cuando ya nada más tenía que tener todas mis citas, yo iba a cada una de mis citas, todo, todo, me checaban, todo, y este también por ser menor de edad tenía una hoja especial, por ser menor de edad...”(E5 septiembre, 2017)

Otras jóvenes se narran aún más vulneradas, porque les ha sido negada la atención como beneficiarias de la seguridad social por parte de sus padres, lo cual las expone significativamente, considerando que todo embarazo adolescente es una condición de alto riesgo para la vida, dado el riesgo obstétrico asociado a ellos.

“Pus tenía el seguro del IMSS por parte de mi mamá, pero me lo quitaron cuando salí embarazada...” (E4 septiembre, 2017)

La vulneración que enfrentan en materia de protección en salud, llega a alcanzar aún mayores dimensiones, cuando las políticas de salud se combinan de tal forma que las excluyen de ambos sistemas, tanto del de seguridad social como del de protección en salud (Seguro Popular). En el sistema de seguridad social les dicen que no pueden atenderla porque ya forman parte de otro núcleo familiar, -el cual casi siempre no existe-, en tanto en el sistema de protección en salud argumenta no poder otorgar la atención porque en su condición de menor de edad, no pueden acceder a la obtención de una póliza individual.

“Estaba asegurada con mi mamá, ya hasta que cumpla los dieciséis ya me lo van a quitar, ... porque como ya tuve un bebé, es que al momento de que tuve el niño, me dijeron que yo ya tenía mi familia y que ya podía yo sacar mi cuenta, pero cuando fui al seguro popular me dijeron que no, que porque soy menor de edad...” (E10 febrero, 2018)

Es preciso mencionar que aun cuando los programas de salud materna y perinatal hablan de realizar un monitoreo prenatal enmarcado en el enfoque de riesgo, la protocolización de la atención no implica consideraciones especiales para favorecer el manejo y la adherencia de estas jóvenes al seguimiento prenatal, es decir, las jóvenes madres son atendidas bajo el mismo protocolo para el monitoreo prenatal que las mujeres adultas. Para las adolescentes embarazadas parece haber desaparecido la preferencia y el "buen trato" que caracteriza a los servicios amigables para adolescentes.

“Sí, para que me toque temprano, porque si no ya toca muy tarde, y ya no te atienden bien...es que ahí desde bien temprano ya hay gente, mucha gente se va, desde las tres de la mañana, de las cuatro ya hay demasiada gente, yo casi siempre, yo del niño mío iba a las cinco y casi me tocaba, depende si había mucha gente, como a las ocho, o nueve, me tocaba desde las cinco como hasta las nueve, pero igual te tienes que ir a formar a las 5 de la mañana para que me toque temprano, porque si no ya toca muy tarde y ya no te atienden bien...” (E2 junio, 2017)

b) Orientación de métodos anticonceptivos durante el embarazo

Las adolescentes refieren más que haber recibido información acerca de métodos anticonceptivos durante las consultas de control prenatal, haber sido juzgadas por la impertinencia de cursar un embarazo a esa edad, dado el riesgo asociado a los embarazos adolescentes

“...Hubo unas veces que me dijeron -“¿y por qué no se cuidó? usted está muy chiquita, al momento de que se alivie le van a decir del riesgo y eso”-, y yo le decía -“Ay pus que quiere que haga, antes no me platicaban de eso y mire lo que está pasando ahorita, ya tengo el niño ya ¿qué quiere que haga?, ya no puedo regresar el tiempo” (E10 febrero, 2018)

Por otra parte, pese a que refieren que en las consultas prenatales han recibido información acerca de métodos anticonceptivos, los discursos de las jóvenes reportan la insuficiencia de la información.

“Hasta los últimos meses, nada más me decían que ¿qué quería usar?, pero nunca me dijeron que había, y qué o porque y qué me iba a pasar con eso...porque la primera vez, cuando me alivié me lo pusieron y me dijeron que si hacía relaciones sexuales ahorita, iba a quedar otra vez embarazada...” (E3 julio, 2017)

La información insuficiente favorece que las decisiones en cuanto a la elección acerca del método anticonceptivo, se realicen de manera apresurada en el posparto, lo que más tarde puede traer el deseo de renunciar al mismo, porque resulta incómodo o porque se asocian al mismo una serie de condiciones que no tienen necesariamente una relación real con su funcionamiento.

“Bueno no iba decidida si no que hasta ahí decidí porque me explicaron...” (E4 septiembre, 2017).

“Yo había decidido que iba a... bueno, primero estaba con que el implante, pero después este no me gustó mucho y después me decidí definitivamente por el DIU... ya cuando me había aliviado, fue cuando me preguntaron que siempre que método iba a escoger yo, y ahí fue cuando yo le dije que iba a escoger el DIU... (E7 septiembre, 2017)

c) La experiencia del parto

Como se ha mencionado antes, el embarazo y el parto representa una oportunidad única para acercar a las mujeres a los servicios de salud. Con el desencadenamiento del trabajo de parto, las adolescentes se ven “obligadas”, a acercarse a espacios que hasta ese momento son desconocidos para ellas y que, como hemos visto en el apartado de prevención primaria-, les generan miedo o desconfianza.

Su acercamiento a los hospitales, ocurre desde un imaginario en el que este espacio no les genera confianza, sino al que entran cuidando “comportarse”, porque es un ámbito que les es ajeno, es un espacio de los médicos y de las enfermeras, de las otras mujeres, no de ellas

“La verdad es una experiencia que uno nunca va olvidar verdad, llegué al seguro, tranquila, por lo mismo de las experiencias de mi mamá, o sea, no grites, no llores no digas nada, porque tú vas a estar sola ¿veda? y eso es lo que yo hacía, no gritaba, por lo mismo que sabía que no era la única que estaba ahí, había más, este, fui, tuve mi parto natural y todo...” (E5 septiembre, 2017)

El parto se convierte entonces, en una experiencia que marca de manera importante el acercamiento posterior que estas jóvenes tendrán con los servicios de salud, un acercamiento que no es buscado, puesto que en estos espacios se perciben juzgadas y reciben regaños o comparaciones con otras mujeres.

“... [Me dijeron] que era bien chiquita para embarazarme... Una enfermera me regañó, y no le dije nada, y luego me dijo que había una de 31 años, que era su primer hijo y la felicitó...” (E2 junio, 2017)

La gran mayoría narró haber experimentado violencia obstétrica, aunque como tal no es referida, discursos como el siguiente hacen evidente esta situación.

“Fui y una doctora me estaba checando y después ya como si me dolía, me empezó a decir que me aguantara que “eso no dolía” y luego fue cuando me lastimó y me dijo “esto si duele”, y ya después me pasaron con otra doctora y la doctora la regañó y le dijo que la paciente tenía la razón, que ellos no, que si yo le decía era porque si me dolía” (E8 octubre, 2017)

La siguiente narrativa es bastante clara sobre el impacto de estas experiencias en su vida

“Pus como que quedé como miedosa, como que quedé más asustada, y ahorita pus si tengo miedo pero, nada más me la paso pensando en eso... Me internaron porque traía la presión alta, me provocaron los dolores, y pus ahí no me hicieron caso, no

grité ni nada, mi mamá me decía “no, no grites, no llores, porque si no, no te van a hacer caso” y yo no grité ni lloré y de todos modos no me hicieron caso, y ya cuando se fijaron, el niño ya estaba naciendo, y por eso quedé más asustada, porque no me hicieron caso... ya cuando una señora de las que barren ahí, limpian, este, este yo estaba mal acomodada, estaba engarrugada y me dijeron que así no porque lo iba a matar, sabe que me dijeron... este, y ya me dijeron como acomodarme y se asomó la muchacha y ella fue la que les habló a los doctores que ya me estaba aliviando, y que ya estaba naciendo, ya se le veía la cabecita... sí, no lo aguantaba (el dolor)... pero no grité, ni lloré, ni decía nada, porque pus así me dijeron, (riendo) pus yo me aguanté...” (E2 junio, 2017)

De esta manera, los principales sentimientos de ellas hacia los servicios de salud son el miedo y la pena, emociones que pueden persistir posterior al evento obstétrico y mermar tanto su calidad de vida como limitar los acercamientos que pudieran tener hacia los servicios de salud posterior al nacimiento de sus hijos.

d) Redes de apoyo durante el embarazo

Existen personas de sus redes sociales que, a pesar de que previo al embarazo no están presentes, durante el desarrollo del mismo redirigen su atención hacia la adolescente, esto ocurre especialmente con las madres, quienes se convierten en el actor principal del grupo social de la adolescente. La participación de las madres llega a ser ambivalente, es decir, pueden actuar mediante el reproche y el enjuiciamiento, así como a manera de apoyo para acercar a las jóvenes a los servicios de salud.

“Mmm..., si ya cuando yo supe que estaba embarazada pus si, supo mi mamá, pus todos, si veda, y este fue cuando me dijo “¿por qué no te cuidaste?, que no sé qué, que estas muy chica”, pero pus ya no podía hacer nada, pus ya estaba la bebé...” (E5 septiembre, 2017)

“Pues, primero yo no sabía que estaba embarazada, y me fui con él, entonces ya cuando ya presentía que tenía algunos síntomas, yo le dije a mi mamá, y ella fue la que me llevó, me llevó a un particular, a hacerme la prueba sanguínea y este salió positivo, y empecé a ir al seguro la primera vez y ya fui a que me hicieran los exámenes de sangre, la tarjeta del carnet, para el ginecólogo ya de ahí ya empezaron todas las citas...” (E6 septiembre, 2017)

Sin embargo para algunas de las adolescentes, la familia no se conforma como una red de apoyo y esto potencia su vulnerabilidad, pues deben buscar apoyos en terceras personas, que pueden ser hombres que sin ser los padres de sus hijos, aceptan asumir la responsabilidad que sus parejas originales evadieron, involucrándose en relaciones por la necesidad de sentirse respaldadas por una pareja.

“Yo tenía como un mes de embarazo, un mes y este y en ese transcurso pus mi mamá si me ayudó pero luego me lo echaba en cara, que sabe que... entonces este, pus mi papá no le hablaba, mi papá no le hablaba, me había peleado con él y conocí al muchacho, a este Óscar, con el que estoy, lo conocí, pus él me dijo que sí, él me podía ayudar este económicamente, sin necesidad de que yo estuviera con él, y este y un tiempo si me estuvo ayudando mucho verdad, nos conocimos y todo, y pus ahí fue cuando yo pus si dije pues sí, si te quiero, y me junté con él, y él fue el que me ayudó con mi niña... (E1 junio, 2017)

e) Fallas en la comunicación del riesgo de un embarazo subsecuente

En las narrativas se identificó que la mayor parte de las adolescentes no han desarrollado una percepción del riesgo respecto a los embarazos subsiguientes (segundos o terceros embarazos siendo aún adolescente).

Aunque algunas de ellas refieren que sí les dijeron que era un riesgo embarazarse prontamente, ninguna de ella manifestó con claridad los impactos biológicos o sociales que esto podría traer a sus vidas.

“No me acuerdo, pero si me habían dicho [acerca de los riesgos de un nuevo embarazo]... sí porque me llevaba muy bien con el doctor, pero no me acuerdo...” (E1 junio, 2017)

En el mismo tenor, aunque varias de ellas cursaron con condiciones de morbilidad materna extrema (MME), el haber vivido una situación de emergencia obstétrica que puso en riesgo la vida del binomio, no logran dar cuenta de la gravedad de la experiencia vivida y de las implicaciones que la propia condición de desarrollo tuvo en el desarrollo de la MME.

“Cuando iba a tener a la niña me puse mala, me dolía mucho esto de aquí [señalando el vientre] y el pecho y llegue al hospital y me atendieron luego luego, al principio no me querían atender que porque no iba grave, y si me dejaron un buen rato ahí afuera esperando pero ya después les dijo mi mamá que si me pasaba algo o que si no me atendían que los iba a demandar, y fue cuando me pasaron y me empezaron a y me pusieron el suero porque traía presión alta, y la niña traía taquicardia... ya de ahí me tuvieron como dos, tres horas ahí con el suero y no bajo la presión y le dijeron a mi mamá que me iban a meter a cesárea porque supuestamente me dio síndrome de HELLP, y ya de ahí me metieron a cesárea y cuando desperté me subieron a terapia intensiva” (E4 septiembre, 2017)

6.3.3 PREVENCIÓN TERCIARIA

Finalmente el tercer objetivo fue identificar cuáles son las barreras y facilidades institucionales que las jóvenes perciben para acceder a servicios de anticoncepción

y planificación familiar, como parte de la prevención terciaria, respecto a ello se identificaron dos categorías principales las cuales son:

a) Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO)

En cuanto a la proporción de métodos anticonceptivos posterior al parto, la mayoría de las adolescentes afirman haber recibido el método anticonceptivo inmediatamente.

“Cuando estaba en sala de Recuperación, una doctora, me pregunto que con qué me iba a cuidar, le dije que con el implante, y ya fue cuando me lo puso...” (E11 febrero, 2018)

“Después que me alivié, o sea me alivié a las siete veinte, fue una enfermera como a las nueve de la mañana y me dijo -¿se va a cuidar o no se va a cuidar?- le dije “sí”, que porque ella era la que estaba poniendo los implantes... y ya me lo puso como a las nueve y media de la mañana” (E9 febrero, 2018)

La etapa del puerperio inmediato se convierte en un momento sumamente estresante para muchas de las jóvenes, no solo porque deben habilitarse con premura en la técnica de lactancia materna, sino porque en este momento es cuando reciben toda la información que no se les brindó sobre metodología anticonceptiva durante el monitoreo prenatal.

La actitud percibida de las adolescentes respecto al desempeño del personal de salud es más de presión o coacción que de información, más rutinaria que de consejería. Así lo muestra la siguiente narrativa:

“Pues nada más pasaban y me decían que con que me iba a cuidar, a cada rato pasaban, y a todas les decía que con el implante del brazo, y volvían a pasar y me decían lo mismo, y otra vez, y ya, hasta que me dijeron “Ya te vamos a poner el implante”, y nada más no me mencionaron nada, de cómo cuidarlo o así, nada más así...” (E8 octubre, 2017)

Por otra parte, la información acerca del seguimiento de los métodos anticonceptivos, no ha generado impacto puesto que ninguna de ellas visibiliza la importancia del seguimiento en el uso métodos anticonceptivos.

“Me dijeron que duraba tres años [el implante], entonces tenía que ir cuando ya fueran los tres años a que me lo revisaran y si me lo quitaban, ellos mismos me ponían otro nuevo...” (E12 febrero, 2018)

“[Información recibida acerca del implante]...Me dijeron que era el más efectivo para no embarazarse, sí que se tiene que checar cada tres años.” (E9 febrero, 2018)

Pareciese que lo único que importara es convencer para la aceptación, y donde informar en profundidad sobre el método, fuese la base para el consentimiento informado del método. Pero lo anterior se ve aún más complicado, cuando el personal violenta los derechos sexuales y reproductivos de las jóvenes, solicitando la aprobación de sus padres para colocarle el método que ella como adolescente desea.

“En ese momento me dijeron que me lo iban a poner [el DIU], que era más obligatorio que me lo pusiera porque era menor de edad y entonces ahí la que decidía era mi mamá, y sí, mi mamá fue la que autorizó que el método que anticonceptivo se me pusiera pero pus yo también en todo momento también accedí a que se me pusiera, yo no me estaba negando” (E7 septiembre, 2017)

Existen casos en los que esta ruptura de comunicación en el seguimiento del método anticonceptivo utilizado por las adolescentes ha sido una barrera importante que favorece la presencia de un segundo embarazo adolescente.

“... [Acudía a seguimiento del MAC] no, como seis meses [después del nacimiento de la primer hija, aparece el segundo embarazo adolescente]...” (E1 junio, 2017)

“... si, tuve una cita y me lo cambiaron pero no sé si, no sé si me lo pondrían bien o no sé, pero fue cuando... porque según eso los aritos no se tienen que estaban mal o no se... como un mes... no, ya no, ya no me dieron cita, me dijeron que si yo sentía molestia o algo, pus ya fuera y sacara cita, y así... al año y medio, no a un año, si porque mi bebé cumplió un año y poquito después yo salí embarazada...” (E5 septiembre, 2017)

El atender contra sus derechos sexuales se identificó también a través del condicionamiento que las jóvenes dicen experimentar cuando quieren egresar del hospital, situación que las obliga a decidir aceptar hormonales mensuales, casi siempre inyectables, a los que renuncian de inmediato apenas llegan a su casa, entre otras cosas, porque temen al dolor que les provoca este método.

“Yo le tengo miedo a las agujas pero dejé que me la pusieran, yo lo único que quería era salir de ahí porque yo duré cuatro días ahí, ya estaba aburrida” “Nada más me pusieron una y me dijeron que me la pusiera cada mes, pero que me dolió mucho, por eso no ya no, yo no me las puse, el piquete no, pero el líquido me dolía demasiado, no aguantaba el dolor, y todavía duré todo el día con un dolor aquí [señalado el glúteo]...” (E2 junio, 2017)

Existen algunos casos en los que la adolescente al momento del parto aún no han decidido acerca del MAC a utilizar, sin embargo, son muy pocas las que logran

acercarse a un centro de salud a solicitar información y proporción de métodos anticonceptivos.

“Pasó una semana [desde el parto] y fui al centro de salud y llegué y les dije que ya me había aliviado de mi bebé y que quería que me explicaran de los métodos que me convenían para ponerme y me pasaron de volada y me dijeron que el implante, me explicaron todo lo del implante y me lo pusieron en ese rato, en menos de un minuto y ya traía el implante, me atendieron muy rápido.” (E12 febrero, 2018)

b) Oportunidades Perdidas

En esta categoría resalta que las adolescentes una vez que tienen un bebé, están teniendo acercamientos constantes a los servicios de salud, lo cual puede considerarse como una facilitador, sin embargo, la intención principal de estos acercamientos es por alguna cuestión relacionada con sus hijos(as) ya que, la propia salud ha pasado a un segundo término.

La ausencia de seguimiento y consejería para el correcto uso y vigilancia de los métodos anticonceptivos se identificó como una limitante importante no sólo para la confianza de las jóvenes en los métodos, sino también para su adherencia al uso del mismo. La consejería en materia de planificación familiar no existe para estas adolescentes, de hecho, el monitoreo de sus Dispositivos Intrauterinos o sus implantes subdérmicos es exactamente el mismo que se hace en una mujer adulta, la cual no tiene el riesgo reproductivo de una adolescente.

“Sí, cada tres años, me dieron el pase para que me lo quitaran y me pusieran otro [Implante subdérmico] por eso no he ido a revisarme...nada más me lo pusieron y me dijeron que a los tres años, se cambiaba y me dieron el pase y ya...” (E6 septiembre, 2017)

“La primera semana que me lo pusieron, te digo que se me salió, y me volví a poner otro, este me dijeron que todo estaba bien, que lo traía muy bien colocado, este y de ahí me dijeron que hasta el año se volvía a ver, y pues voy a tener que ir hasta el otro año otra vez a revisión...” (E7 septiembre, 2017)

Ni una de las 12 adolescentes fue capaz de expresar los efectos indeseables que podían asociarse al método que está utilizando, tampoco tenían claridad sobre la vigilancia que debe realizarse del mismo, mucho menos de la importancia de hacerlo.

“[¿De este método tienes revisiones?]De hecho no, nada más me dijeron, me dieron la tarjeta y este ahí vienen el día que se vence, entonces tengo que ir ese día, y ya ahí me lo retiran y todo y ya si yo quiero que me pongan otra vez el mismo, pus ya sería ponérmelo, si no pues no...” (E5 septiembre, 2017)

Cabe destacar aunado a lo anterior, que los servicios que se enuncian amigables para adolescentes, pareciesen pensar solamente en aquellas adolescentes que no son madres, puesto que aquellas que tienen hijos, no son consideradas de manera particular, en este sentido, una vez que son madres, parecen dejar de ser una población diana para hablar de anticoncepción. Estas madres adolescentes, no pueden tener privilegios para el acceso y la atención en materia de metodología anticonceptiva, como ocurre con aquellos adolescentes que aún no han vivido un embarazo

“A checarme yo no, a mis hijas, sí [ella no acude a checarse al centro de salud]... pues no nada más llevo a mis hijas... a las vacunas, ya de mí ya no, nada más de ellas...” (E1 junio, 2017)

“No porque casi más, al que llevo es al niño, a mí no, yo no voy, pero al que llevo si todos los meses pero no lo llevo al seguro, lo llevo a un particular, porque en el seguro había una doctora que lo llevaba, entonces me empezaba a criticar, que no le pongas esto, no le pongas aquello, que este, así me empezaba a regañar, yo digo que hay formas de decir las cosas, entonces me hubiera dicho, no mira esto y esto y así y así entonces ella lo que hacía era regañarme y gritarme que no hagas esto, no hagas aquello, y eso a mí me molestaba, entonces a las vacunas, si lo llevo, por ejemplo ahorita le toca la del año seis meses, y lo voy a llevar apenas, mañana pero nada más eso, lo llevo a vacunas y a revisión lo llevo cada mes en particular...” (E6 septiembre, 2017)

[Acude a los servicios de salud] Pues nada más a las revisiones de la bebé, a las consultas... (E12 febrero, 2018)

Otras limitaciones que refieren para acceder a información posterior al nacimiento de sus hijos, tienen que ver con su percepción de maltrato por parte del personal de salud, lo que las desmotiva para continuar su atención dentro de los servicios públicos y las hace buscar la atención privada, para sus hijos más no para ellas.

“Al que llevo es al niño, a mí no, yo no voy, pero al que llevo si todos los meses es a él, lo llevo a un particular, porque en el seguro había una doctora que me empezaba a criticar, que no le pongas esto, no le pongas aquello, así me empezaba a regañar, yo digo que hay formas de decir las cosas, entonces me hubiera dicho, no mira esto y esto y así y así entonces ella lo que hacía era regañarme y gritarme” (E6 septiembre, 2017)

Para aquellos casos en los que la prevención terciaria no logró su objetivo y la adolescente cursa con un nuevo embarazo, a pesar de que el apoyo familiar existe, las redes de apoyo no son suficientes por lo que no permiten el apego al control prenatal del segundo embarazo, complicando aún más este apego.

“...Me lo llevo [al control prenatal del segundo hijo], no pus es que como nunca he ido, pus yo pensaba llevármelo... pus si porque, pos no tengo quién me lo cuide...” (E2 junio, 2017)

VII. DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue evaluar desde las perspectivas de madres adolescentes beneficiarias de Promajoven, las barreras y facilidades percibidas en el acceso a las acciones realizadas en los tres niveles de prevención del embarazo adolescente en los servicios de salud del estado de San Luis Potosí.

1. Prevención primaria.

Aun cuando México en 1974(60) se convirtió en uno de los países pioneros en introducir la educación sexual en el nivel básico de educación, –específicamente en quinto año de primaria–, San Luis Potosí fue uno de los estados con mayor oposición a esta política, lo que se ha constituido en una limitación para abordar temas relacionados con sexualidad dentro de las asignaturas tanto en escuelas públicas como privadas. Tengamos en cuenta que aun cuando este movimiento inició en 1974, fue hasta 1994 (veinte años después), que el Estado mexicano generó un plan para que los derechos reproductivos y sexuales fuesen reconocidos como garantías individuales.

De manera más reciente, México, mediante la Secretaría de Salud (SS), en su programa de acción específico salud sexual y reproductiva para adolescentes 2013 – 2018(32) ha establecido como primer objetivo “Favorecer el acceso universal a la educación en salud sexual y reproductiva” y para ello ha establecido como estrategia la coordinación intersectorial, enfatizando con particular relevancia el trabajo conjunto con la Secretaría de Educación Pública (SEP).

Es en función de lo antes descrito, que las instituciones de salud y educación, así como la ciudadanía en general, adquieren un papel fundamental en el reconocimiento, promoción y protección de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes ya que es obligación del Estado garantizarlos(61). Por tanto, resulta relevante discutir sobre la (im) pertinencia de los programas educativos en materia de educación sexual en nuestro contexto.

En lo que respecta al primer nivel de prevención del embarazo adolescente, la presente investigación identificó como ya han hecho otros estudios(62–64), que la escuela figura como un espacio en el que la mayoría de las adolescentes tuvieron acceso a información acerca de salud reproductiva, lo que convierte esta institución en el principal proveedor de información acerca de la salud sexual y reproductiva.

Aun cuando las informantes refieren que es en la escuela donde recibieron la información que poseen en materia de sexualidad, en sus discursos se identificó que ésta ha resultado intrascendente, pues desde la perspectiva de las jóvenes esta información ha sido dada como un contenido más de una asignatura y es aquí donde radica la importancia de contar con personal capacitado y sensibilizado para proveer de información que resulte significativa para las y los adolescentes.

Si bien la escuela se configura como la institución social en la que la población adolescente accede a información en materia de sexualidad, es preciso reconocer que la ausencia de trabajo intersectorial, –entre escuela, servicios de salud y otras instituciones de desarrollo social–, limita los alcances que la escuela tiene en materia de prevención de embarazo adolescente, a esto habrá que agregar lo que la UNESCO ha señalado respecto a la escasa “*perspectiva de derechos*” empleada en los programas de educación sexual(65).

La prevalencia de un enfoque biologicista, descontextualiza la salud adolescente, pretendiendo ignorar que los imaginarios culturales inciden directamente en la forma en que la sexualidad se ejerce, además, la información que hasta 2017 se manejó en los libros de texto gratuito es poco objetiva y repetitiva en diversos grados escolares.

En México, la Secretaría de Educación Pública introduce contenidos relacionados con educación sexual en el cuarto grado de primaria, cuando los niños y niñas tienen aproximadamente 9 años (66), sin embargo, para algunos autores estas cinco páginas incluidas en el libro de ciencias naturales resultan insuficientes para el abordaje de temas que incluyen además la equidad de género, tema que resulta

obligado en la búsqueda de que niñas y adolescentes vayan empoderándose en lo relacionado a su salud sexual y reproductiva(67).

México enfrenta aún grandes retos en materia de inclusión de contenidos de educación sexual en los programas escolares, la inclusión de estos hasta el 4º año de primaria resulta contrastante con modelos como el de Colombia, en el que existe una Ley en materia de Educación, la cual exige educación sexual integral como eje transversal en el proceso educativo mediante la inclusión del “*Proyecto Pedagógico de Educación Sexual*” desde la etapa preescolar, mediante el cual logró reducirse la tasa de embarazo adolescente de 11% a 1% en los colegios implementados(61).

Lo anterior, adquiere relevancia cuando diversos investigadores han señalado que la integración de estos contenidos desde etapas tempranas de vida, constituye uno de los pilares esenciales para la prevención del embarazo adolescente(22). Díaz además agrega que la información debe brindarse desde un marco de “*competencias ciudadanas*”, en el que se reconoce necesario formar adolescentes hombres y mujeres que ejerzan sus derechos humanos (incluidos los sexuales y reproductivos) activamente(61).

En el presente estudio se documentó, respaldando los hallazgos reportados por otros investigadores, que la información que se otorga en materia de sexualidad a población infantil y adolescente, no constituye en sí una Educación Sexual Integral (ESI) (62), entendiendo esta como un “proceso educativo holístico que favorece los *conocimientos, actitudes y habilidades* en las siguientes esferas: equidad de género, *ciudadanía sexual, salud sexual y reproductiva, placer, violencia, diversidad y las relaciones*, proceso que debe ser adecuado para la edad y el nivel sociocultural de las personas”(62,68).

Otro aspecto fundamental que tiene impacto sobre la educación sexual que reciben las y los adolescentes mexicanos, tiene que ver con la escasa o nula capacitación con que cuentan los profesores, sobre quienes recae la obligación de impartir los temas de salud sexual y reproductiva(62,69). Páramo señala que es urgente contar con profesionales interesados, entrenados y con habilidades de liderazgo, capaces

de priorizar los mejores intereses del adolescente; ya que esa capacidad es captada por los adolescentes rápidamente en un buen maestro o en un profesional realmente dedicado a ellos(70).

La ENAPEA puntualiza en la integralidad de la capacitación que reciben los profesores, y al mismo tiempo, en la exigencia de armonizar los programas y contenidos curriculares proporcionados a los y las adolescentes(62) y aunque en muchas ocasiones la escuela no cumple totalmente con rol de factor protector para los adolescentes, podría constituir un importante vehículo de prevención de conductas de riesgo debido a la relación cercana con el adolescente y su familia(69).

Blanco y colaboradores señalan que la escasa información que prevalece en la población sobre métodos anticonceptivos, ocurre como consecuencia de la poca o nula educación sexual impartida en las escuelas, que favorece de manera indirecta, la repetición de conductas de riesgo, aunado a ello, existe temor en la sociedad a hablar sobre temas de sexualidad con los menores, aun cuando se ha demostrado que el conocimiento acerca de métodos anticonceptivos, no está asociado con el inicio de vida sexual activa(14).

El presente estudio por otra parte, coincide con los resultados reportados en una investigación acerca de educación sexual integral llevado a cabo en México durante 2015, el cual demostró que el método de enseñanza más utilizado por los profesores es la exposición frente al grupo(62). Este mismo estudio es enfático en señalar la urgencia de modificar las estrategias(11) con las que se están impartiendo estos temas, ya que es necesario despertar el interés en las y los adolescentes, fomentando la participación de las personas implicadas en el proceso educativo ya que esto favorece un aprendizaje efectivo y significativo (71).

Una de las estrategias que ha tenido resultados positivos en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes es el involucramiento de la juventud (72) en la construcción de su propio conocimiento(73), dando prioridad a esas necesidades sentidas y es aquí donde la participación juvenil retoma importancia ya que las y los

adolescentes consideran a sus pares (otros adolescentes) como fuente de información informal (62,71–73).

Con respecto a lo anterior, México sigue viendo el embarazo adolescente desde la perspectiva de los adultos, ya que la “participación activa de los y las adolescentes en el diseño y operación de estrategias en materia de salud sexual y reproductiva”(32), no se ha visto favorecida.

Respecto a lo anterior, países como Colombia que le han apostado a la participación juvenil y a la participación de pares en la replicación de información en materia de sexualidad, han visto en esto una estrategia favorable para reducir los riesgos asociados con la sexualidad en la población adolescente. En la ciudad de Medellín el proyecto "Sol y Luna", haciendo uso de medios masivos de comunicación(71,74), han logrado acercarse a la población joven, a través de estrategias tan creativas como el embarazómetro <http://profamilia.org.co/wpcontent/uploads/2015/Juegos/Embarazometro/index.html> (75).

Aunque en México, se ha tratado de implementar algunas estrategias similares por parte del gobierno, pareciera que el seguimiento de la funcionalidad de las plataformas está ausente, una de estas estrategias es el desarrollo de la página de internet www.yqueessexo.com.mx, diseñada para proveer de información acerca de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, prevención de embarazo, violencia y abuso sexual, citada en el Programa de Acción Específico (PAE) Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (2013 – 2018) (6).

Cabe resaltar que ésta página actualmente ya no está disponible para consulta en internet, limitando el acceso de los y las adolescentes mexicanos a esta herramienta electrónica, ya que en la era tecnológica en la que nos encontramos, el internet se ha configurado como un medio de comunicación(76) a la que gran parte de la población adolescente tiene acceso.

Otra de las diferencias que se hacen evidentes es el involucramiento de jóvenes en el desarrollo de estrategias de comunicación y educación para adolescentes, en los cuales los y las jóvenes determinan cuáles son sus necesidades y por lo tanto determinan ellos mismos cual es el mensaje que esperarían recibir, tal es el caso del proyecto de “Rosa a Verde” dirigido por la Universidad de Antioquia, en el que se desarrollaron videos cortos con duración aproximada de 5 minutos los cuales fueron transmitidos por el canal de la universidad en 2008.

Por otra parte, en cuestión de derechos ciudadanos, el estudio determinó que el derecho mexicano que con mayor frecuencia ha sido vulnerado en las adolescentes entrevistadas fue el de “proporcionar asesoría y orientación sobre salud sexual y reproductiva”(77), ya que en los discursos de las jóvenes se hace notoria la escasa información con que contaba la adolescente en esos momentos formando así otra barrera más en el acceso a las acciones de prevención primaria.

Tomando en cuenta que la garantía de este derecho no solo le corresponde a la SEP, sino también a la SS ya que el total de las jóvenes entrevistadas tuvieron al menos un embarazo y necesariamente han tenido contacto con el primer y segundo nivel de atención, es decir, han estado en contacto directo con personal de centros de salud en donde han llevado sus controles prenatales y hospitales en los que se ha resuelto el embarazo, sin embargo, en estos momentos la educación acerca de la salud sexual y reproductiva parece que ha estado ausente, siendo sustituida por la orientación que reciben acerca de los cuidados al recién nacido, por lo que ese derecho se ve violentado en ambas instituciones.

Es en este sentido que se torna crucial la participación de los servicios de salud, quienes para poder dar cumplimiento a las Normas Oficiales Mexicanas 005, 007, 046 y 047 de la Secretaría de Salud, es necesario que desarrollen nuevas estrategias de educación para la salud basadas en competencias(78), que permita la apropiación de los contenidos de la educación sexual y reproductiva desde un enfoque de equidad. Además, las intervenciones deben tener un enfoque de transversalidad que permita una perspectiva holística, que favorezca el trabajo

interdisciplinario y sobretodo contextualizado(79), logrando así impactar positivamente en la prevención primaria del embarazo adolescente.

Aunado a lo anterior, este estudio coincide con Carmona en el sentido de la importancia que tiene la participación de los adolescentes (varones) en los temas de métodos anticonceptivos(80), favoreciendo la corresponsabilidad entre las y los adolescentes, dado que la mayoría de las veces, los varones son excluidos de estos servicios, debido a que estos han sido pensados y operativizados como si sólo las mujeres fueran responsable de la reproducción (81), desde esta perspectiva, la corresponsabilidad de los varones en las acciones preventivas del embarazo, es subestimada. Frente a todo lo anterior, resulta necesario buscar estrategias para lograr involucrar a los varones en la toma de decisiones responsables en materia de salud sexual y reproductiva en los tres niveles de prevención.

Se debe agregar que otra de las deficiencias que enfrenta México es el cambio en la administración presidencial ya que cada sexenio cambia la orientación de la atención de la salud sexual y reproductiva a los adolescentes(69), siendo que esta favorece la calidad de vida resulta pertinente el desarrollo de leyes que favorezcan participación social y compromiso gubernamental(82) transversal de manera que vaya perfeccionándose, de tal manera que se garantice la continuidad de las intervenciones, aunque el sistema de gobierno cambie en cualquiera de sus tres niveles ejecutivo, legislativo o judicial y en cualquier partido político.

2. Prevención secundaria.

En lo que respecta al segundo nivel de prevención, existen algunas barreras que favorecen que la adolescente no tenga un apego temprano al control prenatal, en este sentido, el presente estudio coincide con Poffald y colaboradores, en lo referente a la presencia de condicionantes en el contexto social(83), los cuales determinan el acceso a los distintos servicios de salud, sin embargo, coincidentes con este estudio y otros como el de Vega en 2012(84) la mayoría de las participantes muestran una búsqueda de control prenatal dentro del primer y segundo trimestres de gestación.

En cuestión del acceso al Control Prenatal, una de las barreras mayormente encontradas, es la pérdida de la derechohabencia al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), fenómeno que se presenta al momento en el que la adolescente se encuentra embarazada y al respecto deben realizar gestiones extras para continuar con la atención únicamente durante el embarazo, en este sentido el IMSS ha desarrollado el acuerdo 196/2005(85); el cual señala el lema "*En el IMSS la mujer embarazada es una prioridad*" sin embargo, este enunciado parece perder congruencia al momento en el que continua mencionando que en caso de que "*la asegurada, esposa o concubina pierda la vigencia*" mediante este acuerdo podrá tener acceso a la atención del embarazo, parto y puerperio, pero en ningún momento aparecen las beneficiarias hijas como prioridad para brindarles esta atención, considerando que el embarazo adolescente es un fenómeno actual(2,4,5), urgente de atender(86) y problema prioritario para la salud pública(11,15,25).

Por otra parte el Seguro Popular, dentro de sus requisitos para tramitarlo, se encuentra el no ser derechohabiente de otra institución que proporcione seguridad social (IMSS O ISSSTE), presentar identificación oficial con fotografía(87),-a la cual por cierto solo se tiene acceso cuando se es mayor de edad-, requisito que las madres adolescentes aún no cumplen. A simple vista pareciera que el camino para una madre adolescente es incierto, pues en ninguna de las instituciones que brindan seguridad social y que en este estudio fueron las únicas mencionadas por las participantes, se han establecido la normatividad para estos casos de embarazo

adolescente y aparentemente queda invisibilizada esta realidad social(86) en la que están inmersas.

Si bien las adolescentes pueden acceder a la atención médica durante el embarazo y parto, es justamente en el puerperio cuando la situación se agrava, puesto que según los relatos de las participantes, es hasta aquí que el IMSS cubre sus necesidades en salud. A partir de que la adolescente da a luz, pierde los derechos de beneficiaria de asegurado y queda desprotegida en cuestión de salud, para estos casos entraría el Seguro Popular, sin embargo, los requisitos para acceder a éste, se convierten en una barrera más para el acceso a servicios de anticoncepción, esto coincide con lo que ya ha señalado Rodríguez Gázquez, investigador que identifica el factor institucional(25), la ruptura de la intersectorialidad y el déficit en la transversalidad de las estrategias, como obstáculos para garantizar una reducción real de los casos de embarazos adolescentes subsecuentes.

Otro punto interesante a discutir en este apartado, es el tema de los “servicios de salud amigables para adolescentes”, los cuales *deben ser accesibles, equitativos, aceptados, apropiados, comprensivos, efectivos y eficientes a nivel nacional*(88), estrategia que aun cuando comenzó su funcionamiento en 1994 en México, en 2012 aún se refería en etapa de pilotaje en el estado de San Luis Potosí(32). Si bien es cierto se ha intentado tener este enfoque “amigable” en la atención al embarazo de las adolescentes, esta visión se ha quedado en los escritos y no ha logrado permear realmente en la operacionalización de los servicios de salud, pues el personal carece de sensibilización en el tema de la sexualidad, constituyendo así una barrera para la adolescente en la búsqueda de los servicios de salud.

Los relatos de las participantes de este estudio, señalan que la atención recibida durante los controles prenatales es muy similar o igual que la atención que recibe una mujer adulta embarazada; aunque los embarazos se lleven a cabo de manera similar, coincidimos con la UNESCO respecto a que las necesidades de las adolescentes son diferentes y por tanto, el trato y la atención también deben ser diferenciados(89); centrando las acciones principalmente en fomentar el

empoderamiento de las jóvenes en lo relacionado con su salud sexual y reproductiva(90).

Otra de las barreras que desde una lectura hermenéutica pudieron ser concretadas, coincidente con Juárez, Bancet y Rodríguez Gázquez (18,25,69), es la presencia de enjuiciamientos por parte del personal de salud. Las adolescentes se refirieron sujetas de rechazos y juzgamiento por parte del personal sanitario, actitudes que evidencian el déficit existente en la sensibilización del capital humano que labora en los servicios de salud para la atención a esta población(91), y que puede generar en las adolescentes, la renuencia para acercarse al sector salud posterior a su experiencia de parto, favoreciendo la presencia de morbi-mortalidad infantil y aumentando la probabilidad de embarazos adolescentes subsecuentes.

Aunado a lo anterior, es relevante rescatar la violación a los derechos sexuales y reproductivos de que se refirieron víctimas las adolescentes, pues el personal de salud se concreta en hacer juicios morales cuando éstas logran acercarse a solicitar consejería para su vida sexual. Esta agresión se agrava al momento del embarazo, el parto y el puerperio, experiencia que han referido investigadores como Castro (39), quien menciona que la violencia obstétrica es más padecida por adolescentes que por mujeres adultas, la mujer joven es doblemente vulnerada, en primer lugar por ser mujer y en segundo, por ser adolescente embarazada(17,92).

Uno de los facilitadores, en el acceso y apego a control prenatal, que resulta interesante analizar es el papel de las madres de estas adolescentes, pues es mediante ellas que se acercan a los servicios de salud, esto ha sido considerado como un facilitador pues a semejanza de lo encontrado por Poffald y colaboradores(83), la presencia de una persona –en este caso la madre- que asista con ellas, pero sobretodo, son ellas de parte de quienes las adolescentes son motivadas para mantener un adecuado apego al control prenatal.

Finalmente, debido a cuestiones culturales, la adolescente embarazada se ve obligada a unirse en pareja de manera precoz, la mayoría de las veces de manera informal, obligadas a asumir responsabilidades y funciones de mujeres adultas, pues en México la concepción cultural de la maternidad es valorada como una vía

de ascenso social(17,86), y en ese sentido valdría la pena cuestionar las legislaciones pero sobretodo las normas culturales que respaldan el matrimonio infantil(38), es sabido que en México, el matrimonio infantil sólo está claramente prohibido en veinte de estados, situándose en el noveno lugar a nivel mundial en presencia de éste fenómeno(93).

Estas uniones prematuras en las que muchas veces la pareja de la adolescente es mayor que ella, favorecen relaciones que se contemplan como delito (estupro), además, exponen a las adolescentes a diversas situaciones de violencia concordando con lo encontrado por Contreras – Pulache y colaboradores en 2013(16), quienes identifican que la condición de ser madre sumada al ser adolescente y dependiente económicamente, pone a la joven en situación de doble o triple vulnerabilidad, frente a la violencia intrafamiliar y de género.

3. Prevención Terciaria

Entre las diversas propuestas que plantea la ENAPEA, destaca con particular relevancia la transversalización e institucionalización del “Modelo de Servicios Amigables para Adolescentes”, paradigma que busca garantizar que la consejería en materia de anticoncepción sea accesible, equitativa, pero sobre todo aceptada, apropiada y comprensiva para la población adolescente(94).

Los resultados de esta investigación evidencian cómo desde la experiencia de las participantes, el modelo de atención amigable no logra transversalizarse y mucho menos institucionalizarse, situación que puede tener origen en el hecho de que el mismo modelo se concentra en las actividades de prevención primaria, se preocupa por evitar el embarazo temprano y deja de lado la importancia de atender las particularidades psicosocioemocionales que caracterizan a esta población en las diferentes etapas del ciclo reproductivo(64).

Los servicios de salud continúan posicionándose lejanos para las adolescentes, principalmente debido a que como señalan otros autores, las jóvenes no han desarrollado una percepción de los riesgos que acompañan esta etapa de vida y consecuentemente no suelen acercarse a los servicios de atención primaria(95).

En el sentido anterior es que cobra relevancia que el personal sanitario aproveche al máximo la oportunidad de comunicar el riesgo obstétrico e informar en materia de anticoncepción a las adolescentes, cuando estas se acercan a solicitar la atención por estar embarazadas o para el control del crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Las coberturas de colocación y utilización de métodos post evento obstétrico, ya que aun cuando la mayor parte de ellas se encontraba en uso de un método de acción prolongada, durante las entrevistas ninguna mostró tener conocimiento suficiente para decidir de manera consciente y asertiva el método que más conviniese a su dinámica cotidiana de vida, en este sentido, aceptaron la colocación de un método particular en función de una serie de variables que no evidenciaban

empoderamiento, sino en función del temor que de momento les generaba un nuevo embarazo, más aun cuando este embarazo había sido no deseado.

En el mismo sentido, aceptar la colocación de un método anticonceptivo sin estar realmente interesada en su uso o informada sobre su funcionamiento, aumenta la probabilidad de fallas del método por no dar un seguimiento correcto del mismo(44) dado que cuando presentan datos anormales en su uso, no logran comprender la relevancia o magnitud de los mismos y con ello puede suspenderse su uso.

Fueron recurrentes por otra parte, narrativas que evidenciaron la violación continua y sistemática de sus derechos sexuales y reproductivos, lo cual es grave en el entendido de que México apenas en 2013 suscribió el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, instrumento internacional que reconoce (por primera vez) en América Latina (AL) y El Caribe los derechos sexuales como Derechos Humanos(94).

Desaciertos importantes fueron identificados también en el seguimiento del método anticonceptivo, toda vez que no existen criterios “amigables” para la realización de este monitoreo y tampoco parece existir consciencia sobre la importancia de la consejería cercana a quienes ya han sido madres adolescentes. El imaginario que parece prevalecer dentro de las instituciones, -desde la narrativa de las participantes-, es que una vez que las mujeres se convierten en madres pueden incorporarse sin mayor problema a los protocolos de seguimiento de planificación familiar pensados para mujeres en general, pretendiendo ignorar que ya se ha documentado que el desuso o el mal uso de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes posee íntima relación con la dinámica en que se otorga la consejería, la integralidad de la información que se les brinda y en general, la forma en que esta se entrega(95) .

La relevancia de brindar una consejería transversalizada por el modelo de servicios amigables en madres adolescentes, obedece también al reconocimiento de una

serie de vulnerabilidades que enfrenta asociado a su edad esta población, la mayoría relacionadas con hombres de mayor edad y con poco empoderamiento para posicionarse de manera asertiva frente a las peticiones de la pareja en materia de reproducción.

En función de lo anterior, emerge relevante continuar trabajando en el empoderamiento de las mujeres para que se identifiquen y desempeñen socialmente como ciudadanas con derecho a la salud en general, y en específico, con derechos sobre su salud sexual y reproductiva, en igualdad sustantiva de derechos en relación con sus parejas varones, quienes deben asumir de manera consciente y responsable, su ejercicio sexual.

Los resultados que se han expuesto derivan de un acercamiento riguroso desde lo metodológico, habiendo procurado evidencias de orígenes distintos que han posibilitado la triangulación y validación de los datos obtenidos. En el sentido anterior y sin embargo, los resultados no deberían generalizarse en función de que el estudio se llevó a cabo en municipios de tipo urbano y jóvenes que continúan insertas en el sistema educativo (modalidad escolarizada y no escolarizada).

VIII. CONCLUSIONES

La escuela constituye un facilitador para el acceso a educación sexual y reproductiva de las adolescentes, como parte de las acciones de prevención primaria del embarazo adolescente. Si bien la escuela constituye un proveedor de información para las jóvenes, es pertinente cuestionar el tipo de información que dentro de este espacio se otorga y las estrategias implementadas para llevar a cabo estas acciones.

Es importante destacar que, –según lo compartido por las participantes–, parece no existir coordinación entre los Servicios de Salud y las instituciones de educación básica, en materia de educación sexual y reproductiva. La información proporcionada en los libros de texto continúa quedando en un nivel superficial, sin transformarse en un conocimiento significativo, con potencialidad para trascender en la cotidianidad y en su proyecto de vida.

En lo que respecta al segundo nivel de prevención, el facilitador identificado fue el acceso que las adolescentes tienen a una atención y seguimiento de control prenatal de manera gratuita durante el embarazo y el parto. La barrera más evidenciada respecto a lo anterior, tiene origen principalmente en la perspectiva con la que el personal de salud brinda la atención a la embarazada adolescente, la cual no logra transversalizar los servicios amigables para la población adolescente, en lo operativo. La atención que se brinda durante el embarazo posee las mismas características que la que se oferta en la atención de las adultas embarazadas. Por otra parte, la perspectiva de los servicios de salud que prevalece hacia la adolescente, refuerza los imaginarios que sostienen la práctica de la violencia obstétrica.

En cuanto al tercer nivel de prevención, se identificó como facilitador el acceso gratuito a métodos de planificación familiar postevento obstétrico, no obstante, las participantes refieren que la manera de comunicar el riesgo futuro de un nuevo embarazo adolescente no ha sido la más pertinente para una madre adolescente, aunado a lo anterior, la información superficial que reciben en un momento donde su atención está concentrada en el nacimiento de su hijo, impide el manejo y

seguimiento adecuado del método de planificación familiar que les fue brindado en los servicios de salud en el puerperio inmediato.

LIMITANTES Y SUGERENCIAS

Utilizar metodologías cualitativas, limita la generalización de los resultados. En función de lo anterior, se recomienda realizar estudios mixtos con metodologías cuantitativas complementarias.

Por otra parte, la realización de entrevistas semiestructuradas e individuales favoreció que la adolescente se sintiera con pena al hablar de su salud sexual y reproductiva, por lo que se sugiere la configuración de grupos focales para estudios futuros.

Con base en los resultados, se identifica pertinente potenciar la capacitación del magisterio en las escuelas de nivel básico de educación, así como realizar estudios que permitan desde un enfoque de investigación acción participativa, incidir directamente en las capacidades del profesorado, para abordar contenidos relacionados con la sexualidad y la reproducción, desde un enfoque transversalizado por los derechos humanos, la perspectiva de género y la interculturalidad.

Se considera necesario trabajar en el diseño de estrategias que permitan el trabajo colaborativo entre instituciones formadoras de profesionales de la salud e instituciones educativas de nivel básico de educación, con el fin de fortalecer los procesos de enseñanza – aprendizaje entre pares en lo que respecta a educación sexual y reproductiva.

Desarrollar, fortalecer y sensibilizar sobre la perspectiva de los servicios amigables al todo el personal que se desempeña dentro de instituciones de salud, debido a que la etapa de la adolescencia es compleja por sí misma. La poca perspectiva amigable que existe actualmente en los servicios, invisibiliza las necesidades de las adolescentes.

Continuar concibiendo a la población adolescente como vulnerable, aun después de que se han convertido en madres, puesto que es donde más redes de apoyo

necesitan, toda vez que han comenzado la reestructuración en los roles que ahora desempeñarán como madres jóvenes.

Reforzar en trabajo intersectorial entre los sectores educativo y de salud, principalmente; sin descartar, la inclusión de otros sectores y de la sociedad.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Gamboa Montejano C, Valdés Robledo S. El embarazo en adolescentes: marco teórico conceptual, políticas públicas, derecho comparado, directrices de la OMS, iniciativas presentadas y opiniones especializadas. [HttpwwwdiputadosgobmxsediaspiSAPI-ISS-38-13pdf](http://www.diputados.gob.mx/sediaspi/SAPI-ISS-38-13pdf) [Internet]. mayo de 2013 [citado el 28 de enero de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.gire.org.mx/handle/123456789/1361>
2. Reyes OF, Coello A, Medrano JC, Talavera AFM, Rodríguez MEM, Quan JCF, et al. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, Honduras 2016. Arch Med [Internet]. 2016 [citado el 10 de julio de 2017]; 12(4). Disponible en: <https://www.omicsonline.org/scholarly-articles/abstracts/complicaciones-obsteacutetricas-en-adolescentes-y-mujeres-adultas-con-o-sin-factores-de-riesgo-asociados-honduras-2016-17381.html>
3. Baena Rivero A, Alba A, Jaramillo MC, Quiroga SC, Luque L. Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental. Aten Fam [Internet]. El 27 de septiembre de 2012 [citado el 10 de julio de 2017]; 19(4). Disponible en: http://www.journals.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/33626
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud (12 de agosto) [Internet]. Aguascalientes, Ags.: INEGI; 2015 [citado el 10 de octubre de 2016] p. 10. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/juventud0.pdf>
5. Gobierno de la República. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes [Internet]. gob.mx. 2014 [citado el 13 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>
6. Organización Panamericana de la Salud. Salud sexual y reproductiva al alcance de adolescentes pobres y en situación de vulnerabilidad. [Internet]. OMS; 2013 [citado el 24 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/SSR-adol-vulnerables.pdf>
7. UNICEF. Informe sobre Equidad en Salud 2016: Análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas. [Internet]. Ciudad de Panamá, República de Panamá: UNICEF; 2016 nov [citado el 1 de marzo de 2017] p. 48. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/media_35076.html

8. Instituto Nacional De Estadística y Geografía. Número de habitantes [Internet]. INEGI. 2015 [citado el 3 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/información/slp/poblacion/default.aspx?tema=me&e=24>
9. Gobierno Estatal de San Luis Potosí. Plan Estatal de Desarrollo 2015 - 2021 [Internet]. Mar 23, 2016. Disponible en: [http://dif.slp.gob.mx/descargas/normatividad/Plan-Estatal-de-Desarrollo-2015-2021-\(23-MAR-2016\).pdf](http://dif.slp.gob.mx/descargas/normatividad/Plan-Estatal-de-Desarrollo-2015-2021-(23-MAR-2016).pdf)
10. Gobierno del Estado de San Luis Potosí. Estrategia Estatal para la Prevención del Embarazo Adolescente en el Estado de San Luis Potosí [Internet]. Dic, 2016. Disponible en: En proceso de publicación
11. Colomer RJ, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. *Pediatría Aten Primaria*. 2013; XV (59):261–9.
12. Ulanowicz MG, Parra KE, Wendler GE, Monzón LT. Riesgos del embarazo adolescente. *Revista de posgrado de la Via Cátedra de Medicina*. 2006; 153(4):13–7.
13. Rodríguez VJ. La Reproducción en la adolescencia en América Latina: viejas y nuevas vulnerabilidades. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*. 2012; 3(2):66–81.
14. Blanco L, Guerra ME, Cedre O. Factores determinantes del embarazo adolescente. *Odontol Pediatr Lima*. Diciembre de 2015; 14(2):109–19.
15. López Rodríguez Y. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. *Rev Cuba Enferm*. Diciembre de 2011; 27(4):337–50.
16. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Hinostroza-Camposano WD, Yancachajlla-Apaza M, Lam-Figueroa N, Chacón-Torrico H. Características De La Violencia Durante El Embarazo En Adolescentes De Lima, Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2013; 30(3):379–85.
17. Pacheco-Sánchez CI. Embarazo en menores de quince años: los motivos y la redefinición del curso de vida. *Salud Pública México*. 2016; 58(1):56–61.
18. Menkes BC, Suárez LL. Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles Poblac* [Internet]. 2003 [citado el 28 de enero de 2017]; 9(35). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11203511>
19. Instituto Nacional De Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 NOTA TÉCNICA [Internet]. Aguascalientes, Ags.: INEGI; 2015 jul [citado el 17 de enero de 2017]. Report No.: 271/15. Disponible en:

http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf

20. Juárez F, Gayet C. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. *Papeles Poblac.* Septiembre de 2005; 11(45):177–219.
21. Quecedo R, Castaño C. Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Rev Psicodidáct.* 2002;(14):5–39.
22. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, De la Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública México.* Abril de 2015; 57(2):135–43.
23. Consejo Nacional de Población. Salud Sexual y Reproductiva - San Luis Potosí [Internet]. CONAPO; 2014 [citado el 31 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Libros_Salud/SL/files/mobille/index.html#1
24. PLAN, INTERVIDA, UNFPA, UNICEF. Estudio del impacto del embarazo, la maternidad y la violencia sexual en niñas y adolescentes salvadoreñas [Internet]. 2016 [citado el 20 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://observatoriodelosderechosdelaninezylaadolescencia.org/blogImages/07Estudio_Embarazo_Adolescente_El%20Salvador_2014.pdf
25. Rodríguez GM de los Á. Factores de riesgo para embarazo adolescente. *Med UPB.* 2008; 27(1):47–58.
26. Secretaría de Educación Pública. EMBARAZO ADOLESCENTE Y MADRES JÓVENES EN MÉXICO: Una visión desde el Promajoven. [INTERNET] [Internet]. Primera. México, Distrito Federal: Editorial y Servicios Culturales El Dragón Rojo; 2012 [citado el 28 de octubre de 2016]. 172 p. Disponible en: http://www.promajoven.sep.gob.mx/files/materiales/Embarazo_Adolescente.pdf
27. Secretaría de Educación Pública. PROMAJOVEN. Bienvenida. [Internet]. 2016 [citado el 28 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.promajoven.sep.gob.mx/es/bienvenida.html>
28. Secretaría de Educación Pública. Convocatoria 2017. Beca de apoyo a la educación básica de madres jóvenes y jóvenes embarazadas (antes Promajoven) del Programa Nacional de Becas. [Internet]. Diario Oficial de la Federación; 2016 [citado el 30 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.promajoven.sep.gob.mx/files/convocatorias/Convocatoria_Promajoven_2017.pdf

29. H. Congreso del Estado de San Luis Potosí, Instituto de Investigaciones Legislativas. Ley de la Persona Joven para el estado y municipios de San Luis Potosí [INTERNET]. [Internet]. Decreto 1160 sep. 19, 2015. Disponible en: <http://sanluis.gob.mx/wp-content/uploads/2015/12/Ley-de-la-Persona-Joeven-para-el-Estado-y-Municipios-de-San-Luis-Potosi.pdf>
30. H. Congreso del Estado de San Luis Potosí, Instituto de Investigaciones Legislativas. Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del estado de San Luis Potosí [Internet]. Decreto 203 ene 2, 2014. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/5_LegislacionNacionalInternacional/Legislacion/Estatal/San%20Luis%20Potos%C3%AD/B/Ley%20de%20Acceso%20de%20las%20Mujeres%20a%20una%20vida%20libre%20de%20violencia.pdf
31. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico: Salud Materna y Perinatal 2013 - 2018. [Internet]. 2013 [citado el 14 de enero de 2017]. Disponible en: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf
32. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico: Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes 2013 -2018 [Internet]. 2013 [citado el 15 de enero de 2017]. Disponible en: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/SSRA/ProgramaAccionSaludSexRep2013_2018.html
33. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar [Internet]. 1993. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
34. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. [Internet]. Abr 7, 2016. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
35. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. [Internet]. Abr 16, 2009. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf>
36. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. [Internet]. Ago. 12, 2015. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015
37. Freyermuth EG, Meneses NS, Romero MM. Evaluation of women's health care programs in the main institutions of the Mexican health system. *Cad Saúde Pública*. Enero de 2015; 31(1):71–81.

38. Núñez Noriega G, Valenzuela A, Judith D. Embarazo adolescente en el noroeste de México: entre la tradición y la modernidad. *Culturales*. Junio de 2012; 8(15):7–46.
39. Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Rev Mex Sociol* [Internet]. El 4 de febrero de 2015 [citado el 11 de julio de 2017]; 76(2). Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rms/article/view/46428>
40. Ayala RM, Ortega EM, Aguilar AA. Historias de vida de un grupo de madres adolescentes del programa de becas para madres jóvenes y jóvenes embarazadas de Baja California Sur. [Internet]. Instituto Sudcaliforniano de la Mujer; 2010 [citado el 16 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/BCS/bcsmeta10.pdf>
41. Garrido-Latorre F, López-Moreno S. Evaluación de los programas y servicios de salud en México. *Salud Pública México*. Enero de 2011; 53:399–401.
42. Bautista C, Nelly Patricia. Proceso de la investigación cualitativa: epistemología, metodología y aplicaciones [Internet]. 1a ed. MANUAL MODERNO; 2011 [citado el 11 de enero de 2017]. 232 p. Disponible en: <http://site.ebrary.com/id/10957673>
43. Salgado LAC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Lib Rev Psicol*. 2007; 13:71–8.
44. Angrosino M. Etnografía y observación participante en investigación cualitativa [Internet]. Vol. La recogida de datos. 2012 [citado el 11 de julio de 2017]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/interpuertoricosp/Doc?id=10832456>
45. Martínez LG. Un Acercamiento Metodológico a La Investigación Cualitativa [Internet]. *Sinéctica, Revista Electrónica de Educación*. 1993 [citado el 25 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99825983002>
46. Arias VMM, Giraldo MCV. El rigor científico en la investigación cualitativa. *Investig Educ En Enferm* [Internet]. 2011 [citado el 16 de junio de 2018]; 29(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=105222406020>
47. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investig En Educ Médica*. El 1 de julio de 2013; 2(7):162–7.
48. Ander-Egg E. Técnicas de investigación social. Buenos Aires: Lumen; 1995.
49. Kawulich BB. Participant Observation as a Data Collection Method. *Forum Qual Sozialforschung Forum Qual Soc Res* [Internet]. El 31 de mayo de 2005 [citado el 20 de enero de 2018]; 6(2). Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/466>

50. UNICEF ARGENTINA. Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población [Internet]. 2013 [citado el 17 de enero de 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/Embarazo_adolescente_Argentina-VB.pdf
51. Tesauro de la Biblioteca Agrícola Nacional de Estados Unidos. BARRERA SOCIAL - ¿Qué es barrera social? - significado, definición, traducción y sinónimos para barrera social [Internet]. boletinagrario.com. 2013 [citado el 17 de julio de 2017]. Disponible en: [ap-6, barrera-social, 1520.html](http://ap-6.boletinagrario.com/barrera-social/1520.html)
52. Figueroa PD, Cavalcanti CGM. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enferm Glob*. Enero de 2014; 13(33):267–78.
53. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. [Internet]. 1a Ed. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002 [citado el 16 de junio de 2017]. 341 p. (Contus). Disponible en: <https://books.google.com.co/books?id=TmgvTb4tiR8C&printsec=frontcover&q=isbn:9586556247&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjevYzitdfbAhWouVkkHc4oAr0Q6AEIJzAA#v=onepage&q&f=false>
54. Báez y Pérez de Tudela J. Investigación cualitativa. 2a ed. Madrid, España: ESIC Editorial; 2009. 402 p.
55. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos Seúl, Corea 2008 [Internet]. [Citado el 25 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
56. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. 1986 [citado el 31 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
57. Kvale S. Las entrevistas en investigación cualitativa [Internet]. 1a ed. 2011 [citado el 11 de julio de 2017]. 200 p. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/interpuertoricosp/Doc?id=10832119>
58. Secretaría de Educación Pública. Padrón Nacional de Beneficiarias de la Beca de Apoyo a la Educación de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas [Internet]. 2016 [citado el 26 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.promajoven.sep.gob.mx/files/padron/Padron_2016.pdf
59. Secretaría de Educación Pública. Logros 2015 de la Beca de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (antes

- Promajoven) [Internet]. 2015 [citado el 27 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.promajoven.sep.gob.mx/files/logros/Logros_2015.pdf
60. Mícher CML. Población, desarrollo y salud sexual y reproductiva. México; 2004.
 61. Monsalve DLE. Perfil epidemiológico de la salud sexual y reproductiva de un grupo de adolescentes escolarizados: una perspectiva desde los derechos. Bello-Colombia. 2005-2008. MedUNAB [Internet]. 2011 [citado el 24 de mayo de 2018]; 14(1). Disponible en: <http://revistasnew.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/882>
 62. Rojas R, De Castro F, Villalobos A, Allen-Leigh B, Romero M, Braverman-Bronstein A, et al. Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. Salud Pública México. Febrero de 2017; 59(1):19–27.
 63. Moreno S, León CM, Becerra L. Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. Espac Abierto [Internet]. 2006 [citado el 13 de abril de 2018]; 15(4). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=12215405>
 64. Atehortúa GIC, Arango CD. Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva. Medellín (Colombia). Investig Educ En Enferm [Internet]. 2012 [citado el 12 de junio de 2018]; 30(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=105224287007>
 65. Educación para la sexualidad con bases científicas. Documento de consenso de Madrid. Recomendaciones de un grupo internacional de expertos. Educación sexual - SIDA STUDI [Internet]. Educación sexual - SIDA STUDI. [Citado el 6 de junio de 2018]. Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/ff80818144207da80145e017be0a0659>
 66. Secretaría de Educación Pública. Ciencias Naturales 4to año de Primaria. Ciudad de México; 2016. 162 p.
 67. Torres EJM, Lozano LA, Rodríguez WN. Formación de promotores por la equidad de género desde la infancia / Formation of promoters of gender equity since childhood. Rev Cuba Salud Pública. 2013; 893.
 68. International Planned Parenthood Federation. DELIVER+ENABLE TOOLKIT: Scaling-up comprehensive sexuality education (CSE) [Internet]. IPPF. 2017 [citado el 25 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.ippf.org/resource/deliverenable-toolkit-scaling-comprehensive-sexuality-education-cse>

69. Juárez F, Palma JL, Singh S, Bankole A. Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes en México: Retos y Oportunidades [Internet]. Guttmacher Institute. 2016 [citado el 15 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/report/las-necesidades-de-salud-sexual-y-reproductiva-de-las-adolescentes-en-mexico-retos-y>
70. Páramo M de los Á. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Ter Psicológica*. 2011; 29(1):85–95.
71. Bedoya MLD. Prevención del embarazo adolescente en Medellín: ¿publicidad o comunicación? *Folios Rev Fac Comun* [Internet]. El 21 de octubre de 2010 [citado el 31 de mayo de 2018]; 0(18). Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/folios/article/view/7322>
72. Secretaría de Salud de Medellín, Municipio de Medellín. Proyecto Sol y Luna: Una respuesta innovadora de la ciudad de Medellín. *Rev Salud Pública Medellín*. 2010; 5(1):71.
73. Giraldo MCV, Castaño LRA. Actitudes Sexuales de los escolares de secundaria de Medellín. 2010.
74. Sandoval J de D, Rodríguez Gázquez M de los Á, García González GI, Gallo Restrepo NE. Salud sexual y reproductiva en adolescentes en Medellín, 2006. *Rev Salud Pública de Medellín*. Junio de 2008; 3(1):7–25.
75. Profamilia Educ@. Cápsula Embarazometro [Internet]. [Citado el 21 de junio de 2018]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2015/Juegos/Embarazometro/index.html>
76. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. “Estadísticas a propósito del día mundial de Internet (17 DE MAYO)” [Internet]. Aguascalientes, Ags.: INEGI; 2017 may p. 12. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/internet2017_Nal.pdf
77. Presidencia de la República. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes [Internet]. Disponible en: <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/ley-general-de-los-derechos-de-niNas-niNos-y-adolescentes#36209>
78. Bustos RI, González RV. Fundamentos del enfoque de competencias para la vida y de la transversalidad en el Ministerio de Educación Pública. *Rev Electrónica Educ*. 2007; XI (2):45–61.
79. Valencia JNN, Solera MNF. Necesidades De Aprendizaje Para La Sexualidad De Jóvenes Entre 10 Y 19 Años En El Caribe Colombiano. *Investig Desarro*. 2009; 17(1):106–31.

80. Carmona CGM. Conocimientos y actitudes hacia los anticonceptivos en los adolescentes del tercer año de secundaria del colegio nacional “Dora Mayer” Bellavista-Callao, agosto-setiembre de 2008. Rev Perú Obstet Enferm [Internet]. El 8 de marzo de 2009 [citado el 30 de agosto de 2018]; 5(1). Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/629>
81. Luengo CX, Zepeda OAJ, Tijero MM, Millán KT. Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva. Rev Chil Pediatría. Diciembre de 2012; 83(6):540–51.
82. Romero C del R, Piedrahita CM, Ochoa M, Vargas RCE. Condón: uso y creencias de la población en el centro de Medellín en 2005. Rev Salud Pública de Medellín. Junio de 2008; 3(1):37–46.
83. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González MJ, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. Salud Pública México. Diciembre de 2013; 55(6):572–9.
84. Vega RI, Barrón AG, Acosta LP. Atención prenatal según la NOM-007 relacionada con morbilidad materna. Fac Nac Salud Pública El Escen Para Salud Pública Desde Cienc. 2012; 30(3):265–72.
85. Instituto Mexicano del Seguro Social. Sitio Web “Acercando el IMSS al Ciudadano” [Internet]. 2017 [citado el 13 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/maternidad/estas-embarazada/acuerdo-196-2005>
86. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, UNFPA, UNICEF. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, D.C., Estados Unidos de América; 2016 08 [citado el 13 de agosto de 2018] p. 52. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/informes/acelerar-el-progreso-hacia-la-reducci%C3%B3n-del-embarazo-adolescente-en-am%C3%A9rica-latina-y-el>
87. Secretaría de Salud. Seguro Popular [Internet]. 2016 [citado el 13 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.seguropopular.org/>
88. Secretaría de Salud. Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes [Internet]. 2017 [citado el 25 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/modelo-de-atencion-integral-en-salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes>
89. Educación Integral de la Sexualidad: Conceptos, Enfoques y Competencias | Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [Internet]. [Citado el 14 de agosto de 2018]. Disponible en:

http://www.unesco.org/new/es/santiago/resources/single-publication/news/educacion_integral_de_la_sexualidad_conceptos_enfoques_y/

90. Ministerio de Protección Social, UNFPA. Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes [Internet]. UNFPA; 2008. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Modelo%20de%20servicios%20de%20salud%20amigables%20para%20adolescentes%20y%20j%C3%B3venes.pdf>
91. Allen-Leigh B, Villalobos A, I Hernández-Serrato M, Suarez L, de la Vara E, de Castro F, et al. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública México*. El 1 de diciembre de 2012; 55:S235–40.
92. Castro R. Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos [Internet]. Primera. Cuernavaca, Morelos: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2015 [citado el 14 de agosto de 2018]. 320 p. Disponible en: <https://www.crim.unam.mx/web/node/312>
93. Mayorga N, Bucio R, Chemor P, Gúezmes A, Luna PMA. TODAS SUPLEMENTO MENSUAL. MILENIO. Abril de 2017; 28.
94. Organización de las Naciones Unidas. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. El 15 de agosto de 2013; 28.
95. Salinas AM. Percepción de riesgo y actitud hacia la anticoncepción en mujeres con embarazo de alto riesgo. *Salud Pública México*. 1994; 36(5):513–20.

X. ANEXOS

Anexo No. 1

GUÍA DE ENTREVISTA PARA LAS PARTICIPANTES.

Evaluación cualitativa de las acciones preventivas del embarazo en la adolescencia

Objetivo: Explorar con precisión y detalle las acciones de prevención que han recibido como usuarias de los servicios de salud, madres adolescentes inscritas a PROMAJOVEN.

Entendiendo la prevención primaria, secundaria y terciaria, como:

Prevención Primaria: Engloba las intervenciones dirigidas a evitar la presencia de un embarazo no deseado, dentro de estas intervenciones se encuentra la información acerca de derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, así como proveer a los jóvenes de métodos anticonceptivos respetando su libre decisión.

Prevención Secundaria: Incluye todas aquellas acciones encaminadas a disminuir el riesgo reproductivo, es decir, cuando se presenta el embarazo, limitar los riesgos tanto para la diada materno-fetal hasta que termine el embarazo, proveer de una atención integral de calidad en los servicios de salud.

Prevención Terciaria: Aplicación de medidas que prevengan un nuevo embarazo, asegurando así una mejor calidad de vida al recién nacido y reduciendo la posibilidad de desertar de la escuela.

Preguntas contextualizadoras

Se iniciará preguntando datos personales como nombre, edad, dirección, estado civil, ocupación.

Posteriormente se indagará sobre antecedentes gineco-obstétricos específicos: Número de embarazos, de partos, edades de la mujer en los embarazos, experiencias de abortos y muertes fetales o al nacimiento.

1.- Las acciones para la prevención del embarazo (Prevención primaria)

Haciendo un poco de memoria ¿Recuerdas la primera vez que alguien te habló de cuestiones de sexualidad, de embarazo y de su prevención?

¿Qué otras personas te llegaron a hablar de estas cuestiones? Trata de hacer memoria y recordar las más que puedas.

De manera específica, ¿recuerdas haber recibido alguna información desde los servicios de salud? Sí es así, ¿Cuál fue esta información y como fue esa experiencia?

Recuerda el momento en que decidiste iniciar con relaciones sexuales ¿Cómo lo decidiste? ¿Qué sentimientos tenías al pensar que eso pasaría (temor, emoción, seguridad, miedo)? ¿A quién se lo platicaste y para qué?

¿Te acercaste a algún servicio de salud para prevenir un embarazo? ¿Cómo fue esta experiencia? *(Indagar si iba sola o acompañada, la atendió un hombre o mujer, cual fue la reacción del servidor de salud, le hicieron valoración o no, la dejaron elegir libremente o le prescribieron el método)

Si no te acercaste ¿Cuáles fueron los motivos para no hacerlo? (miedo, lejanía, ignorancia, experiencias malas por otras amigas, negación de la pareja, etc.)

¿Qué experiencias tuviste cuando solicitaste el método que elegiste en los servicios de salud? * (Indagar si se lo brindaron o no, se lo cambiaron por otro, se lo negaron, no estaba en existencia, etc.)

Las acciones durante el embarazo y el parto (Prevención Secundaria)

¿Cómo te enteraste que estabas embarazada?

¿Quién te acompañaba a las consultas durante el embarazo?

¿Qué era lo que te decía el médico o la enfermera en las consultas del embarazo, acerca de los métodos anticonceptivos?

¿Podrías contarme como fue todo el día del parto, desde que comenzaste a sentir los dolores de parto?

Las acciones posteriores al embarazo (Prevención terciaria)

Recuerda el momento en que recibiste información sobre métodos anticonceptivos después de resultar embarazada o haber tenido a tu hijo ¿Quién te dio esta información, que te dijeron y como fue en general tu experiencia?

Si actualmente utilizas un método. ¿Cómo fue que lo conseguiste y te decidiste específicamente por ese y no por otro?

Si es que actualmente no usas un método ¿Cuáles son las razones para no usarlo?

De manera específica, ¿Cómo actuaron los servicios de salud después del nacimiento de tu hijo para ofertarte un método anticonceptivo? ¿Cómo fue esta experiencia para ti? (Ejemplo: Promovieron que alguien más opinara al respecto (madre o esposo), la obligaron a usar un MPF, le condicionaron un servicio o programa, le explicaron, le hicieron ver que es un derecho, le hicieron valoración o no, la dejaron elegir libremente o le prescribieron el método)

Finalmente, si es que utilizas un MPF, ¿Cómo haces el seguimiento de que esté funcione adecuadamente? (¿acude a los servicios de salud? ¿Con que frecuencia? ¿Cómo le programan las citas? ¿Acude a brigadas?)

Anexo No. 2

CARTA AL COMITÉ PARA CAMBIO DE TÍTULO DEL PROYECTO.



Abril 17, 2018

L.E. PAOLA GABRIELA GONZALEZ NAVA
ALUMNA DE LA MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
GENERACIÓN 2016-2018
Presente.-

Por este conducto le informamos que, en sesión del Comité Académico de Salud Pública, celebrada el 10 de abril del presente año, dimos lectura a la carta donde informa a este comité sobre el cambio del título de su protocolo de investigación, el cual queda de la siguiente manera "Evaluación cualitativa de las acciones preventivas del embarazo en la adolescencia: Un estudio desde la perspectiva de madres adolescentes de "PROMAJOVEN"."

Este Comité concuerda en las razones para modificar el título de investigación, por lo que aprueba su solicitud.

Sin otro particular y haciendo votos para la exitosa conclusión de su trabajo de tesis, reiteramos a usted la seguridad de nuestra atenta y distinguida consideración.

"SIEMPRE AUTÓNOMA. POR MI PATRIA EDUCARÉ "

FIRMA

Integrantes del CA-MSP

Dr. Darío Gaytán Hernández

Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra.

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores.

Dra. Claudia Inés Victoria Campos

Dra. Paola Algara Suarez

Dra. Ma. del Carmen Pérez Rodríguez

Mtra. Ma. Guadalupe Guerrero Rosales

Dra. Verónica Gallegos García



Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. (444) 826 2300
Ext. Recepción 5010 y 5011
Administración 5063
Posgrado 5071
www.uaslp.mx

Anexo No. 3

GUÍA DE ENTREVISTA PARA INFORMANTE CLAVE

Evaluación cualitativa de las acciones preventivas del embarazo en la adolescencia

Objetivo: Explorar con precisión las características y el contexto en el que se desarrolla Promajoven en cuanto al embarazo adolescente.

El Informante clave deberá ser una persona que esté directamente vinculada con las adolescentes, que conozca a profundidad el programa y se desempeñe en él, pudiendo ser el coordinador del programa.

1. Datos generales del informante.
 - Nombre, puesto, antigüedad en la institución y específicamente en el programa.
 - Perfil profesional (Licenciatura, especialidad, posgrado)

2. Información sobre el programa sectorial
 - ¿Cuáles son los antecedentes del programa PROMAJOVEN? (Cuando surge, en qué periodo, con qué presidente, los nombres que ha tenido a lo largo de su existencia, porque surge, como se ha evaluado y que resultados ha tenido en estas evaluaciones)
 - ¿Qué avances o retrocesos ha tenido el programa a nivel federal? ¿Se ha actualizado?, ¿Se ha incrementado o reducido el presupuesto? ¿Se han establecido nuevas vinculaciones con otros programas o sectores?

3. Funcionamiento del programa a nivel estatal
 - ¿Cuándo surge y cómo surge en nuestro Estado? (con que gobernador, si existieron resistencias en un inicio, si se involucraron intereses políticos u organizaciones no gubernamentales)

4. Características de la población beneficiada desde su inicio (número de beneficiarias, logros que se han tenido, fracasos documentados, resistencias

de las usuarias para participar en el programa, ataques políticos al programa, denuncias o conflictos).

5. Perfil de las beneficiarias (condiciones que deben cumplir las adolescentes para poder acceder a Promajoven, y causas de recisión del apoyo)
Perfil y características del personal que opera el programa a nivel estatal (Numero de servidores públicos que se involucran en el programa, funciones y perfil).
6. Vinculación del programa con otros programas, sectores o instituciones ¿con quienes se vincula y cómo? (aquí entra la vinculación con servicios de salud).
7. Evaluaciones y actualizaciones del programa (Si se han evaluado resultados, se ha elaborado alguna estrategia particular en el Estado, si han recibido reconocimiento a nivel federal).
8. Capacitación y habilitación de recursos en el programa. (Si se han tomado cursos sobre temas relacionados con embarazo adolescente, regularidad con que se ha hecho).
9. Funcionamiento del programa (Acciones que se llevan a cabo desde el programa, población usuaria estimada, reuniones con usuarias, métodos de convocatoria, acciones que se desarrollan con ellas, objetivo de las acciones, regularidad con que se les convoca, resultados obtenidos).
10. Evaluación personal del programa (Limitantes y oportunidades que identifica para el funcionamiento del programa, desempeño observado en el programa y comparado con el programa en otros estados).

Anexo No. 4

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

La organización y determinación de tiempos y actividades para el desarrollo del presente proyecto fueron establecidas con las informantes que participaron en el proyecto. A continuación, se muestran de manera general las actividades y tiempo restante para la investigación.

FECHA ACTIVIDAD	SEPTIEMBRE- DICIEMBRE 2016	FEBRERO 2017	MARZO 2017	ABRIL 2017	MAYO 2017	JUNIO 2017	JULIO 2017	AGOSTO 2017	SEPTIEMBRE 2017	OCTUBRE 2017	NOVIEMBRE 2017	DICIEMBRE 2017	ENERO- FEBRERO 2018	MARZO - ABRIL 2018	MAYO - JUNIO 2018	JULIO - AGOSTO 2018
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	®	®	®	®	®	®	®	®	®	®	®	®	®	®	®	®
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO	®															
PRESENTACIÓN DE AVANCES EN SEMINARIO DE TESIS I, II, III Y IV.		®						®					®			®
REALIZACIÓN DE CORRECCIONES DE SEMINARIO DE TESIS I			®	®												
PRESENTACIÓN ANTE COMITÉ DE LA MAESTRÍA				®												
PRESENTACIÓN ANTE CEIFE					®											
RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN					®	®	®	®	®	®	®	®	®			
ELABORACIÓN DE INFORME DE PROYECTO													®	®		
ESTANCIA DE INVESTIGACIÓN													®	®		
REDACCIÓN DE ARTICULO DE PUBLICACIÓN														®	®	®

Anexo No. 5

CARTA DE APROBACIÓN DE COMITÉ ACADÉMICO DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Mayo 04, 2017

PAOLA GABRIELA GONZALEZ NAVA
ALUMNA DE LA MAESTRIA ES SALUD PÚBLICA
GENERACION 2016-2018
P R E S E N T E.-

Por este conducto le informamos que en sesión del Comité Académico de Salud Pública, celebrada el 04 de mayo del presente año, se registró y aprobó su protocolo de tesis denominado "EVALUACION CUALITATIVA DE LAS ACCIONES PREVETIVAS PRIMARIAS Y TERCARIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA". Con clave **GIX 14-2017**.

No obstante, se realizaron observaciones que deberá atender y reflejarse las modificaciones en el Seminario de Tesis II, por lo que se le solicita acudir con las Dras. Verónica Gallegos García y Ma. del Carmen Pérez Rodríguez para conocer con más detalles los aspectos a mejorar.

Sin otro particular, reiteramos la seguridad de nuestra atenta y distinguida consideración.

"SIEMPRE AUTÓNOMA. POR MI PATRIA EDUCARÉ"

Integrantes del CA-MSP

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores

Dra. Verónica Gallegos García

Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra

Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez

Dr. Darío Gaytán Hernández

Dra. Paola Algara Suarez

FIRMA



Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria - C.P. 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. (444) 826 2300
Ext. Recepción 5010 y 5011
Administración 5063
Posgrado 5071
www.uaslp.mx

Archivo Posgrado
DRA YYRF/rpm

Anexo No. 6

CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN (CEIFE) DE LA UASLP.



EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN DE LA UASLP.

Título del proyecto: "Evaluación cualitativa de las acciones preventivas primarias y terciarias del embarazo en la adolescencia: Un estudio desde la perspectiva de madres adolescentes PROMAJOVEN".


Responsable: Paola Gabriela González Nava.

Fecha: 12 de junio del 2017.

Criterios	Presente	Ausente	No Aplica	Observaciones
1. Se incluye el título del proyecto.	X			
2. Se mencionan autores, coautores y colaboradores.	X			
3. El protocolo de investigación incluye los elementos mínimos señalados en el anexo 2.	X			
4. Presenta el apartado de consideraciones éticas y legales.	X			
5. Muestra coherencia de los elementos éticos presentados con especificidad y fundamentación al tipo de estudio.	X			
6. Menciona la normatividad nacional e internacional sobre los elementos éticos a desarrollar en el proyecto, desde su estructuración hasta la publicación de resultados.	X			
7. Señala la coherencia de los elementos metodológicos a desarrollar con los aspectos de consideración ética.	X			
8. Presenta carta de consentimiento informado de acuerdo a la especificidad metodológica y riesgo del estudio.	X			
9. Se explicita el apoyo financiero con relación al compromiso de la publicación de los resultados.	X			
10. Presenta la declaración y especificación de la ausencia de conflictos de interés de los miembros del equipo para el desarrollo del proyecto.	X			
11. Aclara los mecanismos de transferencia de los productos de la investigación. (Patente)			X	
12. Especifica los procedimientos para garantizar el derecho de autor en la investigación. (Carta de no conflicto de intereses)	X			

Dictamen: Se otorga registro **CEIFE-2017-223** y se le solicita enviar un informe sobre los avances del proyecto en un periodo de seis meses al correo: ceife.uaslp@gmail.com

Atentamente,


COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



Av. Niño Artillero 130.
Zona Universitaria - CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. (444) 826 2300
Ext. Recepción 5010 y 5011
Administración 5063.
Posgrado 5071
www.uaslp.mx

Anexo No. 7

PRESUPUESTO

El siguiente presupuesto estimado contempla los recursos necesarios para la realización del presente proyecto de investigación.

ARTÍCULO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD REQUERIDA	PRECIO TOTAL
1 paquete de 500 hojas tamaño carta	\$150.00	1	\$150.00
Materia de papelería (lapiceros, lápices)	\$100.00	5 lapiceros 5 lápices	\$100.00
Copias	\$00.30	50	\$15,00
Impresora HP Laserjet P1109w	\$1600.00	1	\$1,600.00
Laptop	\$10,000.00	1	\$10,000.00
Memorias USB	\$150.00	4	\$450.00
Grabadora Digital	\$3,500.00	1	\$3,500.00
Caja de 10 Cd regrabables	\$59.00	2	\$128.00
Gastos de transporte (Gasolina)			\$3,000.00
Agenda	\$200.00	2	\$400.00
Inscripción a congreso nacional	\$2,000.00	1	\$2000.00
Gastos de Transporte al congreso	\$5,000.00	1	\$5,000.00
Hospedaje en el lugar del congreso	\$1200 por noche por persona	2 Noches/1 persona	\$2,400.00
Alimentación	\$600.00 por día	2 Noches/1 persona	\$1,200.00
Total			\$29,943.00

Anexo No. 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADOLESCENTE

Documento de Consentimiento Informado para adolescentes madres inscritas en PROMAJOVEN.

Soy estudiante de la Maestría en Salud Pública en la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de San Luis Potosí. En este momento me encuentro realizando un estudio que lleva por nombre “Evaluación cualitativa de las acciones preventivas primarias y terciarias del embarazo en la adolescencia: Un estudio desde la perspectiva de madres adolescentes de PROMAJOVEN”, para realizarlo necesitamos tu colaboración así como la colaboración de otras madres adolescentes de tu edad, ya que necesitamos realizar una o varias entrevistas individuales, a través de las cuales podamos comprender como las jóvenes inscritas en PROMAJOVEN viven su salud sexual, así como el acceso que tienen a servicios de salud.

Queremos decirte que nos gustaría mucho que participaras, pero es tu decisión hacerlo o no; si aceptas participar, te garantizamos que no tendrás que responder cuestiones que te resulten incómodas y que podrás renunciar a participar en cualquier momento de la plática.

Tu participación consistirá en entablar una plática con la investigadora, la entrevista será individual, la cual tendrá una duración aproximada de 40 a 60 minutos. Te garantizamos que esta plática no implica algún riesgo para tu salud.

Es importante que sepas que lo que tú nos platiques podrá ser publicado, sin mencionar tu nombre, datos personales o características, por lo que tu historia puede tomarse en cuenta para implementar medidas en salud sexual y reproductiva, teniendo la oportunidad de contribuir en las vidas de otras adolescentes de tu edad que no tienen la oportunidad de hablar, pero que tal vez sus historias sean muy similares, es necesario que tengas plena seguridad de que en caso de negarte a participar no habrá ningún tipo de represalias por las instituciones que están colaborando a convocarte.

Para firma:

“Sé que puedo elegir participar en la investigación. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información y la entiendo; me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas en cualquier momento en caso de que las tenga. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo. Acepto participar en la investigación”.

De antemano te agradezco tu atención y me pongo a tu disposición.

Nombre de la adolescente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Copia dada a la participante: _____ (iniciales del investigador/asistente).
Datos con los que puede localizar a la investigadora principal si tuviese alguna duda, información o sugerencia adicional.

L.E. Paola Gabriela González Nava.

Facultad de Enfermería.

Benemérita Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Tel. 0 44 44 41 96 95 17

Correo: pao_nava@msn.com

ANEXO No. 9

CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERÉS

A quien corresponda:

Por medio de la presente nos permitimos informar que los involucrados en el protocolo de investigación "Evaluación cualitativa de las acciones preventivas primarias y terciarias del embarazo en la adolescencia: Un estudio desde la perspectiva de madres adolescentes de PROMAJOVEN" no tienen conflicto de intereses derivados de la pretensión de obtener beneficios económicos por sí mismos o a través de la participación de otras instancias y con la finalidad de que ello quede claramente establecido desde la generación del presente proyecto, hasta la publicación de resultados los diferentes productos que se generen.

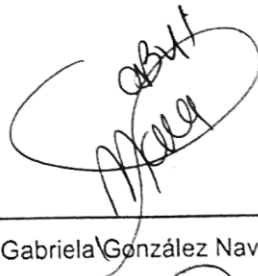
Se dará el debido crédito a los participantes, como autora principal corresponde a la Lic. En Enfermería Paola Gabriela González Nava, como co-autores la Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores, y el Dr. Eduardo Hernández Ibarra, por lo que todos tendrán obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de investigación y serán responsables de la integridad y exactitud de los informes, además de aceptar en común acuerdo las normas éticas de entrega de información, para lo cual será necesaria la publicación de resultados negativos e inconclusos así como los positivos.

Exponemos que si derivado de esta tesis se generan publicaciones, para la publicación del primer artículo el primer autor será Paola Gabriela González Nava, compartiendo autoría como segundo y tercer autor la directora y asesor de tesis.

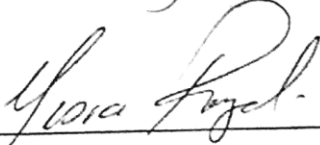
Si se genera un segundo artículo derivado de esta tesis tendrá como primer autor a la Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores, directora de la tesis y como segundo autor a la Lic. En Enfermería Paola Gabriela González Nava, en tanto el tercer autor será el Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra. En futuras publicaciones el orden

a lo anterior podrán aparecer como autores otros investigadores incluso si no participaron en la creación de la tesis ello siempre y cuando el investigador que se incorpore participe en la generación del artículo y si así lo aprueban los autores que aparecen en esta tesis. El financiamiento de las publicaciones u otros productos derivados tales como carteles, folletos o trabajos de difusión serán solventados en partes iguales por todos los participantes.

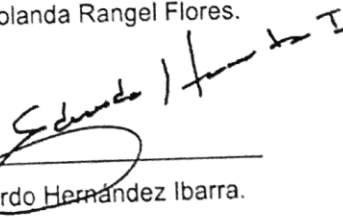
Se firma de acuerdo con lo estipulado en el presente documento.



L.E. Paola Gabriela González Nava.



Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores.



Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra.