



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

---

---

**IMPLICACIONES BIOPSIICOSOCIALES DEL EMBARAZO  
ADOLESCENTE DE REGIONES PERIFÉRICAS DEL ESTADO DE  
HIDALGO: ENFOQUE EN ACOMPAÑAMIENTOS**

Tesis que para obtener el grado de:

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

Presenta:

**LIC. YURITZI MARIANA GARCÍA CAMACHO**

Director de Tesis:

**DR. SANTOS NOÉ HERRERA MIJANGOS**

Co-Director de Tesis:

**DR. JORGE GONZALO ESCOBAR TORRES**

San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, agosto 2023.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Medical Sciences

Área Académica de Psicología

Department of Psychology

18 de agosto de 2023

ICSa/MPS/078/2023

Asunto: Asignación de Jurado de Examen

García Camacho Yuritzí Mariana
Alumno de la Maestría en Psicología de la Salud
Presente

Por medio de este conducto le comunico el jurado que le fue asignado a su Tesis titulada "Implicaciones biopsicosociales del embarazo adolescente de regiones periféricas del Estado de Hidalgo: enfoque en acompañamientos", con el cual obtendrá el Grado de Maestría en Psicología de la Salud. Después de revisar la tesis mencionada y haber realizado las correcciones acordadas, han decidido autorizar la impresión de la misma.

A continuación, se anotan las firmas de conformidad de los integrantes del jurado:

PRESIDENTE Dr. Jorge Gonzalo Escobar Torres (Codirector de tesis)

SECRETARIO Dra. Dayana Luna Reyes

PRIMER VOCAL Dr. Santos Noé Herrera Mijangos (Director de tesis)

SUPLENTE Dr. Sergio López Ramos

SUPLENTE Mtro. Rafael Castelán Martínez

Handwritten signatures of the jury members.

Sin otro en particular, reitero a usted la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente
"Amor, Orden y Progreso"

Signature of Dra. Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña
Dra. Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña
Directora del Instituto de Ciencias de la Salud
Dean

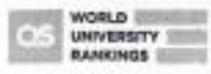
Signature of Dra. Lydia López Rontigo
Dra. Lydia López Rontigo
Coordinadora de Posgrado del ICSa
Director of Graduate Studies of ICSa

Signature of Dr. Abel Lema Talamantes
Dr. Abel Lema Talamantes
Jefe del Área Académica de Psicología
Chair of the Department of Psychology
C.c.p. Archivo

Signature of Dra. Lilian Elizabeth Bosques Brugada
Dra. Lilian Elizabeth Bosques Brugada
Coordinadora del Programa Educativo
Director of Graduate Studies



Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n
Carretera Pachuca Actopan. San Agustín
Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00
Ext. 4325, 4313, 4326
psicologia@uaeh.edu.mx



Este proyecto de investigación se realizó con el apoyo del Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) y el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnología (CONAHCYT), encargados de promover el avance de la investigación científica, bajo el proyecto titulado “Implicaciones biopsicosociales del embarazo adolescente de regiones periféricas del Estado de Hidalgo: enfoque en acompañamientos”, con número de beca **792328** y número de cuenta institucional **231635**. Bajo la responsabilidad del Dr. Santos Noé Herrera Mijangos y la revisión del Dr. Jorge Gonzalo Escobar Torres, Dra. Dayana Luna Reyes, Dr. Sergio López Ramos, y el Mtro. Rafael Castelán Martínez; como parte del cuerpo académico e investigadores invitados de la Maestría en Psicología de la Salud.

## **Agradecimientos**

A las personas participantes de esta investigación originarias de Acaxochitlán, Tepehuacán de Guerrero y Zacualtipán de Ángeles del estado de Hidalgo, quienes brindaron sus experiencias y puntos de vista para hacer posible este escrito.  
Principalmente a las mujeres adolescentes.

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnología (CONAHCYT), que me mantuvo becada con fondos públicos. El privilegio económico e intelectual de volver a pisar un aula de clases.

A la UAEH, la universidad pública de mi estado; que me ha brindado en tres niveles las herramientas para soñar despierta en la construcción colectiva de un nuevo mundo.  
Especialmente en el campo de la psicología social de la salud.

Al Dr. Noé por recibirme en su cubículo, por enseñarme de la estructura y el pragmatismo. Por su acompañamiento, la paciencia, los consejos, las discusiones teóricas, y sus enseñanzas sobre la vida, la familia y la amistad...

A la Dra. Dayana, la mujer que me enseñó a escribir, a ser crítica y que, aún estuvo al pendiente de mí, en todo momento. Mi mentora.

A Servicios de Inclusión Integral y Derechos Humanos A.C. (SEIINAC) y a quienes le integran, por formarme como persona defensora de derechos humanos. Por sembrar en mí el compromiso con los derechos sexuales y reproductivos de las infancias y adolescencias. Especialmente a Rafita, necio soñador que con cariño y paciencia me brindó su mano y conocimiento en este caminar.

A mis compañeras y compañeros del posgrado, con quienes nos arropamos en los tiempos del COVID-19 y de regreso a la "nueva normalidad". Gracias infinitas por la contención, las risas y la dulzura; hicieron este proceso más ameno.

A mis padres y mis hermanas Racoon y Cheto de queso, por el aguante, las lágrimas, el cariño sincero, los desayunos y el apoyo incondicional.

A la tierna memoria de Onésimo que, a pesar de la distancia en este proceso, motivó con momentos vividos y su pasión por la historia de México algunas de mis reflexiones.

A mi cuerpo de mujer suplementado y vitaminado, a mis construcciones identitarias que se fragmentaron y (re)construyeron en el camino, a mis deseos inconscientes de maternidad, a mi amor nunca muerto, a mis lágrimas, a mi vulnerabilidad, pero principalmente a mi fuerza.

Agradezco a todo mi ser, por existir y resistir el terremoto de la vida.

## **Escribir es crisis<sup>1</sup>**

“Escribir, es crisis. La tinta me sale del cérvix, debo sacarla con mi dedo sin miedo al dolor del placer de placebos. Me entrego a lo eterno de esta tristeza, que no precisa certezas. La vida es ácida cereza; asida a mi cabeza las memorias que me pesan.

Así, da igual si mi rudeza de maleza, es mala hierba. Tragué hiedra y se poliedra ante mis ojos, una estrella. ¡Vaya mierda!, precisar vanidad sobre esta piel yerta. El destello dio brillo sobre el espejo del cielo. Me reflejé en el hielo y al verme, el corazón se me hizo piedra.

Hoy, hay tregua.

Envenenada accedo a los cajones olvidados de mi alma, una gota de sudor recorre mi espalda. El sol apenas alumbra y la ciudad aún no se levanta, me siento animala palpitando con la respiración de una jacaranda. Entonces, a las palmas de mis manos les crecieron plantas y alimento de mi placenta palabras combinadas que escupe mi garganta, o si no, me atragantan.

No tengo miedo al caos, a la rebelión de mis átomos, al nudo en el estómago que me desato, al arrebató de histeria que me recorre sin recato. Rodearme solo de gatos, del ronroneo del murmullo de los arroyos que nacen de los tejados, del olor a libros en el que escondo mi nariz todos los días un rato. Se ha roto el encanto.

Las burbujas se van reventando, hay cosas que duelen tanto; prefiero desangrarme en armonías de llanto, organizo mi rabia en métricas de espanto todas las noches para morir y renacer, aunque sea un poco: canto.

No esperes nada de esta poesía envenenada”.

---

<sup>1</sup> Intro (escribir es crisis), del álbum “Poesía venenosa” del año 2015, de Rebeca Lane.

## Contenido

<b>Abstract .....</b>	<b>12</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>13</b>
Vicisitudes, sitios y estructura para adentrarnos en el embarazo adolescente .....	13
<b>Planteamiento del problema.....</b>	<b>21</b>
Estado del arte sobre el embarazo adolescente .....	21
Justificación .....	38
<b>Marco conceptual y jurídico .....</b>	<b>40</b>
<b>Capítulo I: El embarazo adolescente como un fenómeno de íntimas implicaciones biopsicosociales .....</b>	<b>40</b>
1.1. La adolescencia como etapa del desarrollo humano .....	40
1.2. El panorama del embarazo adolescente en México e Hidalgo .....	43
1.3. ¿Es un problema el embarazo en la adolescencia? .....	48
1.4. Algunas implicaciones biopsicosociales de experimentar un embarazo en la adolescencia.....	49
1.5. El embarazo en la adolescencia es un tema de Derechos Humanos .....	52
1.5.1. El Modelo de las Determinantes Sociales de la Salud .....	52
1.5.2. El embarazo adolescente y las Determinantes Sociales de la Salud .....	54
1.5.3. Políticas para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescencias .....	57
1.5.4. La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia .....	60
1.5.5. Estrategia Hidalguense para la Prevención del Embarazo en Adolescentes .....	63
1.5.6. Ruta para la Atención y Protección de Niñas y Adolescentes, Madres y/o Embarazadas Menores de 15 Años en el Estado de Hidalgo (NAME).....	64
<b>Capítulo II: Construcciones y dinámicas epistemológicas, metafóricas y culturales de la sexualidad.....</b>	<b>66</b>
2.1. Los conocimientos situados como aproximación epistemológica .....	66
2.1.1. La teoría del punto de vista .....	68
2.1.2. Pensamientos periféricos y fronterizos .....	69
2.2. Enfoque de la construcción corporal: órgano-emoción.....	72
2.3. Cuerpo y memoria para reconstruir la sexualidad en nuestro territorio.....	74
2.3.1. La sexualidad en el México prehispánico .....	74
2.3.2. La sexualidad en la conquista y el México colonial .....	78
2.3.3. Explorando los cambios de la sexualidad mexicana en la modernidad.....	80
2.4. Relaciones de poder propias de la sexualidad o política de las corporalidades .....	83

<b>Marco metodológico .....</b>	<b>87</b>
<b>Capítulo III: Dispositivo metodológico para aproximarnos al embarazo adolescente en regiones periféricas del Estado de Hidalgo .....</b>	<b>87</b>
3.1. El enfoque cualitativo como apuesta metodológica para entretejer nuestros puntos de vista sobre el embarazo adolescente.....	87
3.2. Los métodos cualitativos son funcionalmente flexibles: una imbricación entre los métodos biográfico y etnográfico.....	89
3.2.1. Método biográfico .....	89
3.2.2. Etnografía multilocal .....	90
3.3. Técnicas, instrumentos y herramientas usados en la recolección de información.....	91
3.4. Escenarios .....	93
3.4.1. Acaxochitlán el “Lugar donde florece el carrizo” .....	93
3.4.2. Tepehuacán de Guerrero el “Lugar montañoso” .....	96
3.4.3. Zacualtipán de Ángeles el “Lugar de escondites” .....	99
3.5. Población.....	101
3.6. Descripción del proceso de sistematización y análisis de la información cualitativa.....	104
3.7. Algunas consideraciones éticas .....	106
<b>Resultados de investigación .....</b>	<b>108</b>
<b>Capítulo IV: Desafíos de la adolescencia, relatos sobre embarazo, crecimiento personal y acompañamientos.....</b>	<b>108</b>
4.1. Relatos de vida de mujeres adolescentes, sus embarazos y maternidades .....	109
4.1.1. Amira: “El embarazo planeado y deseado de una madre soltera” .....	109
4.1.2. Guadalupe: “Construirse seguridad física y emocional mediante una familia” .....	117
4.1.3. Aiko: “Compartir mi cuerpo bajo el ideal de cuidado, respeto y responsabilidad” ....	124
4.1.4. Sofía: “El (auto) conocimiento asistido a través de la maternidad” .....	132
4.1.5. Rosa: “Una historia de soledad, abandonos y de un embarazo no deseado, ni planeado” .....	139
4.2. Relatos de vida de hombres adolescentes y sus paternidades .....	149
4.2.1. Benjamín “Estás sólo y sólo te vas” .....	149
4.2.2. Rodrigo: “Convertirse en un padre joven también es cosa de señores” .....	156
4.2.3. Rogelio: “Iniciando la paternidad, negando la realidad” .....	163
4.3. Desafíos frente al embarazo: Reflexiones sobre los procesos de maternidad y paternidad adolescente .....	169
4.3.1. Embarazo adolescente como resultado sanitario .....	169
4.3.2. Implicaciones biopsicosociales .....	176
4.3.3. Vulnerabilidades por grupo de población.....	184

4.3.4. Exposición al entorno físico, cultural y social.....	189
4.3.5. Posición y estrato socioeconómico.....	195
4.4. Relatos de acompañantes en salud sexual y reproductiva.....	202
4.4.1. Luna “Nuevas generaciones de profesionales acompañando salud sexual y reproductiva en Acaxochitlán” .....	202
4.4.2. Ramón: “Más que promotor en salud un líder al servicio de la comunidad” .....	207
4.4.3. José: “Acompañante en un sistema que es mediador entre la tradición y la modernidad” .....	214
4.5. Más allá del consultorio: Reflexiones sobre acompañantes en salud sexual y reproductiva .....	221
4.5.1. Formas y temáticas desarrolladas en acompañamientos para la salud sexual y reproductiva .....	221
4.5.2. Obstáculos, dificultades y necesidades en los acompañamientos en salud sexual y reproductiva .....	225
4.5.3. Elementos para mejorar los acompañamientos en salud sexual y reproductiva .....	230
<b>Discusiones y conclusiones.....</b>	<b>233</b>
<b>Capítulo V: Sobre el embarazo adolescente en regiones periféricas del Estado de Hidalgo .</b>	<b>233</b>
5.1. Determinantes sociales de la salud e implicaciones biopsicosociales .....	233
5.2. Formas de acompañamiento en salud sexual y reproductiva.....	240
5.3. Limitaciones y sugerencias para considerar en futuras investigaciones.....	242
<b>Propuesta.....</b>	<b>245</b>
<b>Elaborando acompañamientos para el bienestar biopsicosocial en la salud sexual y reproductiva adolescente .....</b>	<b>245</b>
6.1. Elementos desde la “tercera fuerza” de la psicología.....	247
6.1.1. La Entrevista Motivacional y la estrategia “cara a cara”.....	250
6.2. Sobre la promoción en sexualidad integral.....	255
6.2.1. Elementos para hablar de salud sexual y reproductiva.....	259
6.2.2. El Modelo Holónico de la Sexualidad Humana .....	259
6.3. Acompañamiento especializado en la reproductividad de las mujeres .....	261
6.3.1. Sistema reproductivo de las mujeres.....	263
6.3.2. Métodos antifecondativos .....	267
<b>Referencias.....</b>	<b>270</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Estado del arte sobre el fenómeno del embarazo adolescente .....	22
<b>Tabla 2.</b> Madres adolescentes en México.....	44
<b>Tabla 3.</b> Fecundidad adolescente en Hidalgo .....	45
<b>Tabla 4.</b> Afiliación a los servicios de salud.....	46
<b>Tabla 5.</b> Derechos sexuales y reproductivos.....	58
<b>Tabla 6.</b> Inventario de entrevistas semiestructuradas.....	103
<b>Tabla 7.</b> Fase de preparación del “cara a cara” .....	252
<b>Tabla 8.</b> Elementos de apoyo según la etapa del cambio.....	254
<b>Tabla 9.</b> Familias de métodos antifecondativos .....	268

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Municipios del estado de Hidalgo prioritarios en embarazo adolescente.....	47
<b>Figura 2.</b> Modelo de las Determinantes Sociales de la Salud .....	53
<b>Figura 3.</b> Corriente de análisis desde el MDSS .....	54
<b>Figura 4.</b> Marco normativo que sustenta el ejercicio sexual y reproductivo.....	60
<b>Figura 5.</b> Pirámide de impacto sobre la salud.....	62
<b>Figura 6.</b> Ubicación geográfica de Acaxochitlán.....	94
<b>Figura 7.</b> Ubicación geográfica de Tepehuacán de Guerrero.....	97
<b>Figura 8.</b> Ubicación geográfica de Zacualtipán de Ángeles.....	99
<b>Figura 9.</b> El ciclo de la experiencia desde la Gestalt .....	249
<b>Figura 10.</b> Modelo Holónico de la Sexualidad Humana .....	260
<b>Figura 11.</b> Órganos genitales externos de las mujeres .....	263
<b>Figura 12.</b> Órganos genitales internos de las mujeres .....	264
<b>Figura 13.</b> Método Sintotérmico .....	267

## ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

<b>Fotografía 1.</b> Centro de la cabecera municipal de Acaxochitlán. ....	93
<b>Fotografía 2.</b> Tapete de aserrín en la iglesia del Señor del Colateral. ....	94
<b>Fotografía 3.</b> Adolescente con bebé junto a tapete de aserrín.....	95
<b>Fotografía 4.</b> Mujeres comerciantes de artesanías en el centro de Acaxochitlán. ....	95
<b>Fotografía 5.</b> Óleo de las festividades del Señor del Colateral.....	95
<b>Fotografía 6.</b> Amanecer en Tepehuacán de Guerrero. ....	96
<b>Fotografía 7.</b> Vivienda en Tepehuacán.....	97
<b>Fotografía 8.</b> Parque e iglesia de la cabecera municipal de Tepehuacán de Guerrero.....	98
<b>Fotografía 9.</b> Instalaciones del Partido Revolucionario Institucional (PRI) de Tepehuacán.....	98
<b>Fotografía 10.</b> Plaza de la constitución en Zacualtipán de Ángeles. ....	99
<b>Fotografía 11.</b> Casas en Zacualtipán de Ángeles .....	100
<b>Fotografía 12.</b> Pareja adolescente paseando.....	100
<b>Fotografía 13.</b> Calles de la cabecera municipal de Zacualtipán de Ángeles .....	101
<b>Fotografía 14.</b> Pareja adolescente con bebé en Plaza Constitución. ....	148
<b>Fotografía 15.</b> Centro de Salud de Tepehuacán de Guerrero. ....	213
<b>Fotografía 16.</b> Centro de salud de la cabecera municipal de Zacualtipán de Ángeles.....	220

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO 1.</b> Cronograma de actividades .....	282
<b>ANEXO 2.</b> Formato de uso para el método sintotérmico .....	283
<b>ANEXO 3.</b> Consentimiento informado para personas participantes .....	284
<b>ANEXO 4.</b> Formato de guía de entrevista semiestructurada para adolescentes que fueron madre y padres durante su adolescencia.....	285
<b>ANEXO 5.</b> Formato de guía de entrevista semiestructurada para acompañantes en salud sexual y reproductiva.....	287
<b>ANEXO 6.</b> Formato de diario de campo .....	288
<b>ANEXO 7.</b> Diarios de campo Acaxochitlán .....	289
<b>ANEXO 8.</b> Diarios de campo Tepehuacán de Guerrero .....	293
<b>ANEXO 9.</b> Diario de campo Zacualtipán de Ángeles .....	299

## Resumen

El embarazo adolescente es una problemática de salud pública en México, con íntimas implicaciones en el bienestar biopsicosocial adolescente. Desde el punto de vista psicológico, pueden surgir crisis frecuentes y experimentar diversas emociones como ansiedad, tristeza e ira; además de sentirse culpables o negar la situación. A nivel físico, pueden surgir complicaciones como abortos inseguros, embarazos complicados o ruptura prematura de membranas debido a la inmadurez de las estructuras reproductivas, lo que dificulta el parto. En el ámbito social, pueden enfrentar dificultades en las relaciones de pareja, familiares y comunitarias, e incluso sufrir discriminación. En este sentido, la siguiente investigación desde la psicología de la salud se interesó por indagar algunas formas de acompañamiento que pueden contribuir al bienestar biopsicosocial de las adolescencias en contextos *periféricos* del estado de Hidalgo. Con un fundamento epistemológico en el campo de los conocimientos situados, y desde una metodología cualitativa del tipo etnográfico. Los resultados, reconocen las perspectivas subjetivas de cinco mujeres y tres hombres adolescentes; así como, de tres personas acompañantes de salud sexual y reproductiva, pertenecientes a Acaxochitlán, Tepehuacán de Guerrero y Zacualtipán de Ángeles. Las discusiones y conclusiones indican que el embarazo adolescente es el reflejo de desigualdades sociales más amplias, las cuales deberían abordarse de forma integral, mediante el uso de estrategias y metodologías adaptadas a los contextos. Nuestro planteamiento pretende contribuir con información relevante sobre el fenómeno del embarazo adolescente en el estado de Hidalgo y brindar insumos para la construcción de espacios de acompañamiento integral en materia de salud sexual y reproductiva.

**Palabras Clave:** Embarazo adolescente, biopsicosocial, acompañamiento, salud sexual y reproductiva.

## **Abstract**

Adolescent pregnancy is a public health problem in Mexico, with intimate implications for adolescent biopsychosocial well-being. From the psychological point of view, frequent crises can arise and experience various emotions such as anxiety, sadness and anger; in addition to feeling guilty or denying the situation. On a physical level, complications such as unsafe abortions, complicated pregnancies or premature rupture of membranes can arise due to the immaturity of the reproductive structures, making childbirth difficult. In the social sphere, they may face difficulties in relationships with their partner, family, and community, and may even experience discrimination. In this sense, the following research from health psychology was interested in investigating some forms of accompaniment that can contribute to the biopsychosocial well-being of adolescents in peripheral contexts of the state of Hidalgo. With an epistemological foundation in the field of situated knowledge, and from a qualitative methodology of the ethnographic type. The results recognize the subjective perspectives of five adolescent women and three adolescent men; as well as three sexual and reproductive health companions, belonging to Acaxochitlán, Tepehuacán de Guerrero and Zacualtipán de Ángeles. The discussions and conclusions indicate that adolescent pregnancy is a reflection of broader social inequalities, which should be addressed comprehensively, through the use of strategies and methodologies adapted to the contexts. Our approach aims to contribute with relevant information on the phenomenon of adolescent pregnancy in the state of Hidalgo and provide inputs for the construction of spaces for comprehensive support in matters of sexual and reproductive health.

**Keywords:** Adolescent pregnancy, biopsychosocial, accompaniment, sexual and reproductive health.

# Introducción

## Vicisitudes, sitios y estructura para adentrarnos en el embarazo adolescente

*“Desde mi ser completo de mujer en ese (des) orden: emociones, cuerpo y razón”.*  
-Mariana García.

En un acto de congruencia, me parece imprescindible contextualizar en esta introducción a las personas que leerán este documento. Pues, lo aquí plasmado proviene de un profundo trabajo de escritorio y campo; pero también de mi *situacionalidad*<sup>2</sup>. Durante los dos años que trabajé este proyecto, me cuestioné y confronté ideológicamente desde mi quehacer como psicóloga de la salud y persona defensora de Derechos Humanos (DDHH). Por lo que advierto a quienes me leerán que todo lo plasmado proviene de esas construcciones, o como lo referí al principio, *desde mi ser completo de mujer en ese (des) orden: emociones, cuerpo y razón*. Así desde el debate permanente me dispuse a investigar, leer, reflexionar y aprender sobre tecnologías académicas que me permitieran abordar congruentemente el fenómeno del embarazo adolescente. Para llegar a lo aquí escrito, trabajé arduamente en ensamblar e intentar alinear los componentes epistemológicos, teóricos y metodológicos; para brindar solidez a esta investigación. Pero he de admitir que los primeros intentos me hacían sentir frustrada y limitada.

En marzo del 2022 realicé una estancia de investigación con el Dr. Sergio López Ramos, especialista en los temas de la relación *órgano-emoción* y enfermedades *psicosomáticas*. Él me brindó una serie de lecturas para construir mi segundo capítulo teórico; el cual, escribí y reescribí unas 10 veces. En las lecturas venía el título, *“Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer”* de Christine Northrup (1999), quién es una reconocida ginecobstetra. Fue una lectura interesante, ya que en 518 páginas la autora cuestiona el *sistema sanitario* de tipo *biomédico*<sup>3</sup>, y busca priorizar la sabiduría anatómica de los cuerpos de las mujeres. Explica la construcción histórica y *biomédica* de procesos como la fertilidad, la menstruación, el embarazo, el parto, la maternidad, así como, algunos

---

<sup>2</sup> *Situar* la escritura implica considerar el lugar personal desde donde se escribe la historia, la cultura, la economía, las creencias, los valores, las tradiciones; y cómo este ejercicio va a impactar en el fenómeno que se observa (Calixto, 2022).

<sup>3</sup> El *modelo biomédico*, es un enfoque dominante en la mayoría de los entornos occidentales de atención a la *salud*. Se ha construido a partir de la premisa de que el estado de *salud*, es puramente la ausencia de la enfermedad.

procesos fisiopatológicos inherentes a las mujeres. Mediante la exposición de su experiencia en algunos casos clínicos, fue inevitable observar la relación entre las creencias, las emociones y la salud *biopsicosocial* de las mujeres.

Northrup (1999) relata haber sentido miedo y vergüenza al publicar su libro, pues considera que el *autoconocimiento* es una propuesta arriesgada para el sistema *biomédico* de corte *positivista*. Ya que este modelo entiende el cuerpo humano como una zona de “*guerra*”, donde la enfermedad es el “*principal enemigo*”. Motivo por el cual, desde los sistemas de salud se interviene agresivamente con “*artillería pesada*”. Es decir, mediante indicaciones estrictas, fármacos y cirugías. Omitiendo y denigrando otro tipo de tratamientos humanitarios, naturales, o no farmacológicos que producen beneficios a la salud. En este sentido, la investigación en salud que suele ser ortodoxa excluye toda investigación que no lucha por una valía cuantificable y demostrativa.

Simultáneamente Herrera y Chaparro (2008), reseñan que el sistema *biomédico* es reduccionista por la influencia del posicionamiento *positivista*, engendrado en el paradigma cartesiano. Reconocido por el lema “*pienso, luego existo*”. Es decir, que se prioriza la razón sobre los procesos emocionales y corporales. Así, bajo el enfoque *biomédico/positivista* el cuerpo se analiza a partir de sus diferentes partes y la enfermedad se entiende como un funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos. Por lo que, el reconocimiento de los procesos emocionales no ha tenido cabida en los sistemas sanitarios hasta principios de siglo XX.

Intentando no perder el punto inicial, sobre ¿cómo *situar* mi postura política en la construcción de este trabajo de investigación? Para mi sorpresa al igual que Northrup (1999), tenía miedo, vergüenza y culpabilidad. Pues, en mi labor como *psicóloga-investigadora*, me encaminaba a pensar y escribir desde un enfoque más *crítico*. En este sentido, mi trabajo podría ser incómodo a las formas convencionales de elaborar investigación en psicología de la salud. Pues tradicionalmente a esta disciplina se le han impuesto los paradigmas *biomédico* y *positivista*. Es decir, más “*artillería pesada*” pero ahora en la dimensión de lo *afectivo, cognitivo* y *corporal*. Por lo cual, la elaboración de este trabajo de investigación intentó, al igual que la propuesta para elaborar investigación en ciencias sociales de Calixto (2022), brindar un enfoque *situacional* y *afectivo*. Pues creemos desde el campo de la psicología, que las emociones brindan una fuente de

comprensión para abordar los fenómenos en cuestión, al estar intrínsecamente ligadas a la experiencia humana. Es decir, que las emociones de quiénes investigamos pueden dar origen a temas y reflexiones que contribuyen al ámbito de la salud.

En este sentido, a mi crítica sobre el sistema *biomédico* implantado en la construcción de elementos para la psicología de la salud, le sumé mi experiencia como promotora y defensora de derechos humanos. En donde he acompañado procesos sobre la salud sexual y reproductiva de niñas, niños y adolescentes, aborto y casos de violencia en contra de las mujeres en el estado de Hidalgo y la región. Por ende, a nivel personal y en el espacio público me he asumido *feminista* en múltiples ocasiones, posicionamiento que me ha interpelado en múltiples espacios y momentos de mi vida. Así, me adhiero a la postura de Gamba (2008), quién refiere que no se puede hablar de *feminismo* como un movimiento social, académico, político, económico y cultural de las mujeres en singular, sino como plural. Debido a la diversidad de enfoques y espacios en los que la lucha por la reivindicación de la dignidad de las mujeres se manifiesta a nivel mundial. Por lo tanto, existen tantos tipos de feminismos, como mujeres en la tierra.

De manera general y a grandes rasgos, los *feminismos* desde sus diferentes enfoques buscan la transformación de las *relaciones de poder* y la desigualdad. Las cuales, están marcadas jerárquicamente por el *androcentrismo*<sup>4</sup>, así como su supuesta racionalidad al interior de las sociedades. Los *feminismos* buscan que las mujeres puedan construir autonomías y erradicar las múltiples violencias que hemos vivido por el simple hecho de ser mujeres a través de la historia.

Mi identidad política ha gustado, ha incomodado y también ha hecho que me violenten en espacios públicos y académicos. Sin embargo, comparto la mirada de Zenteno y Guerra (2019), quienes refieren que las violencias sistemáticas y estructurales en contra de las niñas, adolescentes y mujeres no son una problemática nueva en el tejido social, no es coyuntural y tampoco se trata de conductas aisladas de personas con psicopatologías, que golpean, maltratan o asesinan. Es un fenómeno que implica una complejidad de factores, como las desigualdades económicas, políticas y estructurales,

---

<sup>4</sup> El *androcentrismo* es la expresión del *sexismo*, donde se toma al *hombre/masculino* como prototipo y *centro* de la experiencia humana. A su vez, el *sexismo* implica una actitud discriminatoria que hace distinción de las personas según su *sexo/género* (Jass, 2012 en Castelán y Olvera, 2015).

las inequidades en el ejercicio de los derechos humanos, así como en los reforzadores de representaciones *binarias*<sup>5</sup> en las sociedades.

En México y en el estado de Hidalgo enfrentamos una situación grave de violencia en contra de las mujeres. Panorama que no nace de romantizar mi identidad política, sino con base en información proporcionados por del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP, 2022), que refiere que a nivel nacional en enero y febrero del año 2022 se registraron 155 feminicidios; 977 durante el año 2021 y 949 en el 2020. Con respecto a la violencia de pareja, durante enero y febrero del año 2022 se registraron 89,898 denuncias.

En el estado de Hidalgo de enero a febrero del 2022 se registraron 693 denuncias por violencia de pareja y 126 violaciones (SESNSP, 2022). Paralelamente, Servicios de Inclusión Integral y Derechos Humanos A.C. (SEIINAC, 2022) en colaboración con el Observatorio Ciudadano Nacional del Femicidio, registraron 145 casos de muertes violentas, posibles feminicidios. Lo anterior es de considerarse ya que algunos embarazos adolescentes, principalmente de niñas de 10 a 14 años pueden ser producto de violencias sexuales y uniones desiguales o forzadas (OMS, 2022).

Así, entre 2017 y 2019 se presentaron aproximadamente 2 mil 486 carpetas de investigación en la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños, Adolescentes y la Familia del Estado de Hidalgo, relacionadas con violencia sexual hacia niñas y adolescentes. El rango de edad más prevalente fue de 10 a 17 años (Mota, 2019). Y con base en la Procuraduría General de Justicia del Estado de Hidalgo (2020), durante el primer trimestre del 2020, niñas y adolescentes de la entidad experimentaron 107 abusos sexuales y 114 violaciones.

La información anterior evidencia que la violencia en contra de las mujeres es un fenómeno presente en México y el estado de Hidalgo. Mismo, que tiene intimas repercusiones en el bienestar biopsicosocial de las mujeres adultas, pero también en niñas y adolescentes. Pudiendo vivir dobles o triples vulneraciones a sus DDHH. En este sentido, Rico (1996) refiere que el fenómeno de la violencia en contra de las mujeres no sólo se encuentra presente en los espacios cerrados o íntimos, sino que se encuentra

---

<sup>5</sup> El *binarismo* es una forma de conocimiento socialmente elaborada, compartida y normada, sobre los roles que implican ser “hombre o mujer”. Mirada que descarta cualquier existencia sexo-genérica distinta.

respaldado por el conjunto de condiciones sociales, políticas, culturales, económicas, académicas e ideológicas. Condiciones que articulan procesos de subordinación y vulneración social hacia este sector.

En este sentido el siguiente trabajo presenta los resultados de una investigación enfocada en las implicaciones biopsicosociales y formas de acompañamiento en salud sexual y reproductiva, que recibieron adolescentes frente al embarazo en la adolescencia en municipios *periféricos* del estado de Hidalgo. Los cuales fueron Acaxochitlán, Tepehuacán de Guerrero y Zacualtipán de Ángeles, los cuales poseen altos índices de embarazos en la adolescencia. Pues, este fenómeno es una problemática de salud en México y en el mundo, principalmente cuando estos son no deseados, ni planeados; y cuando existen consecuencias biopsicosociales en las adolescentes gestantes.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSS y DDDR) consideran que este tipo de embarazos vulneran el derecho a decidir sobre la *reproductividad* y evidencian el poco acceso e inexistencia de los servicios de salud y a acompañamientos dignos, donde se brinde atención e información actualizada, científica y oportuna, así como métodos antifecundativos (OMS, 2020). En este sentido, procurando que las personas que lleguen a este documento se familiaricen progresivamente con el tema, y construyan una visión desde lo que leen y reflexionan, se organizó el documento en un planteamiento del problema, cinco capítulos y una propuesta de acompañamiento desde la *tercera fuerza de la psicología*.

En el planteamiento del problema se muestra la revisión de literatura, o bien, el estado del arte del embarazo en la adolescencia. En donde se recuperaron 20 investigaciones integradas por revisiones sistemáticas, estudios cualitativos y cuantitativos, de los años 2010 al 2020, así como uno del 2004 considerado un clásico en México. Igualmente, se muestra un análisis del estado de la cuestión y se formula la justificación de esta investigación. Consecutivamente, se muestra la pregunta de investigación, el objetivo general y los objetivos específicos que dieron línea a este trabajo.

El capítulo uno, es un apartado teórico y jurídico que a su vez se divide en dos subapartados. El primer subapartado aborda la adolescencia como etapa del desarrollo humano, se muestran estadísticas mundiales, nacionales y estatales sobre el embarazo

en la adolescencia, y se señalan teóricamente algunas implicaciones biopsicosociales de experimentar una gesta en este momento de vida. El segundo subapartado aborda desde los Derechos Humanos (DDHH), el embarazo en la adolescencia como el resultado de las inequidades sanitarias desde el modelo explicativo de las *Determinantes Sociales de la Salud* (MDSS) y se refiere algunos marcos jurídicos, estrategias nacionales y estatales, que comprometen al estado mexicano en la prevención y atención del embarazo adolescente.

El capítulo dos, también es un apartado teórico que pretende problematizar las construcciones sobre la *sexualidad humana* y su experiencia, como un ámbito íntimamente implicado en el embarazo en la adolescencia. El capítulo inicia con la descripción del posicionamiento epistemológico de los *conocimientos situados*; en él se delimita la importancia del *punto de vista*, y se especifica a qué nos referimos desde este trabajo con el término *regiones periféricas*, desde el enfoque de los *pensamientos fronterizos*. Consecutivamente, se desarrollan algunos elementos del enfoque de la *construcción corporal: órgano-emoción*, vinculado a la obtención de un estado de bienestar biopsicosocial. Seguido de un breve recorrido histórico de la sexualidad en nuestro territorio, el cual tiene la finalidad de rastrear su construcción colectiva, así como, analizar sus implicaciones desde el enfoque de la *biopolítica* de los cuerpos.

El capítulo tres, muestra el dispositivo metodológico que se diseñó para la elaboración de esta investigación, en él se explica y justifica el uso de la metodología cualitativa, así como de la imbricación de los métodos *etnográfico* y *biográfico*. Simultáneamente, se exponen las técnicas utilizadas para la recolección de información en campo. De manera general se describen como escenarios de investigación, los municipios de Acaxochitlán, Tepehuacán de Guerrero y Zacualtipán de Ángeles. Se describen las formas selección y acercamiento con las personas participantes. Y se finaliza este capítulo, con la explicación sobre el tratamiento de la información recolectada en el trabajo de campo, se especifica el proceso de sistematización de la información presentada como *relatos de vida*, así como su análisis.

El capítulo cuatro corresponde a la presentación de resultados, los cuales están plasmados en once *relatos de vida*, divididos en tres apartados correspondientes al grupo de población: mujeres, hombres y acompañantes en salud sexual y reproductiva,

pertenecientes a los municipios: Acaxochitlán, Tepehuacán de Guerrero y Zacualtipán de Ángeles. Siendo este capítulo el más importante de este trabajo de investigación, ya que describe las implicaciones biopsicosociales y las formas en las que fueron acompañadas Amira, Guadalupe, Aiko, Sofía y Rosa, así como Benjamín, Rodrigo y Rogelio. Ocho adolescentes que de forma diferenciada y subjetiva experimentaron un embarazo en esta etapa del desarrollo, y que actualmente ejercen sus maternidades y paternidades. Por otro lado, en este capítulo también se encuentran los relatos de Luna, Ramón y José, tres personas jóvenes dedicadas al acompañamiento en salud sexual y reproductiva, y a la atención clínica de mujeres adolescentes gestantes, en los servicios sanitarios del estado de Hidalgo. Así, este capítulo contiene las voces y *punto de vista* de las personas participantes, principalmente de las adolescencias. Ya que ellas son las constructoras de sus sexualidades en un contexto y espacio generacional específico.

Igualmente, el capítulo cuarto contiene dos apartados de análisis de los once relatos de vida elaborado del entretendido de los *puntos de vista* de las personas participantes, mi propia mirada como investigadora proveniente de los diarios de campo, así como, algunos componentes teóricos. En este capítulo se utilizó una lógica transversal *interseccional*, entendida como una perspectiva teórica que imbrica *situacionalmente* elementos como el *género*, la edad, la *clase social*, *espacios geopolíticos*, etc. Así mismo, se encuentran diferenciados los análisis y discusiones de las adolescencias, con respecto a las de las personas acompañantes en *salud sexual y reproductiva*. Consecutivamente, para el análisis de las adolescencias se adaptó el MDSS, y se presentan los ejes: resultado sanitario, consecuencias biopsicosociales, vulnerabilidades como grupo de población, exposición a su entorno físico, cultural y social, así como, la posición sociopolítica y económica de sus contextos. El análisis de los relatos de las adolescencias, simultáneamente está diferenciado por sexo/género.

Consecutivamente, se encuentra el análisis de las personas acompañantes con los ejes: descripción de los sistemas de salud, percepciones sobre el embarazo en la adolescencia, tipos de acompañamientos y reflexiones para mejorar los acompañamientos en DDSS y DDDR.

El capítulo cinco, es un apartado de discusiones y conclusiones finales, las cuales pudiesen servir para futuras investigaciones, el diseño de intervenciones sobre sexualidad, o reflexiones para incidir en políticas sobre *salud sexual y reproductiva*.

El último apartado es una propuesta para la elaboración de acompañamientos para el bienestar biopsicosocial en *salud sexual y reproductiva*. En donde se desarrolla desde *la tercera fuerza de la psicología* una alternativa *humanista y holística* de intervención desde la *Entrevista Motivacional (EM)* y la *Estrategia “cara a cara”*, para realizar acompañamientos individuales y grupales. Igualmente, contempla algunos elementos transversales a los acompañamientos como lo es el Modelo Holónico de la Sexualidad Humana y una sección para abordar la *reproductividad* de las mujeres. Finalmente, el documento muestra las referencias bibliográficas utilizadas, los anexos que contienen los instrumentos para la recolección de información en campo, los consentimientos informados que se utilizaron con las personas participantes y mis diarios de campo.

En esta introducción, se presentaron las vicisitudes relacionadas con la escritura y estructura de este documento, con el propósito de contextualizar el marco desde el cual se abordarán las implicaciones y acompañamientos para el bienestar biopsicosocial en embarazos adolescentes. Ya que, el documento representa una combinación de enfoques emergentes y críticos, considerados como *posmodernos*<sup>6</sup>. Esperamos que el siguiente trabajo aporte al campo de la *psicología de la salud*, información sobre las vivencias *sexuales y reproductivas* de las adolescencias. Para priorizar la construcción de nuevas formas de acompañamiento, intervenciones clínicas oportunas y articulaciones comunitarias, que logren contribuir a su bienestar *biopsicosocial* y a la garantía de los DDHH de las adolescencias hidalguenses.

---

<sup>6</sup> El pensamiento *posmoderno* se basa en la libertad de crítica. Bajo esta mirada, la modernidad está en declive y sus posturas son insuficientes para explicar la realidad, pues se basan en una perspectiva teórica universal, sustentada en: la razón y lo objetivo. La modernidad volvió a las personas y situaciones sociales en algo inamovible y acabado, dejando de lado: la diversidad, la subjetividad, las emociones, la superstición y los diferentes escenarios (Piedra, 2003).

## Planteamiento del problema

*“Tenía un ser dentro de mí, que dependía de mí y no estaba emocionalmente estable. Pasé depresión durante el embarazo, no quería tener un bebé. Incluso me encerré en el cuarto una semana sin comer y sin bañarme por tanta frustración”*

*-Fragmento de entrevista con Rosa, Zacualtipán de Ángeles.*

## Estado del arte sobre el embarazo adolescente

Rosa evidencia una de las problemáticas por la que atraviesan millones de adolescentes, el embarazo no deseado, ni planeado. Aunque existen mujeres que deciden voluntariamente la maternidad, existe una gran mayoría de adolescentes que no lo desean. Porque al igual que Rosa, pueden experimentar una “montaña rusa” de emociones que les afecta biopsicosocialmente.

Existen múltiples investigaciones desde diversos campos interdisciplinarios en torno al fenómeno del embarazo adolescente. El siguiente planteamiento del problema muestra de manera general 20 investigaciones de los últimos años sobre el tema. Se presenta una revisión de literatura del año 2010 al año 2020, y un estudio considerado “clásico en México” del año 2004; con la finalidad, de develar al lector el estado del arte de nuestro objeto de estudio.

Las investigaciones que se presentan exploran el embarazo en la adolescencia desde los factores psicológicos asociados a la salud biopsicosocial adolescente, la diversidad de contextos culturales, sociodemográficos y geopolíticos, cambios generacionales y perspectiva de género. Los estudios fueron recuperados de buscadores de artículos indexados, así como, de bases de tesis nacionales. Las palabras claves utilizadas para su búsqueda, fueron: embarazo en la adolescencia, maternidades y paternidades adolescentes, bienestar biopsicosocial, salud emocional, resiliencia, estilos de afrontamiento, acompañamientos, apoyo social, entre otros.

A continuación, se muestra una tabla que contiene las investigaciones revisadas, las cuales están ordenadas de forma cronológica. Así mismo, la tabla contiene el nombre de los autores, el título de la investigación y el tipo de estudio. Posteriormente, se presenta una descripción general de cada investigación y al finalizar un análisis del estado de la cuestión.

**Tabla 1. Estado del arte sobre el fenómeno del embarazo adolescente**

No.	Año	Autores	Título del estudio	Tipo de estudio
1	2020	Figuroa, et al.	Percepción de las adolescentes frente al embarazo: revisión sistemática.	Revisión sistemática
2	2020	Sañudo	Embarazo adolescente: complicaciones obstétricas y perinatales. Revisión sistemática.	Revisión sistemática
3	2020	Gayet y Juárez	Influencia de las creencias de género en la trayectoria sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes mexicanas.	Estudio cuantitativo
4	2020	Pérez, et al.	Las perspectivas de las y los adolescentes sobre la práctica sexual en comunidades de Chiapas, México	Estudio cualitativo
5	2019	Madrid, et al.	Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales	Estudio cualitativo
6	2019	Botero, et al.	Configuración de la identidad en padres adolescentes: un estudio cualitativo	Estudio cualitativo
7	2019	Avellaneda y Torres	Adolescencia, sexualidad y reproducción: tres dimensiones fundamentales para la comprensión del fenómeno del embarazo adolescente.	Estudio cualitativo
8	2018	Santa Cruz, et al.	Apoyo social y resiliencia en adolescentes embarazadas del centro de salud Huambocancha Baja, Cajamarca	Estudio cuantitativo
9	2018	Ocampo	Determinantes sociales de la salud en el embarazo adolescente	Revisión sistemática
10	2018	Gómez	Derechos sexuales y reproductivos en la escuela secundaria: Una propuesta para la prevención del embarazo adolescente	Estudio mixto
11	2018	Alcalde	Apoyo social percibido y resiliencia en adolescentes embarazadas de centros de salud de Villa El Salvador	Estudio cuantitativo
12	2018	Pérez	Representaciones sociales sobre el embarazo adolescente en estudiantes de bachillerato del Estado de Oaxaca.	Estudio cualitativo
13	2017	García, et al.	El embarazo adolescente desde una Perspectiva contemporánea	Estudio cuantitativo
14	2017	Flores, et al.	Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública	Revisión sistemática
15	2012	Núñez y Ayala	Embarazo adolescente en el noroeste de México: entre la tradición y la modernidad.	Estudio cualitativo
16	2012	Zambrano, et al.	Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas	Estudio cuantitativo
17	2011	Calessio, et al.	Maternidad adolescente en inmigrantes en el contexto catalán	Estudio cualitativo
18	2010	Sipsma, et al.	Deseo de embarazo adolescente e incidencia de embarazo	Estudio cuantitativo
19	2010	Darvill y Farrand	Factores psicológicos que impactan en las experiencias de las mujeres sobre la maternidad por primera vez: un estudio cualitativo de la transición	Estudio cualitativo
20	2004	Stern	Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México	Estudio mixto

*Nota.* Investigaciones sobre embarazo en la adolescencia del año 2020 al 2010 y una del 2004.

La tabla 1, comienza con una investigación elaborada por Figueroa (*et al.*, 2020), que tuvo por objetivo describir la percepción de mujeres adolescentes frente al embarazo. La cual usó una metodología cualitativa para la elaboración de revisiones sistemáticas y recopiló información de distintas bases de revistas científicas indexadas. Los resultados se clasifican en tres categorías: representaciones psicológicas, experiencias fisiopatológicas y vivencias sociales en el embarazo adolescente. Con respecto a las representaciones psicológicas, las adolescentes refirieron haber presentado ambivalencia emocional pues consideran que un embarazo fue una crisis para ellas y sus familias. Refirieron experimentar emociones como la tristeza e ira, así como sentimientos de impotencia, culpabilidad, negación, conformismo y resignación; en otros casos desarrollaron sintomatología depresiva. Consideran imprescindible el buen estado del ámbito psicológico para la toma de decisiones. Con respecto a las experiencias fisiopatológicas, se describe en la primera mitad de gesta, que se pueden presentar riesgos por aborto mal inducido, anemia e infecciones de vías urinarias; en la segunda mitad, trastornos hipertensivos, alteraciones nutricionales, hemorragias asociadas a afecciones placentarias, contractibilidad anormal como sintomatología de parto prematuro y rupturas prematuras de membranas. Con respecto a las vivencias sociales, especifican que el apoyo social es capaz de reducir la sintomatología física y psicológica, durante un embarazo y al comienzo de la maternidad. Algunas de sus discusiones invitan a concebir el embarazo en la adolescencia en función de los factores biopsicosociales que intervienen y recomiendan crear estrategias de captación de jóvenes gestantes para hacer prevención y construir apoyo social (Figueroa *et al.*, 2020).

La siguiente investigación fue elaborada por Sañudo (2020), con el objetivo de realizar una revisión y un análisis de la bibliografía sobre las complicaciones perinatales y obstétricas presentadas en adolescentes. Posee una metodología de revisión sistemática, por lo cual usó información relevante de revistas científicas indexadas. Los resultados se dividen en cuatro categorías: fisiopatología, complicaciones obstétricas, complicaciones perinatales y morbilidad. Con respecto a la fisiopatología, se señaló que las mujeres adolescentes no han alcanzado el tope del desarrollo físico, por lo cual, pueden experimentar dificultades de parto y desgarres. Algunas complicaciones obstétricas recurrentes fueron partos prematuros, ruptura de membranas, hipertensión,

preclamsia, eclampsia y desproporción cefalopélvica. Con respecto a las complicaciones perinatales, sus hijas e hijos pueden presentar bajo peso al nacer, sufrimiento fetal agudo, óbito fetal, taquipnea transitoria, trauma obstétrico y asfixia neonatal. La morbilidad en mujeres adolescentes se relacionó con abortos mal inducidos, anemia y bacteriuria asintomática. El estudio concluye que es relevante la atención de gestantes adolescentes como de alto riesgo, así mismo que puedan participar en la toma de decisiones de su cuerpo, y que el trato de los servicios de salud sea desde la confianza, solidaridad y afecto. Recomiendan generar intervenciones clínicas desde el trato digno y el desarrollo de política pública especializada en mujeres adolescentes.

La investigación consecutiva fue elaborada por Gayet y Juárez (2020), posee una metodología cuantitativa de tipo correlacional, y su objetivo fue reflexionar cómo influyen las creencias de género en distintos eventos de la trayectoria sexual y reproductiva de las mujeres. Para su elaboración se usó la Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente (ENFADEA-UNAM, 2017 en Gayet y Juárez, 2020), la cual, se aplicó a 3380 mujeres de 20 a 24 años de todo México. Los principales resultados evidencian que el estrato social y la escolaridad se asocian. Pues, la escuela representa un factor protector ante la posibilidad de un embarazo adolescente, ya que proporciona información y retiene las prácticas coitales. Con respecto a las creencias de género, clasificadas en tradicionales y menos tradicionales; la investigación muestra que las mujeres con creencias de género más tradicionales esperan más para iniciar su vida sexual. Sin embargo, las mujeres con creencias menos tradicionales tienen el doble de posibilidades de usar anticonceptivos. Las mujeres de bajo estrato social con más años en la escuela triplican la posibilidad de usar un método anticonceptivo, es decir, que, a mayor escolaridad y mayor estrato social, se amplía la posibilidad de uso de anticonceptivos. Algunas conclusiones señalan que las mujeres con creencias de género más tradicionales y sin escolaridad están más expuestas a tener un embarazo en la adolescencia, pues consideran la maternidad como lo más importante en la vida de una mujer y que fortalece el matrimonio. La investigación recomienda analizar trayectorias sexuales y reproductivas, con la finalidad de crear investigaciones e intervenciones para modificar creencias de género en el proceso de socialización.

La cuarta investigación fue elaborada por Pérez et al. (2020), usó una metodología cualitativa y un cuestionario auto aplicable de preguntas abiertas. Su objetivo fue conocer las perspectivas que tienen las y los adolescentes en el ejercicio de su sexualidad de tres comunidades del municipio de Tzimol, Chiapas. La muestra del estudio estuvo constituida de 275 estudiantes de nivel medio superior, dónde el 54.18% fueron hombres y el 45.82% fueron mujeres, de edades de entre 15 a los 17 años. Algunos resultados evidencian que los adolescentes piensan que la edad ideal para el inicio de las relaciones sexual es entre los 18 y 25 años, pero que la edad promedio para el inicio de las relaciones sexuales es a los 15 años. Las expectativas respecto al ejercicio de la sexualidad en los hombres, están asociadas a la posibilidad de tener libertad corporal y el inicio de su vida sexual está vinculada a la condición de tener un empleo, la responsabilidad familiar y la expectativa de una carrera profesional. Por otro lado, las expectativas del ejercicio sexual en las mujeres se vincularon a tener una carrera profesional, para posteriormente iniciar su vida sexual. Algunas presentaron preocupación por evitar un embarazo y la responsabilidad sobre las consecuencias de una gesta. Las discusiones orientan a mirar situaciones que generan tensión en el ejercicio sexual y reproductivo de las adolescencias dadas por la categoría género, como lo son las normas y valores culturales propios de su contexto. El estudio sugiere continuar con investigaciones que signifiquen las condiciones y situaciones propias de cada contexto, y considerar cambios intergeneracionales.

La siguiente investigación fue elaborada por Madrid *et al.* (2019), con una metodología cualitativa, que tuvo por objetivo conocer los factores relacionados con el embarazo adolescente y las recomendaciones para reducir la vulnerabilidad en la adolescencia. Los resultados se muestran en dos categorías sobre las formas de percibir, vivir y representar la maternidad. La primera categoría aborda el origen del embarazo y muestra la maternidad como un ejercicio intencional dentro de un proyecto de pareja, consecuencia de algunas pautas culturales de género, el efecto indeseado de una relación violenta o consecuente de problemas familiares. La segunda categoría muestra los significados ambivalentes atribuidos al rol materno, como un proyecto individual y familiar. En primera instancia, se muestra la maternidad como una experiencia que permite cambiar el rumbo las existencias y contextos de vulnerabilidad, al consolidar una

relación de pareja; y por otro lado, se ve la maternidad como el origen problemas y dificultades para alcanzar metas a futuro. Las discusiones señalan que es imprescindible generar lecturas positivas de la etapa del desarrollo adolescente con la finalidad de entender su proceso resiliente y proactivo en la maternidad. Recomiendan fomentar la educación sexual, incluir la convivencia afectiva responsable en el marco de relaciones de pareja.

Otra investigación fue elaborada por Botero, Hernández y Caicedo (2019), la cual es cualitativa de tipo *histórico-hermenéutico*, su objetivo fue describir la vivencia de la paternidad en un grupo de diez adolescentes entre los 14 y 19 años, residentes en el municipio de El Carmen de Viboral, en Antioquia. Los resultados se muestran en tres categorías: la paternidad y la reafirmación del sí mismo, paternidad e individuación, y la paternidad como referente de masculinidad. Con respecto a la paternidad y la reafirmación del sí mismo, los adolescentes refirieron que la paternidad trae cambios a nivel subjetivo, familiar y social, por lo cual, el reto es la adaptación a dichos cambios sin contar con los recursos materiales. La paternidad como experiencia les hizo desarrollar afectos de alegría y orgullo, hecho que reafirma su autoestima, más aún cuando algunos de ellos habían experimentado situaciones de abandono emocional y la ausencia de oportunidades educativas. En la segunda categoría sobre paternidad e individuación, los adolescentes refirieron el deseo de independencia con respecto a sus propios padres, pero simultáneamente delegan algunas obligaciones de su rol. Así mismo, la paternidad les brinda procesos de individuación siempre y cuando cuenten con apoyo social que garantice funciones básicas. En la tercera categoría relativa a la paternidad como referente de masculinidad, la productividad económica se vuelve en una función fundamental, quienes no trabajaban deben empezar a hacerlo y quienes ya lo hacían, el trabajo cobra aún mayor importancia. Concluyen que, la paternidad adolescente no siempre les representa un hecho inconveniente pues contribuye a la reafirmación de identidades tradicionales, y como referente para ratificar su masculinidad. Recomiendan elaborar estudios basados en la propia experiencia de las y los adolescentes como madres y padres, para identificar factores de riesgo y las ganancias personales que traen consigo dicha experiencia.

El siguiente estudio fue desarrollado por Avellaneda y Torres (2019), es cualitativo y su objetivo fue analizar los significados alrededor del embarazo como una situación social de alto impacto individual, familiar y cultural, desde el punto de vista de las propias adolescentes. Algunos de los resultados de la investigación se clasificaron en tres categorías: adolescencia, sexualidad y *reproductividad*. La adolescencia como primera categoría, desde el ámbito social y de la salud, implica un ejercicio confrontativo y contradictorio en las emociones. El embarazo en la adolescencia confronta el mundo adulto y su entorno sociocultural, lo que implica una crisis que desplaza sus valores personales. La categoría sexualidad se señala como un ámbito poco conocido y menospreciado, aunque es una dimensión esencial. La categoría *reproductividad*, evidencia que la maternidad en la adolescencia implica una interrupción de los procesos de maduración emocional, afectiva y cognitiva, con repercusiones personales, familiares, sociales y culturales. Algunas conclusiones y recomendaciones es abordar el tema considerando las categorías: adolescencia, sexualidad y *reproductividad*; y abordar el tema desde una postura biopsicosocial por los múltiples factores involucrados. Finalmente, invitan a situar el tema en los contextos socioculturales específicos, debido a los dispositivos culturales y transgeneracionales.

La investigación consecutiva fue elaborada por Santa Cruz et al., (2018) es cuantitativa de tipo correlacional, transversal, no experimental y su objetivo fue determinar la relación existente entre apoyo social y resiliencia en 25 adolescentes embarazadas de entre los 15 y 19 años, en la ciudad de Cajamarca, Perú. Se utilizó el cuestionario MOS de apoyo social y la Escala de Resiliencia para Adolescentes (ERA). Algunos de los resultados muestran que la mayoría de las adolescentes eran derechohabientes y contaban con apoyo familiar alto y medio (44%); hecho que evidencia que las adolescentes recibían acompañamiento para hacer frente a las dificultades. Con respecto a la resiliencia el 60% de las adolescentes tienen un alto nivel de resiliencia, siendo la interacción, la moralidad, el humor, la creatividad e iniciativa, las áreas con más porcentaje para su desarrollo. El estudio concluye en que existe correlación significativa entre apoyo social y resiliencia en las adolescentes embarazadas. Recomienda continuar las investigaciones sobre el desarrollo de resiliencia en mujeres adolescentes gestantes, así como en el desarrollo de investigaciones sobre apoyo social y acompañamientos.

Ocampo (2018), realizó una investigación con una metodología de revisión sistemática que tuvo el objetivo de conocer y analizar la información sobre el tema del embarazo adolescente bajo el enfoque de las Determinantes Sociales de la Salud, con la intención de servir como instrumento de reflexión ante los planes de salud y políticas sanitarias. Algunos de sus resultados muestran que México es un país que posee altos índices de pobreza que conducen a vulnerabilidad de adolescentes. Refieren como imprescindible el conocimiento de los derechos humanos y marcos normativos en salud sexual y reproductiva, con la finalidad de mejorar el ejercicio sexual de adolescentes. Así mismo, indica que el grupo con más conductas de riesgo y con condiciones socioeconómicas vulnerables, es el de 15 a 19 años; sector que requiere de más información y de la construcción de habilidades que permitan autoresponsabilizarse de su salud sexual y reproductiva. Recomiendan el uso del modelo de las determinantes sociales de la salud para mejorar y promover el ejercicio de la sexualidad informada, consciente y responsable. Así mismo, que las estrategias de prevención e intervención posean un enfoque holístico que aborde y priorice la normatividad de los derechos humanos de las infancias y perspectiva de género. Igualmente, recomiendan implementar consejería psicológica en los servicios de salud y realizar evaluaciones al personal de medicina y enfermería, e incluir profesionistas de diferentes campos (Ocampo, 2018).

El siguiente estudio fue elaborado por Gómez (2018), y tuvo el objetivo de analizar el papel de la educación sexual en una escuela secundaria para la promoción de la salud sexual y reproductiva en adolescentes, enfocada a la prevención del embarazo a temprana edad. Tuvo una metodología mixta, que usó un cuestionario sobre los conocimientos en salud sexual y el desarrollo de un grupo focal para delimitar el origen de sus conocimientos en sexualidad y las expectativas a futuro. La muestra fue de 104 alumnas y alumnos de tercer grado de la secundaria Manuel Tolsá en Jilotzingo, Estado de México. Los resultados indican que se ha avanzado en materia de salud sexual y reproductiva, sin embargo, aún se encuentra envuelta en la visión estigmatizante hacia la sexualidad adolescente. Falta capacitación al cuerpo docente, pues se bloquea el proceso educativo sobre sexualidad integral, al no contar con la información completa y basándose en sus propias ideas. Las adolescentes no conocen su ciclo menstrual, así como el uso de métodos anticonceptivos, aunque existe información. Los estereotipos de

género las orientan a pensar que la única alternativa es la maternidad y dedicarse al hogar. Finalmente, algunas de las recomendaciones para futuras investigaciones e intervenciones, son: integrar al proceso educativo en sexualidad integral los aspectos de género, vínculos afectivos, *reproductividad* y erotismo. Así mismo, que los procesos estén basados en información científica, actualizada y laica, para libre toma de decisiones (Gómez, 2018).

La siguiente investigación fue desarrollada por Alcalde (2018), usó una metodología cuantitativa, transversal y de tipo correlacional. Su objetivo fue determinar la relación entre el apoyo social percibido y la resiliencia en 100 adolescentes embarazadas, de 14 a 17 años en Villa, El Salvador. Algunos de los resultados refieren que el tipo de relación y la convivencia existente con la pareja impacta en la confianza que las adolescentes puedan tener en sí mismas. Así mismo, refiere que el apoyo afectivo tiene una fuerte relación con la resiliencia en el ámbito de la perseverancia, ecuanimidad y satisfacción personal. Es decir, que cuando una adolescente está gestando y tiene personas que le apoyan sus estrategias resilientes y de afrontamiento serán más efectivas frente a las situaciones de cambio. Finalmente, el estudio sugiere que se puedan seguir explorando las diferentes formas de apoyo social y su impacto en la efectividad sobre el proceso de adaptación. Así como en las formas en las que se brinda información, ya que esto pudiera fortalecer la autoeficacia en la práctica sexual.

Por otro lado, en la investigación de Pérez (2018), se usó una metodología cualitativa sustentada en la Teoría de las Representaciones Sociales de Moscovici (1979 en Pérez, 2018); es decir, que utilizó la asociación de palabras como técnica de redes semánticas naturales. El objetivo fue analizar las representaciones sociales del estudiantado de un bachillerato público sobre el embarazo adolescente, en la ciudad de Oaxaca de Juárez. Los resultados evidencian que la información sobre sexualidad y reproducción con la que cuentan las adolescencias es mínima; igualmente, hay una leve mención sobre el erotismo por parte de los hombres. Así mismo, se refiere que existen valoraciones morales negativas hacia el embarazo en la adolescencia, pues se considera una limitante para el desarrollo personal y académico. Otro elemento central son las representaciones sociales que legitiman roles y estereotipos de género tradicionales, respecto a las responsabilidades sociales que deberían ejercer mujeres y hombres ante

el embarazo. Algunas de las conclusiones y recomendaciones sugieren orientar el dialogo sobre sexualidad y *reproductividad* a los proyectos de vida, usando la perspectiva de género como postura central. Ampliar la mirada vivencial de las adolescencias priorizando sus pensamientos, voces y situando sus regiones geográficas para ilustrar la diversidad de realidades, ya que no es posible generalizar.

La investigación consecutiva fue elaborada por García, García y Espinoza (2017), mediante una metodología cuantitativa de alcance exploratorio. Su objetivo fue conocer la concepción el embarazo desde los mismos adolescentes, así como la paternidad y la maternidad en esta etapa del desarrollo. La muestra fue de 421 mujeres (46.8%) y hombres (53.2 %) de entre 12 y 15 años, estudiantes de secundaria en los municipios de Celaya, Irapuato y León, del estado de Guanajuato, México. Se aplicó un instrumento de cuatro secciones que evalúa la opinión y las actitudes hacia el embarazo adolescente en la familia y escuela. Los resultados mostraron que las mujeres y los hombres poseen un significado compartido de la paternidad y la maternidad, posiciones que implican: recibir cuidados, atenciones, aceptación por parte de terceros, así como, ser percibidos con madurez y responsabilidad. Lo anterior, evidencia que los adolescentes evalúan positivamente la maternidad y la paternidad. Concluyen que algunos adolescentes naturalizaron el embarazo en esta etapa de vida y lo asocian a la obtención de beneficios sobre la seguridad, cuidado y atención; dejando de lado el desarrollo psicológico y las nociones de responsabilidad, estabilidad y madurez. Por lo cual, se considera que el embarazo es un proceso difícil, pero es un medio para obtener beneficios.

El catorceavo estudio fue desarrollado por Flores et al. (2017), mediante una revisión sistemática, motivo por el cual, recopiló información relevante de distintas bases de revistas científicas de alto impacto e indexadas. Su objetivo fue analizar el embarazo en la adolescencia como problema de salud pública desde los aspectos demográficos y reproductivos, así como los programas institucionales que se han implementado para su prevención. Algunos de los resultados obtenidos, evidencian que en los cambios generacionales se ha ampliado la información más no las formas de acompañar o brindar un proceso educativo eficaz en sexualidad. Se tiene conocimiento sobre los procesos reproductivos, pero no hay un mejor manejo de los procesos preventivos de un embarazo no deseado. Las nuevas generaciones asisten al ginecólogo, pero esto no garantiza que

tengan relaciones sexuales protegidas. Simultáneamente, el estudio muestra que existe poca comunicación entre las y los adolescentes con sus familias acerca de sus sexualidades y ante un embarazo se abandona la escuela o se suspenden los estudios. Igualmente, frente a un embarazo las adolescencias tienen dificultades para conseguir empleos permanentes con salarios justos y con prestaciones sociales. Así mismo, las relaciones de pareja entre adolescentes que experimentan un embarazo, regularmente son inestables y de poca duración, pues formalizan de manera forzada. Algunas conclusiones y recomendaciones orientan a explorar los procesos educativos vinculados a la sexualidad y *reproductividad*, ya que el hecho de que tengan información y conocimientos no garantiza un proceso preventivo. Igualmente sugieren que la *educación integral en sexualidad* sea explicada y acompañada desde los primeros años de la niñez por parte de la familia y la escuela; ya que dicho acompañamiento puede ser determinante en su ejercicio sexual durante la adolescencia.

Así mismo, Núñez y Ayala (2012) desarrollaron una investigación la cual posee una metodología cualitativa del tipo *biográfico* y su objetivo fue conocer las valoraciones y concepciones del embarazo adolescente en una comunidad rural, campesina, del noroeste de México. La muestra fue seleccionada de forma intencional y participaron 18 personas, 4 madres adolescentes, 4 mujeres adultas, 4 hombres adolescentes y 6 hombres adultos. Algunos resultados muestran que el término adolescencia como etapa de desarrollo, era algo de nueva creación y responde a las formas de economía y educación, ya que, se le exige a la población alfabetizarse antes de incorporarse al campo laboral para tener más competencias. Así mismo, el cambio generacional se debe al proceso educativo alargado, pues las adolescencias tienen más convivencia e interacción a diferencia de las personas adultas cuando fueron adolescentes, quienes se desenvolvían en espacios laborales segregados y no en espacios educativos. Igualmente, se refiere que los adultos poseen un doble estándar moral respecto al sexo prematrimonial y a la virginidad, pues valoran la educación moderna y la educación sexual, pero estigmatizan la vida sexual activa en las mujeres y el uso de métodos anticonceptivos. Se observó que los padres esperan tener hijas profesionistas, pero vírgenes y que, a su vez, conserven los valores y comportamientos de la reclusión doméstica atribuida a las feminidades; así como, sumisión al varón. Motivo por el cual, la

virginidad sigue determinando el valor social de las mujeres. Finalmente, concluyen que las prácticas discriminatorias en el ejercicio de la sexualidad son el conjunto de valoraciones, concepciones, actitudes y expectativas contradictorias que van de lo tradicional a lo moderno. Recomiendan ampliar la educación sexual y reproductiva, con perspectiva de género en contextos *periféricos*, considerando sus propios términos socioculturales.

La siguiente investigación fue elaborada por Zambrano, Vera y Flórez (2012), la cual utilizó una metodología cuantitativa, de tipo descriptivo-correlacional. Su objetivo fue identificar la relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por 150 adolescentes embarazadas, entre los 17 y 19 años. Los resultados muestran que los estilos de afrontamiento más utilizados fueron: concentrarse en resolver el problema, fijarse en lo positivo, hacerse ilusiones de que todo saldrá bien y la preocupación. Así mismo, la principal estrategia de afrontamiento fue la búsqueda de apoyo social con pares, profesionales y deidades. La estrategia de afrontamiento más usada en relación al apoyo social fue la búsqueda de pertenencia, hecho que evidencia preocupación por lo que otras personas piensan. El estudio concluye que entre mayor es el nivel de apoyo social y funcionalidad familiar, las adolescentes utilizan estrategias de afrontamiento más productivas.

Otra investigación fue desarrollada por Calesso et al. (2011), la cual, posee una metodología cualitativa del tipo *biográfico*, su objetivo fue conocer la experiencia de maternidad adolescente en 30 adolescentes hispanoamericanas inmigrantes en el contexto catalán, de entre los 12 y 17 años. Los resultados mostraron cinco categorías: desajuste familiar, separaciones, pérdidas, violencia física y violencia sexual. Con respecto a desajuste familiar las adolescentes refirieron haber vivido situaciones estresantes al interior de sus familias, vinculadas a problemas de salud. Con respecto a las separaciones algunas adolescentes refirieron haber experimentado algún tipo de abandono en su condición de inmigrantes, hecho que les afecta emocionalmente durante el proceso de gesta. Con respecto a las pérdidas, abarca los relatos de las muertes de personas significativas vividas al largo de su vida. Así mismo, con respecto a la violencia física y violencia sexual, las participantes refirieron haber sido agredidas por sus parejas y familiares, eventos experimentados con sufrimiento considerable. Casi todas las

situaciones de violencia fueron producidas por la pareja y la figura paterna. Las conclusiones indican que las participantes que sufrieron algún tipo de violencia pertenecían a familias muy desestructuradas y a contextos vulnerables socioeconómicamente y carecían de apoyo social. Este hecho genera en las adolescentes experimenten altos niveles de estrés inducido por una gama de factores secundarios a sus procesos de gesta.

La investigación consecutiva fue elaborada por Sipsma et al. (2010), con el uso de una metodología mixta, donde se empleó un cuestionario y entrevistas cada 6 y 18 meses. El objetivo fue examinar los correlatos sobre el deseo de embarazo adolescente y su incidencia en Estados Unidos. La muestra estuvo conformada por 208 adolescentes no embarazadas de 14 a 19 años de edad. Los resultados del cuestionario muestran que las participantes tuvieron sentimientos y deseos ambivalentes de embarazo. Las adolescentes que expresaron deseo a embarazarse fueron las de mayor edad, las que poseen relaciones a corto plazo y quienes tienen un nivel mayor en estrés percibido. Sugieren que el deseo de embarazo y gestar, está mediado por el uso de anticonceptivos; hecho que no sólo se señala esas dos variables, sino la posibilidad de contraer alguna infección de transmisión sexual. En las entrevistas, refirieron que el embarazo se puede pensar como una opción de proyecto a corto plazo como parte de una relación de pareja, deseo impulsado por la intensidad de sentimientos al interior de la relación. Las adolescentes usaron sus pensamientos sobre embarazo como estrategias de afrontamiento ante el estrés percibido. Igualmente, se encontró que estudiar y trabajar pueden ser factores protectores ante la posibilidad de un embarazo, pues permite reflexionar sobre las necesidades económicas de maternar. Recomiendan que se continúen con los procesos de investigación sobre el deseo de embarazo en las relaciones de pareja adolescentes y sus expectativas a futuro. Finalmente, se sugiere que los esfuerzos preventivos se enfoquen en mujeres que son ambivalentes hacia el embarazo, o bien que se encuentran en una relación de pareja.

Darvill y Farrand (2010) desarrollaron un estudio cualitativo, con base en la teoría fundamentada. La cual, tuvo el objetivo de identificar los factores psicológicos que impactan en las experiencias de 13 mujeres de 16 años, sobre la maternidad en 3 comunidades de Reino Unido. Como parte de sus resultados la categoría central fue

cambios en el concepto de sí misma y las subcategorías fueron: control, apoyo y formación de una familia. Con respecto a la categoría principal, las participantes refirieron haber perdido el control de sus emociones en sus primeras etapas de embarazo y después del parto. Los principales cambios fueron en su autoimagen y en el enfoque de necesidades, es decir, concentrarse en cuidar al feto en lugar de cuidarse a ellas mismas, sus emociones y su imagen corporal. Hecho que creó la necesidad de una mentora que les guiara a través de dicha transición para regular sus emociones, sentimientos y percepción de experiencias. Algunas de las conclusiones y sugerencias se orientan a considerar la maternidad, como una transformación para las mujeres, parejas y familias. Así mismo, reconocer que las madres adolescentes se enfrentan a periodos difíciles al principio del embarazo y al final del parto, por lo cual, se sugiere continuar las investigaciones sobre apoyo social y formas de acompañamiento a madres adolescentes.

La veintea y última investigación que se presenta, fue desarrollada por Stern (2004) y es considerada una lectura clásica en el tema del embarazo en la adolescencia. La investigación fue desarrollada del año 1998 al año 2001, mediante el uso de una metodología mixta. La metodología integró de la investigación cualitativa una *etnografía*, donde se realizaron entrevistas a profundidad, observación participante, grupo focales. Y se integró de la metodología cuantitativa, un análisis estadístico sociodemográfico. En la investigación participaron hombres y mujeres adolescentes, sus padres e informantes clave de cinco contextos sociodemográficos distintos en México. Los resultados muestran que la pobreza y la vulnerabilidad social no son lo mismo, pero están íntimamente vinculadas para que ocurran embarazos adolescentes. Las adolescencias que están en mayor riesgo de experimentar un embarazo, son quienes presentan mayor vulnerabilidad social, es decir, quienes provienen de familias disfuncionales que tienen problemas de violencia, alcoholismo, muerte o abandono de algún padre; y la situación empeora cuando se enmarca en la pobreza. Otro factor de tipo subjetivo que detona un embarazo adolescente, es el elemento de la “confianza” en la pareja para sostener relaciones sexuales desprotegidas. Algunos de los factores protectores son mantenerse en la escuela, tener aspiraciones en la vida más allá de la maternidad y el matrimonio, así como, la construcción de redes confiables y estables de apoyo, que logren amortiguar las condiciones de vulnerabilidad. Las conclusiones destacan la importancia de considerar

los factores de vulnerabilidad que interactúan en las diferentes clases sociales de forma cualitativamente distinta, así es probable distinguir en las poblaciones varios tipos y niveles de vulnerabilidad con respecto al fenómeno del embarazo en la adolescencia. Se sugiere análisis considerando las interseccionalidades (Stern, 2004).

### **Análisis del estado de la cuestión**

Se inicia el análisis de la cuestión, con aspectos estructurales de las investigaciones referidas anteriormente. Por lo cual, es imprescindible referir que de los enfoques epistemológicos que dieron sustento a los estudios, nueve son positivistas, ocho fenomenológicos, dos post-positivistas y uno constructivista. Así mismo, de los enfoques metodológicos empleados en las investigaciones se observó que cuatro usaron metodologías para la elaboración de revisiones sistemáticas, ocho son cualitativas, seis son cuantitativas y dos son estudios mixtos.

La principal técnica de investigación identificada para la elaboración de las revisiones sistemáticas, fue la indagación de literatura en buscadores de renombre y revistas indexadas. Por otro lado, las técnicas empleadas en los estudios de metodologías cualitativas, fueron las entrevistas semiestructuradas a profundidad, grupos focales, asociación de redes semánticas naturales, observación participante y un cuestionario de preguntas abiertas auto aplicable. Así mismo, las técnicas utilizadas en investigaciones cuantitativas, fueron las encuestas, cuestionarios sobre salud sexual y reproductiva, escalas estandarizadas de apoyo social percibido, resiliencia, actitudes hacia el embarazo, afrontamiento, así como, bases de datos para análisis estadísticos sobre características sociodemográficas de la población adolescente. Paralelamente, fue identificable que las investigaciones se desarrollaron desde los campos disciplinarios: biomédico, fisiopatológico, demográfico, económico/estructural, derechos humanos, fenomenológicos y experienciales.

Con respecto a la discusión temática en los resultados, las investigaciones indicaron que frente a un embarazo en la adolescencia se pueden presentar algunas complicaciones a nivel fisiológico durante el primer y último trimestre de gestación. Principalmente abortos espontáneos o mal inducidos, rupturas de las membranas por inmadurez en los órganos reproductivos y trastornos hipertensivos.

Por otro lado, a nivel emocional el embarazo en la adolescencia aparece constantemente como un fenómeno que confronta a las adolescencias con el mundo adulto. Hecho que puede abonar a las crisis propias del desarrollo adolescente, con crisis circunstanciales por el ejercicio de su sexualidad. Igualmente, los momentos más difíciles a nivel emocional en las mujeres adolescentes son el primer trimestre de embarazo y el inicio de la maternidad, ya que, en estos dos momentos desplazan su atención a las necesidades del bebé, descuidando sus propias emociones y necesidades.

La literatura coincide con la manifestación de emociones, como el estrés, miedo, tristeza e ira. Así como, la vivencia subjetiva de sentimientos de impotencia, resignación, culpa y negación. Experiencias emocionales que pueden detonar el desarrollo algunas psicopatologías, como la depresión o ansiedad. Los resultados de las investigaciones, simultáneamente evidencian que las mujeres adolescentes son quienes experimentan en mayor medida las consecuencias emocionales de una gesta. Principalmente, los estudios sobre estilos de afrontamiento y resiliencia refieren que la forma más efectiva de amortiguar la carga emocional negativa ante un embarazo durante la adolescencia, es mediante el apoyo social y las formas de acompañamiento. Así mismo, sus manifestaciones y formas de hacer frente al fenómeno dependen de sus entornos socioculturales específicos y de las formas de apoyo que reciben.

Por otro lado, con respecto al ámbito de lo social se identificó en las investigaciones anteriormente referidas, que la manifestación del fenómeno del embarazo adolescente se va a diversificar dependiendo el contexto cultural. Así mismo, que el fenómeno está íntimamente vinculado a la vulnerabilidad social, la pobreza, las inequidades sanitarias en el acceso eficaz a la información y métodos antifecondativos, así como, a la legitimación de roles de género en el noviazgo y en la construcción de una familia. A su vez, el embarazo adolescente es detonador de deserción escolar, una prematura inserción al mundo laboral y preocupación económica. Igualmente, la revisión de literatura evidenció que el tema del embarazo en la adolescencia puede vincularse a violencias sexuales. Simultáneamente, se observó que existen pocas investigaciones sobre embarazo en la adolescencia en comunidades y localidades, ya que han prevalecido estudios en bachilleratos y centros de salud de ciudades.

Con respecto a las sugerencias identificadas en la literatura, se considera imprescindible priorizar las voces de las adolescencias como constructoras de sus propias realidades, culturas y prácticas sexuales. Enfatizando desde la psicología como disciplina en la exploración de los tipos de apoyo y acompañamientos en salud emocional, ante una gesta. Así mismo, se recomienda el uso de insumos teóricos que provengan de líneas de reivindicación de la dignidad humana, como el enfoque biopsicosocial, los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSS y DRRR), los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (NNA), el Modelo de las Determinantes Sociales de la Salud y la Perspectiva de Género (PG). Así como el uso de insumos desde la posmodernidad que contribuyan a la construcción holística de un nuevo sistema sanitario de atención sexual y reproductiva. Otra recomendación, es priorizar a la población de 15 a 19 años de edad, pues es el sector más propenso a vivir un embarazo y con mayor vulnerabilidad estructural.

Con base en las puntualizaciones referidas anteriormente, consideramos viable abordar nuestro objeto de estudio, enfatizando nuestro contexto más cercano que es el Estado de Hidalgo, con los municipios más prevalentes en embarazo adolescente. Utilizando una metodología de tipo cualitativa con una *imbricación* de métodos, los cuales son *etnografía multisituada* y *biográfico*; con un respaldo epistemológico en la postura crítica de los *conocimientos situados*. Enfoques que serán desarrollados a profundidad en el apartado metodológico. Esperando que el siguiente estudio logre contribuir con información relevante, desde las propias voces de los participantes a la construcción situada de nuevas formas de acompañamiento para el bienestar biopsicosocial de las adolescencias, que pudiesen o no, estar viviendo un proceso de embarazo en algunas regiones *periféricas* del estado de Hidalgo.

## Justificación

Este estudio considera imprescindible continuar con las investigaciones en materia sanitaria, sobre las implicaciones y algunos tipos de acompañamientos para la salud biopsicosocial que recibieron adolescentes frente a un embarazo. Pensamos que los resultados obtenidos en esta investigación, pueden fortalecer otros estudios sobre *salud sexual y reproductiva*, interesados en el proceso emocional y de acompañamientos en salud.

Ya que es esencial dar prioridad a las voces de los adolescentes como protagonistas en la creación de sus propias realidades, culturas y prácticas sexuales, tomando en cuenta las sugerencias encontradas en la literatura. Se hace hincapié en que, desde la disciplina de la psicología, se explore los diferentes tipos de apoyo y acompañamiento en salud emocional durante los desafíos que enfrentan. Pues estos elementos guardan una fuerte relación con la forma de *afrentar* un embarazo no deseado, ni planeado (Alcalde, 2018).

Este estudio puede resultar de interés, debido a los enfoques y metodología de aplicación. Ya que, está abordado desde posturas que involucran la construcción de la realidad *histórica, material y corporal* de las sexualidades en municipios *periféricos* del estado de Hidalgo. Priorizando la atención en el *punto de vista* de las personas participantes y de quien escribe. Mismas que pueden brindar otras miradas de abordaje sobre el fenómeno del embarazo en la adolescencia. Así mismo, este estudio pretende construir un panorama general sobre el embarazo en la adolescencia en los municipios de Acaxochitlán, Tepehuacán de Guerrero y Zacualtipán de Ángeles, ya que con base en el COESPO (2022) son los municipios prioritarios en embarazo adolescente y son considerados espacios *periféricos* con respecto a los *centros geopolíticos* del Estado. Pues Acaxochitlán posee una Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) de 93.85, Zacualtipán de Ángeles con una TEFA de 86.19 y Tepehuacán de Guerrero con una TEFA de 560 por cada 1000 mujeres.

Así, el análisis de las implicaciones y los acompañamientos para la salud biopsicosocial, puede proveer insumos para la construcción o modificación de programas de prevención para el embarazo en la adolescencia y la atención a adolescentes gestantes. Así mismo, puede contribuir a la creación de políticas públicas encaminadas

a garantizar un acceso equitativo a la salud sobre los DDSS y DDDR de personas adolescentes (Ocampo, 2018).

A partir de lo anterior, nuestra pregunta de investigación es: ¿cuáles son las implicaciones biopsicosociales, determinantes sociales de la salud y formas de acompañamiento en salud sexual y reproductiva experimentadas por adolescentes ante un proceso de embarazo en contextos periféricos de Hidalgo?

Así mismo, el objetivo general de la siguiente investigación es: comprender algunas implicaciones biopsicosociales, determinantes sociales de la salud, y formas de acompañamiento en salud sexual y reproductiva que experimentaron adolescentes frente a un proceso de embarazo en contextos periféricos del Estado de Hidalgo.

Consecutivamente, nos planteamos algunos objetivos específicos que permitieron alcanzar nuestro objetivo general, los cuales fueron: describir las experiencias de embarazo de cinco mujeres y tres hombres adolescentes de Acaxochitlán, Tepehuacán de Guerrero y Zacualtipán de Ángeles. Identificar algunas implicaciones biopsicosociales y determinantes sociales de la salud involucradas en el fenómeno del embarazo adolescente. Analizar las formas de acompañamiento en salud sexual y reproductiva desde las diferentes formas de apoyo social y de atención sanitaria. Y, generar una propuesta de acompañamiento para la salud sexual y reproductiva desde el campo de la psicología de la salud.

# Marco conceptual y jurídico

## Capítulo I: El embarazo adolescente como un fenómeno de íntimas implicaciones biopsicosociales

*"Enseñemos a las adolescentes que su sexualidad es poderosa y valiosa, que tienen derecho a explorarla sin culpa ni vergüenza, y que merecen relaciones basadas en el respeto mutuo y el consentimiento claro".*

*-Chimamanda Ngozi Adichie*

Con base en la frase presentada de Chimamnda Ngozi Adichie, desde este trabajo de investigación se piensa la *sexualidad* como un ámbito prioritario en el desarrollo humano; la que, por derecho las adolescencias deberían ejercer de forma libre. Por lo cual, el siguiente capítulo es un apartado teórico sobre el embarazo en la adolescencia, el cual se encuentra dividido en dos momentos. El primero aborda el concepto de adolescencia como etapa del desarrollo humano con el objetivo de contextualizar y comprender este periodo de vida, en dónde podría ocurrir una gesta. Posteriormente, se podrán leer algunas estadísticas mundiales, nacionales y estatales, para conocer el panorama actual del embarazo adolescente. Subsecuentemente, se delimitará el embarazo en la adolescencia como un problema de salud pública y para la psicología de la salud, refiriendo algunas implicaciones biopsicosociales, así como de algunos factores que pudiesen estar interviniendo en su reproducción sistemática.

En el segundo momento, se abordará el embarazo en la adolescencia como una problemática de salud pública desde el modelo explicativo de las Determinantes Sociales de la Salud. El cual permitirá observar la génesis multifactorial del embarazo en la adolescencia como una problemática sanitaria en México. Así mismo, desde los Derechos Humanos (DDHH) se referirán los marcos normativos internacionales, nacionales y estatales, así como las estrategias que sustentan el derecho a la salud *sexual y reproductiva* de las adolescencias, en relación a los embarazos en esta etapa de vida.

### 1.1. La adolescencia como etapa del desarrollo humano

A través del tiempo se han construido diferentes teorías del desarrollo, que han intentado abordar el concepto de adolescencia como una etapa del desarrollo humano de múltiples

cambios relevantes para las personas. La adolescencia se caracteriza por el crecimiento con respecto a la etapa anterior que es la niñez, y que se dirige a la adaptación para la vida adulta. Igualmente, tiene diferentes marcadores de inicio y de fin de la etapa, sin embargo, carecen de uniformidad por el momento histórico, así como, por los consumos y modelos culturales en los cuales las personas transitan. Motivo por el cual, existen distintas aproximaciones para conceptualizar las adolescencias (Ortuño, 2014).

El término adolescencia proviene de la etimología en latín *adolescere*, que muchas ocasiones y de forma errónea se ha asociado con la palabra “adolescer”, sinónimo de padecimiento o dolor. Sin embargo, la etimología originalmente se refiere a crecer y madurar (Muus, 1991).

Se identifican a través de la historia algunos momentos históricos y civilizaciones significativas para conceptualizar la etapa del desarrollo adolescente, los cuales son la antigua Grecia, Roma, la Edad Media y el Renacimiento. Para la antigua Grecia no existía un término que pudiera describir este periodo de vida, pero se ha identificado que algunos filósofos como Platón y Aristóteles prestaron gran interés a esta etapa del desarrollo. Ellos describían la adolescencia como un período de pasiones y turbulencias en donde las personas no accedían a la razón. Por otro lado, los romanos no consideraban la adolescencia como una etapa del desarrollo, para ellos era un momento en donde las personas podían hacer el reconocimiento y elección de sus funciones civiles, como las labores domésticas, entrar al ejército o elegir una carrera política (Ariés y Dubi, 2000).

En la edad media, las personas adolescentes eran pensadas como semejantes, entendidas como adultos en miniatura que se podían cuantificar en mano de obra. Sin embargo, con respecto a la adultez se marcaba como diferencia significativa las capacidades corporales, la fuerza aplicada a la producción y la carencia de esperma en los niños (Ariés, 1962).

Para el siglo XVIII durante el renacimiento, fue relevante priorizar las necesidades educativas por edades, lo que dio por resultado la sectorización de la población y el hecho de poder mirar a las adolescencias. Así mismo, en este periodo histórico se inaugura la corriente literaria del Romanticismo, la cual permite un acercamiento a la idea de un periodo vital juvenil caracterizado por la rebelión, la exaltación, las pasiones y el cambio

brusco de estados de ánimo, mirada que ha influido en el nacimiento de la posterior conceptualización de adolescencia en el siglo XX (Palacios y Oliva, 1999).

Con respecto a algunas definiciones sobre adolescencia, principalmente desde una postura clásica del desarrollo humano, encontramos a Papalia y Martorell (2017), quién define la adolescencia como una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognoscitivos emocionales y sociales, que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos. Con respecto del concepto anterior, se observa que no sólo se define la adolescencia como un proceso *subjetivo-individual*, sino que se deben considerar otros aspectos que corresponden a su propio contexto de quién le experimenta, como lo son los modelos sociales, culturales, ambientales, políticos y económicos. Situación que indica que quizá esta etapa no sólo se vive, sino que se significa y también se construye.

Otro concepto de adolescencia es el de Pérez y Santiago (2002), quienes consideran que la etapa de la adolescencia es un proceso que se genera entre la niñez y la edad adulta. Dónde se inician cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biopsicosociales, mismas que pueden ser generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. En esencia positivos, ya que no sólo está entendida como una adaptación corporal, sino como un período de grandes determinaciones que pueden lograr en la persona la independencia psicológica y social.

Así mismo, el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE, 2010), define la adolescencia como: un periodo en el ciclo vital de una persona, en dónde, se producen cambios biológicos, psicológicos, sociales y culturales; al transitar de la niñez a la adultez. Así mismo, esta etapa se apertura con cambios fisiológicos en la pubertad y culmina con la adquisición de roles adultos como: la formación de una familia o la inserción a la economía activa.

Con base en los elementos presentes en los conceptos anteriores y para fines de la siguiente investigación, se entenderá que la adolescencia es un proceso y una etapa de vida posterior a la niñez, en donde se presentan cambios fisiológicos y psicológicos significativos. Que, a su vez, se verán influidos por aspectos culturales, sociales, políticos y económicos. Así mismo, se entenderá que los cambios en esta etapa del desarrollo, pueden detonar algunas *crisis* adaptativas, que pueden traer consigo nuevas formas de

independencia y madurez. A través de percibir, comprender y significar *subjetivamente* las dinámicas personales y sociales de los contextos en los que se desarrollan.

## **1.2.El panorama del embarazo adolescente en México e Hidalgo**

Conceptualmente, el embarazo en la adolescencia es aquella gesta que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente, es decir, entre los 10 y los 19 años. El cual, puede impactar en el estado de bienestar biopsicosocial de la madre, sus hijas e hijos, así como, de sus familias (OMS, 2020).

El embarazo adolescente es una problemática de salud pública y también demográfica, en un sentido de regulación de la *reproductividad* humana que afecta a la población mundial. Principalmente, aquellos continentes que poseen países en vías de desarrollo, y en los cuales, no existen políticas públicas que garanticen a las adolescencias un ejercicio pleno de su *sexualidad y reproductividad*; como lo es América Latina, el Caribe y África (Flores *et al.*, 2018).

El indicador estadístico utilizado para evaluar demográficamente la prevalencia en embarazo adolescente, es la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA). Indicador que señala el número de nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años. Con base en el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2019), en todo el mundo la TEFA fue de 44 nacimientos por cada mil mujeres, y el 95% de estos nacimientos ocurren en países de bajos y medianos ingresos; y 1.1 millones en mujeres menores de 15 años.

Así mismo, a nivel internacional del año 2015 al 2020, la región del mundo que ha encabezado la TEFA a nivel mundial, es África Sub-Sahariana con 109 embarazos por cada mil mujeres; seguida de América Latina y el Caribe, que presentaron 61 embarazos por cada mil mujeres adolescentes (UNFPA, 2020).

A nivel nacional, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019), refirió que en México las niñas, niños y adolescentes representan un 30.1% de la población total, sumando así 38.3 millones de los 0 a los 17 años. Y que el 9.6% de las mujeres adolescentes, de entre 15 y 17 años han estado embarazadas al menos una vez.

Por otro lado, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Mendoza *et al.*, 2016), refiere que del 2009 al 2014, hubo un repunte de casos de embarazo en la

adolescencia. La TEFA en mujeres de entre 10 y 19 años, se incrementó de 69.2 a 77 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes.

Posteriormente, del 2015 al 2017, se observó una disminución a 70.6 hijos por cada mil mujeres (CONAPO, 2019). Y durante 2018, la Secretaría de la Salud (SS, 2018), refirió que, del total de nacimientos registrados en sus bases de datos, el 18.5% fue de adolescentes de entre 10 y 19 años.

A continuación, se presenta una tabla que posee los 10 Estados de la república mexicana con mayor índice de madres adolescentes con base en información proporcionada por el INEGI (2020).

**Tabla 2.** Madres adolescentes en México

No.	Estado	Región geográfica	% de madres adolescentes menores de 20 años a nivel Nacional 2019
1	Chihuahua	Noroeste	19.8
2	Guerrero	Meridional este	19.7
3	Coahuila	Norte	19
4	Chiapas	Sureste	18.8
5	Durango	Noroeste	18.6
6	Tlaxcala	Oriente	18.6
7	Veracruz	Costa atlántica Norte, poniente y sur.	18.6
8	Puebla	Centro oriente	18.4
9	Tabasco	Sureste	17.9
10	Hidalgo	Centro	17.8

*Nota.* Diez Estados de la república mexicana con mayor porcentaje de madres adolescentes menores a 20 años de acuerdo con el INEGI (2020).

Con respecto a la tabla anterior, es observable que el Estado libre y soberano de Hidalgo, ocupa el décimo puesto a nivel nacional con madres menores a 20 años. Lo que induce a considerarle como un Estado con altos índices de embarazos en la adolescencia.

Así mismo, la importancia de evidenciar el embarazo durante la adolescencia en el Estado de Hidalgo, deviene del repunte de partos registrados en la entidad y referidos por la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia en el año 2015. En donde, la tasa de embarazo registrada entre los años 2009 al 2013 fue de 2.26 hijos por mujer (ENAPEA, 2015).

Con base en información proporcionada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2018), en el Estado de Hidalgo, durante 2016, se registraron 9,824 nacimientos de niñas y niños producto de un embarazo adolescente en mujeres de 10 a 19 años; 9,034 en el año 2017; y, 8,992 en el año 2018. Así, durante el 2018 se estimaba que había aproximadamente 24 partos diarios en el Estado, y se podía decir, que cada hora nacía una niña o niño producto de un embarazo adolescente.

Durante 2019, se muestra una disminución en el número de casos y en la TEFA de niñas y adolescentes de 10 a 14 años, así como, de 15 a 19 años. El informe indica 55.68 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años y 1.3 nacimientos por cada mil mujeres de 10 a 14 años. Por lo tanto, se registraron 7,559 nacimientos de niñas y niños producto de un embarazo adolescente; de los cuales, 177 fueron en niñas de 10 a 14 años y 7,382 en mujeres adolescentes de 15 a 19 años (COESPO, 2019). A continuación, se presenta una tabla que posee la TEFA en el Estado de Hidalgo en niñas y mujeres de 10 a 14 años, así como, de 15 a 19 años del año 2013 al 2019.

Actualmente, con base en el último informe correspondiente al año 2022 del Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia (GEPEA), se refiere que los municipios con mayor prevalencia en embarazo adolescente son Acaxochitlán con una TEFA de 93.85, Zacualtipán de Ángeles con una TEFA de 86.19 y Tepehuacán de Guerrero con una TEFA de 560 (COESPO, 2022).

**Tabla 3.** Fecundidad adolescente en Hidalgo

Año	Porcentaje Embarazo en Adolescentes	Tasa de Fecundidad Adolescentes de 10 -14 años	Tasa de fecundidad Adolescentes de 15 – 19 años
2013	19.8%	1.1	71.6
2014	19.6%	0.8	65.6
2015	19.8%	1.7	72
2016	18.8%	1.8	67.1
2017	19.2%	1.54	66.7
2018	19.19%	1.53	61.14
2019	18.62%	1.30	55.68

*Nota.* Tasa específica de fecundidad y porcentaje de embarazo adolescente en Hidalgo de 2013 a 2019.

Así mismo, con base al Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia en el Estado de Hidalgo (GEPEA), en los años 2016, 2017, 2018 y 2019,

se indica que la mayoría de las mujeres adolescentes no contaban con una afiliación a una institución de salud, hasta el momento en el que se embarazaron y la mayoría se afilió al Seguro Popular (COESPO, 2019).

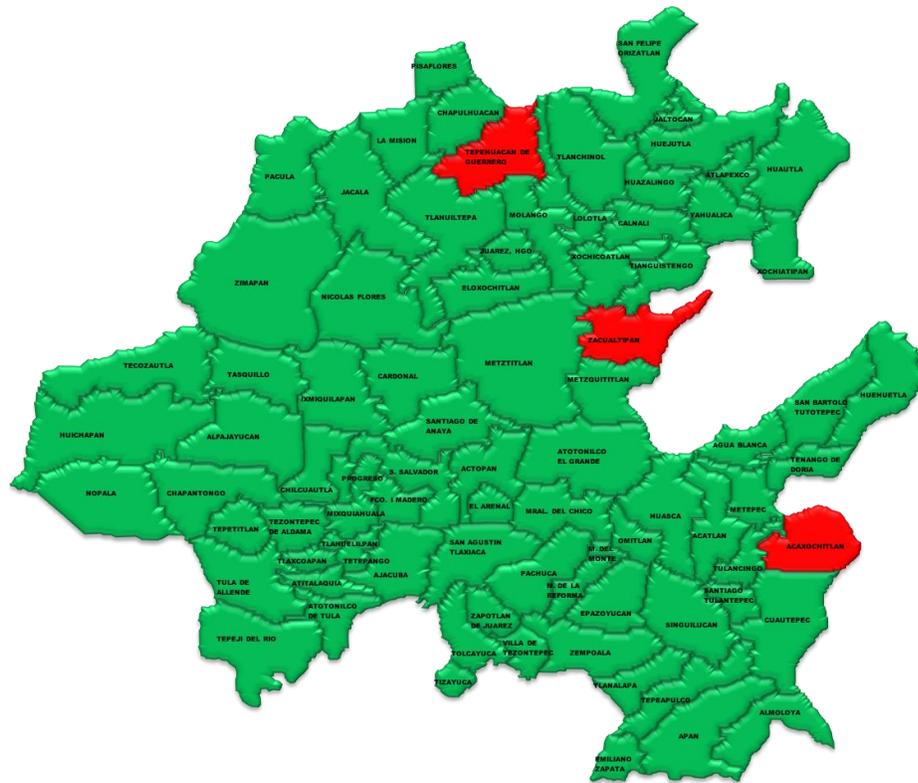
**Tabla 4.** Afiliación a los servicios de salud

<b>Afiliación</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>IMSS</b>	768	720	780	747
<b>ISSSTE</b>	40	49	52	32
<b>PEMEX</b>	9	8	7	23
<b>SEDENA</b>	27	15	26	2
<b>SEGURO POPULAR</b>	8,894	7,146	6,777	6,298
<b>OTRA</b>	8	8	5	5
<b>IMSS OPORTUNIDADES</b>	78	1,086	1,344	394
<b>SEMAR</b>	0	2	1	1
<b>TOTAL</b>	9,824	9,034	8,992	7,559

*Nota.* Instituciones públicas que garantizan servicios de salud a mujeres adolescentes de 15 a 19 años.

Por otro lado, de acuerdo con el informe del año 2019 del Consejo Estatal de Población, los diez municipios prioritarios en embarazo adolescente en el Estado de Hidalgo, indicados mediante la TEFA de 15 a 19 años, son Acaxochitlán con 104.58 por cada 1000 mujeres, Tepehuacán de Guerrero con 94.94 por cada 1000 mujeres, Zacualtipán de Ángeles con 87.42, Mineral del Chico con 86.61, Atotonilco de Tula con 81.98, Tianguistengo con 77.34, Zapotlán de Juárez con 72.70, Metepec con 72.70, Almoloya con 71.16 y Tizayuca con 70.09 (COESPO, 2019). A continuación, se muestra un mapa que, para fines de esta investigación resalta los tres municipios prioritarios en embarazo adolescente.

**Figura 1.** Municipios del Estado de Hidalgo prioritarios en embarazo adolescente



*Nota.* Información obtenida de COESPO (2019).

Igualmente, se cree relevante considerar la estadística de inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia de mujeres hidalguenses que en promedio es a los 17.7 años de edad, y que vinculada al acceso uso de métodos anticonceptivos, el cual comienza a los 21.9 años, nos indica un rango de cuatro años posteriores de haber tenido algún encuentro sexual (Mendoza *et al.*, 2016).

Finalmente, se cree relevante conocer el panorama general del embarazo en la adolescencia para presentarle al lector una perspectiva de salud pública y demográfica del fenómeno. Así mismo, mirar información estadística permite considerar algunos de los factores que pudiesen estar interviniendo en la prevalencia del embarazo no planeado en la adolescencia, como las tasas de fecundidad, los rangos de edades, contextos geográficos y culturales, así como, el uso de métodos anticonceptivos.

### **1.3. ¿Es un problema el embarazo en la adolescencia?**

El embarazo en la adolescencia es un tema que se considera sobre investigado, debido al auge de su estudio, que inició en los años 80's del siglo XX. Periodo en donde, se constituye el embarazo en la adolescencia como una problemática, cuando la población adolescente aumenta e intenta tener mayor visibilidad. Los choques intergeneracionales van a considerar la sexualidad y *reproductividad* de este sector, como una conducta desviada de la norma social, que genera una amenaza contante: a la salud, al equilibrio demográfico y como detonador de pobreza. Mirada que todavía permea en la población adulta en general, incluidas personas que están al frente de servicios de salud, docentes, tomadores de decisiones, familiares, entre otras. Dicha mirada histórica, simultáneamente, ha sido implantada por algunos enfoques científicos de índole clásico que han legitimado de forma consciente o no, la privación de sus derechos (Stern, 1997). Motivo por el cual, se sugiere diversificar interdisciplinariamente el abordaje del embarazo adolescente, con una mirada no estigmatizante.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), algunas mujeres jóvenes y adolescentes, desean su embarazo y tienen la oportunidad de planificarlo y llevar a fin su gesta con éxito, como refieren los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSS y DDDR). Pero en otros casos, no es así y se presentan embarazos no deseados, ni planeados. Presentándose como el problema real de salud pública, de un embarazo en la adolescencia.

La génesis de los embarazos no deseados, ni planeados es multifactorial, pero principalmente se atribuyen a la falta de educación sexual integral, la falla o no uso de algún método anticonceptivo, el desconocimiento del funcionamiento del cuerpo, las agresiones sexuales en contra de niñas y adolescentes. Así como, a las violencias estructurales, como el escaso o nulo acceso a los servicios de salud, las vulnerabilidades socioeconómicas, el acceso a sus contextos geográficos, entre otras. Una causa, es por razones de género en países de ingresos bajos o medios, como México, dónde el 30% de las mujeres contraen matrimonio antes de los 18 años y el 14% antes de los 15 años. Matrimonios que pueden ser forzados por los usos y costumbres, o bien, recibir presión social de embarazarse, ser forzadas a tener relaciones sexuales o usar métodos coercitivos para no usar algún método anticonceptivo. Motivo por el cual, los embarazos

no deseados, ni planeados en la adolescencia, son más probables en algunas comunidades vulnerables socioeconómicamente, sin acceso a la información científica, actualizada y veraz; o porque no llega la garantía de sus derechos fundamentales (OMS, 2020). Por lo tanto, desde el siguiente trabajo se entiende que el embarazo no deseado, ni planeado en la adolescencia es un problema de salud pública de implicaciones multifactoriales y que para su abordaje es imprescindible diversificar las miradas.

#### **1.4. Algunas implicaciones biopsicosociales de experimentar un embarazo en la adolescencia**

De acuerdo con Piña y Rivera (2006), la psicología de la salud como disciplina se interesa en la asociación mente-cuerpo en un medio sociocultural determinado, o bien, en mantener una mirada biopsicosocial, para el desarrollo de nuevas tecnologías para la promoción y mantenimiento de la salud. Motivo por el cual, es imprescindible referir algunas de las implicaciones biopsicosociales al momento de experimentar un embarazo en la adolescencia. Mismas, que contribuyen a problematizar el embarazo no planeado y no deseado en la adolescencia, no sólo como un problema de salud pública, sino también de salud emocional.

Con respecto al componente fisiológico, algunas investigaciones coinciden en que un embarazo en la adolescencia puede contribuir a: complicaciones obstétricas, perinatales y de morbilidad. Debido a que muchas de las mujeres adolescentes clínicamente no han alcanzado el tope de desarrollo físico. Motivo por el cual, presentan inmadurez en el sistema reproductor, así como, en las estructuras pélvicas; hecho que puede generar algunas patologías, principalmente, en adolescentes de 10 a 15 años (Sañudo, 2020).

Algunas de las complicaciones obstétricas más comunes, son: rupturas prematuras de membranas, hipertensión gestacional, preclamsia, eclampsia, diabetes gestacional, desproporción cefalopélvica, parto prematuro, síndrome de mala adaptación circulatorio a nivel materno o fetal, dificultades en el parto por falta de desarrollo en la pelvis materna, trabajos de parto prolongados, desgarres del cuello uterino, la vagina, la vulva o el periné, etc. Así mismo, algunas de las complicaciones perinatales que se pueden presentar en sus hijas e hijos, son: bajo peso al nacer, restricción del crecimiento

intrauterino, sufrimiento fetal agudo, óbito fetal, taquipnea transitoria del recién nacido, trauma obstétrico y asfixia neonatal. Con respecto a la muerte por un embarazo en la adolescencia, se vincula a los periodos de la gesta, siendo la primera mitad el más riesgoso. En esta primera mitad, destacan factores que pueden causar la muerte, como: el aborto mal inducido, la anemia, las infecciones de vías urinarias y bacteriuria asintomática (Sañudo, 2020).

De acuerdo con Claudio Stern (1997), la mayoría de las adolescentes que llegan a tener complicaciones fisiológicas durante una gesta o fallecen en el proceso, son casos atribuidos a las dificultades en el acceso a la atención y tratamientos médicos para su salud durante sus embarazos. Así, las dificultades fisiológicas en una gesta adolescente se deben a la falta de medios, solvencia económica, y a aspectos culturales/alimenticios por mala nutrición. El bienestar fisiológico de las adolescentes, puede estar en peligro sino se cuentan con los medios para llevar a cabo una gesta saludable. Así, la mortalidad asociada al embarazo, parto o puerperio, posee un riesgo dos veces mayor que el de las mujeres mayores a 20 años y son la sexta causa de muerte en mujeres de 10 a 19 años (Flores *et al.*, 2018).

Con respecto a las implicaciones psicológicas, algunos estudios como el de Figueroa (*et al.*, 2020), refieren que la noticia de un embarazo que es no planeado y no deseado puede representar una crisis para las y los adolescentes, e inclusive ser motivo de conflicto personal y con sus familias. Algunas adolescentes refirieron haber experimentado emociones negativas ante un embarazo no planeado y no deseado, como: ansiedad, estrés, tristeza profunda e ira; sintomatologías, que pueden evolucionar a algunas psicopatologías más severas como trastornos del estado de ánimo, o trastornos por estrés. Así mismo, pueden experimentar sentimientos como expresión subjetiva de la emoción, como la impotencia, culpabilidad, negación, conformismo y resignación. O bien, tener algunas cogniciones negativas y pensamientos catastróficos, que las hacen considerar el aborto como una opción y no practicarlo con condiciones mínimas de salud.

Por otro lado, ante la noticia de un embarazo en la adolescencia en el ámbito social se pueden experimentar otro tipo de complicaciones al no recibir apoyo conyugal, familiar y comunitario. Debido a que la interdependencia social, sus percepciones y vivencias

emocionales pueden variar dependiendo las circunstancias de su entorno familiar, de pareja y comunitaria. Generalmente, cuando las adolescentes comunican su embarazo pueden ser agredidas física y emocionalmente. Motivo por el cual, ellas pueden generar desinterés por su salud o descender en su rendimiento escolar. Así, el apoyo y acompañamientos psicológicos juegan un papel importante en la aceptación de crisis detonadas por un embarazo no planeado, ni deseado. Las vivencias sociales positivas son capaces de reducir la sintomatología física y psicológica durante un embarazo adolescente y en el comienzo del ejercicio de la maternidad, (Figuroa *et al.*, 2020).

Otras complicaciones, en el ámbito psicosocial se vinculan al estadio de la adolescencia como etapa del desarrollo humano. Ya que el simple hecho de ser adolescente, trae como resultado un estado de vulnerabilidad social, económica, de la salud, a causa de la brecha *adultocéntrica* establecida por las sociedades. Simultáneamente, se alimenta la falta de preparación educativa, alteraciones en el desarrollo cognitivo, emocional, la adopción de roles de género tradicionales que traen consigo bloqueos en el desarrollo creativo de identidades sociales, y simultáneamente, la desaprobación y discriminación familiar, así como de la comunidad (Flores *et al.*, 2018).

El embarazo no planeado y no deseado tiene repercusiones sociales y económicas negativas para las y los adolescentes, pero principalmente para las mujeres, sus familias y comunidades. Pues muchas de estas adolescentes se ven obligadas a dejar la escuela y por lo tanto se reduce la posibilidad de que ellas puedan acceder a un trabajo bien remunerado y con prestaciones de seguridad social; así mismo representa un costo económico para el país (OMS, 2020).

Finalmente, se retoma la valoración negativa, vinculada al ejercicio de la sexualidad y *reproductividad* de las y los adolescentes, resultado de pensar que su ejercicio es exclusivo para las parejas que viven en una unión, o bien de esperar a que sean adultos para poseer una maduración sexual que les encaminará a la formación de una familia, así dichas miradas negativas obstaculizan y transversalizan el verdadero acceso a la información, educación y preparación para ejercer su propia sexualidad de una manera placentera, elegida y responsable (Stern, 1997).

## **1.5. El embarazo en la adolescencia es un tema de Derechos Humanos**

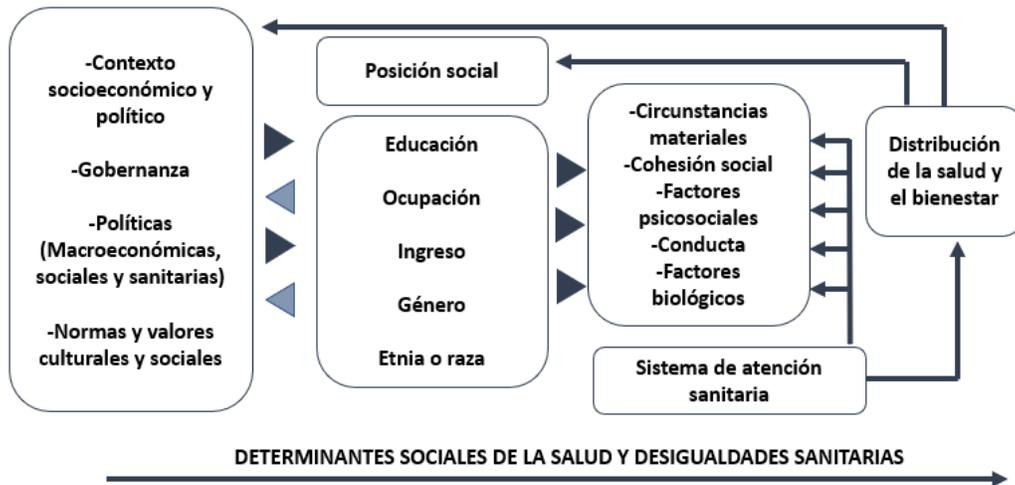
El embarazo en la adolescencia es una consecuencia de las inequidades sanitarias, desde una óptica de los Derechos Humanos. Por lo que, en el siguiente apartado se desarrollará el modelo explicativo de las Determinantes Sociales de la Salud (MDSS) y su vinculación con el embarazo en la adolescencia. Así mismo, se referirán algunos marcos jurídicos, estrategias nacionales y estatales, que comprometen a la institución Estado en la prevención y atención del embarazo adolescente.

### **1.5.1. El Modelo de las Determinantes Sociales de la Salud**

Para el año de 1973, Marc Lalonde ministro de sanidad de Canadá desarrolló el Modelo Holístico de Laframbroise (García, et al, 2012), en un documento titulado “*Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses*”, con la finalidad de poder generar el análisis de las causas, circunstancias o condiciones que determinan los procesos de salud de la población en general. El modelo inaugura el enfoque de las “determinantes” para la década de los 70’s. El modelo considera que el estado de salud y bienestar está íntimamente vinculado a: los estilos de vida, la promoción de la salud, la biología, el medio ambiente, contexto sociocultural y el sistema de asistencia sanitaria.

Posteriormente la OMS en coordinación con Michael Marmont (et al., 2009), le dio continuidad al modelo de Laframbroise de Lalonde, proponiendo un nuevo modelo explicativo y de implementación llamado: Modelo de las Determinantes Sociales de la Salud (MDSS). El principal interés del modelo es promover la equidad sanitaria, refiriendo que la mala salud alrededor del mundo está provocada por una distribución desigual de los ingresos, bienes, servicios y el poder. Así, dichas injusticias afectan directamente en la salud y condiciones de vida de la población, incluidas los niños, niñas y adolescentes. Las desigualdades estructurales impactan en el bienestar biopsicosocial y la atención sanitaria de las comunidades, pueblos o ciudades; mediante la inexistencia o poco acceso a la alimentación, escolarización, condiciones de trabajo dignas, el tiempo libre y a tener una vivienda digna. Bajo este modelo, se entiende que la falta de salud no es un fenómeno natural, sino que es una combinación de una mala repartición de los recursos económicos, así como, de políticas y programas sociales deficientes.

**Figura 2.** Modelo de las Determinantes Sociales de la Salud



*Nota.* La siguiente figura muestra los componentes o ámbitos a considerar del MDSS, así como su interdependencia (OMS, 2000).

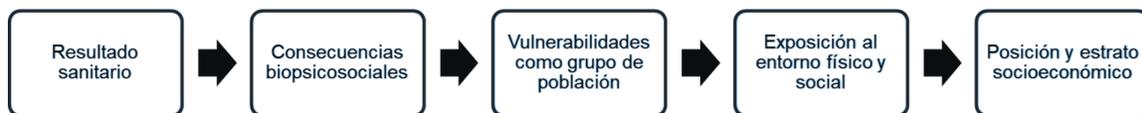
La figura 2, explica que las enfermedades, la distribución de la salud y el bienestar personal, están determinadas por las características socioeconómicas y políticas de los contextos, la posición o estratificación social, las construcciones biopsicosociales propias de las personas, las gobernanzas y el sistema de atención sanitaria. Por lo tanto, al abordar una problemática de salud, no sólo se debe considerar las condiciones biológicas, sino también las condiciones sociales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (Marmont et al., 2009).

El modelo propone identificar las deficiencias y las disparidades de las condiciones de vida de las personas para poder intervenirlas. Aunado a lo anterior, el desarrollo económico de los países, Estados e instituciones de salud es imprescindible; pues los recursos económicos son para invertirse en el bienestar biopsicosocial de la población. Existen pocas políticas adecuadas que destinen eficazmente dichos recursos y muchas más, no contribuyen a la equidad sanitaria. Motivo por el cual abogar por programas, estrategias y políticas que contemplen los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria, pueden demostrar su eficacia en la intervención de las múltiples problemáticas de salud (Marmont et al., 2009).

El MDSS propone tres principios de acción para explicar o implementar programas, estrategias y políticas, los cuales son: mejorar las condiciones de vida, es decir: las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece; mejorar las

condiciones de trabajo de todos los trabajadores, para que: estén menos expuestos a riesgos físicos, estrés laboral y conductas perjudiciales para la salud; y finalmente, medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública (Marmont et al., 2009).

**Figura 3.** Corriente de análisis desde el MDSS



*Nota.* La OMS (2000), propone reflexionar sobre los problemas sanitarios desde la siguiente estructura.

Para usar el MDSS, Marmont (et al., 2009), propone una corriente de análisis para el problema sanitario. Inicia desde la identificación del problema sanitario, posteriormente se identifican las consecuencias biopsicosociales y se imbrican las intersecciones que favorecen las condiciones de vulnerabilidad que posee la población, aunado al señalamiento de las implicaciones contextuales y culturales; así como, la posición y estrato socioeconómico. Lo anterior permite integrar los componentes para brindar un diagnóstico integral sobre los elementos estructurales que contribuyen a mantener la problemática de salud pública.

### **1.5.2. El embarazo adolescente y las Determinantes Sociales de la Salud**

Para la OMS (2020), y para el MDSS, los embarazos no deseados, ni planeados en la adolescencia son una problemática de salud pública. Ya que es posible que algunas mujeres adolescentes planeen y deseen su embarazo, pero en muchos otros casos no es así. El hecho de que ocurra un embarazo en esta etapa del desarrollo no tiene que ver con la inmadurez o la falta de responsabilidad en el ejercicio sexual y reproductivo, sino que está influido por el acceso a servicios y atención en salud, así como, las condiciones socioeconómicas, estructurales y la calidad de vida.

De acuerdo con Pacheco et al. (2014), la prevalencia alta de los embarazos en la adolescencia se ubica en contextos de pobreza extrema, con poco acceso a

comunicaciones, información y servicios. Así como en espacios que están en vías de desarrollo o bien, espacios rurales o *periféricos*.

Así mismo, algunos estudios realizados en el Estado de Hidalgo por organizaciones que trabajan el tema de salud sexual y reproductiva bajo el enfoque de DDHH, coinciden con que algunas causales del embarazo en la adolescencia. Las cuales están íntimamente vinculadas a: la complejidad de acceso a sus contextos, no contar con información actualizada, científica y veraz sobre sexualidad integral, el acceso y uso adecuado de métodos anticonceptivos hormonales y de barrera, al desconocimiento de su cuerpo, a la discriminación por edad, a los usos y costumbres, las violencias estructurales producto del sistema económico en el que viven, la violencia sexual hacia niñas y mujeres, así como la ineficacia operativa de algunas políticas públicas o bien de su inexistencia (García, Avilés, Caballero y Gayosso, 2018).

El primer principio del MDSS (2009) es la equidad sanitaria. Lo que implica brindar a cada persona y sector social lo que requiera bajo un enfoque de DDHH y en función de sus condiciones. Así en el análisis del problema del embarazo en la adolescencia, se comprende que existen adolescencias que no saben cómo evitar un embarazo, debido a que se encuentra limitado su ejercicio del derecho a la salud, por ende, a sus DDSS y DRRR. Los cuales refieren que las personas jóvenes tienen derecho a contar con acceso a información actualizada veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad, así como, a tener la posibilidad de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, con la finalidad de que ellas y ellos puedan decidir de forma libre, autónoma e informada sobre su cuerpo, *sexualidad y reproductividad*.

Algunos estudios como el de Gayet y Juárez (2020), refieren que en la actualidad ir a la escuela representa un factor protector ante la posibilidad de un embarazo adolescente, ya que esta institución proporciona información y triplica la posibilidad de usar un método antifecundativo. Políticas de prevención instauradas en los últimos años en el Estado mexicano, pues de acuerdo con Stern (2004) los Estados han señalado el embarazo adolescente como reproductor de pobreza. Sin embargo, su crítica se centra en cuestionar el control demográfico y reproductivo a través del tiempo a beneficio de los Estados, y propone abordar las causas subyacentes al embarazo adolescente como la pobreza, el poco acceso a la atención médica y la violencia de género.

Lo anterior sirve para reflexionar sobre los sistemas de asistencia sanitaria, los espacios educativos, así como, cuestionarnos si existen espacios de acompañamiento en salud emocional que apoye su toma de decisiones. La OMS (2020), refiere que, aunque sea sencillo conseguir antifecondativos, muchas adolescencias activas sexualmente los usan menos que las personas adultas; o bien, en otros casos muchas mujeres adolescentes no pueden negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas, o son forzadas a no usar protección.

Con respecto a lo anterior, se observa que existen otros aspectos que determinan el ejercicio sexual de las adolescentes, el cual está íntimamente vinculado con las violencias de género que niñas y mujeres pueden experimentar en su práctica sexual, y que simultáneamente, es una violación a sus DDSS y DRRR. Principalmente, cuando se trata del uso de anticonceptivos o de tomar decisiones con respecto a su cuerpo, lo que incluye la decisión de mantener o no relaciones sexuales. Algunos estudios como el de “Mujer Indígena, embarazos en adolescentes y VIH: prevención desde un enfoque intercultural”, realizado por la Confederación Nacional de Mujeres Indígenas de Bolivia (CNAMIB, 2012), evidencian que el componente del género juega un papel importante, ya que la etapa de la adolescencia, universalmente se identifica por la búsqueda y expansión de vínculos sociales más allá de la familia e inclusive la búsqueda de una pareja sentimental. Así la falta de programas con perspectiva de género puede contribuir a continuar legitimando los mandatos de género impuestos a las identidades femeninas. El mismo estudio refiere que las adolescentes de contextos *periféricos* pueden omitir el uso de métodos anticonceptivos, como el condón, tanto por la dificultad de su acceso (dependiendo el contexto y sus servicios) o bien, por petición o presión para no usarlo de parte de la pareja. O en casos más extremos, un embarazo no planeado y no deseado en la adolescencia puede ser producto de una violación.

Finalmente, se cree que es importante introducir la variable de género como analizador en el problema del embarazo no planeado y no deseado en la adolescencia. Y no considerar la experiencia como una vivencia independiente, sino como componentes inmersos en el tejido social y necesarios de apalabrar, discutir y apalabrar en la garantía de una equidad sanitaria.

### **1.5.3. Políticas para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescencias**

Con la finalidad de enmarcar la política internacional referente a la *salud sexual y reproductiva*<sup>7</sup>, se abordará el enfoque de los Derechos Humanos (DDHH). Enfoque fundamental en el tema del embarazo no deseado, ni planeado; pues con base en el MDSS, su implementación permite la construcción de sociedades equitativas, diversas, democráticas y más justas.

El 10 de diciembre de 1948 en la ciudad de París, se constituye la Declaración Universal de los Derechos Humanos, como el primer documento que reconoce una serie de prerrogativas universales, irrenunciables, inalienables, imprescriptibles e indivisibles, sustentadas en la dignidad humana. Cuyo objetivo es el desarrollo integral de todas las personas [Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH, 2019)].

En la tarea de reconocer y garantizar los DDHH de la población mundial, mediante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se redactaron un conjunto de treinta derechos básicos, en torno a aspectos políticos y civiles, a los cuales se les conoce como derechos de primera generación. Sin embargo, estos preceptos resultaban insuficientes para abarcar la complejidad de las realidades sociales, así como, las distintas transformaciones con respecto a las necesidades y momentos históricos de las sociedades del mundo. Motivo por el cual, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), mediante cumbres, conferencias, convenciones u otras declaraciones, ha promovido otros derechos para garantizar condiciones mínimas de dignidad humana, como los Derechos Económicos y Culturales (segunda generación), y posteriormente la Cooperación entre los Pueblos y el Cuidado del Medio Ambiente (tercera generación). Por lo tanto, correspondiendo a los avances científicos, tecnológicos, económicos, sociales, culturales, lingüísticos y artísticos; que se viven en este momento, es imprescindible considerar la creación de una siguiente generación de derechos que continúen promoviendo la diversidad como un valor intrínseco a la humanidad (Munive y Cruz, 2019).

---

<sup>7</sup> Se define como *salud sexual y reproductiva* al estado físico, mental y social, que se caracteriza por la ausencia de enfermedades o dolencias en temas relacionados al sistema reproductivo, sus funciones, sus procesos, lo cual conlleva a velar por una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y libre en la decisión de procrear (hacerlo o no, cuándo y cuántas veces se desee) (ONU, 1994).

Al realizar un recorrido histórico por los tratados que dan origen a los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSS y DDRR), se puede referir la Conferencia de los Derechos de sobre la Mujer (1975), en la ciudad de México. En dónde se aborda el tema del derecho a la integridad corporal y el control de las mujeres sobre su capacidad reproductiva. Pero no es hasta la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, 1994), llevada a cabo en el Cairo, donde se enmarcan dentro del Derecho a la Salud (DDSS): los derechos a la vida, la educación, la información, la privacidad, a decidir el número y espaciamiento de los hijos, al matrimonio, a la equidad, a vivir sin discriminación, a no sufrir prácticas que perjudiquen a niñas, adolescentes y mujeres, a vivir sin violencia, así como los medios para alcanzar el nivel más adecuado de *salud sexual y reproductiva*. Hecho que simultáneamente, dio paso al nacimiento de los DDSS y DDRR.

**Tabla 5.** Derechos sexuales y reproductivos

<b>Derechos sexuales y reproductivos</b>	
1. Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad.	8. Derecho a la igualdad.
2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente nuestra sexualidad.	9. Derecho a vivir libres de discriminación.
3. Derecho a manifestar públicamente nuestros afectos.	10. Derecho a la información actualizada veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad.
4. Derecho a decidir libremente con quién o quiénes relacionarnos afectiva, erótica y socialmente.	11. Derecho a la educación integral en sexualidad.
5. Derecho a que se respete nuestra privacidad e intimidad y a que se resguarde confidencialmente nuestra información personal.	12. Derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva.
6. Derecho a la vida, a la integridad física, psicológica y sexual, a vivir libres de violencia.	13. Derecho a la identidad sexual.
7. Derecho a decidir de manera libre e informada sobre nuestra vida reproductiva.	14. Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción.

*Nota.* Información obtenida del CENSIDA (2016).

La tabla 5 muestra los DDSS y DDRR, como atributos que se fundamentan en el reconocimiento de todas las personas a decidir de manera libre y responsable sobre su cuerpo, así como a experimentar y vivir plenamente su sexualidad [Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida (CENSIDA, 2016)].

Los DDHH como parte del ejercicio jurídico internacional, simultáneamente, establecen las obligaciones que deben asumir los gobiernos anexados (firmados y ratificados) en determinadas situaciones. Así como, su abstención en determinadas circunstancias con la finalidad de defender y promover los DDHH y las libertades fundamentales de las personas y de los grupos (CNDH, 2019).

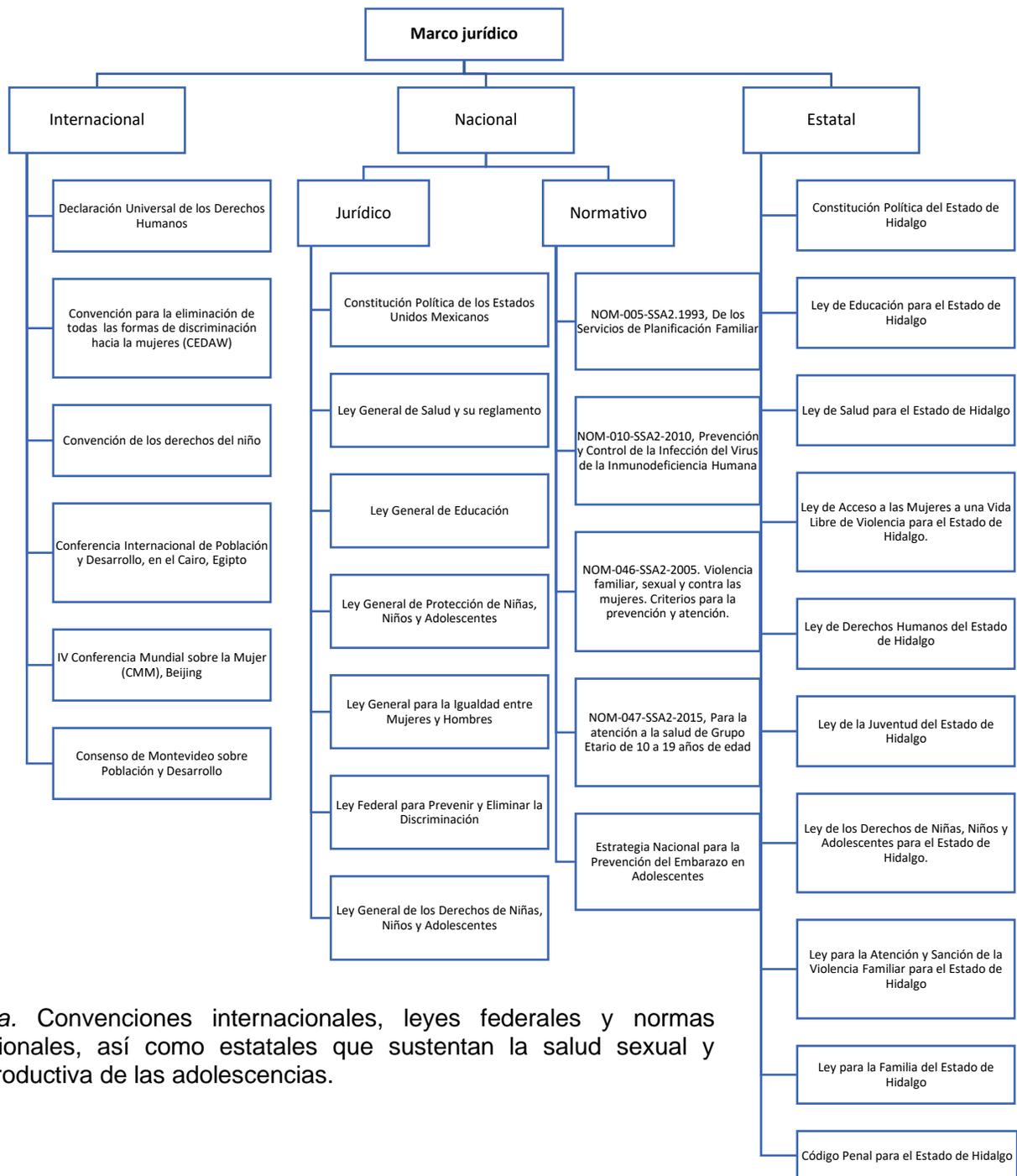
Con respecto a los DDSS y DDDR, México ha firmado y ratificado, por lo menos, seis tratados internacionales que contribuyen a su reconocimiento: la Conferencia de los Derechos de sobre la Mujer (1975), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (1981), la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN, 1990), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, 1994) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará, 1999).

Los DDHH y por lo tanto los DDSS y DDDR, se encuentran reconocidos y protegidos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917), así como por las leyes emanadas de ella, a partir de la reforma en 2011 al Artículo 1° Constitucional, en donde se hacen obligatorios los DDHH.

*“Artículo 1°. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Párrafo reformado DOF 10-06-2011” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2019, p.1).*

Con respecto a la legislación nacional, los principales documentos que respaldan los DDSS y DDDR son: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Población y Reglamento, la Ley General de Salud y Reglamento, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, la Norma Oficial Mexicana (NOM-005) de los Servicios de Planificación Familiar y la Norma Oficial Mexicana (NOM-046), enfocada a la violencia familiar, sexual en contra las mujeres; las leyes anteriores están avaladas, a partir del 2011 por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos [Leyes Federales Vigentes (LFV, 2018)].

**Figura 4.** Marco normativo que sustenta el ejercicio sexual y reproductivo de las adolescencias



*Nota.* Convenciones internacionales, leyes federales y normas nacionales, así como estatales que sustentan la salud sexual y reproductiva de las adolescencias.

#### 1.5.4. La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia

La Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia (ENAPEA, 2015), es una herramienta que nace en el año 2014 ante la problemática del embarazo adolescente. La ENAPEA representa una respuesta de carácter integral que permite

atender los factores multicausales que intervienen en este fenómeno. La ENAPEA aborda los factores determinantes del embarazo en adolescentes. Así mismo, es el primer esfuerzo y logro en México para disminuir el embarazo en la adolescencia, motivo por el cual, congrega a una gran variedad de dependencias e invitados para su desarrollo e implementación.

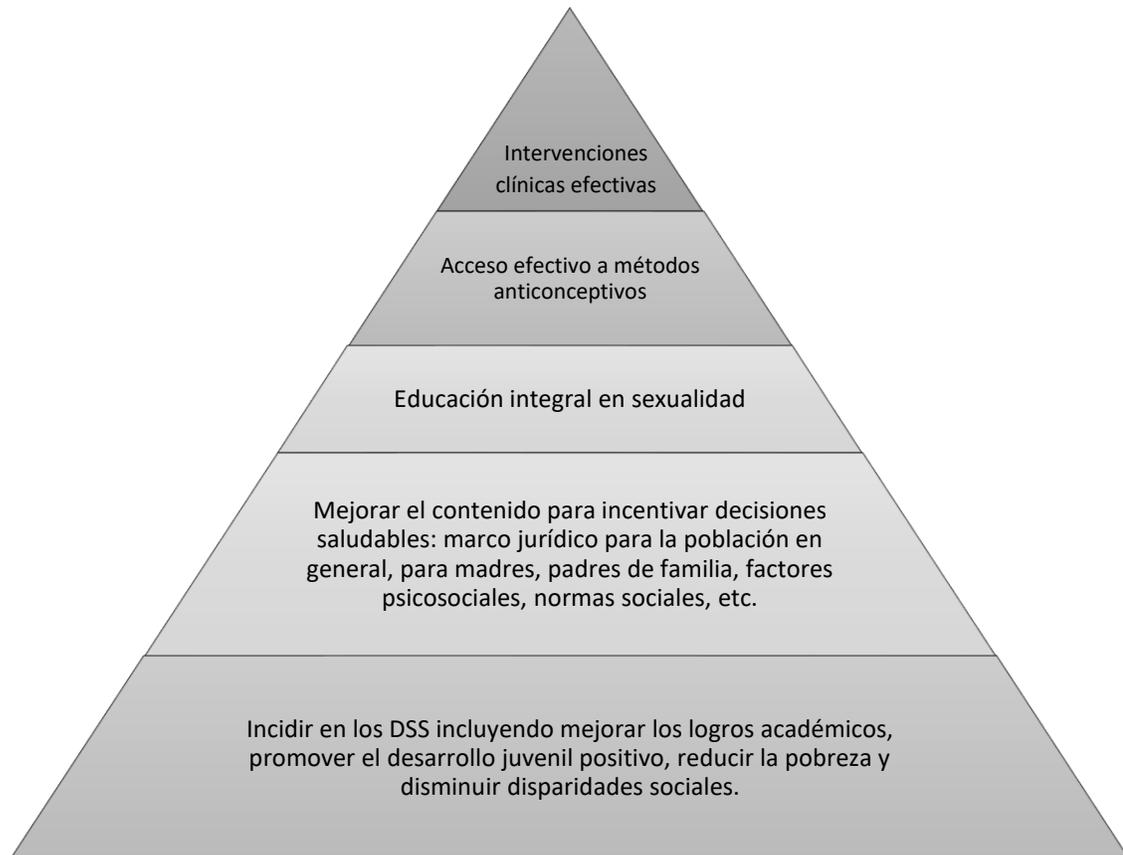
La ENAPEA funciona con base en trabajo conjunto de 13 dependencias del Gobierno Federal: Secretaría de Gobernación (SEGOB), Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Secretaría de Salud (SSA), Secretaría de Educación Pública (SEP), Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE), Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Sistema para el Desarrollo Integral de La Familia (DIF) y el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE). Coordinados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO). Además, es de su responsabilidad sumar a la consulta de sus acciones a organizaciones de la sociedad civil y expertos en el tema de embarazo no planeado y no deseado. Con la finalidad de que fundamentan sus acciones en el marco de los DDHH, los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (DDNNA) y garantizar una vida libre de violencia (ENAPEA, 2015).

Sus objetivos específicos son: promover el desarrollo humano y las oportunidades de las y los adolescentes para crear un entorno que favorezca decisiones libres y acertadas sobre su proyecto de vida y el ejercicio de su sexualidad; incrementar la oferta y la calidad de la información y los servicios de salud sexual y reproductiva; así como, una educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos.

Los componentes de la ENAPEA (2015), son: educación inclusiva, integral y flexible, educación integral en sexualidad progresiva e inclusiva, oportunidades laborales apropiadas para la edad y acordes a las capacidades, entorno habilitante, servicios de salud amigables, resolutivos, incluyentes y versátiles, detención temprana y atención oportuna e integral de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes. Así mismo, posee los siguientes ejes: interseccionalidad, ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos, perspectiva de género, curso y proyectos de vida, corresponsabilidad, participación adolescente, investigación y evidencia científica, evaluación y rendición de cuentas.

El marco conceptual de la ENAPEA selecciona las principales aportaciones de diferentes modelos, los cuales se encuentran plasmados en una pirámide formada por cinco niveles que pueden llevarse a cabo en el ámbito de las políticas públicas, educación para la salud sexual y reproductiva, así como, de desarrollo (Arango, 2018).

**Figura 5.** Pirámide de impacto sobre la salud



*Nota.* Tipos y niveles de intervenciones, así como su impacto sobre la salud de acuerdo con Arango (2018).

La pirámide se interpreta de abajo hacia arriba, motivo por el cual, en la base se encuentran las intervenciones que pudiesen tener un impacto potencial y que se dirigen a los determinantes socioeconómicos de la salud como la educación y el trabajo. En el siguiente nivel, se refiere a la garantía de todos los métodos anticonceptivos, incluyendo los de largo plazo y reversibles de acción prolongada. En el tercer nivel, se encuentra la educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos, como un aspecto fundamental para todas las personas, hecho que incluye a niñas, niños y adolescentes. En el segundo nivel, están las intervenciones que modifiquen el contexto, con la finalidad

de que las personas puedan tomar decisiones apropiadas para su salud, como creación o modificación de políticas públicas, así como, la creación de entornos sociales que predispongan su mejora. Finalmente, en la punta de la pirámide se encuentra la atención clínica directa y continua, mediante intervenciones favorezcan al acceso efectivo a servicios clínicos de salud sexual y reproductiva especializados (Arango, 2018).

La finalidad de la ENAPEA es contribuir a la equidad social potenciando las capacidades de las personas entre 10 y 19 años para alcanzar el desarrollo humano y el acceso a una vida digna mediante la reducción de los embarazos en niñas y adolescentes. Así mismo, el propósito de su elaboración es reducir los embarazos en niñas y adolescentes en México con absoluto respeto a los Derechos Humanos, particularmente los DDSS y DDRR. Y su meta es lograr que en el 2030 se reduzca a la mitad la actual tasa de fecundidad entre las adolescentes mexicanas de 15 a 19 años de edad, y erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años (ENAPEA, 2015, pp.36).

#### **1.5.5. Estrategia Hidalguense para la Prevención del Embarazo en Adolescentes**

El 23 de enero del año 2015, el Gobierno Federal presenta la ENAPEA para erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años y reducir el 50% el número de embarazos entre 15 y 19 años para el 2030. A su vez, en el año 2016 toman protesta las personas integrantes del Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en el Estado de Hidalgo (GEPEAH). Conformado por la Secretaría de Gobernación, INMUJERES, SEDESOL, SS, SEP, ISSSTE, IMJUVE, SNDIF, CDI e INSP, así como organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales. Grupo que es coordinado por el Consejo Estatal de Población del Estado de Hidalgo (COESPO, 2018).

A partir de la integración del GEPEAH, se desarrolla la Estrategia Hidalguense para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (EHPEA), la cual, está alineada al abordaje y ejes rectores de la ENAPEA. Sus objetivos son contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas; propiciar un entorno que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas; asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los Reversibles de Acción Prolongada (ARAP) para garantizar la 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; así como, garantizar educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos (COESPO, 2018).

#### **1.5.6. Ruta para la Atención y Protección de Niñas y Adolescentes, Madres y/o Embarazadas Menores de 15 Años en el Estado de Hidalgo (NAME)**

La Ruta para la Atención y Protección de Niñas, Adolescentes, Madres y/o Embarazadas Menores de 15 años (Ruta NAME, 2018), es un modelo de detección y atención integral para las niñas y mujeres adolescentes, que posee el objetivo de proteger y restituir de forma integral sus DDHH. Y fue piloteada en los municipios de Pachuca de Soto, Tulancingo de Bravo, Tula de Allende y Huejutla de Reyes, debido a que la secretaria de Salud del Estado de Hidalgo reportó 207 nacimientos de niñas y niños de madres entre los 9 y 14 años, producto de violencia sexual, matrimonios forzados, uniones tempranas y falta de *educación en sexualidad integral*. Así, la coordinación de la Ruta NAME es responsabilidad del GEPEAH.

La Ruta NAME (2018), posee un mecanismo de vigilancia que verifica los procesos de atención y de restitución de los DDHH de las NAME, se lleven a cabo de forma que no se revictimice. Por lo cual, las personas que elaboren los procedimientos de canalización y de atención desde las diferentes dependencias involucradas, deben poseer herramientas de sensibilización, perspectiva de género, así como, de infancias para proporcionar un seguimiento oportuno.

Con respecto al funcionamiento del modelo, se refiere que las NAME que han sufrido alguna violación a sus DDHH pueden ser identificadas en instituciones educativas, de atención sanitaria, de procuración de justicia, en organizaciones de la sociedad civil, colectivas o centros de desarrollo comunitario. Posteriormente se diseña un plan de restitución de DDHH y se canaliza a las NAME con las dependencias que serán las responsables de la atención integral. La canalización se da por medio de ventanas que brindarán la información sobre dependencias, horarios y funciones, con base en un directorio integral de servicios. La ventana 1, corresponde a los Centros de Salud y líneas telefónicas de vida. La ventana 2, corresponde a los servicios disponibles para las hijas e hijos de las NAME de 0 a 5 años. La ventana 3, corresponde a los servicios de atención a la salud materna. La ventana 4, corresponde a la protección especial de las NAME que

experimentaron violencia sexual. Y finalmente, la ventana 5 corresponde a los programas y becas educativas disponibles (Ruta NAME 2018).

La finalidad de referir la información plasmada en este primer capítulo referente al marco conceptual, implicó brindar a la persona lectora un panorama general pero lo más completo posible, sobre la problematización estadística y teórica del embarazo en la adolescencia como problemática sanitaria, con información científica, verás y actualizada. Así como, mostrar los mecanismos jurídicos y de análisis que brindan atención y sustento al ejercicio sexual y reproductivo de las adolescencias, frente a un proceso de gesta.

## Capítulo II: Construcciones y dinámicas epistemológicas, metafóricas y culturales de la sexualidad

"Solo puedo ser yo mismo. No importa cuánto me esfuerce, nunca podré ser alguien más, y eso está bien. Mi autenticidad es mi poder."  
Fritz Perls.

Tal como lo refiere Perls (1970), la *autenticidad* indica que lo que es verdadero para cada persona va a repercutir en su camino de desarrollo personal, pues implica la responsabilidad sobre los pensamientos, sentimientos y acciones. Vinculamos este concepto con el *poder* y la construcción de la sexualidad en la etapa del desarrollo adolescente, debido a que los cambios físicos, emocionales y sociales, están imbricados con las dinámicas culturales. Por lo cual, hablar de embarazo en la adolescencia obliga a este trabajo de investigación en psicología de la salud, a colocar aspectos propios de la construcción occidental de la *sexualidad humana*. Así como las formas en las que las adolescencias aprenden y se apropian de este ámbito.

Así, el siguiente capítulo teórico inicia con la explicación de los *conocimientos situados* como posicionamiento epistemológico. Consecutivamente se aborda el enfoque de la *construcción corporal: órgano-emoción*. Seguido de un breve recorrido histórico de la sexualidad en nuestro territorio, el cual tiene la finalidad de rastrear las metáforas de construcción colectiva de la *sexualidad*, así como, analizar sus implicaciones desde el enfoque de la *biopolítica* de los cuerpos, para entender la dinámica de las *relaciones de poder*.

### 2.1. Los conocimientos situados como aproximación epistemológica

Con la finalidad de exponer al lector la perspectiva filosófica desde la cual nos posicionamos para pensar(nos) y articular(nos) en la siguiente propuesta de investigación sobre embarazos en la adolescencia, el siguiente apartado tiene como objetivo la explicación de la postura epistemológica de los *conocimientos situados*. Así como, otras líneas del pensamiento desde las que se ha nutrido este posicionamiento, como lo es la *teoría feminista del punto de vista*, el *giro decolonial* y el *proyecto de investigación modernidad/colonialidad*.

De acuerdo con Piazzini (2014), la postura epistemológica de los *conocimientos situados* es una propuesta *postmoderna, feminista y poscolonial*, que visibiliza los

procesos hegemónicos sobre la producción de conocimiento. Debido a que el conocimiento considerado como *válido, objetivo y científico*, excluye los saberes, formas y poblaciones subalternas frente a los sistemas de conocimientos existentes. Estos sistemas se han denominado *universales*, sin embargo, son exclusivos y provenientes del mundo *moderno/occidental, europeo/imperialista y patriarcal*. En este sentido, para este trabajo sobre embarazo adolescente en regiones *periféricas*, se piensa que la postura epistemológica *positivista* contribuye a legitimar posturas *universalistas* sobre los fenómenos y rechaza el carácter contingente del conocimiento, al señalar que reduce la objetividad científica.

Paralelo a Piazzini (2014) creemos que la producción del conocimiento está determinada y atravesada por situaciones históricas, sociales y políticas particulares. En este sentido el proceso de investigación no es neutral, *universal* y tampoco absoluto, pues se comprende que está sujeto a un proceso de *construcción* permanente. Con respecto al enunciado de *situacionalidad*, mismo que se ha empleado desde la introducción de este trabajo, se entiende como un posicionamiento que permite involucrar en la construcción de conocimiento un proceso reflexivo y crítico, que incluye una revisión de coordenadas *geopolíticas, territoriales<sup>8</sup> e interseccionales<sup>9</sup>*. Motivo por el cual, resultan imprescindibles los lugares de procedencia de la información y los cuestionamientos que identifiquen “*desde donde y para donde*” se producen los saberes.

Así mismo, el componente de *situacionalidad* implica el compromiso con nuestros territorios, nuestra historia, el reconocimiento de saberes tradicionales y ancestrales, los caminos, los dolores, el reconocimiento en las apuestas políticas, la memoria colectiva, la confrontación a la heterogeneidad y el reconocimiento a la diversidad. Pero, sobre todo, lograr enunciar lo que se tiene que enunciar (Calixto, 2022). En este sentido, algunas de las ventajas que posee esta postura es poder comprender la investigación científica como producto de un proceso, más allá de una condición que es inherente a localizaciones particulares y la incorporación de la mirada de quién investiga. A continuación, se detallan

---

<sup>8</sup> El *territorio* se refiere al espacio social limitado, ocupado utilizado por distintos grupos sociales como consecuencia de la puesta en práctica de su agencia política o del campo del poder sobre un espacio ejercido por las instituciones dominantes (Capel, 2016, p.8).

<sup>9</sup> La *interseccionalidad* es la expresión utilizada para designar la perspectiva teórica y metodológica, que busca dar cuenta de la percepción cruzada o imbricada en los procesos y componentes sociales (la clase, edad, cultura, género o sexo), implicados en las relaciones de poder (Viveros, 2016, p.3).

algunos posicionamientos teóricos que articulan y brindan agencia política a esta postura epistemológica.

### 2.1.1. La teoría del punto de vista

El enfoque de los *conocimientos situados* nace desde la *teoría del punto de vista*, la cual se construyó en los años 70's y 80's, en Norte América como una "*teoría crítica feminista*". La cual, cuestiona las *relaciones de poder* sobre la construcción del conocimiento (Harding, 2004 en Piazzini, 2014). Su principal objetivo es resaltar contribuciones efectuadas por aquellas personas o poblaciones en marginación, como es el caso de las mujeres. Así como, comprender la producción sistemática del conocimiento bajo mandatos *androcéntricos*<sup>10</sup> y *sexistas*<sup>11</sup>.

Nancy Hartsock (1983) y Sara Harding (1993) delimitaron dos aspectos centrales sobre este enfoque para la construcción de conocimiento. El primero, tiene que ver con la identificación de privilegios en las posturas epistemológicas consideradas como legítimas y objetivas. Y el segundo, es la posibilidad de otorgar a toda forma de producción del conocimiento el carácter de *situacionalidad* descrito anteriormente. Elementos que serán obtenidos desde la perspectiva y *punto de vista* de las propias personas con las que se interactúe intersubjetivamente, así como de quién investiga. Paralelamente la *teoría del punto de vista*, integra una relectura que se efectúa desde el empirismo *feminista* hacia el *marxismo*, de donde se retoman algunas reflexiones del *materialismo-histórico-dialéctico*. Por lo que, es imprescindible considerar la visión y conocimientos femeninos de las *clases proletarias* en la tarea de comprender y transformar las condiciones de vulnerabilidad y marginación en las cuales pueden encontrarse inmersas (Haraway, 1988).

"El *conocimiento situado* requiere que el objeto de conocimiento sea visto como un actor y un agente, no como una pantalla, un soporte o un recurso, y nunca finalmente como un esclavo del maestro que encierra en sí la *dialéctica* en su agencia única y su autoría del conocimiento "objetivo" (Haraway, 1988, pp. 592)".

---

<sup>10</sup> Es la organización de las estructuras económicas, socioculturales y políticas a partir de la imagen del hombre; un enfoque que fundamenta las experiencias humanas, el protagonismo de la historia y el desarrollo desde una perspectiva masculina. Conlleva a la invisibilización de las mujeres, de sus experiencias y de sus aportaciones (CEEG-UNAM, 2022, p.1).

<sup>11</sup> Sistema socio-cultural que establece como natural una desigualdad en función de la división rígida entre los géneros, en cuanto a roles, comportamientos y actitudes: el hombre y lo masculino (modelo superior e imperante) frente a la mujer y lo femenino (CEEG-UNAM, 2022, p.4).

En este sentido, abordar un trabajo de investigación sobre embarazo adolescente desde una epistemología que considera el *género* como un analizador puede contribuir a mejorar algunos aspectos en el campo de la salud. Ya que como se ha referido a lo largo del texto, las principales receptoras de las consecuencias biopsicosociales de dicho fenómeno son mujeres adolescentes de regiones *periféricas*. Por lo que la aproximación al estudio del fenómeno del embarazo adolescente, no necesariamente se está dando desde *–hombres, blancos, europeos o norteamericanos–*. Sino desde las propias voces y experiencias de mujeres y hombres adolescentes, así como acompañantes en salud sexual y reproductiva; paralela a mí voz como *-mujer feminista, defensora de DDHH, psicóloga de la salud-* en regiones *periféricas*. Por lo cual, reconocemos que posicionarnos desde esta epistemología también aporta a la investigación una dimensión de compromiso político.

### **2.1.2. Pensamientos periféricos y fronterizos**

A lo largo de la articulación, desarrollo y escritura de este proyecto de investigación se ha delimitado *territorialmente* la aproximación al estudio del embarazo en la adolescencia, en la frase “regiones *periféricas* del Estado de Hidalgo”. En este sentido y continuando con el desarrollo de la línea epistemológica de los *conocimientos situados*, que pretende desentrañar el “*desde donde y para donde se investiga*”. Se considera importante exponer al lector lo que nos significa el uso del término regiones *periféricas*, para identificar a tres municipios del Estado de Hidalgo, con índices prevalentes en embarazo adolescente.

Al identificar las implicaciones críticas y reflexivas sobre las múltiples *interseccionalidades*, que envuelven el concepto de *situacionalidad* en los espacios en donde se presentan mayor prevalencia de embarazo adolescente en el Estado de Hidalgo. Se observó que los municipios de Acaxochitlán, Tepehuacán de Guerrero y Zacualtipán de Ángeles corresponden a regiones *periféricas*, con respecto al centro geopolítico que es la ciudad de Pachuca de Soto, Hgo.

Por lo cual, se dice que existe una mayor afinidad por la postura epistemológica de los *conocimientos situados* en la producción de conocimiento del continente Latinoamericano. Debido a que el concepto *situacionalidad*, resulta atractivo para justificar muchos planteamientos teóricos, políticos y saberes propios en este continente.

Pues confluye con algunos enfoques desarrollados en las últimas dos décadas, como: los *pensamientos fronterizos*<sup>12</sup>. Representados por las líneas el *giro decolonial* y el *programa de investigación de modernidad/colonialidad*.

Con base en Castro y Grosfoguel (2007), el *colonialismo* es el fenómeno generado a partir de siglos de expansión y subordinación global europea hacia América, el Caribe y África, inaugurado por España, Inglaterra y Francia en el siglo XV. Que, aunque siglos más tarde lograda la creación de *Estados-nación* de los territorios conquistados, se priorizó la independencia política y económica, pero no las determinaciones culturales e ideológicas. Paralelamente, el término *colonialidad* se refiere al esquema de *poder* que surge del *colonialismo* y que perdura, incluso cuando aquello que se arraigó desaparece. Así de acuerdo con los autores en la modernidad vivimos en un *sistema-mundo poscolonial* y *descolonizado*. Es decir, que las transiciones de la *colonialidad-poscolonialidad* no sólo han determinado las economías mundiales, sino realidades sociales en conjunto. Así, a través del tiempo se ha construido un *sistema-mundo* con significaciones culturales, a partir de la división del trabajo y de las múltiples *intersecciones*.

La *poscolonialidad*, el modelo desarrollista y la acumulación del capital a escala mundial que caracteriza a las sociedades occidentales, ha llevado a la creación de coordenadas *geopolíticas-geoeconómicas-geoculturales*. Debido a que, en el ámbito simbólico discursivo, Europa y Norteamérica se piensan como más avanzadas que el resto del mundo, por lo que son el modelo a imitar; y la meta es alcanzarles. Motivo por el cual, se habla de *centros* y *periferias*, los cuales se refieren no sólo a coordenadas geográficas y económicas, sino, a estructuras y espacios diferenciados. En donde el *centro* es el *indicador-norma* de una estructura homogénea, y la *periferia* es lo *exterior-anomía*, lo que sale de la *norma*. Es decir, que este trabajo más allá de representar un ámbito explicativo de la *superestructura*, atiende la *heterarquía*. Entendida como una red de múltiples regímenes de *poder*, compuesta de procesos económicos, políticos y culturales, cuya suma mantiene el *-sistema-mundo-europeo-norteamericano-capitalista-patriarcal-moderno-poscolonial-* (Castro y Grosfoguel, 2007).

---

<sup>12</sup> *Pensamientos fronterizos*, se refiere a las posturas ideológicas pertenecientes a personas localizadas en los bordes de la cartografía dibujada por los sistemas *moderno-coloniales*, mismas que conocen los dos lados de la diferencia, es decir, los pensamientos subalternos como los pensamientos hegemónicos.

Así, de acuerdo con Mignolo (2003), los procesos *poscoloniales* enfocados a la construcción de conocimiento científico en Latinoamérica, han ordenado y controlado la diferencia cultural racial, religiosa y lingüística, dependiendo de la época. Al otorgarle autoridad a las voces que hablan desde los *centros* de la *geopolítica* del conocimiento, negando o desvirtuando voces *periféricas*. El proceso anterior implica una dominación que no requiere coerción física, sino que es un tipo de violencia epistémica. La cual, se ha ido normalizando y naturalizando en la cultura como la única mirada válida.

Así mismo, Escobar (2003) refiere que tanto el enfoque epistemológico de los *conocimientos situados* como el enfoque de los *pensamientos fronterizos*, se entretajan y convergen en tres puntos. El primero, al cuestionar las posturas que universalizan el conocimiento consideradas como autoridades epistémicas no aplicables a consciencias de carácter local. En segundo lugar, reconocer que el discurso científico de la modernidad ha sido desarrollado bajo la mirada masculina, tal y como lo evidencian las teóricas feministas de los 70's y 80's. En tercer lugar, abordar temáticas como la *globalización*, el *posdesarrollo* y la sustentabilidad ecológica, con la finalidad de construir formas sociales y políticamente efectivas.

Es importante referir que la intención de la postura epistemológica de los *conocimientos situados* no pretende relativizar los relatos aquí presentes, ni omitir las formas de la producción del conocimiento hegemónicas. Sino que es una línea de pensamiento que obra por la construcción de un nuevo paradigma permanente y crítico, que permita el paso a posturas que reconozcan la diversidad de conocimientos y de voces. Por lo tanto, es una apuesta por la construcción de conocimientos edificados en la *interculturalidad* y llevados a la construcción alternativa de una nueva cosmopolita, en donde se pueda ampliar y transitar de los discursos universalistas, a los de la diversidad. Así como apostar por una visión *posmoderna*<sup>13</sup> en la construcción de nuevos conceptos que den cuenta de la complejidad de jerarquías instauradas por las relaciones de poder materializadas en las *heterarquías*.

---

<sup>13</sup> La *postmodernidad* se basa en la libertad de crítica, pues la tradición moderna está en declive y actualmente sus posturas son insuficientes. Debido a que se rigen por una perspectiva teórica universal sustentada en la razón y en lo objetivo, volviendo a las personas y situaciones sociales en algo inamovible y acabado. Dejando de lado: la diversidad, la subjetividad, las emociones, la superstición y los diferentes escenarios (Piedra, 2003).

## 2.2. Enfoque de la construcción corporal: órgano-emoción

Desde el *enfoque de la construcción corporal*, López (2018) refiere que vivimos en sociedades de consumo. Debido a que los medios de comunicación y las empresas de productos que permean nuestras realidades han impuesto sabores, emociones, modas, así como, ideas sobre la felicidad y el éxito. En este sentido, la salud y el bienestar biopsicosocial de las sociedades latinoamericanas se encuentran en una etapa crítica por los productos ofertados y la mercadotecnia “chatarra”. Consumos, que se encuentran íntimamente vinculados al desarrollo de *enfermedades crónico-degenerativas*, dificultades en las relaciones humanas, así como, a la carencia de autopercepción y sentido. Por lo que, la salud y el bienestar biopsicosocial están vinculados a encontrar un *punto de equilibrio* y al cuidado del cuerpo, ya que este espacio o territorio es un reflejo de nuestro proceso integral de vida.

El *enfoque de lo corporal* posee sus fundamentos de la filosofía *taoísta*, donde el cuerpo se entiende como parte del medio que habitamos, que es el planeta Tierra; por lo tanto, los procesos corporales no son ajenos a su física. Así, la salud, la construcción del bienestar biopsicosocial y el desarrollo personal tienen su inicio en un encuentro al interior del cuerpo. Por lo tanto, entender, comprender y atender los procesos corporales, así como su proceso de construcción histórica, propician el encuentro con el *punto de equilibrio*, así como el desarrollo de claridades para responder a las dificultades del día a día (López, 2018).

De acuerdo con García (2011), la naturaleza y el cuerpo humano, se encuentran interrelacionados e interdependientes con los elementos fuego, tierra, metal, agua, madera. Los cuales, generan ciclos de construcción de energía vital, ejemplificado en la siguiente analogía:

*“El fuego deja cenizas que, en la tierra se comprimen volviéndose cápsulas de metal sobre las capas del subsuelo; posteriormente, se filtran con el agua de lluvia y permite la creación de mantos acuíferos que nutren los árboles, mismos que serán madera y finalmente, la madera combustible para el fuego”* (García, 2011, p.78).

La *energía vital* se encuentra en los procesos químicos en relación con el cuerpo humano, ya que contiene elementos orgánicos como el carbono, oxígeno, hidrógeno y nitrógeno. Las estrellas poseen estos compuestos químicos, que posterior a su estallido se esparcen por la tierra, dando agua y por lo tanto vida. Podría decirse que *somos polvo*

*de estrellas*. El cuerpo humano es un microcosmos, que guarda íntima relación con el entorno donde se vive. Esta mirada permite resignificar, las barreras de lo que implica ser un humano, pues supera la mirada *moderna/occidental*. Este conocimiento sobre el cuerpo humano fue conocido por la cultura china, desde hace más de 5000 años (López, 2002 en García, 2011).

La *construcción de lo corporal*, se auxilia de la síntesis de la *memoria social*. Por lo tanto, la cultura se materializa en el cuerpo, la conducta y las emociones. A su vez, existen dos tipos de *memoria*, que son la *natural* y la *artificial*. Que con base en Yates (2005 en López, 2012), la *memoria natural* se deriva de los dones de la naturaleza y la *memoria artificial* es auxiliar de la *natural*, la cual se consigue a través del “arte”. Es decir, de los enredos mentales o metáforas<sup>14</sup>; y se ejerce mediante reglas, imágenes y poder.

La *memoria* es el cuerpo en sí mismo, ya que este tiene la habilidad de recordar imágenes sobre situaciones del pasado, que han dejado su marca. Los procesos del cuerpo y la *memoria* se relacionan con los órganos cuando se explora el punto de salud, y con ella ciertos padecimientos o enfermedades crónicas, los cuales, son considerados como abusos de la *memoria*. Es decir, que el exceso de imágenes de la *memoria* en un cuerpo produce que las personas no respondan al ajetreo de las sociedades, y su expresión se da en un padecimiento emocional o proceso de enfermedad. Entonces, la *memoria* del cuerpo no sólo es cognitiva, sino también *corporal*. Las sociedades *moderno/occidentales* suscriben a lógicas y a razonamientos, que no permiten que el cuerpo ordene sus procesos de *memoria*. Debido a que se le brinda prioridad a la cognición, sin considerar la voluntad y necesidades propias del cuerpo. (López, 2012).

Consecutivamente, García (2011) refiere que las adolescencias también viven este efecto de imposición de la mercadotecnia sobre la cultura y construcción de sus propios procesos *corporales*. Ya que los consumos diseñados por empresas y medios de comunicación se imponen con un “deber ser” sobre su *imagen corporal*, su alimentación, los tipos de relaciones, etc. Situación que genera en los adolescentes un desligamiento de su esencia humana, para sustituirla por una imagen comercial o socialmente aceptable. En algunas ocasiones, dicha desconexión, produce un vacío existencial que

---

14 “La metáfora se presenta como un mecanismo que permite la conceptualización y reconceptualización del mundo, la organización de éste y la articulación de las concepciones que de él se tengan” (Uribe, 2006, p. 48).

puede encaminar al consumo de sustancias, a la dependencia en relaciones, al aislamiento o a buscar encuentros sexuales de riesgo.

Vinculando el *enfoque de la construcción corporal* a los embarazos no deseados, ni planeados en la adolescencia que no son producto de un encuentro coital forzado, pensamos que pudiese existir un desconocimiento y falta de observación sobre el espacio *corporal* como zona sagrada. Por lo cual, sería imprescindible construir con las adolescencias hábitos y estilos de vida sexuales que coadyuven a transformar la memoria histórica *sexo-corporal*, al (auto) cuidado o preservación del (los) cuerpo (s), a la regulación emocional y al desarrollo continuo del ámbito espiritual. Ya que los elementos anteriormente referidos confluyen positiva o negativamente, para proporcionar un estado de salud y bienestar.

### **2.3. Cuerpo y memoria para reconstruir la sexualidad en nuestro territorio**

Lo *corporal* se construye mediante la metáfora, y a su vez, la metáfora contiene la cultura que se elabora en relación al lenguaje. Por ejemplo, en los procesos de conquista y colonia en México hubo una imposición cultural europea con el objetivo de modificar la *memoria social* de los pueblos mesoamericanos. En este sentido, se construyó una *memoria artificial* que se ha hecho natural al paso de generaciones e implantó nuevos procesos con implicaciones en el bienestar biopsicosocial de los mexicanos. Si se consideran 20 años por generación de 1521 al 2000 existen aproximadamente 24 generaciones en donde la *memoria social* se ha modificado en religión, alimentación, cultura, ética, etc., (López, 2012). Por lo cual, para esta investigación y desde el *enfoque la construcción corporal* nos preguntamos ¿cómo ha sido la construcción de la *memoria social* con respecto a la sexualidad en México?

#### **2.3.1. La sexualidad en el México prehispánico**

Para identificar las construcciones sobre la sexualidad en la *memoria social* de los mexicanos, es propio entender algunos de los procesos culturales de los pueblos mesoamericanos y del mestizaje. Entendiendo con base en López (2012), que la cultura es parte de esa gran metáfora de una sociedad en un tiempo determinado. Principalmente, señalando algunos de los contenidos metafóricos de las culturas mesoamericanas *mexica*, *tolteca*, *nahua* y la *otomí*, asentadas en la zona centro del país,

y extendidas a través del tiempo en los municipios de Acaxochitlán, Tepehuacán de Guerrero y Zacualtipán de Ángeles.

Así, de acuerdo con Alcina (1991) para entender las metáforas en la cultura sexual de los pueblos mesoamericanos, se debe retomar su cosmovisión, su organización social/familiar y sus prácticas sexuales. En este sentido, la cosmovisión *mexica* explica el mundo desde una concepción dualista; donde el sol, el día y el cielo diurno se asociaban con lo *masculino*, y la noche, la luna, las estrellas y la tierra, se relacionaban con lo *femenino*. El principio indicaba que el equilibrio de lo *masculino* y lo *femenino*, propiciaban el buen funcionamiento del universo (Austin, 1980). Este equilibrio entre sus dioses es el *Ometéotl* como energía creadora, la cual se forma por la energía dual de *Ometecuhtli* (señor dos) y *Omecíhuatl* (señora dos).

Así mismo, en la tradición *tolteca Quetzalcóatl* “la serpiente emplumada” descendió a las entrañas de la Tierra para obtener unos huesos que mezcló con sangre tras punzar su pene, y de esta sustancia nació la humanidad. Igualmente, para los *mexicas* el acto que da origen al maíz como alimento básico en su dieta, se origina porque *Tláloc* el dios de la lluvia, el agua y la fertilidad, arrojaba lluvia y semen de su pene, sobre la Tierra representada por la diosa *Xochiquétzal*, diosa del deseo sexual y el amor (Seler, 1963).

Por su parte, los actos rituales *nahuas* se presentaban en cada veintena de su año solar e iniciaban con abstinencias de alimentos, bebidas y sexo. Posteriormente, venía el momento clímax del festejo, en donde se sacrificaba a personas en honor a *Tlazoteotl* “la que come suciedad”. Las fiestas se celebraban con grandes banquetes de comida, danzas eróticas entre guerreros y sacerdotisas, escenificaciones coitales públicas, actividad sexual, nacimientos simbólicos y pulque. Las celebraciones terminaban con una etapa de limpieza para desactivar las energías liberadas en las borracheras y banquetes, incluyendo los excesos de la actividad sexual. La moral sexual admitida estaba vinculada a la procreación, tener hijos era una obligación divina, y las mujeres que morían en el proceso de parto se convertían en *cihuateteo* “guerreras del atardecer” (Alcina, 1991).

Con respecto a la organización social/familiar Dávalos (1998), refiere que el México prehispánico tenía rasgos señoriales o feudales. Las sociedades eran conducidas por los *pipiltin* que tenían el control de la tierra y los productores *macehualtin* quienes les

tributaban. Las comunidades de *macehualtin* eran la piedra angular de la organización social y eran las personas encargadas de trabajar la tierra, la producción y la artesanía. Los *macehualtin* vivían en comunidad o en “barrios” como fueron nombrados por los españoles. Espacios que poseían instituciones religiosas, políticas y educativas. Así mismo, sus hogares se articulaban por varias habitaciones que daban a un patio en común; contaban con un granero, un altar y una cocina común. Las habitaciones albergaban distintos núcleos familiares emparentados entre sí. Había una predilección a mantener junta a la familia. Al morir, los jefes de familia heredaban a sus hijos o hermanos, tanto sus bienes como a sus familias; incluidas sus mujeres. El jefe de familia se responsabilizaba del bienestar de todos.

Los matrimonios practicaban la endogamia, es decir, la unión entre personas de la misma raza y rango social. Así, la comunidad era el núcleo doméstico, en donde se lleva la vida cotidiana y la procreación polígama con la finalidad de tener hijos para hacer crecer los linajes. Aunque la poligamia era un privilegio de los hombres de estratos sociales altos (Dávalos, 1998). Las relaciones sexuales debían estar dirigidas a la procreación como fin único, aunque si se daban las relaciones sexuales fuera del marco de la procreación y la familia. Principalmente entre jóvenes guerreros con sus compañeras *ahuanime*, trabajadoras sexuales de la clandestinidad, pues existía el delito de adulterio (Alcina 1991).

Con respecto a la fertilidad y el embarazo, los *nahuas* desde lo fisiológico creían que la eyaculación del hombre era “la muerte de la que procedía la vida”. Entendían su pene como un bastón plantador que atiende a “la princesa Tierra” o “la flor abrazadora”, la cual, recibía la semilla. Se pensaba que el semen se acumulaba al interior de la mujer hasta ser suficiente para formar a un niño, si este no era suficiente se convertía en gusanos. En este sentido la fertilidad entre las mujeres era muy importante, pues se pensaba que, si una mujer estaba casada y no pasaba de un embarazo a otro, su salud peligraba. La infertilidad, se debía al trato que ella tuviera con su propio cuerpo. Por lo cual existían múltiples remedios de plantas y raíces como *atepocanatlí*, *olopatli* y *tetzacapatli* (Alcina, 1991).

Con respecto a las prácticas sexuales, no existe algún indicio de que se practicara el amor romántico o platónico. Sin embargo, se ha encontrado poesía erótica de la cultura

*otomí*, misma que se utilizaba como parte del arte del cortejo. Así mismo, la cultura *nahua* colocó estándares de belleza. En los hombres, lo ideal era poseer una estatura media y no tener rasgos de gordura, y en las mujeres debían tener senos y nalgas prominentes. Para conseguir un aspecto seductor en ambos sexos, el cabello debía ser largo, decorarse el cuerpo, rostro con motivos de color rojo, oscurecer sus dientes y mascar *tzictli* o *chapopotli* (chicle) en público (Dávalos, 1998).

De acuerdo con Galinier (1990), los *otomíes* se abrían paso de entre otros pueblos por su culto al erotismo, quienes lo manifestaron con su complejo simbolismo y ritual. De acuerdo con algunos informes de Fray Bernardino de Sahagún (1988, p.181), los otomíes “montaban diez veces” a su amante en una noche e inclusive las mujeres de edades avanzadas portaban simbología erótica y tenían actividad sexual. Los *nahuas*, *otomíes* y *huastecos* rendían culto a las diosas Tlazoltéotl y Xochiquetzal pues la lujuria no se consideraba como errónea.

Con respecto a otras poblaciones como las niñas y los niños, el Código Mendocino muestra a niños menores de seis años y a las niñas menores de cinco años, sin falda o *máxtlatl* (ropaje que cubría los genitales). Así mismo, presenciaban los rituales a los dioses. Por otro lado, las relaciones homosexuales estaban normalizadas e inclusive había hombres que desarrollaban oficios domésticos como y artesanales como tejer e hilar (Dávalos, 1998). Finalmente, para los misioneros españoles las prácticas de los pueblos mesoamericanos, como el *temazcalli* eran espacios de perversión sexual. Aunque el *temazcalli* era el espacio medicinal y de higiene, también era un lugar de procreación y nacimiento, era la tierra de donde nacen los niños. Algunas informantes de Sahagún, refirieron que el útero era como el *temazcalli*, una cueva cuya función era recibir y dar. Los conquistadores escandalizados por la desnudez, trataron de eliminar su uso.

*“Usavan en estos vaños otras vellaquerías nefandas, hazian que banarse muchos yndios o yndias desnudos en cueros y cometían dentro gran fealdad y pecado en este baño” (Nuttall, 1983 p.176 en Dávalos, 1998).*

En este sentido, el proceso *histórico/cultural* presente en la *memoria social* y metáforas de algunos pueblos prehispánicos, indica que la *construcción corporal* con respecto a la sexualidad estaba vinculada a la cosmovisión y deidades originadas de la observación de los fenómenos del entorno natural inmediato. Así como en prácticas y organizaciones de tipo comunitarias. La sexualidad se ejercía con el fin de la procreación,

el culto a la concupiscencia y el erotismo como algo divino, el respeto a la diversidad sexo genérica, y la desnudez naturalizada sin estar atravesada por elementos punitivos y prohibitivos.

### **2.3.2. La sexualidad en la conquista y el México colonial**

Eduardo Galeano (1986), dijo la frase: “*Vinieron. Ellos tenían la Biblia y nosotros teníamos la tierra. Y nos dijeron: “Cierren los ojos y recen”. Y cuando abrimos los ojos, ellos tenían la tierra y nosotros teníamos la Biblia*”. Esta metáfora permite imaginar el momento histórico de la conquista española, donde se produjeron ejercicios de evangelización por parte de la iglesia católica que transformaron la idiosincrasia y la construcción de lo corporal de los pueblos mesoamericanos.

A su vez, Octavio Paz (2013) refiere que los mexicanos no nos atrevemos a ser nosotros mismos porque luchamos con entidades imaginarias, mismas que nacieron en la conquista. Un ejemplo de lo anterior, son las palabras secretas y ambiguas que utilizamos, como “*la chingada*”. Que de acuerdo con Rubio (2014), la palabra “*chingar*” proviene del náhuatl *xinaxtli* que significa “aguamiel fermentado”; “*chingaste*” son los residuos o heces que quedan en el vaso del pulque. Motivo por el cual, en todo México el “*chíngure*” es sinónimo de “*piquete*”, o bien, de un trago de alcohol.

Para Paz (2013) “*chingar*” se puede conjugar de muchas maneras y está teñido de sexualidad. Es una palabra que denota violencia, pues implica salir de sí mismo y penetrar a otro con fuerza; es herir, rasgar y violar cuerpos, almas y objetos. El que “*chinga*”, jamás lo hace con consentimiento, es una voz activa, agresiva, cerrada, masculina, macha; y el “*chingado*” es la pasividad, lo inerte, lo abierto, la hembra, lo femenino. La relación es violenta y metafóricamente se pregunta ¿quién corporaliza a la “*chingada*”? Respondiendo que es la madre abierta, violada, burlada por la fuerza; y su hijo es el producto. Los mexicanos somos producto de la violación representada por Cortés y la Malinche. Ella representa a las mujeres indígenas seducidas, fascinadas y violadas, pues ella se dio voluntariamente al conquistador; pero cuando deja de serle útil, él la olvida. Simultáneamente, Cuauhtémoc<sup>15</sup> aparece en la historia como el personaje antagónico del hijo sacrificado. Así metafóricamente, los mexicanos somos los niños

---

<sup>15</sup> Fue el último tlatoani mexica de México-Tenochtitlan, que asumió el poder en 1520, un año antes de la toma de Tenochtitlan por Hernán Cortés y sus tropas. Fue torturado y asesinado por los invasores.

abandonados que no perdonan a su madre por ir en busca del padre. El pueblo mexicano traumatizado por el abandono, aún no perdona su traición.

En el proceso de colonización en México, la corona española y la iglesia mediante un proceso de evangelización, impusieron con urgencia nuevas normas cristianas en las sociedades prehispánicas. Ante el rechazo de las prácticas sexuales de los pueblos y su represión; se introdujeron leyes, ordenanzas, sermones, reglas, catecismos y cánones. Con la finalidad de poder regular controlar y prohibir aquellos ejercicios sexuales que se encontrarán fuera del modelo cristiano de conyugalidad. Por lo tanto, la sociedad colonial en México era una sociedad sexualmente reprimida (Suárez, 2006).

De acuerdo con López (2012), la evangelización se utilizó como recurso para la modificación de la *memoria social y corporal* de los pueblos mesoamericanos. Estrategia que pasó por un largo proceso de modificación, sobre el estilo de vivir, sentir el cuerpo, la vestimenta, la vivienda, los trabajos, etc. El recurso utilizado por los evangelizadores/predicadores fue la persuasión mediante el discurso; el uso de la metáfora para darle sentido a los procesos *corporales*. Trasplantaron “la palabra de Dios”, mediante una lógica discursiva que colocó el punto en la tragedia; se antepuso el castigo y “lo terrible del infierno”. El trabajo del evangelizador fue enseñar, deleitar, conmover y actuar para que el oído se construyera inteligente, gustosa y obedientemente.

En la colonia, la imagen de Cristo fue importante como modelo de sacrificio *corporal*. El cuerpo sangrante y doliente recordaba a la población el amor que Dios padre tenía por la humanidad, al ofrecer a su hijo en sacrificio. El símbolo *corporal* en las mujeres es la Virgen María que estaba libre del “pecado original”, ya que había gestado sin copular. Se muestra como una mujer pura, fuente de luz, amor y esperanza; es la figura maternal del México católico. Así, el fin último era conseguir la salvación y para lograrlo las poblaciones eran obligadas al buen manejo y control de sus pasiones, era importante olvidar la lujuria y la gula, o habría castigo (Roselló, 2022).

La sexualidad se convirtió en un asunto de control social y las reglas basaban su modelo en el matrimonio monogámico; el objetivo era formar familias que brindaran otro orden. Las mujeres en la colonia jugaron un papel importante en esta reformulación social, a través de un proceso de subordinación y de restricción de derechos. Ya que la iglesia y la corona las consideraban inferiores física y mentalmente con respecto a los

hombres, se les impuso una tutela masculina y se les excluyó de cualquier tipo de mando o gobierno. En este periodo se instaura el “honor” como *dispositivo de control* vinculado al ejercicio sexual de las mujeres, quienes podían diferenciarse socialmente por su conducta. Las mujeres consideradas “sueltas o no decentes”, eran señaladas por la falta de higiene, rústicas, o se vestían de una forma indecente (Arrom, 1988).

La iglesia pensaba que las mujeres tenían que controlar y esconder su cuerpo. Por lo que, se prohibió que ellas salieran a las procesiones de “Luz y sangre”, pues al flagelarse a ellas mismas, la ropa se les pegaba a los cuerpos por el sudor y la sangre, generando asombro y distracción en los espectadores (Roselló, 2022).

Pese al catolicismo y las nuevas leyes morales de la corona, los hombres y las mujeres se interesaron en el amor romántico. Motivo por el cual, se reunían en la clandestinidad con hechiceras o brujas para que les explicaran sobre el acto sexual, así como para realizar conjuros y hechizos para atraer a sus amantes (Roselló, 2022).

El calendario de la iglesia católica especificaba momentos que no estaban permitidos para el acto coital; la semana santa, la cuaresma y la navidad. Así mismo, la única posición coital permitida era la mujer debajo del hombre; y lo que quedara fuera de ese repertorio sexual era prohibido. El confesionario sirvió como espacio en donde las personas contarían sus pecados o actos sexuales ilícitos. Así mismo, el vocabulario empleado para referirse al coito, se volvió indirecto usando expresiones como “el acto” y para referirse a los genitales “las partes vergonzosas o las partes sucias” (Roselló, 2022). La población que si desapareció completamente de la esfera pública fueron los homosexuales, quienes fueron llevados a la hoguera y torturados con azotes por el Santo Oficio (Suárez, 2006).

### **2.3.3. Explorando los cambios en la sexualidad mexicana en la modernidad**

De acuerdo con Márquez (2010), el periodo colonial en México duró aproximadamente 300 años, desde 1521 hasta 1821. Finalizando un periodo de imposición extranjera que construyó un nuevo tejido social, cultural e identidades; que contenía nuevas metáforas sobre el ejercicio de la sexualidad, el amor y la conyugalidad, basados en las normas y valores de la iglesia católica para el funcionamiento de la colonia española. De donde se indicaba que la sexualidad indígena era promiscua, desordenada y era necesario controlarla pues era considerada una amenaza.

Trueba (2008), señala que el objetivo primordial era que la sociedad y en especial las mujeres cuando llegaran a la adultez, no tuvieran diferencia de los ideales cristianos. Por lo que durante el siglo XVII se pronunciaron los sistemas de vigilancia y control de la sexualidad indígena, mediante la “geografía del deseo”, señalando la territorialización, incremento de fuerzas españolas y misiones evangélicas en el espacio novohispano para erradicar “la carnalidad salvaje”.

Durante el siglo XVIII, durante y posterior al proceso de independencia de México la religión continuó teniendo gran influencia sobre la vivencia de la sexualidad. La cual era prohibitiva y castigadora a aquellas normas y expresiones que no se alinearan a su moral. La religión tuvo un papel importante en la construcción de las identidades masculinas y femeninas desde un estándar binario (Gómez, 2013).

A mediados y finales del siglo XVIII en el periodo conocido como el Porfiriato que duró 30 años, los cánones eclesiásticos del sexto mandamiento se pronunciaron en una lógica del “¡No fornicarás!”, el placer sexual era algo negativo. Por lo que, en una lógica de represión sexual Freudiana, se elaboró una disociación erótica: la sexualidad sólo se queda en los afectos y emociones, y el amor como valor moral para la trascendencia. La infidelidad, la promiscuidad, la homosexualidad y otras expresiones que dan sustento al tipo heteronormativo del género eran considerados tabúes profundamente castigados (García, 2013).

De acuerdo con Sanders (2017), la sexualidad y la conyugalidad durante el Porfiriato pronunció los roles del género. Pues fundamentado en la tradición se esperaba que las mujeres decentes y vírgenes se casaran, tuvieran hijos y cuidaran los hogares. Así mismo, que los hombres pudieran templar sus pasiones y fueran sostén y representantes de su familia. Existían expectativas sociales con respecto al comportamiento sexual y vigilado para que no fuera desviado.

En México durante el siglo XIX y con la Revolución Mexicana, la sexualidad estaba caracterizada por el autoritarismo moral como un estándar implantado para mantener la nación. La antigua perspectiva católica se filtró con la moderna sociedad liberal. Por lo que, la concupiscencia masculina buscando “las buenas costumbres” además de estar presente en el ámbito familiar se sumergieron en burdeles, hospitales psiquiátricos y en

prácticas secretas. Situación que se conectaba con un proyecto liberal nacionalista sustentado en la "modernización del país" (Trueba, 2008).

En la sociedad moderna mexicana del siglo XIX, se promovió el cambio cultural a las libertades, por lo que se promovió la movilización ciudadana, las huelgas, las organizaciones sociales y el reconocimiento de algunos derechos para las mujeres como el derecho al voto y al divorcio, así como tenue promoción de la educación sexual. El proceso de desarrollo social y por ende la filtración de discursos sobre la sexualidad fue muy leve, ya que la primera mitad del siglo enfatizó en el fortalecimiento de identidades conservadoras-traditionalistas y por otro lado la apertura a nuevos modelos sexuales y prácticas amorosas (García, 2013).

Algunos de los elementos que se rescatan de finales del siglo XIX, es la aparición de movimientos feministas que cuestionaron las normas y roles de género tradicionales durante la década de los 60's, la formación del Frente Nacional de Liberación Homosexual (FNLH) en México, que buscó la igualdad de derechos para las personas homosexuales y lucha contra la discriminación. En la década de los 70's se abre el Centro de Orientación Integral para la Mujer (COLEM), el cual brindó información y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres. En 1975, en la ciudad de México se elaboró la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer, donde se abordan temas de igualdad de género, incluyendo la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos. Y para 1990, se crea el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), organización feminista que lucha por el acceso al aborto seguro y legal en México. En 1992, en la ciudad de México se despenaliza el aborto por casos de violación y en 1999 se aprueba la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que reconoce la violencia sexual como una forma de violencia de género y establece medidas para prevenirla y sancionarla.

Por otro lado, la sexualidad en México en el siglo XX y principios del siglo XXI, estuvo influenciada por cambios culturales y políticos significativos. La ciudad de México experimentó acelerados y complejos cambios culturales, producto no sólo de la revolución mexicana, sino también de la movilización ciudadana (García, 2013).

Actualmente Bauman (2003), refiere que generacionalmente nos ubicamos en la modernidad líquida, en donde las personas buscan su bienestar personal mediante

satisfacciones rápidas ligadas a sus consumos. Propone el concepto de *amor líquido*, en donde las relaciones de pareja se viven como conquistas rápidas, que más tardan en tener pasado que futuro. En este sentido, las mujeres adolescentes pueden quedar en desventaja a causa de la desregulación emocional, por enfocar su atención a sus vinculaciones afectivas interpersonales. Pues Lagarde (2005 en Pérez y Fiol, 2013), refiere que la cultura occidental ha colocado el amor como centro de la identidad de las mujeres, entendiendo que el amor no solo es la experiencia posible, sino que le define socialmente. Al contrario de los varones quienes suelen colocar el amor o relación de pareja en segundo plano. Hecho que afecta la responsabilidad afectiva sobre el vínculo con el otro.

Para finalizar este apartado, creemos que las personas y sus *procesos corporales* no sólo son la síntesis de sus relaciones actuales; sino también producto del proceso *histórico/cultural* de estas relaciones. Por ende, realizar un recorrido sobre la construcción de la *memoria social* sobre sexualidad en México, permite mirar como los procesos de occidentalización han construido *memorias artificiales* para entender y ejercer la *sexualidad*, como ámbito central en el embarazo adolescente.

#### **2.4. Relaciones de poder propias de la sexualidad o política de las corporalidades**

Como lo refirió en el apartado anterior, la iglesia como institución europea occidental fungió como ente educativo ante las sociedades mesoamericanas. Mediante la evangelización, confesión, castigo y culpa; mecanismos instaurados en la sexualidad humana, que no son tan distantes a los que fueron implementados en las sociedades europeas durante épocas feudales. Así, Foucault (1988), explica cómo es que se articulan las relaciones de *poder* a través del ejercicio de la sexualidad. Para el autor, el *poder* se define como:

*“La multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del campo en el que se ejercen, y que son constitutivas de su organización; el juego que por medio de luchas y enfrentamientos incesantes las transforma, las refuerza y las invierte” (Foucault, 1988, p. 112).*

Para este trabajo se piensa que el *poder* no es un constructo aislado, sino que se crea a partir de una red de *mecanismos de control* colocados en los discursos, emociones y acciones de las personas, que simultáneamente las construyen y articulan de los contenidos presentes en otras personas. Es decir, que los discursos, emociones y

acciones se encuentran atados y dependientes. En este sentido el *poder*, se encuentra en todas las formas de relación y no existe una persona, objeto y espacio que las materialice completamente. Por lo tanto, los ejercicios de *poder* se enfocan en el control de las *corporalidades*, o bien, en una *biopolítica* o una política de gestión de vida (Foucault, 1988).

Por otro lado, las relaciones de *poder* se construyen y jerarquizan mediante *dispositivos de control*, entendidos como mecanismos que regulan y controlan la subjetividad de las personas. En donde, el ejercicio de la sexualidad y los procesos corporales se apegan a la *norma social* (Foucault, 1977). Es decir, que se ejercen con base en marcos de referencia institucionalizados y discursos sobre un “deber ser” que comparten las personas (Rodríguez, 2009). Así, podemos identificar discursos y acciones como *dispositivos de control*, que contienen “la verdad” de la *sexualidad* y la forma correcta para su ejercicio.

En la obra “*Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*” Foucault (1986), refiere que vivimos en *sociedades disciplinarias*, en donde las personas son vía de sí mismas y de los demás. Es decir, que aseguramos el orden personal y social en función de las *relaciones de poder*. Pues somos las personas el medio que legitima, reproduce, condena, excluye y castiga, con la finalidad de encuadrar(nos) en la *norma social*. Puntualizar la *biopolítica* de los cuerpos de Foucault para este trabajo, nos acerca al entendimiento de cómo se regula el funcionamiento de la sexualidad por medio del señalamiento punitivo a la *anomía*, que sostiene el orden social en el *sistema/mundo*. Que de acuerdo a Deleuze (1987), se producen mediante mecanismos cotidianos, sutiles y aparentemente inofensivos, mismos que atienden a los requerimientos de un sistema social, económico y político.

Desde la descomposición de los elementos involucrados en las *relaciones de poder* del *sistema/mundos* vinculados al embarazo en la adolescencia, es imprescindible puntualizar algunos mecanismos presentes en el ejercicio sexual adolescente, como el *adultocentrismo* y el *género*. Iniciando con el planteamiento de Stern (1997), quién refiere que el auge del estudio del embarazo en la adolescencia en México, inició en los 80’s del siglo XX. Cuando la población adolescente incrementa e intenta tener mayor visibilidad y participación. Así, los choques intergeneracionales consideran el ejercicio sexual y

reproductivo de las adolescencias como una conducta desviada de la norma social. Que a su vez se presenta como una amenaza a la salud, a la demografía y como detonador de pobreza. Perspectiva legitimada por enfoques científicos *adultocentristas*, que abonan a la privación de los DDSS y DDDR de las adolescencias.

Vásquez (2013), refiere que la categoría *adultocentrismo* se refiere a las *relaciones de poder* de las personas adultas sobre las infancias y adolescencias, implica una serie de discursos y acciones como *mecanismos de control* que ratifican su subordinación ante la adultez. Donde se atribuye a las infancias y adolescencias características deficitarias de razón, madurez, responsabilidad y seriedad, mismos que operan en el campo de lo político y niegan la posibilidad de cualquier transformación de saberes. Los estereotipos del *adultocentrismo* tienen que ver con el déficit cognitivo, evolutivo y moral. Por lo que, regularmente se atribuye a las adolescencias una “naturaleza violenta, rebelde e irresponsable”, misma que se señala en su ejercicio sexual.

El *adultocentrismo* deja de lado el pensar, sentir y actuar de las adolescencias, transgrediendo sus construcciones identitarias y bienestar biopsicosocial (Castelán y Olvera, 2015). Por lo anterior, el *adultocentrismo* y las *relaciones de poder* desde el sistema *sexo-género*, no son aisladas pues este fenómeno es producto del *androcentrismo* como expresión del *sexismo*. Pues se toma al hombre/masculino/adulto como prototipo y *centro* de la experiencia humana (Jass, 2012 en Castelán y Olvera, 2015).

Con respecto a los ejercicios del *poder* en la diferencia *sexo/genérica*, es imprescindible señalar que, observado en el apartado anterior, las mujeres desde la visión *histórica/cultural* en la *construcción de lo corporal*, han sido vía corporal y moral para instaurar y legitimar normas para el control social. Así mismo, la mayoría de las complicaciones biopsicosociales asociadas al embarazo adolescente son experimentadas por mujeres. Por lo cual, Posada (2015) señala que los cuerpos de las mujeres son espacios donde confluyen prácticas sexuales atravesadas por el *poder*, pues la vida social está simbólica y materialmente dividida en un sistema *sexo/genérico binario*. Donde las *identidades sexuales* se construyen para abonar a la estratificación política y económica, mediante la división del trabajo, el reparto de roles, etc. En este sentido, la construcción de lo que se entiende por *mujer biológica* y de la construcción identitaria

*femenina* se encuentran íntimamente comprometidas en las prácticas discursivas y ejercicios sociales (Millett, 1995).

Simultáneamente, Lagarde (1990) señala que existen *mandatos* o *estereotipos de género* sobre ser mujer, los cuales se vinculan a la construcción cultural de *identidades femeninas*. Las cuales, se materializan en las *corporalidades* de las mujeres, con la finalidad de atender las necesidades de producción y reproducción en sistemas *patriarcales*<sup>16</sup> y *capitalistas*. En donde, la producción implica el “deber ser” de servicio, trabajo, cuidado y atención de las personas que conforman el sistema social. Y, con *reproductividad* se refiere tanto al hecho de poder gestar, como al de transmitir las construcciones culturales permeantes y legitimadas.

Al respecto, algunos estudios como el de Pérez y Fiol (2013), refieren que algunas de las opresiones y violencias sistemáticas/estructurales que mujeres adolescentes viven pueden no ser percibidas como tal. Pues la cultura occidental ha colocado el *amor romántico* como un ámbito determinante un *mecanismo de control* en el centro de la construcción de *identidades femeninas*. En este sentido, la maternidad adolescente impuesta por las desigualdades sanitarias puede ser una experiencia que oriente a asumir el *mandato de género* de ser “buena madre”. Situación que produce una forma de presión social en ellas. Así como limitar su acceso a otros proyectos de vida e imponer una forma normada de vivir correctamente su sexualidad desde un ámbito restrictivo (Madrid et al., 2019).

Por lo que, se piensa que los elementos anteriormente colocados evocan la necesidad de re estructurar y de pensar las sexualidades adolescentes, así como las formas *moderno/occidentales* de poder acompañar su ejercicio sexual sin vulnerar sus DDSS y DDRR. Mediante la garantía de información e insumos de protección necesarios, para un ejercicio libre y participativo en su toma de decisiones.

---

<sup>16</sup> Entendiendo la categoría de patriarcado como el sistema masculino hegemónico, al interior de las relaciones de *poder* que origina y mantiene la subordinación, opresión y explotación sobre otras construcciones de género (Tena, 2012).

## Marco metodológico

### Capítulo III: Dispositivo metodológico para aproximarnos al embarazo adolescente en regiones periféricas del Estado de Hidalgo

*"La teoría del punto de vista nos enseña que no hay una única verdad objetiva, sino que cada individuo y grupo tiene su propia perspectiva que aporta valor y enriquece nuestro entendimiento del mundo."*

- Sandra Harding.

La *teoría del punto de vista* se relaciona directamente con la metodología cualitativa, misma que elegimos para el desarrollo de esta investigación. Ya que abordan y priorizan la subjetividad humana por medio de sus métodos y técnicas. Por lo cual, el siguiente capítulo inicia con la justificación del uso de la metodología cualitativa; la imbricación de los métodos *etnográfico* y *biográfico* como estrategia para la recolección y presentación de la información de campo. Así como algunas técnicas e instrumentos utilizados, como la observación participante, diario de campo, entrevistas semi estructuradas a profundidad. Simultáneamente, se describirán a las personas participantes que hicieron posible este trabajo de investigación, los escenarios, las formas en las que nos aproximamos a ellas, así como algunas consideraciones éticas que se tuvieron durante la interacción intersubjetiva. Finalmente, en este apartado metodológico se describen las formas en la que fue tratada, construida y analizada la información que se presentan en los capítulos posteriores, los cuales son referentes a los resultados y discusiones.

En este sentido, es imprescindible referir que las herramientas metodológicas fueron seleccionadas y ensambladas con la finalidad de acercarnos a las implicaciones y acompañamientos para la salud biopsicosocial en embarazos adolescentes de contextos *periféricos* del Estado de Hidalgo.

#### **3.1. El enfoque cualitativo como apuesta metodológica para entretejer nuestros puntos de vista sobre el embarazo adolescente**

En el acercamiento con el embarazo en la adolescencia como una problemática biopsicosocial y de salud, compleja por los múltiples factores asociados; se utilizó el enfoque cualitativo. Pues de acuerdo con Backer, Pistrang y Elliot (2002), regularmente o por tradición, se utiliza el enfoque cuantitativo con fundamentos epistemológicos en el *positivismo*. Enfoque metodológico caracterizado por su método *deductivo*, el cual, parte

de la teoría a la adquisición de datos y su cuantificación. Sin embargo, para la siguiente investigación se consideró que el uso del enfoque cuantitativo, hubiese podido limitar la profundidad, el acercamiento y la obtención de información ricos que recuperen los *puntos de vista* de las múltiples realidades de nuestro objeto de estudio.

De acuerdo con Strauss y Corbin (1990, en Backer et al., 2002), la definición de metodología cualitativa, es aquella que produce conocimiento y descubrimientos, los cuales no se obtienen mediante técnicas estadísticas o cualquier tipo de cuantificación. Es un enfoque que aborda a las personas desde su experiencia personal y *subjetiva*. Desde sus historias de vida, acontecimientos importantes, movimientos sociales, o bien desde el análisis de textos o documentos mediante registros, entrevistas y videograbaciones.

Así mismo, Taylor y Bogdan (1986) refieren que las aproximaciones de tipo cualitativo más allá de buscar o medir conductas observables y cuantificables, indagan e intentan la cercanía con los estados internos y *subjetividades* de las personas. La metodología cualitativa hace uso de un enfoque *inductivo*, es decir, que parte de las voces de las propias personas hacia la construcción de teorías, descripciones y explicaciones. Lo que implica la introducción de la persona que investiga a los escenarios y su contacto directo con las personas participantes, con la finalidad de comprender o construir fragmentos de realidades sociales, así como su marco de referencia. La metodología cualitativa permite el uso de una postura *holística* y *humanista*, por lo que considera que todas las perspectivas son valiosas y dignas de su abordaje.

Simultáneamente, la investigación cualitativa es considerada un arte, producto de la creación personal que no sigue un protocolo fijo, ya que considera que las personas, los contextos y las sociedades están en constante transformación. Así Craswell (1998 en Ito y Vargas, 2005), refiere metafóricamente que la investigación cualitativa es parecida a un textil, pues se compone de múltiples hilos de diversos colores, texturas y materiales. Los telares pueden ser comparados con los fundamentos epistemológicos o marcos de referencia y los hilos como la información obtenida del trabajo de campo, la teoría y la experiencia de quien investiga.

En este sentido, la investigación cualitativa artesanal puede emplearse para la sistematización y entretejidos explicativos, sobre los componentes particulares y

relevantes en fenómenos paradigmáticos o estudios de caso. Así, esta metodología aunada al empleo de un cimiento epistemológico de índole *crítico-feminista-decolonial*, permite develar elementos de las realidades y a su vez, *pensar en otras formas de hacer investigación*. Ya que la planeación, la escritura, las implicaciones con el objeto de estudio y los contextos, obligan a quien investiga a la construcción de técnicas emergentes y la resolución de conflictos durante el desarrollo de la investigación.

Por lo cual, creemos que la elección del enfoque metodológico cualitativo nos brindó la posibilidad de evitar simplificaciones, así como las generalizaciones que impone el proceso de cuantificación, ya que hay situaciones que no se pueden explicar numéricamente. Por lo que este trabajo se realizó en el acercamiento directo con los espacios, personas y sus situaciones de vida cotidiana. A su vez, se intentó priorizar detalles sobre sus procesos personales y *subjetividades*, esperando conocer sus implicaciones biopsicosociales y acompañamientos frente a un proceso de embarazo adolescente.

### **3.2. Los métodos cualitativos son funcionalmente flexibles: una imbricación entre los métodos biográfico y etnográfico**

Con la finalidad de atender nuestro objeto de estudio desde un enfoque metodológico cualitativo de tipo artesanal, ya descrito en el apartado anterior, el siguiente trabajo de investigación posee una imbricación de métodos que intenta recuperar el *punto de vista* de todas las personas involucradas. Es decir, el de las mujeres y hombres adolescentes, el de las personas acompañantes de salud sexual y reproductiva en regiones *periféricas* del Estado de Hidalgo, y el mío como investigadora. Por lo cual, se presenta una breve explicación del *método biográfico* y la *etnografía multilocal*, con la finalidad de explicitar las técnicas y herramientas utilizadas para el desarrollo de este trabajo.

#### **3.2.1. Método biográfico**

El *método biográfico* forma parte del catálogo de mecanismos empleados en la metodología cualitativa. Este método busca adentrarse en el conocimiento de la vida de las personas, donde quien investiga actúa como transcriptor, narrador y analizador del testimonio de vida (Zhizhko, 2016).

El *método biográfico*, posee diferentes variaciones como lo son las *historias de vida*, las cuales buscan relatar la trayectoria vital de las personas con base en los discursos de las participantes que resaltan los sucesos y experiencias más significativas. A su vez, el *método biográfico* y las *historias de vida* poseen otra variante que puede ser utilizada como método y técnica que son los *relatos de vida*, los cuales buscan obtener información de las participantes sobre un momento específico de su vida. La explicación de sus vivencias cotidianas, las significaciones que le han otorgado, así como la definición de herramientas psicológicas que usaron para sobrevivir ante determinadas situaciones (Kornblit, 2004).

Regularmente, para la recolección de información sobre las experiencias biográficas de las personas se usa como herramienta metodológica la entrevista semiestructurada. El *método biográfico*, la variante *relatos de vida*, así como, la entrevista semiestructurada serán el método, técnica y herramienta central para esta investigación.

### **3.2.2. Etnografía multilocal**

Por otro lado, además del uso del *método biográfico* se hizo uso de algunos elementos del método *etnografía multilocal*. El cual, es un método distintivo de la investigación cualitativa emergente, que nace de desechar algunos elementos de la postura clásica de la elaboración de *etnografías*. Este enfoque nació con la finalidad de ampliar el trabajo contemporáneo con técnicas innovadoras, creativas, críticas e interesantes. Pues permite a quien investiga involucrarse en los sistemas de conocimiento y priorizar el trabajo de campo.

La *etnografía multilocal* como método de investigación emergente, se orienta al proceso y a las conexiones. Esto es, poder mirar a los participantes como personas diferenciadamente constituidas y no sólo como productos de unidades esenciales pertenecientes a contextos culturales diferentes o exóticos. Hecho que implica, poder observar a las personas en su desarrollo, desplazamientos y sus múltiples recombinaciones; alternativamente imaginados por quien investiga. Bajo este enfoque las personas son potenciales "*paraetnógrafas*", ya que, son clave para poder entender sus propias condiciones y la naturaleza de la cultura a la que pertenecen. Trascendiendo la postura de la *etnografía clásica*, donde existe una supremacía intelectual de quién investiga. Así, la *etnografía multilocal* incorpora factores de distinción cultural, pero sin

darles prioridad. Debido a que el análisis cultural de lo ajeno en la *etnografía clásica*, ha desplazado a la experiencia y la construcción identitaria de quienes participan (Marcus, 2001).

El trabajo de campo no es exclusivo hacía las personas participantes de una investigación, sino que existen muchas maneras en las que esta actividad puede expresarse. Debido a que la idea de trabajo de campo existe en un mundo de sistemas de conocimiento distribuidos, por lo tanto, dichos sistemas se encuentran tanto en el marco de la investigación construida por quien escribe, como en el de los propios participantes. Estos esfuerzos conjuntos logran evidenciar o mapear dichos sistemas de conocimiento distribuidos en sí mismos, ya que les constituyen y continúan reproduciendo. Motivo por el cual entender a las personas participantes no es el fin absoluto, sino el medio para lograr comprender sistemas de conocimiento más amplios, por ende, el objeto de la indagación *etnográfica multilocal* es un objeto en movimiento (Marcus, 2001).

Por lo cual, se buscó preservar el *punto de vista* de las personas participantes en lugar de dar prioridad a la literatura académica, donde con frecuencia las personas son reducidas a meros datos. Esta premisa nos llevó a identificar los espacios donde las personas se involucraron de manera comprometida, permitiéndonos así captar sus perspectivas y conocimientos de manera más auténtica y enriquecedora. Igualmente, en la redacción descriptiva de los resultados evitamos imponer interpretaciones sobre las personas involucradas, sino que se intentó posicionar sus perspectivas desde una visión que integrara el *espacio-tiempo* para fundamentar su *punto de vista o conocimiento situado*.

### **3.3. Técnicas, instrumentos y herramientas usados en la recolección de información**

Para la recolección de información en el campo descrito anteriormente, esta investigación utilizó como técnicas propias de los métodos *biográfico* y *etnográfico*, once entrevistas semiestructuradas, diarios de campo, algunas notas elaboradas durante las entrevistas e insumos fotográficos.

La entrevista semiestructurada como herramienta de la metodología cualitativa, es una técnica que permite la recolección de información. En donde las personas

participantes comparten oralmente y por medio de una relación interpersonal sus saberes, opiniones, creencias, sentimientos, *puntos de vista* y actitudes con respecto a un tema o un hecho. La entrevista es inducida y guiada por quién investiga, con la finalidad de acercarse a un objetivo o tema de interés (Zhizhko, 2016).

En este sentido, para la elaboración de las entrevistas semiestructuradas con mujeres y hombres adolescentes, así como acompañantes en *salud sexual y reproductiva*, se hizo uso de dos guías de entrevista que contienen algunas categorías de exploración preestablecidas, las cuales fueron propuestas con base en los objetivos específicos. Los formatos pueden visualizarse en los Anexos 3 y 4. Así mismo, para la recolección de la información obtenida de esta técnica, se utilizó una audiongrabadora de mano.

Igualmente se usaron notas de campo, las cuales incluyeron las descripciones de los espacios, personas, acontecimientos, conversaciones, acciones, conductas, sentimientos o hipótesis que van surgiendo en el proceso (Martín, 2009). Mismas que se registraron en un cuaderno. Las notas de campo se obtuvieron durante la elaboración de las entrevistas semiestructuradas y de los escenarios visitados.

Por otro lado, Taylor y Bogdan (1984) puntualizan que la investigación cualitativa implica la interacción entre la investigadora y las personas participantes en el *milieu*, o bien, escenario social, ambiente o contexto. Donde es imprescindible recolectar información de modo sistemático y no intrusivo. En este sentido, se decidió hacer uso de los diarios de campo, donde se usó la *observación participante* como técnica central del método etnográfico. La cual buscó la variabilidad de fenómenos, conductas y elementos de interés, implicados en el embarazo adolescente. Simultáneamente, Calixto (2022) enfatiza en que los diarios de campo permiten recordar lo que se vive en determinado momento a través de los sentidos. Por lo que, implica registrar la experiencia frente a situaciones, encuentros y comentarios. Es decir, que no sólo es colocar información, sino vivirla y sentirla.

En este sentido, para la elaboración de los diarios de campo utilizamos una guía de observación que se puede observar en el Anexo 5; la cual, contiene categorías de reflexión. Consecutivamente, algunos elementos relevantes para el análisis del fenómeno del embarazo adolescente fueron recortados y colocados en las secciones de

discusiones y conclusiones; pues es información que se trianguló con la información de las otras técnicas. Así, los elementos complementarios y descriptivos de esta técnica fueron sacados de las guías para la elaboración de los diarios de campo y presentados como una narración sobre Acaxochitlán, Tepehuacán de Guerrero y Zacualtipán de Ángeles en los Anexos 6, 7 y 8.

Paralelamente, se hizo uso de insumos fotográficos con la finalidad de otorgar un apoyo visual de los municipios a las personas lectoras. Las fotografías se capturaron con una cámara profesional y son presentadas a lo largo de este documento. Finalmente, la información obtenida a través de las siguientes formas de registro, fueron archivados digitalmente y se generó un archivo alternativo de respaldo.

### **3.4. Escenarios**

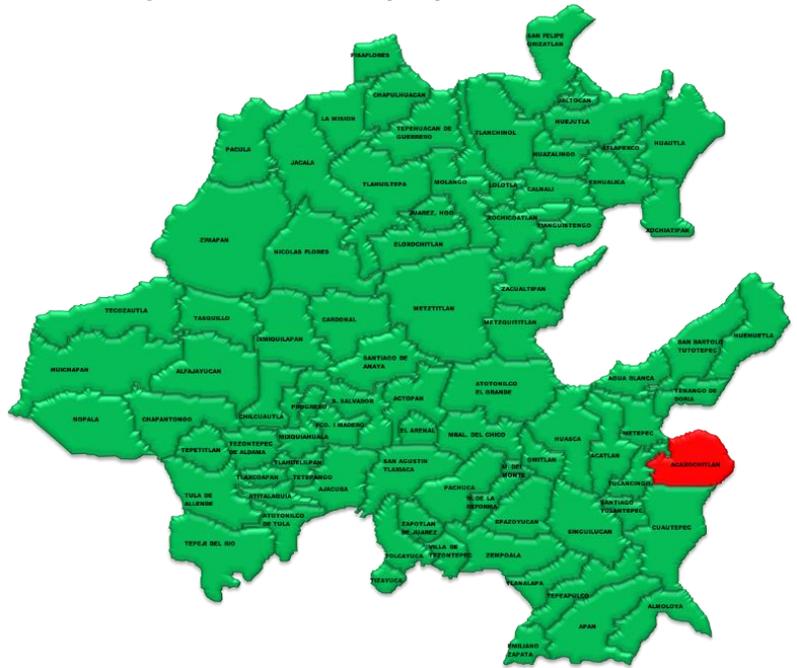
#### **3.4.1. Acaxochitlán el “Lugar donde florece el carrizo”**



**Fotografía 1.** Centro de la cabecera municipal de Acaxochitlán.

Acaxochitlán es un municipio localizado a una hora en automóvil de la ciudad de Pachuca de Soto, capital y centro geopolítico del Estado de Hidalgo, México. Así mismo, geográficamente se encuentra dentro de los límites regionales del Valle de Tulancingo y la Sierra de Tenango. Al sur colinda con el Estado de Puebla y con el municipio de Cuautepec de Hinojosa, también del Estado de Hidalgo. Simultáneamente al oeste, colinda con los municipios de Tulancingo de Bravo y Metepec (INEGI, 2020).

**Figura 6.** Ubicación geográfica de Acaxochitlán



**Fotografía 2.** Tapete de aserrín en la iglesia del Señor del Colateral.

Al ingreso del municipio, se erige sobre el camino un anuncio color verde que dice: *“Bienvenidos a Acaxochitlán, Hidalgo, Lugar donde florece el carrizo”* Con respecto a la toponimia, el nombre del municipio proviene del náhuatl y se descompone en *“acatl-caña”*, *“xóchitl-flor”* y *“tlan-lugar”*, por lo que su traducción es *“lugar donde abunda la flor de caña”*. El municipio posee un clima templado y húmedo, con lluvias en primavera.



**Fotografía 4.** Mujeres comerciantes de productos, principalmente las mujeres, portan la vestimenta típica de la región. La cual consiste para las mujeres en una blusa de manta bordada con diferentes diseños, una falda negra de algodón y una cintilla bordada en la cintura. Así mismo, los hombres usan camisa y pantalón de manta color beige, morrales de ixtle y sombrero de palma.

En el centro de la cabecera municipal, se puede encontrar un jardín con bancas color blanco, una fuente, jardineras y unas letras gigantes de colores, que enuncian “Acaxochitlán”, las cuales están frente a la presidencial. Del lado oeste, se encuentra la iglesia católica del “Señor del Colateral”, el santo “patrón” de la cabecera municipal. Misma que está de frente a un reloj monumental y de lateral a una gasolinera. Así mismo, en el piso de las calles y del jardín se puede encontrar a vendedores de productos locales, como hongos, semillas, maíz; y frutas regionales como manzanas, duraznos, capulines, peras y una diversidad de plantas

La flora inmediatamente perceptible, se encuentra caracterizada por árboles frondosos cubiertos de musgo, que regularmente son de eucalipto, pino, encino, ocote, oyamel, etc. Al caminar por la cabecera municipal de Acaxochitlán, son notorias sus raíces nahuas. Ya que, algunas de las personas que caminan por las aceras y venden sus



**Fotografía 3.** Adolescente con bebé junto a tapete de aserrín.



**Fotografía 5.** Óleo de las festividades del Señor del Colateral.

medicinales usadas como remedios tradicionales.

Con base en el último censo del INEGI (2020), Acaxochitlán posee 58 localidades y su población total es de 46,065 personas; siendo 21, 717 hombres y 24, 348 mujeres. Lo que indica que existen aproximadamente 89 hombres por cada 100 mujeres. Así mismo, la mitad de la población tiene 23 años o menos. Por otro lado, el 33.26% de la población posee un idioma original, que es el náhuatl. Y el promedio de ocupantes por vivienda es de 5 personas.

### **3.4.2. Tepehuacán de Guerrero el “Lugar montañoso”**



**Fotografía 6.** Amanecer en Tepehuacán de Guerrero.

Tepehuacán de Guerrero es un municipio localizado a siete horas en automóvil en dirección norte de la ciudad de Pachuca de Soto, capital y centro geopolítico del Estado de Hidalgo, México. Con base en la Enciclopedia de Municipios de México (EMM, 2022), su ubicación geográfica se encuentra dentro de la provincia de la Sierra Madre Oriental, a través de la cordillera de Teyehuapan, las montañas de Chilijapa y Miramar. Por lo tanto, Tepehuacán pertenece a la región de la Sierra Alta y el 90% de sus superficies son pendientes y cuenta con 85 localidades. El municipio colinda al norte y oeste con el municipio de Lolotla, por el lado este con el municipio de Tlahuiltepa y al sur con Molango, y Tlahuiltepa.

**Figura 7.** Ubicación geográfica de Tepehuacán de Guerrero



Con respecto a su toponimia Tepehuacán proviene del náhuatl “*Tepetlahuacán*”, que significa “Lugar Montañoso”. En el municipio son observables árboles de cedro rojo y blanco, chacas, xuchiates, etc.

Comercialmente, considerados árboles de madera fina, sin embargo, sus bosques no han sufrido grandes explotaciones, pues la madera recolectada

regularmente es de uso doméstico, es decir para “*el fogón*” o para la construcción de casas. Por otro lado, con respecto a su agricultura destaca el maguey, nopal, chayote, maíz, frijol, chile, caña de azúcar y los cultivos de naranja. Su fauna está caracterizada por la acamaya, el achoacal, el axil, el burrito, la tortuga de tierra, el venado de cola blanca, gato montés, lince, mapache, etc. Por otro lado, el clima del municipio es caliente en las cañadas y frío templado en sus partes altas montañosas (EMM, 2022).

A diferencia de las regiones del Valle de Tulancingo y del Valle del Mezquital evangelizadas por frailes Franciscanos, la Sierra Alta y la Huasteca del Estado de Hidalgo, fueron evangelizadas por frailes Agustinos; por lo que en su mayoría la población es católica (EMM, 2022). Así mismo, con



**Fotografía 7.** Vivienda en Tepehuacán



**Fotografía 8.** Parque e iglesia de la cabecera municipal de Tepehuacán de Guerrero.

respecto al último censo de población y vivienda del INEGI (2020), el municipio posee una población de 31,135 habitantes, siendo 15,568 hombres y 15,667 mujeres. La media en edad es de 24 años o menos y se podría decir que por cada 99 hombres

hay 100 mujeres. A su vez, se tiene el registro de 7,490 viviendas construidas principalmente de block, tabique, madera y lámina; con un promedio de ocupantes por vivienda de 4.2 personas. Así mismo, el 90% de la población tiene servicio de energía eléctrica, agua entubada, drenaje y servicio sanitario.

Con respecto al ayuntamiento de Tepehuacán de Guerrero, siempre ha estado a cargo del Partido Revolucionario Institucional (PRI) y la administración se compone de un presidente municipal, un síndico, ocho regidores y 45 delegados. En el ámbito de salud el municipio posee una unidad médica del ISSSTE y 10 centros de salud de la Secretaría de Salud (SSAH), que brindan atención primaria (INEGI, 2020).



**Fotografía 9.** Instalaciones del Partido Revolucionario Institucional (PRI) de Tepehuacán de Guerrero.

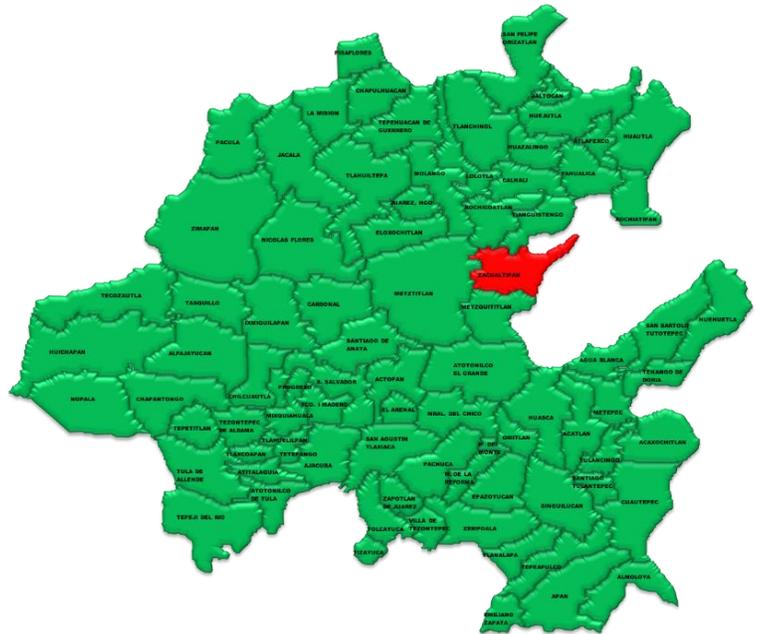
### 3.4.3. Zacualtipán de Ángeles el “Lugar de escondites”



**Fotografía 10.** Plaza de la constitución en Zacualtipán de Ángeles.

Zacualtipán de Ángeles es un municipio localizado a dos horas y media en automóvil particular, en dirección oeste de la ciudad de Pachuca de Soto, capital y centro geopolítico del Estado de Hidalgo, México. Así mismo, geográficamente se encuentra dentro de la provincia de la Sierra Madre Oriental, en la región de la Sierra Alta. El municipio de Zacualtipán de Ángeles colinda al norte con el municipio de Tianguistengo y el Estado de Veracruz; al oeste con Metztitlán y Xochicoatlán; al este con el Estado de Veracruz; y al sur con Metzquititlán (INEGI, 2020).

**Figura 8.** Ubicación geográfica de Zacualtipán de Ángeles





**Fotografía 11.** Casas en Zacualtipán de Ángeles

En el municipio son observables pendientes, mesetas y cañones, así como relieves ondulados de cerros y montañas por el lado oriental. Con respecto a su toponimia, el nombre del municipio proviene de “*Tzacualtipán*” que significa “*lugar de escondites, lugar de montículos, o lugar de pirámides*”,

y su traducción es “*donde se construye bien*”. El municipio posee un clima templado y frío. La flora inmediatamente perceptible, se encuentra caracterizada por pastizales, zacate, pinos, ocotes rojos, encinos, mirra y oyamel, etc. Al caminar por la cabecera municipal es perceptible que la ciudad es un centro comercial de comunidades y municipios aledaños. La principal fuente de ingreso económico es la industria textil, la agricultura con cosechas de maíz, frijol y café, así como el comercio en tianguis, establecimientos formales o ambulante. El centro de la cabecera municipal, es una plaza que posee bancas blancas, un kiosco en el centro, así como algunas jardineras y palmeras que le adornan.

Con base en el último censo del INEGI (2020), Zacualtipán de Ángeles posee 33 localidades y su población total es de 38, 155 personas; siendo 18 137 hombres y 20, 018 mujeres. Lo que indica que existen aproximadamente 90 hombres por cada 100 mujeres. Así mismo, la mitad de la población tiene 27



**Fotografía 12.** Pareja adolescente paseando.

años o menos. En cuanto a servicios de salud, el municipio cuenta con cuatro Clínicas Hospital de Campo del IMSS-Solidaridad, una clínica del ISSSTE y tres centros de salud

de la Secretaría de Salud. Cuentan con servicios básicos de luz, alumbrado público, agua potable y drenaje, alcantarillado y pavimentación.



**Fotografía 13.** Calles de la cabecera municipal de Zacualtipán de Ángeles

### **3.5. Población**

Para la elaboración de las entrevistas semiestructuradas con los adolescentes se realizó un muestreo intencionado dado por algunos criterios de inclusión, con base en la revisión de literatura y la estadística, presentes en el planteamiento del problema. En este sentido, se consideraron adolescentes que tuvieran entre 15 y 19 años que fueran madres y padres, así como aquellos que estuvieran en proceso de serlo. Los adolescentes deberían de ser oriundos y habitar en los municipios de Acaxochitlán, Tepehuacán de Guerrero y Zacualtipán de Ángeles. Por otro lado, como criterios de exclusión se consideró que las personas participantes tuvieran menos de 21 años, ya que legalmente no son considerados adolescentes. Que ellas y sus parejas no hubiesen llevado a fin la gesta mediante un aborto inducido o espontáneo, pues les privaría de la experiencia de la maternidad y paternidad. Así mismo, que fueran oriundos de otros municipios a los propuestos.

Por lo que se entrevistaron a cinco mujeres adolescentes que experimentaron un embarazo en la adolescencia. Nuestras participantes fueron Guadalupe y Amira de Acaxochitlán, Aiko y Sofía de Tepehuacán de Guerrero y Rosa de Zacualtipán de Ángeles. Sus edades van de los 15 a los 17 años. Igualmente, se entrevistó a tres hombres adolescentes, Benjamín pareja sentimental de Guadalupe de Acaxochitlán, Rodrigo pareja sentimental de Sofía de Tepehuacán de Guerrero y Rogelio pareja sentimental de Rosa de Zacualtipán de Ángeles.

Es imprescindible comentar que previo al desarrollo del trabajo de campo se tenían contempladas seis entrevistas semiestructuradas con adolescentes, es decir, una mujer y un hombre por municipio. Finalmente se obtuvieron ocho, ya que no se consideró el estado civil como un criterio de inclusión o exclusión. Sin embargo, durante la recolección de información en campo se presentó la oportunidad de entrevistar a Aiko y a Amira, quienes son madres solteras y nos brindaron otros panoramas del embarazo adolescente.

Así mismo, se entrevistó a tres personas acompañantes de *salud sexual y reproductiva* que están al frente de centros de salud en sus respectivos municipios, así como de las consultas médicas a madres adolescentes gestantes. Nuestros participantes fueron Luna de Acaxochitlán, Ramón de Tepehuacán de Guerrero y José de Zacualtipán de Ángeles. Para la elección de la persona acompañante en *salud sexual y reproductiva*, se priorizaron a aquellas personas en atención sanitaria activa de entre 25 y 50 años de edad, con formación afín al campo de la salud y con experiencia mínima de 6 meses en atención a la *salud sexual y reproductiva* en los municipios.

**Tabla 6.** Inventario de entrevistas semiestructuradas

Municipio	Mujeres adolescentes	Hombres adolescentes	Acompañantes en salud sexual y reproductiva
<b>Acaxochitlán</b>	“Guadalupe” Edad: 15 años	“Amira” Edad: 16 años	“Benjamín” Edad: 19 años
	Realizada en “San Pedro comunidad de Acaxochitlán” el viernes 22 de abril de 2022.	Realizada en las oficinas del “DIF” Acaxochitlán el miércoles 11 de mayo de 2022.	Realizada en “San Pedro comunidad de Acaxochitlán” el jueves 22 de abril de 2022.
<b>Tepehuacán de Guerrero</b>	“Aiko” Edad: 17 años	” Sofía” Edad: 17 años	“Rodrigo” Edad: 19 años
	Realizada en el “Centro de Salud de Tepehuacán de Guerrero” el miércoles 13 de abril de 2022 a las 06:20 p.m.	Realizada en “El parque de Tepehuacán de Guerrero” el jueves 14 de abril de 2022.	Realizada en “El parque de Tepehuacán de Guerrero” el jueves 14 de abril de 2022.
<b>Zacualtipán de Ángeles</b>	“Rosa” Edad: 15 años	” Rogelio” Edad: 18 años	“José” Edad: 28 años
	Realizada en la “Plaza de Zacualtipán” el jueves 14 de abril de 2022.	Realizada en la “Plaza de Zacualtipán” el jueves 14 de abril de 2022.	Realizada en el “Centro de Salud de Zacualtipán” el jueves 14 de abril de 2022.

Nota. Identificación de personas participantes de esta investigación, así como los momentos de entrevista.

La tabla 6 sintetiza el municipio y espacio donde se desarrollaron las entrevistas, la duración, el día, la hora, el seudónimo de identificación de la persona participante y su edad. Así mismo, consideramos importante referir que el contacto y acercamiento con Amira, Guadalupe y Benjamín del municipio de Acaxochitlán se realizó con apoyo del Sistema DIF Municipal, y con Luna se realizó con los Servicios de Salud del municipio. En Tepehuacán de Guerrero el contacto y acercamiento con Aiko, Sofía, Rodrigo y Ramón se realizó con apoyo del Centro de Salud de la cabecera municipal. Por otro lado, en Zacualtipán de Ángeles la forma de contacto y acercamiento con Rosa y Rogelio fue con apoyo de una ex administrativa del Seguro Social. Así mismo, el acercamiento con José se realizó gracias a los Servicios de Salud del municipio. Puntualizando que previo a las entrevistas con todos nuestros participantes se dialogó sobre las consideraciones

éticas de la investigación, la confidencialidad y se firmó el consentimiento informado. En este sentido, todos nuestros participantes eligieron un seudónimo con la finalidad de resguardar su identidad. A continuación, se presenta un apartado que detalla las consideraciones éticas.

### **3.6. Descripción del proceso de sistematización y análisis de información cualitativa**

Para el tratamiento de la información cualitativa se realizó un *análisis de contenido temático* como herramienta funcional en investigaciones psicológicas, el cual permite la descripción sistematizada de contenidos manifiestos y latentes de la comunicación. El objetivo principal del *análisis del contenido temático*, fue la identificación de patrones y tendencias en la información y categorías, así como sus interrelaciones (Krippendorff, 1997). En este sentido, para identificar los elementos temáticos se elaboró un procedimiento de sistematización propuesto por Zhizhko (2016), el cual consiste en *categorizar, organizar y conceptualizar*.

En un primer momento para elaborar el proceso de *categorización*, posterior a la fase de trabajo de campo se procedió a transcribir las once entrevistas semiestructuradas en diversos documentos y a pulirlas para eliminar cualquier tipo de inconsistencia en el lenguaje. Se llevaron a cabo múltiples lecturas de estas transcripciones con el propósito de identificar tanto las categorías temáticas previamente propuestas como aquellas que emergieron de manera orgánica en los discursos de los participantes. Al mismo tiempo, los diarios y las notas de campo se redactaron y revisaron minuciosamente para eliminar repeticiones innecesarias.

En el segundo momento, el contenido resultante se *organizó* en secciones descriptivas y analíticas. Aquellas partes relacionadas con la descripción pura se encuentran en los Anexos 6, 7 y 8, mientras que las secciones analíticas se emplearon para enriquecer la fase de *conceptualización*. Paralelamente, se llevó a cabo un proceso de selección de los insumos fotográficos obtenidos, preservando aquellas que mejor representan nuestro objeto de estudio a lo largo de esta investigación.

Como parte del proceso de *organización* se emplearon las categorías identificadas en las entrevistas semiestructuradas junto con fragmentos relevantes de los discursos de los participantes, con el fin de crear once diferentes *relatos de vida*. Estos *relatos de vida*

se presentan de manera individual en la sección de resultados, ofreciendo una narrativa singular que recoge las experiencias en torno al fenómeno del embarazo adolescente de cada participante, a la vez que integran extractos significativos de sus propias palabras.

En el tercer momento, se procedió a elaborar el proceso de *conceptualización*, que consistió en la localización de ejes temáticos generales a partir del conjunto de *categorías* localizadas en los *relatos de vida*, diarios y notas de campo. La construcción de las dos secciones de análisis y discusiones fueron divididos por poblaciones, las cuales fueron mujeres y hombres adolescentes distinguidos por el analizador *sexo/género*, y personas acompañantes en *salud sexual y reproductiva*. En este sentido, se diseñaron tres dispositivos o tablas de sistematización para un *análisis de contenido temático* (Faúndez et al., 2017).

En la tercera sección del capítulo IV correspondiente a resultados, se muestra el análisis de las mujeres y hombres que han transitado por la maternidad y paternidad en su adolescencia. En donde se adaptó la corriente de análisis del MDSS (Marmont et al., 2009), mostrada en el capítulo I de este proyecto de investigación. Por lo cual, los ejes de análisis son los mismos para ambos grupos, pero las categorías varían con respecto al discurso plasmado en sus *relatos de vida*, diferenciados por *sexo/género*. Los ejes que se presentan, son: resultado sanitario, consecuencias biopsicosociales, vulnerabilidades como grupo de población, exposición a su entorno físico, cultural y social, así como la posición sociopolítica y económica de sus contextos.

A su vez, en la quinta sección del capítulo IV se presenta el análisis temático de los relatos de las personas acompañantes en *salud sexual y reproductiva*, de donde se obtuvieron los ejes: descripción del sistema de salud, percepción sobre el embarazo en la adolescencia, formas de acompañamiento para la *salud sexual y reproductiva*, así como reflexiones para mejorar los acompañamientos.

Es importante puntualizar que el análisis está construido del entretendido de los resultados de investigación, las categorías propuestas y emergentes, los ejes generales, los aspectos analíticos de los diarios y notas de campo, así como, elementos teóricos que nos permitieron elaborar contrastes y reflexiones. Igualmente, creemos relevante referir que la metodología cualitativa permite la construcción alternativa de un análisis de la información desde un ensamblado artesanal de *puntos de vista*, voces y teoría.

### **3.7. Algunas consideraciones éticas**

La presente investigación se rigió por lo establecido en la Declaración de Helsinki (AMM, 2013), el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014) y el Código Ético del Psicólogo (SMP, 2002), con la finalidad de cumplir con las recomendaciones éticas y legales necesarias para su ejecución.

Fue prioridad de esta investigación respetar y reivindicar la dignidad, derechos humanos, y estados de bienestar de todas las personas participantes. Motivo por el cual, los participantes pudieron declinar su participación en el estudio en el momento que ellas lo consideraran pertinente o necesario, como lo indica el artículo 13 fracción I del Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014).

Así mismo, como lo refiere el artículo 14 fracción VI del Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), la siguiente investigación fue desarrollada y supervisada por profesionistas de la salud con experiencia. El número de cédula del último grado de estudios de quién sustenta el siguiente trabajo es: No. 11270389, así mismo, el número de cédula del último grado de estudios de quién asesora el siguiente proyecto, es: No.6451033.

Con respecto a los riesgos de la investigación, el siguiente proceso se consideró: sin riesgos, de acuerdo a lo indicado en el artículo 17, fracción I del Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014). Ya que no realizará ninguna intervención o modificación intencionada en los ámbitos biopsicosociales de las personas participantes.

Con base en los artículos 14 fracción V, artículo 20 y 21 del Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), se les proporcionó a las personas participantes un consentimiento informado en el que se les especificó las condiciones de su participación en este trabajo.

La siguiente investigación incluyó personas adolescentes, motivo por el cual se consideró en todo momento los principios rectores de niñas, niños y adolescentes, los cuales son el interés superior, no discriminación, supervivencia y participación, tal como lo indica la Convención de los Derechos del Niño (UNICEF, 2006). Así mismo es importante especificar que no se solicitó consentimiento informado a sus padres, tutores o representantes legales, debido a que nuestros participantes se consideran autónomos

a sus familias y no tienen alguna incapacidad que les impida su participación y toma de decisiones en un estudio considerado sin riesgo. Sin embargo, las adolescencias autorizaron su participación en esta investigación mediante la firma de un consentimiento informado del cual se les entregó un duplicado posterior a la elaboración de sus entrevistas.

Finalmente, se tuvo en cuenta la confidencialidad de todas las personas participantes, organizaciones e instituciones mediante el uso de anonimatos y seudónimos, con el objetivo de resguardar la información que posibilite su identificación, tal como lo establece el artículo 16 del Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014).

## Resultados de investigación

### Capítulo IV: Desafíos de la adolescencia, relatos sobre embarazo, crecimiento personal y acompañamientos

*"La sexualidad en América Latina es un universo vibrante y diverso que merece ser explorado y celebrado sin temor ni prejuicios".*

- Gabriela Mistral

Mistral (2019), evidencia que la *sexualidad humana* posee diferentes formas de significarse, construirse y de expresarse en el continente Latinoamericano. Ámbito envuelto en una amplia variedad de experiencias al interior de la etapa del desarrollo adolescente, la cual debería vivirse sin ningún tipo de discriminación, juicio o violencia. En el siguiente capítulo se presentan los resultados, análisis y reflexiones de esta investigación, sobre implicaciones y acompañamientos para la salud biopsicosocial de las adolescencias frente a un proceso de embarazo.

El capítulo se encuentra dividido en cinco secciones. La primera y segunda sección son descriptivas, pues contienen cinco relatos de vida sobre las experiencias de embarazo en mujeres adolescentes; y tres relatos de vida sobre las experiencias de la paternidad adolescente.

La tercera sección contiene el análisis de los relatos de las mujeres y hombres que experimentaron maternidad y paternidad durante la adolescencia. Donde se adaptó la corriente de análisis del MDSS (Marmont, et al., 2009), que se presentó en el Capítulo I de este proyecto de investigación. Por lo cual, los ejes de análisis son los mismos para ambos grupos, sin embargo, algunas categorías varían con respecto al grupo de población diferenciados por sexo/género; debido al contenido de su discurso plasmados en los relatos de vida o resultados de investigación.

La cuarta sección al igual que la primera y la segunda, es descriptiva y contiene los relatos de vida de tres médicos que acompañan la atención en *salud sexual y reproductiva* en los servicios amigables. Así, la quinta sección responde al análisis de los relatos de los tres médicos acompañantes.

Con respecto a las secciones tercera y quinta de este capítulo las cuales corresponden al análisis de este trabajo de investigación, es imprescindible referir, que

son producto del entretrejo y triangulación de los puntos *de vista* de los participantes, mi propia mirada como investigadora (anexos 7, 8 y 9) y algunos componentes teóricos.

El análisis posee de forma transversal la lógica *interseccional* como perspectiva teórica, que imbricó *situacionalmente* elementos como: el género, la edad, la clase social, espacios *geopolíticos*, posición socioeconómica, entre otros (Viveros, 2016, p.3). Con la finalidad de observar algunas *relaciones de poder* que coadyuvan a sostener un *sistema-mundo*, en la *salud sexual y reproductiva* de las adolescencias.

En este sentido, también se procuró enunciar y priorizar a las mujeres adolescentes, que, por razones de edad y *género*, poseen un doble proceso de vulneración como grupo social. Lo anterior, se enuncia y puntualiza con la finalidad de prevenir que las personas lectoras pudiesen señalar un análisis o discusión tendencioso.

El siguiente capítulo tiene el propósito de dar respuesta a algunos de los objetivos específicos planteados en el capítulo Planteamiento del problema. En su mayoría, los centrados en la descripción de experiencias e identificación de implicaciones biopsicosociales del embarazo en la adolescencia. Así como el de análisis sobre las diversas formas de apoyo social e institucional, proporcionando un panorama comparativo. Por lo cual, se inicia con los relatos de vida de las y los adolescentes frente al fenómeno del embarazo en la adolescencia.

## **4.1. Relatos de vida de mujeres adolescentes, sus embarazos y maternidades**

### **4.1.1. Amira: “El embarazo planeado y deseado de una madre soltera”**

Amira y su familia son oriundos del municipio de Acaxochitlán. Su familia base está integrada por: su madre y su hijo. Debido a que su padre murió a inicios del año 2022, a causa del COVID-19. Antes de fallecer, su padre trabajaba con su abuelo en un negocio de materiales y manejaba un tráiler en renta. Por otro lado, refiere que anteriormente su madre se dedicaba exclusivamente al cuidado del hogar, pues su padre era el proveedor. Sin embargo, cuando su padre falleció, su madre inició a trabajar en un taller de costura. A nivel económico, Amira refiere que además del ingreso de su madre, la familia de su padre y su madre les apoya con dinero. *“Mi papá trabajó con mi abuelito en los materiales y también en un tráiler; falleció hace medio año, le dio COVID-19. Se vacunó y se*

*enfermó. Mi mamá apenas empezó a trabajar en la costura, por eso no he retomado mis estudios”.*

Actualmente, Amira tiene 16 años y se dedica a las labores domésticas de su casa. Ella vivió su embarazo a los 15 años de edad y se considera una madre autónoma, debido a que su pareja no ejerce su paternidad. A su vez, nuestra participante fue dada de baja en el bachillerato cuando su familia enfermó de COVID-19, ya que refiere no haber tenido la oportunidad de entregar todos sus trabajos, por cuidar de sus padres e hijo. Por lo cual, suspendió su educación en el primer semestre de bachillerato, aunque planea regresar en el futuro. *“Cuando mi papá y mi mamá se enfermaron, yo estaba estudiando. Me dejaron dos proyectos para entregar, pero yo tenía que cuidar a mi bebé. No pude y me dieron de baja”.*

Amira, su mamá y su hijo viven en la casa que construyó y les dejó su papá, la cual cuenta con todos los servicios. Así mismo, comenta que antes de que su madre tuviera una relación con su papá, él previamente había intentado formar 2 familias con diferentes mujeres. Sus padres duraron en su vínculo 15 años. *“Ellos vivieron en unión libre. Mi papá tenía muchos problemas con su otra mujer. Después se quedó con mi mamá y llevaban 15 años juntos”.*

Así mismo, Amira refiere tener 2 medias hermanas de 16 y 18 años respectivamente; y un medio hermano de 21 años. Aunque no tiene un trato cercano con ellos, por los conflictos de su padre con sus ex esposas y porque viven en, Puebla. *“Mi papá antes de conocer a mi mamá, tuvo otras esposas y tengo medios hermanos. Pero si los veía a todos y todas, se hacía cargo”.*

### **¿La sexualidad estigmatizada o burlada?**

Amira refiere haber recibido información sobre sexualidad y *reproductividad* a lo largo de su educación básica, durante sus estudios en la primaria y secundaria. La cual, en su mayoría de veces era proporcionada por los maestros. Así mismo, refiere que, en ocasiones especiales, personal de enfermería del sector salud asistían a la secundaria a proporcionar información. *“En la escuela daban pláticas, iban las enfermeras. Aparte, los maestros hablaban mucho de eso en los libros de ciencias naturales. Más que nada, eran los niños juzgando a las niñas”.*

Ella piensa que los contenidos sobre sexualidad son importantes para la vida, por lo que, le generaba mucha molestia que, al ser expuestos en clase, fueran tomados a la ligera por sus compañeros. Principalmente por los hombres, quienes recibían los contenidos con morbo y a modo de juego, pues regularmente se burlaban impidiendo el proceso educativo. Así mismo, refiere que algunos docentes omitían estas dinámicas, por lo tanto, la información era incompleta. Amira comenta que las dinámicas anteriores se intensificaban cuando se trataba del tema de la menstruación. Pues ocasionalmente, algunas de sus compañeras de forma accidental manchaban su uniforme con sangre menstrual, convirtiéndose en motivo de burla entre sus compañeros de clase. *“Algunas veces las niñas llegaban a manchar y los niños se burlaban. Y los maestros tienen claro que hablar de eso no es un juego y en lugar de que ayuden, se burlan”*.

Lo que Amira puede rescatar de la educación en *salud sexual y reproductiva* que recibió, fue comprender que su cuerpo cambiaría con el paso del tiempo. Así, el estar pendiente de estos cambios, fue interesante para ella. *“El cuerpo se desarrolla. En la escuela te van diciendo, qué es lo que va a pasar, tanto en hombres como en mujeres. Yo estaba pendiente de lo que nos iba a pasar a cierta edad”*.

Así mismo, con respecto al autoconocimiento de su cuerpo ella refiere conocer sólo su ciclo menstrual, el cual, considera irregular. Sin embargo, al brindar referencias sobre su menstruación, evidenció que no conoce su ciclo ovárico y uterino. *“Pues es por estaciones, ¿no? Es variable, es irregular. Puede ser a principios o al final del mes. Todos los meses es diferente. Como tres o cuatro días, es muy largo”*.

Así mismo, Amira comenzó a sostener relaciones coitales a la edad de 13 años con quien es el padre de su hijo. El inicio de sus relaciones coitales fue por decisión propia y además, fue planeado. Ella y su expareja siempre utilizaron condón externo como método antifecondativo, ya que considera es el más común y accesible. Principalmente, porque ambos pensaban que al cambiar de método antifecondativo complicaría la posibilidad de protegerse. Amira refiere que para poder acceder a otro método antifecondativo hubiesen tenido que contar con una receta médica, o bien, ser acompañados por una persona mayor de 18 años a una farmacia. En este sentido, Amira piensa que es más sencillo conseguir un método antifecondativo en Beristain, Puebla que, en Acaxochitlán, Hidalgo. *“Al momento de usar otro método, pues éramos menores*

*de edad y necesitábamos llevar un adulto. En cualquier farmacia o clínica se debe llevar a un adulto por ser menor de edad. Al menos aquí en Acaxochitlán, porque en Puebla es muy diferente”.*

Así mismo, es imprescindible referir que cuando Amira y su expareja cumplieron un año y medio de relación decidieron dejar de usar el condón externo. Lo cual, comenta fue una experiencia extraña, porque además de que se sentía diferente, sabían que ya estaban intentando procrear. *“Ya lo habíamos hablado mucho y dijimos que sí. Lo dejamos de usar. Los dos nos sentimos raros y lo platicábamos mucho”.*

### **El plan de formar una familia**

Como se refirió anteriormente, al año en que Amira comenzó a sostener relaciones coitales, ella y su entonces pareja suspendieron el uso del condón externo. En ese tiempo, cuando ella tenía 14 años y él 15, refiere haberse sentido muy enamorada. Por lo cual, ambos dialogaron sobre la posibilidad de formar una familia y algunos meses después Amira quedó embarazada. Por lo cual, considera que su hijo es producto de un embarazo planeado y deseado. *“Decíamos que ahora sí estábamos planeando. Porque lo hacíamos y todo eso; y después, sí platicamos bien sobre ser papás. Sí lo planeamos”.*

Amira se enteró de su embarazo hasta el segundo trimestre de gestación, pues ella consideró haber menstruado con normalidad, en los primeros tres meses de embarazo. Sin embargo, dicho sangrado no llegó al cuarto mes, iniciando las sospechas de su embarazo. En ese momento, Amira y su pareja tenían un distanciamiento, pero al percatarse de la ausencia de lo que ella consideró menstruación, se comunicó con él para compartir sus sospechas. Ambos fueron a un laboratorio para que Amira se realizara una prueba sanguínea de embarazo, la cual, resultó positiva. *“Yo me enteré casi a los cuatro meses que estaba embarazada, porque todavía seguí reglando. Fue cuando le dije al papá del bebé y después habló con mi mamá. Primero me hice la prueba de sangre y después me fui a hacer un chequeo y el ultrasonido”.*

Por lo cual, ambos acordaron revelar su relación y que él hablaría con la madre de Amira sobre el embarazo. A su vez, la madre se molestó bastante ya que el joven no era de su agrado; y, le comunicó la noticia al padre de Amira para la toma de decisiones. Sorpresivamente, el padre de Amira al inició se molestó, pero posteriormente se mostró empático y le reiteró su apoyo incondicional, pues era su segundo nieto. *“Si se enojaron.*

*Mi mamá sí se enojó, pero después hablaron con él y aparte mi papá también habló conmigo, era su segundo nieto”.*

Su papá solicitó una reunión con la pareja y suegra de Amira, con quienes acordó pagar por mitades todos los gastos referentes al proceso de gestación. Sin embargo, la pareja de Amira sólo cubrió los gastos de un mes, por lo cual, los padres de Amira le solicitaron finalizar con la relación de pareja. Con la condición de que su padre correría con todos los gastos de ella y del que sería su nieto, el nuevo integrante de la familia. *“Mi papá habló con su mamá y dijeron que se iban por mitades en gastos, se hizo cargo un mes y de ahí ya no. Mi papá se molestó porque no apoyaban, y dijo que ya no quería saber nada de él. Que él se iba a hacer cargo de todo”.*

### **Las emociones y el cuerpo van de la mano**

Amira asistió a sus consultas correspondientes al segundo y tercer trimestre de embarazo, en el centro de salud de la Bóveda, Acaxochitlán. En la primera consulta a la que asistió, le solicitaron una química sanguínea y un ultrasonido, donde le brindaron un buen pronóstico. Refiere haber experimentado antojos de fruta y los sabores predominantes en su dieta, son: lo picoso, lo salado y lo dulce. *“Siempre se me antojaba la fruta”.*

Por otro lado, ella vivió su proceso de gesta paralelo a la ruptura con su pareja sentimental, por lo que frecuentemente se sentía iracunda. El esfuerzo realizado a nivel emocional, generó que ella tuviera una amenaza de aborto al inicio del tercer trimestre de gestación. *“Pues a veces hacía corajes y tuve una complicación, amenaza de aborto. Sentí dolor y pues nada más era de reposo. Nada de andar caminando”.*

Así mismo, un día antes de asistir a una de sus últimas consultas en el centro de salud, comenzó a sentir dolor por la noche. Por lo cual, al día siguiente su mamá la acompañó a consulta médica, en donde las refirieron con días de anticipación al Hospital de Metepec, debido a que pronto nacería su hijo. *“En la noche me empecé a sentir mal y al día siguiente fui a la clínica y ahí empecé con un dolor. Me mandaron para el hospital de Metepec. Estuve casi una semana en el albergue, no me dejaron salir”.*

Al llegar al hospital, le realizaron una valoración médica con respecto a su historia clínica y posteriormente la condujeron al albergue del mismo hospital. El cual, era atendido por diferentes mujeres, que no eran enfermeras. *“Primero me hicieron un*

*chequeo y luego hicieron mi papeleo para pasar a un cuarto, con alguien de mi familia. Mi mamá”.*

Amira refiere que la atención que recibió en el hospital fue buena, excepto cuando el médico en turno revisaba la dilatación de su cuello uterino. Sin embargo, ella comprendió que era parte del proceso. *“El tacto es muy doloroso, pero fue para ir chequeando cómo va el proceso”.*

Finalmente, Amira refiere que el proceso del parto es ambivalente, debido a que es difícil pero también brinda satisfacción. *“Fue parto natural y fue algo difícil; tardé toda la noche en labor de parto. Luego tuve a mi bebé hasta las 11. Pero también fue bonito, porque vas a conocer a esa personita que llevas esperando por meses”.*

### **Enfrentando una separación por carencias económicas**

Amira refiere haber conocido a su pareja a la edad de 13 años en una reunión familiar, debido a que su primo era pareja de su cuñada. Así, al coincidir frecuentemente se hicieron pareja. Sin embargo, la madre de Amira no sentía afinidad por él cuando los veía conviviendo, principalmente porque Amira es menor por un año. Por lo cual, ellos decidieron mantener el vínculo en la clandestinidad hasta el momento donde Amira se embarazó. La relación duró 3 años en total. *“Mi mamá no lo quería ni nada de eso. Porque él es mayor que yo.”*

Nuestra participante compartió que su ex pareja es el hijo mayor de una madre autónoma que trabaja haciendo tortillas a mano. Además de él, la señora tiene tres hijas; por lo cual, la economía en su casa era precaria. Así, la pareja de Amira abandonó sus estudios de nivel secundaria e ingresó a trabajar en un taller mecánico, con la finalidad de ayudar a su madre y a que sus hermanas no abandonaran sus estudios. *“Él era mecánico, nada más tenía mamá y tres hermanas. Su mamá trabajaba haciendo tortillas, ahora creo que dejó de trabajar. Su situación económica era difícil”.*

Por lo cual, en el momento en el que Amira y su pareja se enteran que serán padres, la preocupación se vuelve económica y sus familias se vuelven intermediarias de sus procesos. Por lo cual, se ven obligados a finalizar la relación de pareja. Y con ello, Amira experimentó a lo largo de su embarazo sentimientos de enojo y resentimiento con respecto a su ahora ex pareja. Ya que ambos habían planeado formar una familia, y él no tomó las responsabilidades correspondientes. *“Al final no pudimos estar juntos, porque*

estaba mi mamá y mi papá. *¿Cómo es posible que él no se hiciera cargo de mí?, no estuvo conmigo”.*

A su vez, Amira refiere que al mes de que nació su hijo ella se enteró que él ya se encontraba en otra relación de pareja; y era frecuente escuchar que él asistía a los bailes de la comunidad. *“Tuvimos muchos problemas porque me enteré que al mes que había nacido mi bebé, él andaba con otra persona. Me enojé porque salía mucho a los bailes.”*

Por otro lado, refiere que algunas de las discusiones que regularmente tenían al interior de la relación, se debían a que él no le permitía tener amigos. *“Al final, yo no podía tener ni amigos ni nada de eso, porque él les decía muchas cosas. Me mandaba mensajes, me buscaba de diferentes maneras. Tuvimos muchos problemas”.* Motivos por los cuales, ella ha terminado definitivamente la relación y refiere haber continuado con su vida, aunque el contacto no lo ha finalizado por completo por su hijo. *“Pues él ya hizo su vida y pues yo también ya estoy realizando mi vida. No lo he alejado por completo, por mi bebé, él aún no entiende las cosas”.*

### **Los acompañamientos tienen que ver con el corazón**

Con respecto a las formas de apoyo y acompañamiento que recibió Amira durante su embarazo, considera que siempre contó con el apoyo suficiente, tanto de su padre como de su madre. Ya que su papá siempre le ayudó a solventar el ámbito económico y su mamá la acompañó a cada cita en el centro de salud. Así mismo, ella refiere tener contacto cercano con sus tías, tíos y primos de las familias de ambos padres. *“Mi mamá, mi papá y toda mi familia siempre me apoyó. Mi papá me compraba cosas, me consentía mucho. Igual que mi familia, porque a mi hijo le compraban ropita y cualquier cosa. Después de que nació, a los 3 meses hicimos su bautizo, se hizo grande, estuvo toda la familia. Bonito”.*

En este sentido, Amira refiere que las dos personas que acompañaron sus procesos emocionales fueron su tía y su madre, quienes le ayudaban a gestionar su ira en diferentes momentos. Principalmente, su tía que también es su madrina y comadre, por haber bautizado en la fe católica a su hijo. Para Amira, ella además de su madre es una de las figuras más importantes en su vida. Pues su tía trabaja por temporadas en la Ciudad de México y también la apoya económicamente. *“Mi madrina y comadre por el*

*bautizo de mi bebé. Es la hermana de mi mamá, nos ha apoyado mucho. Es muy cercana. Ella trabajó en México”.*

Sin embargo, con respecto al acompañamiento y apoyo de la pareja, Amira comenta que durante el proceso de gestación fue difícil no contar con el apoyo de su ex pareja, pues, ella esperaba recibir contención de tipo emocional y material. *“No es fácil olvidar, pensar que mi hijo tiene sangre de los 2, no es fácil. Sí, me hizo falta que estuviera. Sobre todo, por una cuestión del corazoncito. Los dos lo planeamos y él no estuvo”.*

### **Vivir violencia en Acaxochitlán sólo por ser mujer**

Amira refirió nunca haber experimentado algún tipo de violencia sexual, sin embargo, refiere que en el municipio de Acaxochitlán es común el abuso sexual al interior de las familias, ya que algunas de sus amigas y conocidas han pasado por esta situación. Nuestra participante refiere que socialmente se piensa que la violencia sexual está arraigada por las tradiciones. *“A veces las muchachas sufren abuso. Muchas muchachas. Porque entre la familia y los primos pueden ser abusadas. Pero no es por los usos y costumbres, es violencia”.*

Con respecto a la violencia sexual al interior de las familias, comentó que algunas mujeres adolescentes pueden mentir y decir que sus embarazos son de sus parejas sentimentales por sentir miedo o culpabilidad. *“Hay unos embarazos que son planeados y libres. Pero hay algunos hombres que abusan y gozan si la muchacha es chiquita. Ellas pueden llegar a tenerlo y decir que es de su pareja, por miedo de decir que fue un abuso familiar”.*

Finalmente, otra forma de violencia en la que algunas mujeres pueden embarazarse, es debido a que los hombres las enamoran intencionalmente para mantener relaciones sexuales. Por lo que, muchos de ellos no se hacen responsables de sus hijas e hijos y terminan desapareciendo. Dejando toda la carga y responsabilidad sobre las mujeres y sus familias. *“Les prometen muchas cosas, las embarazan y al final, desaparecen. Se deberían hacer responsables, si ya lo hicieron. Tienen que ser responsables”.*

#### **4.1.2. Guadalupe: “Construirse seguridad física y emocional mediante una familia”**

Guadalupe y su familia son oriundos del municipio de Acaxochitlán; su familia está integrada por su padre, madre, dos hermanos, su hermana de 6 años y ella. Su padre se dedica a la albañilería y su madre por cuestiones de salud se dedica al cuidado del hogar. Los hermanos de Guadalupe son mayores de edad con respecto a ella, y no viven con la familia, debido a que uno de ellos se encuentra en rehabilitación por consumo de sustancias en un anexo de alcohólicos anónimos, y el otro hermano está casado, por lo que vive con su pareja e hijos; y ocasionalmente les apoya económicamente. Actualmente, Guadalupe tiene 15 años de edad y tiene 5 meses de embarazo. Su embarazo no fue planeado, pero es deseado. El padre de su futura hija, es Benjamín de 19 años de edad, y pronto cumplirán 2 años de relación.

La casa en la que viven es propiedad de su madre y está en un terreno que comparte con una de sus tías. En la casa de su tía vive su tío, sus tres primas y un primo adolescente. Del diario de campo, se recupera descriptivamente que el terreno en donde se localizan ambas casas está rodeado de tierras de siembra y otras casas aledañas que son propiedad de familiares lejanos, y que simultáneamente, cumplen con las mismas características físicas y de hacinamiento. La casa de los tíos es de block y cemento, a diferencia de la casa de Guadalupe que está construida de cartón, plástico y láminas. La cual, cuenta con las siguientes secciones: al exterior se encuentra el patio, el lavadero y el fogón; al interior, el recibidor en donde hay un tambo de agua de 200 litros, un inodoro roto y sin depósito, seguido de dos pequeñas recámaras interconectadas que contienen tres camas y una mesa con tres sillas. Así mismo, la vivienda no cuenta con drenaje y el piso es de tierra firme, aunque sí cuentan con energía eléctrica.

Guadalupe refiere que cuando ella tenía 6 años de edad, su padre y su madre tuvieron una temporada conflictiva, debido a que su padre alcoholizado durante el cumpleaños de su abuela, sintió celos porque su madre bailó con otro hombre. Su padre abandonó su hogar y ellas se mudaron al Estado de México con unos familiares. En esta temporada, Guadalupe convivió de forma cercana con un tío a quién considera su figura paterna. *“Mis papás son muy machistas. Mi papá nos habla con groserías y también lo*

*hace con mi mamá. Ella no se puede poner un mallón porque no la deja salir a la calle, tiene que usar una blusa larga”.*

A la edad de 11 años, Guadalupe regresó a vivir en la comunidad de San Pedro con su madre y hermana, pues sus padres se reconciliaron. Ella refiere contar con estudios de primaria y está cursando la secundaria en modalidad abierta, ya que no pudo cursar de forma regular debido a que su mamá no contaba con los recursos económicos para apoyarla. Su madre semanalmente recibe de su pareja e hijo un total de \$700.00 pesos mexicanos para la manutención de ellas tres, dinero que no es suficiente. En este sentido, Guadalupe se insertó en el mundo laboral a los 13 años en un taller de costura, con la finalidad de seguir estudiando, apoyar económicamente a su hermana para ingresar al kínder y comprar alimentos. *“Empecé a trabajar y mi dinero lo invertí en mi hermana para que estudiara el kínder, que ya se le estaba pasando. Va a cumplir 7 años por eso decidí ya no estudiar. Ingresé a la secundaria abierta”.*

### **La salud sexual y reproductiva frente a la vergüenza**

Con respecto al acercamiento de Guadalupe con información sobre sexualidad y *reproductividad*, refiere haber recibido materias en la primaria que abordaban dichos temas. Sin embargo, se sintió incómoda con los contenidos expuestos por las maestras debido a que en su casa no se dialogaba sobre sexualidad. *“Te lo platican en la escuela, pero como era muy niña, me daba pena por las maestras y por los compañeros hombres, dije: “mejor no pongo atención”, y me iba al baño o me ponía a platicar”.*

Simultáneamente, ella refiere que su mamá dialogaba superficialmente con ella sobre la menstruación y de las formas sobre la recolección de sangre. *“Mi mamá me dijo: “te va a salir algo por ahí, es algo muy normal y cuando sea eso, te vas a poner una toalla”. También me platicaba que en sus tiempos usaban trapos”.* En este sentido, Guadalupe refiere no haber contado con la información necesaria para el inicio de su ejercicio sexual y reproductivo, así como, no poseer conocimiento sobre su ciclo ovárico y uterino.

Guadalupe inició a mantener relaciones coitales por decisión propia a los 13 años, con un compañero del trabajo que tenía 18 años. Argumentando que él la llevaría a su casa después de la jornada laboral. Después de dicho encuentro, ella no volvió a tener relaciones coitales hasta los 14 años con Benjamín, su actual pareja. *“La primera vez que*

*lo hice, él y yo íbamos platicando y después fuimos a la tienda, me compró unas galletas y un jugo. Después, se dio. No estaba planeado”.*

Refiere no haber utilizado ningún tipo de método antifecondativo durante su primera relación coital, ni posteriormente, pues de acuerdo con Guadalupe las mujeres de su familia no pueden quedar embarazadas hasta que obtengan un masaje en su cintura. Por lo tanto, ella pensó que en los momentos de mantener coito no correría ningún riesgo. *“No usamos nada, porque yo sabía que estaba mal de la cintura. Y fue algo imprevisto, sin planearlo, ni nada”.*

### **Un cruce de miradas puede cambiar el destino**

Guadalupe refiere haber conocido a Benjamín un domingo de plaza, en el que ella y su mamá fueron a la cabecera municipal a visitar el puesto de su abuela, quién se dedica a la venta de frutas y verduras de temporada. Pues al estar en el negocio de su abuela, Benjamín pasó por enfrente y cruzaron miradas. Este hecho generó que Benjamín tropezara con un perro y le pisara la cola; por lo que casi lo muerde. Después Guadalupe lo buscó en redes sociales con ayuda de su teléfono celular y comenzaron a escribirse, aunque nunca se encontraban, a excepción de los domingos de plaza donde ella iba a visitar a su abuela.

Ellos no tuvieron contacto físico hasta tiempo después, por lo que se hicieron novios mediante comunicación digital. Los primeros meses de relación entre Guadalupe y Benjamín fueron complicados, y terminaron el vínculo en tres ocasiones distintas, debido a información falsa de familiares que querían dañar el vínculo, con el tema de la infidelidad. *“Me dijeron: “Te voy a mandar capturas de la infidelidad de Benjamín”. Tiempo después llegué a la conclusión de que era su hermano porque él quería andar conmigo. Pensé, quiere perjudicar la relación”.*

Por otro lado, Guadalupe afirma haber sido infiel por besar al hijo de su jefe en una fiesta del trabajo. *“Bueno, sinceramente no quería a Benjamín, ahora ya lo respeto. La verdad me valía, incluso lo engañé con el hijo de mi patrón; con un beso”.*

Posterior a esas separaciones, se encontraron por casualidad en la cabecera municipal, donde dialogaron para llegar a acuerdos y formalizar su relación. Por lo que, Benjamín fue a hablar con los padres de Guadalupe para solicitar permiso para ser novios debido a la diferencia de edad, pues ella tenía 13 años y él 18 años. A lo que los padres

de Guadalupe accedieron, pues no les hubiese gustado que ambos mantuvieran el vínculo en la clandestinidad. *“Me sentí bien por el consentimiento de mis papás, les agradezco que no se opusieron por la edad e igual agradezco que me dejaron tomar mis decisiones con la persona que me hiciera sentir bien y feliz”.*

Guadalupe comenta que, al iniciar la relación de pareja con Benjamín no sentía afecto por él, pues solamente buscaba una figura paterna; y ahora está en un proceso de aprender a entenderlo como una pareja. *“Se puede decir que desde un principio no buscaba pareja ni estar con él por amor. Tal vez por amor, sí. Pero amor de hombre, amor de papá”.*

Ya que, siempre ha sentido que su padre está ausente e inclusive ha percibido un desprecio hacia ella. *“Cuando mi mamá estaba embarazada, mi papá me negaba y decía que yo no era su hija. Mi mamá tuvo que trabajar para que yo pudiera sacar la primaria. Soy la no deseada”.*

Por lo cual, refiere haber encontrado en su tío del Estado de México la figura paterna que siempre necesitó, pues él le ayudó a ponerse al corriente en sus estudios de primaria y le preguntaba frecuentemente sobre su estado anímico; ámbitos, en los que considera que su padre nunca estuvo. Cuando su tío falleció, ella refiere haber sufrido bastante, principalmente porque se debió a una negligencia médica en el Hospital General de Tulancingo. Guadalupe comenta que el personal de salud no estuvo presente cuando él sufrió uno de sus ataques epilépticos. *“Tenía más amor en mi vida por mi tío. Él no sabía leer, ni escribir, pero ahí estaba conmigo para hacer mis tareas, para sentirme acompañada. He estado muy triste desde los 11 años”.*

### **Un embarazo por un masaje de cintura**

Nuestra participante refiere que, al formalizar la relación con Benjamín, su mamá les dio la oportunidad de convivir en su casa. Así fue como ellos iniciaron a sostener encuentros coitales. Refiere que un día, Benjamín se encontraba en su casa a las 9:00 p.m., horario en el que se termina el transporte público a la cabecera municipal, por lo cual, la mamá de Guadalupe le pidió que no se arriesgara a caminar por la noche, además de la distancia. Así solicitó a su hija acomodar una de las camas que se encuentra en un pequeño cuarto improvisado.

Cuando Guadalupe finalizó, Benjamín le pidió que se recostara un momento y ambos se quedaron dormidos. Por la madrugada, sostuvieron relaciones coitales por primera vez, sin el uso de ningún método antifecundativo. Así las relaciones posteriores fueron similares, pues Guadalupe sostiene que al igual que las mujeres de su familia, ella no podría quedar embarazada hasta recibir un masaje de cintura. La mamá de Guadalupe intentó dialogar con ellos sobre su *reproductividad*, sin embargo, no ofreció acompañarlos a buscar un método antifecundativo. *“Estaba mal de la cintura por mi trabajo, y supuestamente toda mi familia siempre ha sido así. Mi prima se sobó y quedó embarazada, mi mamá también se sobó y quedó embarazada”*.

Benjamín se quedaba a dormir de forma constante en la casa de Guadalupe, por lo cual, decidió mudarse por temporadas con el consentimiento de su suegra, y simultáneamente a proyectar con Guadalupe el formar una familia. Algunos meses posteriores, ella quedó embarazada. *“Yo me embaracé por un masaje. A mediados de noviembre, fuimos a pasear y subir el monte. Me cansé mucho, sobre todo de la cintura. Cuando llegamos, él me sobó y yo quedé embarazada por ese masaje”*.

El embarazo de Guadalupe no fue planeado, pero sí deseado y se enteró cuando tenía 3 meses de gestación. Comenta que, en diciembre, enero y marzo, no tuvo menstruación, por lo cual, su mamá quién siempre le compra las toallas sanitarias, le preguntó si estaba embarazada. Simultáneamente, su papá le realizó comentarios sobre su aspecto físico, refiriendo que ella pudiese estar embarazada. Por lo que su mamá le compró una prueba rápida de embarazo en la farmacia, la cual salió positiva. Consecutivamente, asistieron al centro de salud de la comunidad de San Pedro para su primera consulta médica, correspondiente al segundo trimestre de gestación.

En el centro de salud, le solicitaron algunos estudios para conocer su estado fisiológico y un ultrasonido. Ella comenta, que frente a la noticia de su embarazo se sintió feliz y apoyada, por su madre y Benjamín. *“La prueba salió positiva, después bajé con mi mamá al centro de salud. Me dijeron que ojalá no estuviera embarazada, por la edad. Los doctores me dicen mucho eso. Me dieron un papel para un ultrasonido y estudios”*.

En este sentido, Guadalupe refirió qué algunas mujeres adolescentes de Acaxochitlán pueden cerrarse a sostener un diálogo sobre sus procesos sexuales y reproductivos por miedo a ser juzgadas, principalmente por las familias y la comunidad.

Ella refiere haber sido víctima de discriminación por la decisión de vivir en unión libre con su pareja y por ser madre adolescente. *“Sentía miedo al decir que estaba embarazada. Por mi familia y por todo San Pedro, quienes dicen: “la hija de tal persona está embarazada y apenas cumplió los 15 años”. Cuando me junté, me juzgaron y me dijeron que no sabía lo que estaba haciendo pues sería un problema para mi vida”*.

Sin embargo, ella piensa que dichos discursos le han servido para salir adelante, principalmente, el apoyo moral de sus padres quienes le dicen: *“Que le eche ganas, porque ese bebé es una razón para salir adelante”*.

### **¡Es una bebé! A los cinco meses de gestación se está planeando el parto**

Actualmente Guadalupe ha asistido a dos consultas médicas de seguimiento por su embarazo, refiere que el tipo de atención y acompañamiento que le han brindado desde el centro de salud, exclusivamente se ha focalizado en las evaluaciones sobre sus signos vitales, como la toma de glucosa, presión, peso, talla, etc. Así como la interpretación de resultados de sus estudios de laboratorio y el ultrasonido. Algunos de los síntomas que ha presentado durante estos 5 meses de embarazo, son gastritis y náuseas; producidos por ingerir dulces, fruta y carne. Así mismo, refiere que los sabores predominantes son el picante y el ácido del limón.

Su parto estuvo pronosticado para mediados de agosto del 2022 y en las consultas de seguimiento en el tercer trimestre le dirán si es candidata para parto natural o cesárea. Simultáneamente, con respecto a su futuro proceso de parto comentó que, por el protocolo de atención a madres adolescentes ella debe parir en un hospital de segundo nivel, por lo cual, en las consultas le han adelantado que será canalizada al Hospital General de Tulancingo. En este sentido Guadalupe, siente miedo ante la negligencia médica por la que falleció su tío, pues piensa que le puede suceder algo a ella o a su hija. *“Los doctores me quieren mandar al hospital en Tulancingo, pero yo no me quiero ir para allá. No es rencor, es miedo. Porque me trae recuerdos de mi tío y de la forma que lo atendieron”*.

Recientemente, identifica que su bebé comienza a tener movimientos, hecho que le emociona. Así como la posibilidad de que sea una niña, ya que algunas mujeres le han dicho que la forma ancha y no abultada del vientre es un indicador; así como por los

resultados del ultrasonido. *“Apenas voy para los cinco meses y ya se me está queriendo mover. Es niña, estoy segura de que es niña”*.

Así mismo, refiere sentirse nerviosa por el momento del parto, principalmente, por los cuidados que pueda recibir. Ella preferiría tener una cesárea, sin embargo, su pareja Benjamín no lo acepta porque el tiempo de recuperación se puede extender. *“Mi pareja no quiere cesárea, dice: “No, ¿para qué?”. No es tanto por la cicatriz de la cesárea, me sentiría orgullosa, sino que es por los cuidados que se requiere por traer puntos y tener que cargar algo”*.

Finalmente, Guadalupe refiere que las personas que le han acompañado en este proceso, han sido principalmente su madre y pareja, hecho que le hace sentirse tranquila. Sin embargo, el diálogo que sostuvo en la entrevista le hizo recordar que tiene amigas, pero casi no las frecuenta desde que está con Benjamín. Guadalupe refirió que sus amigas no saben nada de las experiencias y situaciones que refirió a lo largo de la entrevista, por lo cual, durante el proceso de elaboración se sintió nostálgica, pues piensa que es sanador ser escuchada. Ya que las únicas personas que están enteradas de sus sucesos de vida son su mamá y Benjamín. *“Yo tenía amigas, pero no saben la mayoría de cosas que le acabo de contar, casi no les hablo. Me siento rara porque es bonito ser escuchada. Es necesario, es sanador”*.

### **La confesión de la violencia sexual por el hacinamiento familiar**

Del diario de campo, es imprescindible referir que Guadalupe no permitió que se audiograbara, lo que ella llamó *“su confesión”*. Al finalizar la entrevista, ella refirió haber vivido en múltiples ocasiones tocamientos en sus genitales por parte de su tío, quién es esposo de la hermana de su mamá, su vecino. Regularmente, Guadalupe y su hermana se encuentran solas en casa ya que sus padres por razones laborales, no se encuentran.

En este sentido, la violencia sexual que Guadalupe ha vivido es del conocimiento de su pareja Benjamín, por lo cual, él decidió mudarse a casa de sus suegros temporalmente. Este hecho les hace sentir seguridad, tanto a la madre de Guadalupe, como a ella. Ya que la señora también tiene conocimiento de la violencia sexual que se genera a partir del hacinamiento familiar. Por otro lado, en una conversación breve que se sostuvo con su hermana menor, simultáneamente refirió haber sido tocada en más de una ocasión por su tío y primo. Finalmente, creemos que la violencia sexual hacía niñas

y adolescentes por causa del hacinamiento familiar en Acaxochitlán, pudiese estar normalizada y silenciada.

#### **4.1.3. Aiko: “Compartir mi cuerpo bajo el ideal de cuidado, respeto y responsabilidad”**

Aiko es una mujer adolescente que tiene 17 años de edad y es oriunda de Tepehuacán de Guerrero. Ella vive en una casa construida por su padre que cuenta con todos los servicios; vive con su hermana menor, su madre y padre. Su madre se dedica a las labores domésticas y al cuidado de su hermana, así mismo su padre es conductor de un camión que transporta materiales. En este sentido, es imprescindible referir que, aunque cuenta con la mayoría de servicios en su vivienda, en general las personas que habitan en Tepehuacán de Guerrero se encuentran distanciadas geográficamente de servicios especializados, también poseen fallas en las comunicaciones telefónicas y de internet. *“Mi mamá es ama de casa, ahorita no está trabajando porque cuida a mi hermana. Mi papá trabaja haciendo viajes de materiales como arena y piedra”.*

Actualmente, Aiko estudia computación, pero anteriormente estudiaba la carrera técnica de enfermería, la cual tuvo que abandonar al enterarse de su embarazo durante el periodo de la pandemia por Covid-19 en el año 2020. Ella no deseó, ni planeó su embarazo pues tenía el sueño de terminar su carrera de enfermería y así poder tener una vida económicamente estable.

*“Fue muy difícil porque yo no quería ser madre, tenía 16 años y estaba estudiando la carrera de enfermería. Me tuve que salir y ahora estoy estudiando computación. Yo quería ejercer la carrera de enfermería para después trabajar en una base militar. No estaba en mis planes, quería tener bebés hasta los 20 o 25 años, cuando ya estuviera estable”.*

#### **La salud sexual y reproductiva limitada por la falta de servicios**

Aiko refiere conocer algunos métodos antifecondativos debido a que estuvo algunos semestres en la carrera de enfermería, por lo que, al interior de la escuela recibió información sobre *salud sexual y reproductiva*. Así mismo, comentó que en algunas ocasiones recibió pláticas durante sus estudios de secundaria. Algunos de los métodos antifecondativos que nuestra participante conoce, son el condón externo, la píldora de emergencia y el implante subdérmico.

Aiko refiere haber iniciado a sostener relaciones coitales a los 16 años de edad con el padre de su hijo, con quién ya no mantiene ningún tipo de comunicación. En este sentido, al no tener una relación de pareja ella no utiliza algún dispositivo intrauterino o método hormonal para el control de su *reproductividad*, y hace uso del condón externo cuando llega a sostener relaciones sexuales. *“Después del embarazo sí he vuelto a tener relaciones sexuales, pero me he cuidado”*.

Por otro lado, Aiko refiere que a partir de su embarazo conoce más su cuerpo, así como su ciclo ovárico y uterino, el cual considera como regular y sin anomalías. Así mismo, tiene conocimiento de que un embarazo se produce a causa de una práctica sexual de riesgo durante el proceso de ovulación. *“Sí, lo conozco. Mi menstruación dura de tres a cuatro días y ovulo a la mitad del ciclo, ese es el período en que no debo tener relaciones porque hay más riesgo de quedar embarazada”*.

Simultáneamente, ella comentó que no tenía conocimiento de que el aborto ya era legal en el Estado de Hidalgo, pues de lo contrario hubiera buscado la manera de no continuar con el embarazo. *“No tenía información de eso, si lo hubiera sabido, habría interrumpido en las primeras semanas”*.

### **Sacrificar el cuerpo por el deseo de ser cuidada**

Aiko refiere haber conocido al padre de su hija durante una fiesta a la que asistió con sus padres en una comunidad que se encuentra a 2 hrs de Tepehuacán, en un municipio aledaño llamado Chapulhuacán, el cual colinda con el Estado de San Luis Potosí, de donde él es oriundo. Cuando ellos se conocieron él tenía 29 años de edad y trabajaba en una base militar, por otro lado, Aiko tenía 15 años y estaba estudiando el bachillerato técnico. *“Lo conocí en una carrera de una fiesta, en una comunidad. Él trabajaba en una base militar, o sea que tenía dinero. No sé, si por su trabajo o porque era mayor de edad, pero mis papás me dijeron que no”*.

Nuestra participante refiere que a pesar de los comentarios negativos de sus padres hacía él por motivos de edad, durante esa fiesta ellos sostuvieron relaciones coitales. Para Aiko fue su primer encuentro sexual, del cual quedó embarazada. Por lo que a lo largo de la historia y en repetidas ocasiones, comentó sentirse molesta porque él no la cuidó. *“El embarazo me dio mucho coraje y más con él. Ese hombre que se muera”*

*porque no me cuidó. Es feo porque todo lo que quería hacer a futuro. Él no pensó en mí, él era mayor que yo”.*

A partir de esa experiencia Aiko se encuentra temerosa de conocer a otras personas, aunque refiere que ha sostenido relaciones sexuales de forma casual. Sin embargo, comenzar una relación sexo-afectiva implicaría evaluar la responsabilidad en un vínculo de pareja, así como el cuidado que le pudiera ofrecer una nueva persona. *“Yo siempre estuve sola y ahorita no tengo pareja, no quiero ver más chavos. Sí me gustaría seguir teniendo relaciones, pero cuidándome y que él también me cuidara”.*

### **Ira y confusión por un embarazo que no deseé ni planeé**

Como se refirió anteriormente Aiko quedó embarazada de su primer encuentro sexual. Ella comentó haber utilizado condón externo, sin embargo, durante el coito no recuerda que el condón se rompiera y su pareja sexual a pesar de haber eyaculado, tampoco lo indicó. *“Él no me dijo que el condón se rompió y yo no sentí. No me dijo nada. Si me hubiera dicho hubiera tomado la pastilla y después me hubiera puesto un implante para no embarazarme”.*

Aiko se enteró de su embarazo dos meses después del encuentro sexual, comenta haber pensado que el sangrado de implantación era su menstruación de cada mes. Sin embargo, al siguiente mes ya no sangró y comenzó a experimentar los síntomas del primer trimestre de embarazo, motivo por el cual compró una prueba rápida de farmacia en donde corroboró sus sospechas.

*“No sabía que estaba embarazada, porque hay un periodo de implantación y yo pensé que era mi regla. Me enteré porque una mañana como a las 5:00 am, me dieron náuseas y vomité. Ya eran dos meses que no me bajaba, entonces me hice una prueba rápida de farmacia y sí estaba embarazada”.*

Cuando Aiko se enteró de su embarazo intentó localizar a quién fue su pareja sexual, con la finalidad de buscar alguna alternativa o solución. Pero recibió una negativa de parte de él, refiriendo que no era responsable del embarazo, y que por motivos laborales y profesionales no podría responsabilizarse de la gesta. Aiko refiere haber experimentado una desilusión amorosa pues cuando dialogaron, ella entendió que él solo estaba interesado en acceder a su cuerpo, hecho que generó gran decepción, frustración y enojo en ella.

*“Cuando me enteré, lo busqué y no se quiso hacer cargo; hasta ahora he estado solita. No me dijo, vamos a hablar con tus papás, o ¿qué vamos a hacer? No me dijo nada. Me dijo que iba a estar distanciado y que nunca iba a poder ver a su niña. Yo digo que sólo quería tener relaciones”.*

Por otro lado, Aiko comenta no haber compartido la noticia con sus padres hasta el tercer mes de gestación, en donde ya se notaban sus cambios físicos. Además, su madre quién le compraba toallas sanitarias desechables para la recolección de fluidos menstruales, tenía tres meses sin hacerlo. Por lo que, al notar su ausencia de menstruación y sus cambios corporales, los padres de Aiko la cuestionaron y ella confirmó las sospechas sobre su embarazo. *“Mis papás se dieron cuenta de la pancita a los 3 meses, se me notó el cambio en mi cuerpo cuando estuve embarazada. Con la falda de la escuela se veía que estaba embarazada”.*

Los padres de Aiko mostraron su apoyo desde la parte económica y material, pero no emocional. Así mismo, no se reflexionó por falta de información la posibilidad de que ella interrumpiera el embarazo, y porque superaba los tres meses de embarazo. En este sentido, Aiko continuó con la gesta y abandonó sus estudios de enfermería. A lo largo del embarazo, comenta no haber vivido con complicaciones de tipo fisiológicas, más que en el momento del parto, situación que explicaremos más adelante. Sin embargo, considera que lo más difícil del proceso de embarazo fue el primer mes de postparto, debido a los cambios fisiológicos que experimentó en la lactancia, y por el hecho de conocer las necesidades específicas de un bebé.

*“Después de que nació mi nena, el primer mes fue difícil. Cuando llora no sabes qué tiene, son muchas dudas y preguntas. Tienes que revisar y darle vueltas a todo, para saber que tiene. Es conocer tu cuerpo otra vez y a tu nena. Te duelen los senos porque están llenos de leche, y se va regularizando con el bebé. El cambio corporal se ve, te haces más grande y se diferencia de otras muchachas”.*

A los tres meses posteriores al parto, quién es el padre de su hija fue a Tepehuacán a buscarla con la finalidad de conocer a la bebé. Sin embargo, Aiko aún molesta le negó la posibilidad de conocer a la niña ya que ella refiere haber necesitado su acompañamiento y apoyo económico durante su proceso de embarazo. *“A los 3 meses del parto me dijo que quería ver a su hija. Le dije que no tenía hijos conmigo. Yo lo*

*necesitaba durante mi embarazo, también cuando nació la niña y él no estuvo ahí. Necesitaba su presencia”.*

Aiko refiere que muchas mujeres adolescentes en Tepehuacán de Guerrero viven situaciones de embarazo similares, pues el ejercicio sexual en las mujeres es mal visto. Ya que cuando alguna adolescente llega a quedar embarazada, aunque sea por el fallo de un método antifecondativo, son discriminadas y las historias sobre sus embarazos son distribuidas en la comunidad.

*“Les pasa a muchas mujeres de aquí. Te miran mal, porque es muy claro que no te cuidaste, sin saber lo que pasó. Hay algo, sobre el porqué tuviste relaciones sexuales, te criminalizan. La gente hace preguntas, como ¿con quién?, ¿por qué? Pero no te dicen “te voy a apoyar”. Solo es para juzgar y se cuentan entre los vecinos, como si las mujeres fuéramos unas cualquiera”.*

Igualmente, Aiko comenta que hay algunas adolescentes que comparten sus embarazos al interior de una relación de pareja, pero en otras no es así y se pueden formar diversas modalidades. Una de ellas es que las adolescentes y sus familias negocian las responsabilidades económicas y de crianza con el hombre, aunque ya no sean pareja, manteniendo una comunicación constante. O en otras ocasiones, las familias dialogan para que los adolescentes se casen con la finalidad de que formen una familia y se responsabilicen del bebé. *“Hay mujeres adolescentes embarazadas que hablan con el papá de sus hijos. A otros los fuerzan para que se junten, o que se hagan cargo del bebé y por eso están juntos”.*

En este sentido, Aiko ha detectado algunas desigualdades entre las mujeres y hombres adolescentes que han vivido un proceso de embarazo, el cual tiene que ver con la responsabilidad física y moral. La cual, en muchas ocasiones puede ser legitimada por el mismo posicionamiento ideológico de la comunidad, en donde se le otorga más libertad a los hombres que a las mujeres.

*“Los hombres niegan a sus hijos y no tengo idea del por qué. Yo tengo muchos compañeros que dicen que no tienen hijos, pero sí. El hombre no sufre como una mujer, porque no carga la panza, a él no lo ven mal y pueden salir libremente. Pero una mujer se tiene que cuidar más a futuro, ya que se vuelve la responsable de todo lo que sucede”.*

## **¡Se estaba pasando el parto!**

Cuando Aiko detectó su embarazo, refiere haber iniciado el seguimiento clínico en el centro de salud de la cabecera municipal en donde asistió a sus consultas referentes al primer, segundo y tercer trimestre de embarazo. Comenta que la atención fue exclusivamente médica, ya que el acompañamiento se lleva a cabo mediante la elección de una mujer externa que guíe su proceso de embarazo, esta mujer es conocida como madrina. En este sentido, Aiko eligió como madrina a su mamá, y comenta que la atención que recibió en el centro de salud fue fría y desinteresada. Refiere que a nivel fisiológico no tuvo complicaciones durante la gesta y su percepción sobre el servicio de salud pudo haberse debido a las dificultades emocionales que estaba pasando en ese momento. *“Ir a consulta era muy raro, no me sentía cómoda. Quizá estaba incómoda porque no podía disfrutar de mi vida. Casi no tuve molestias durante el embarazo, hasta la última semana. Durante el embarazo estuve normal, a veces me olvidaba que tenía mi panza”*.

Aunque Aiko refiere que su embarazo fue monitoreado en el centro de salud de Tepehuacán de Guerrero, su parto fue en un hospital particular en el municipio de Tlanchinol. Comenta que algunas mujeres se han quejado de la atención sanitaria que viven en el centro de salud, e inclusive ella refiere haber tenido complicaciones en su trabajo de parto por la atención médica que recibió en el centro de salud. Pues unos días antes de su parto, ella sintió dolores, y al ir a consulta le dijeron que aún no era momento para el parto, cuando ya había pasado los nueve meses. *“Me alivié en particular porque otras amigas me dijeron que aquí entretienen el trabajo de parto. Me decían que aún faltaba mucho y estuve una semana con dolor. Casi pierdo al bebé, porque se acabó el líquido”*.

En este sentido, cuando Aiko entró en labor de parto su familia decidió trasladarse al municipio de Tlanchinol. Ella vivió su trabajo de parto entre el traslado y la llegada al hospital, por lo que la duración aproximada fue de siete horas.

*“Estuve en labor seis horas, que fue el tiempo en el que me trasladé y todavía esperé en el hospital otra hora. Para llegar a la clínica, iba en la parte trasera de una camioneta, prácticamente colgada, porque no podía ir sentada. Se siente muy feo, sentía que la cabeza del bebé quería salir y me decía a mí misma “no lo puedo lastimar”*”.

Así mismo, refiere que al llegar al hospital y ser observada por otros médicos que no eran del centro de salud de Tepehuacán de Guerrero, le informaron que tendrían que elaborar una cesárea debido a que su cérvix no había dilatado hasta el tamaño esperado. Igualmente, identificaron que casi no tenía líquido amniótico a causa de la espera para su labor de parto. Refiere que al ser intervenida se sintió angustiada, pero al escuchar llorar a su bebé todo cambió.

*“Me hicieron cesárea porque sólo dilaté tres centímetros. Mi niña se pasó de tiempo, nació a los 9 meses con 5 días. Fue cesárea porque ya no tenía líquido, si me hubiera esperado otro día la hubiera perdido. Cuando escuché llorar a mi bebé, cuando se acabó todo, sentí bonito”.*

Aiko comenta que, de no haber sido por el apoyo económico de su padre, quizá hubiera perdido a su hija en la labor de parto. Refiere que en todo momento el personal médico y de enfermería estuvo pendiente de su proceso desde el ingreso al hospital en Tlanchinol. *“Tuve el privilegio de aliviarme en un hospital particular, porque muchas mujeres sufren en otros hospitales. Mi papá pagó todo. Estuvo bien porque estaban los doctores pendientes”.*

### **La necesidad de acompañamientos para la construcción de autonomía física y emocional**

Como se refirió anteriormente, cuando Aiko compartió la noticia de su embarazo a sus padres, ellos se mostraron molestos con quién fue su pareja sexual, a quién no aprobaron desde que le vieron en la fiesta en Chapulhuacán. Sin embargo, al identificar que él no se responsabilizó de la gesta le brindaron su apoyo, aunque ella refiere hubo limitantes en el acompañamiento emocional.

*“Mis papás me apoyaron mucho durante todo el embarazo, pues no tuve comunicación con el papá de mi hija. Pensé que me iban a decir que me fuera de la casa, y no. Me dijeron que me ayudarían, más porque se dieron cuenta de que el muchacho no se hizo responsable”.*

Aiko comenta que quizá la falta de acompañamiento a nivel emocional por parte de sus padres, principalmente de su padre, se debió al enojo con quién fue su pareja sexual. Igualmente comenta que el apoyo que recibió por parte de su padre fue económico y material. Por lo que, posterior al nacimiento de su hija el padre de Aiko le mostró apoyo para presentar una demanda legal por pensión alimentaria.

*“Mi papá me dijo que sí un hombre te quiere, te va a cuidar; y tiene razón, por eso le tengo mucho coraje. Mi papá me dijo que lo quería demandar, pero yo le digo ¿para qué?, va a estar en la cárcel. Ahora él es quién me ayuda a mantenerla económicamente”.*

Por otro lado, refiere que su mamá fungió como su madrina, ya que ella le explicó todo lo que se vive durante un embarazo a nivel corporal. Así mismo, refiere que el tipo de apoyo y acompañamiento que recibió de ella, fue el compartir su sabiduría en el ejercicio de la maternidad.

*“Lo difícil es conocer a tu bebé, es una nueva persona, entonces ¿cómo lo vas a tratar? Yo no sabía nada de maternidad, entonces mi mamá me apoyó mucho. Me decía todas las cosas que tenía que hacerle, como cuidarla. Cambiar el pañal, la temperatura del agua, cómo cambiarla, los jabones, los tipos de tela, etc”.*

Aiko refiere haber estado acompañada en el ámbito médico, económico y pragmático en cómo ser madre, sin embargo, le hizo falta sentir algún tipo de contención emocional. La mayor parte del tiempo durante su proceso de gesta refirió haberse sentido sola y se lo adjudica a que vivió su embarazo durante la pandemia por Covid-19, ya que, si ella hubiera tenido la posibilidad de ir a la escuela, seguramente hubiera podido platicar con sus compañeras de clase. Así mismo, comenta que en algunas ocasiones podía platicar con un amigo que vive en otro municipio, pero por las dificultades en las comunicaciones telefónicas en Tepehuacán de Guerrero, sólo hablaban esporádicamente. *“El embarazo fue durante la pandemia y no platiqué con nadie sobre cómo me sentía. Tampoco iba a la escuela y no veía a mis amigas. Un amigo era quién me escuchaba, pero como no es de aquí era difícil hablar con él”.*

Finalmente, Aiko refiere que es necesario que las mujeres de Tepehuacán de Guerrero cuenten con la información necesaria para poder tener procesos de autonomía sobre sus cuerpos y emociones. Así mismo, comenta que sería importante hacer conciencia en los hombres sobre las formas de vincularse sexo-afectivamente con otra persona. *“Las mujeres necesitan información sobre cómo cuidarse a ellas mismas. No depender del hombre. Y que los hombres también se hagan responsables”.*

#### **4.1.4. Sofía: “El (auto) conocimiento asistido a través de la maternidad”**

Sofía es una adolescente de 17 años de edad oriunda de Tepehuacán de Guerrero, vive en la cabecera municipal con su pareja sentimental que también es participante de esta investigación, así como con sus suegros. Nuestra participante, refiere que la vivienda donde habita cuenta con todos los servicios, sin embargo, es importante comentar que en general los habitantes de Tepehuacán de Guerrero se encuentran distanciados geográficamente de servicios ginecoobstétricos especializados, y poseen fallas en las comunicaciones telefónicas y de internet. Actualmente, Sofía además de ejercer su maternidad y ayudar en las labores domésticas a su suegra, estudia la carrera técnica de enfermería en el CECYTE de la cabecera municipal.

Antes de vivir con sus suegros y pareja, Sofía vivía en la misma casa que su abuela, madre, hermana mayor y hermano menor. Comenta que ella y sus hermanos son hijos de madre soltera, por lo que su mamá regularmente se encontraba trabajando fuera de Tepehuacán con la finalidad de proveer la subsistencia básica de la familia. Por lo que, la madre de Sofía tiene la oportunidad de apoyarla económicamente de forma ocasional. *“Ella siempre ha trabajado, antes estaba fuera de aquí y luego trabajó para una empresa de T.V., siempre trabajó para mantenernos. Ahorita ya tiene un esposo que la apoya, y ocasionalmente vende cosas”.*

#### **Salud sexual y reproductiva**

Sofía comenta que ella tuvo acceso a la información en *salud sexual y reproductiva* gracias a su formación como técnica en enfermería, pero considera que antes no tuvo la información suficiente sobre sexualidad integral. Por lo que, al iniciar a sostener relaciones coitales a los 15 años de edad con quién es su pareja sentimental, controlaba su *reproductividad* haciendo uso del condón externo. Sin embargo, suspendieron el uso de dicho método antifecondativo por una decisión compartida al año de ser pareja, ya que las relaciones coitales eran más satisfactorias, aunque no estaban buscando ser padres. Por lo que considera que su embarazo fue no planeado y posterior a la noticia deseado. *“Duramos usando condón un año, después no usamos nada”.*

Posterior al nacimiento de su hijo Sofía refiere que en el hospital le colocaron por recomendación médica el implante subdérmico, el cual es del tipo hormonal. *“Cuando*

*tuve al bebé al otro día en el hospital me pusieron el implante, aprovechando las hormonas del embarazo”.*

En este sentido, por el uso de este método antifecundativo refiere que ha tenido efectos secundarios, como la pérdida de peso y tristeza en el ámbito emocional. Por otro lado, comenta que no conoce a la perfección su ciclo ovárico y su ciclo uterino, ya que el implante subdérmico ha interrumpido la ovulación, y por lo tanto, no tiene menstruación.

*“Antes era regular y ahorita ya no, porque tengo el implante subdérmico. Me he puesto mal por las hormonas, soy muy chillona. También he bajado de peso, de los 65 kg a los 57 kg. No conozco cuándo ovulo porque tengo el implante y ya no tengo menstruación”.*

### **El vivir en pareja y en familia**

Ella comenta haber conocido a su pareja por amigos en común en Tepehuacán de Guerrero, y actualmente tienen dos años de relación. Ella comenta que la relación con su pareja siempre ha sido buena y no ha tenido problemas significativos con él. Por lo que refiere que la única problemática que han tenido que afrontar juntos ha sido el embarazo no planeado. *“Tenemos dos años de pareja y sí veo futuro con él. No pensé que me iba a embarazar, pero sí me veía con mi novio en una relación”.*

Sofía comenta que su pareja siempre ha sido un gran apoyo para ella en todos los aspectos. Motivo por el cual, cuando ella le comunicó que estaba embarazada, él le dijo que encontrarían una solución. En este sentido, él le solicitó ir a hablar con su madre para encontrar alternativas a la gesta. *“Me dijo vamos a decirle a tu mamá y vamos a vivir juntos”.*

Así mismo, cuando Sofía socializó la noticia de su embarazo con su mamá junto a su pareja sentimental, ella les sugirió que formalizaran su relación y que se fueran a vivir juntos. Por lo que Benjamín sugirió la posibilidad de ir a hablar con sus padres con la finalidad de que les permitieran vivir en su casa. *“Me junté cuando me enteré que estaba embarazada, mi mamá me dijo que mejor me juntara. Y también me dio la opción de que, si no quería, podía vivir con ella. Pero dije, voy a intentarlo con mi pareja”.*

En este sentido, la madre de Sofía, ella y su pareja fueron a dialogar con sus suegros, quienes no tomaron la noticia con mucho agrado. Pero finalmente, se mostraron empáticos con la situación y aceptaron que Sofía fuera a vivir con ellos. Sofía refiere que

su suegra es una mujer buena que le ha brindado mucha confianza, también le compartió sus saberes sobre el embarazo y la maternidad, por lo que la suegra de Sofía fue su madrina durante el proceso de gestación. Así mismo, Sofía tiene respeto, admiración y cariño por su suegra. *“Pues vivo con mi suegra, ella me ayudó, ella me cuidó en todo el proceso”*.

Por otro lado, Sofía refiere que la relación con su suegro nunca fue buena debido a que su pareja es hijo único. Por lo que el señor la encuentra culpable de que su hijo no haya terminado sus estudios y hubiese tenido la oportunidad de salir de Tepehuacán de Guerrero, con la finalidad de tener una mejor calidad de vida. Sofía comenta que su suegro nunca le había dirigido la palabra, hasta apenas unos meses atrás con el nacimiento de su nieto.

*“Desde que éramos novios no me quiso, la primera vez que mi pareja me presentó en su casa, el señor me dijo que me cambiara de silla, lo cual hice. Ya cuando me fui a vivir a su casa, nunca me hablaba, sólo para mandarme. Apenas me está empezando a hablar por el bebé. Es porque es su único hijo y él siente que fui un obstáculo para ellos”*.

### **¿Qué se debe sentir frente a un embarazo?**

Sofía considera que su embarazo fue no planeado, pero posterior a la noticia fue deseado. Actualmente, su hijo tiene un año y dos meses, y aunque refiere quererlo mucho, comenta que la maternidad ha sido un proceso difícil para ella. Debido a que ha tenido que llevar de forma paralela sus estudios. *“Mi embarazo no fue planeado, ahora pienso que, si hubiera podido cambiar las cosas, las hubiera cambiado porque combinarlo con el estudio es muy difícil”*.

Como se refirió anteriormente, Sofía y su pareja suspendieron el uso del condón externo al año de iniciar su relación. Por lo que, no era de extrañarse que sucediera un embarazo, ya que tampoco conocían el ciclo ovárico y uterino de Sofía. Ella se enteró de su embarazo cuando tenía aproximadamente un mes de gestación, debido a que comenzó a presentar síntomas a nivel fisiológico.

*“Un día estaba comiendo un elote que tenía mucha mayonesa porque me gusta, después de comer vomité, y a partir de ahí, todo me dio asco. Mi tía se dio cuenta de los ascos y me dijo: estás embarazada. Fue por una prueba de embarazo, me la hice y salió positiva”*.

Ante la noticia del embarazo, Sofía refirió haber vivenciado el suceso como un shock y su única reacción fue llorar, aunque no identificaba por qué. Por otro lado, su tía con quién vivía en ese momento, debido a que su mamá se encontraba trabajando fuera de Tepehuacán de Guerrero, recibió la noticia de forma natural y con entusiasmo. *“Cuando me salió positiva, mi tía me dijo ¡felicidades!, y me abrazó. Yo no sabía qué hacer porque fueron muchas emociones, no sabía si reír o llorar. Bueno, la verdad lloré”.*

Posterior al estado de shock generado por la noticia, Sofía pudo identificar que se sentía culpable al compartir la noticia con su madre. En este sentido, comenta que previo a dialogar con su mamá decidió compartir la noticia con su pareja que a su vez se mostró angustiado, pero la motivó a compartir la noticia con su madre y consecutivamente hablar con sus padres, para buscar alternativas. Sofía comenta que compartir la noticia con su madre fue un proceso doloroso, ya que sintió haber fallado ante los esfuerzos que su madre había implementado para brindarles a ella y a sus hermanos una crianza digna. *“Le dije a mi novio y luego a mi mamá. Me sentía culpable, a mi mamá le dio coraje, estaba enojada. Bueno, básicamente decepcionada porque le rompí el corazón. Fue difícil porque ella siempre trabajó para nosotros”.*

Como se comentó anteriormente, ambas familias decidieron que Sofía y su pareja fueran a vivir juntos a la casa de sus suegros. A su vez, su mamá regresó a Tepehuacán de Guerrero para estar más cerca del proceso de gestación. Aunque Sofía comenta que cuando su madre la veía se mostraba triste o molesta, y posterior al nacimiento de su nieto, sus emociones cambiaron. *“Al principio me miraba y lloraba, pero ahora lo acepta y ya lo quiere, lo quiere mucho. Siempre me apoyó”.*

Por otro lado, Sofía comenta que vivirse como una mujer adolescente embarazada es complejo en Tepehuacán de Guerrero, debido a que en algunas ocasiones se sintió juzgada al interior de su bachillerato y su comunidad. A su vez, comentó que cuando una mujer se embaraza, regularmente es señalada y juzgada a nivel social, ya que es frecuente que compartan historias falsas sobre el ejercicio de la sexualidad entre la comunidad.

*“En la escuela se me quedaban viendo, y me sentía rara porque toda la gente crítica. Una se embaraza y andan chismeando. Los embarazos son algo personal, no tiene por qué andar pasando por las bocas de todos. Es algo tuyo y de tu familia, es algo muy normal, todos construyen un hogar en algún momento”.*

## **Parece que el embarazo está en contra de mi cuerpo**

Sofía comenta que llevó el seguimiento médico de su embarazo en el centro de salud de Tepehuacán de Guerrero, por lo que asistió a consultas de primer, segundo y tercer trimestre. Así mismo, desde el sector salud fue canalizada al hospital de Tlanchinol para su parto. Comenta que el servicio sanitario fue regular y solamente recibió atención de tipo médica. A su vez, quienes constantemente la acompañaban a sus consultas eran su suegra y su esposo, aunque en la primera ocasión asistió con su mamá. *“La primera vez que fui, ya tenía un mes de embarazo. Fuimos cuando le dijimos a mi mamá. Ella y mi esposo me llevaron al doctor para que me hicieran un ultrasonido”*.

Así mismo, refiere no haber presentado fisiopatologías graves durante su proceso de embarazo, aunque sí tuvo síntomas frecuentes como náuseas, pies hinchados y pérdida de peso, debido a que en algunas ocasiones no toleraba la ingesta de alimentos. *“Del primer mes a los cinco meses fueron de vómito, bajé mucho de peso, estaba esquelética. Comía poquito porque todo me daba asco. También se me hinchaban los pies. Son los síntomas de una embarazada, pero de forma exagerada”*.

Durante las consultas médicas, el pronóstico siempre fue que Sofía podría parir de forma natural, por lo cual, a las 36 semanas de gestación, un día a las 6 p.m., comenzó a sentir contracciones. Por lo cual, su esposo acudió al centro de salud para notificar que Sofía había iniciado su labor de parto. Así fue como Sofía fue trasladada al hospital regional de Tlanchinol. *“El parto fue normal, fue natural por eso esperé hasta dilatar. Fueron 12 horas las que duró el trabajo de parto”*.

Sofía comenta que el proceso de parto por vía natural es difícil debido a las contracciones que se experimentan, las cuales se van intensificando hasta el momento del parto. Por lo cual, en el hospital le solicitaron realizar caminatas con la finalidad de agilizar el proceso de parto. *“El parto fue horrible por el dolor. Estaba atrancada en un barandal y ya no podía, me iba a desmayar. En la clínica, nada más te dan la bendición, te dicen que vayas a caminar con todo y tu dolor”*.

A su vez, comenta que, en algunos intervalos de tiempo, especialmente cuando presentaba una contracción el personal médico la supervisaba para saber si había dilatado lo suficiente, para iniciar formalmente con la expulsión del bebé. Así, posterior a 12 horas de trabajo de parto Sofía dio a luz a su hijo. *“Me hicieron las revisiones para*

*sentir al bebé. Eso duele mucho, porque te meten los dedos cuando tienes los dolores. Ya tenía 10 centímetros de dilatación, pero el bebé no bajaba”.*

Con respecto a la salud de su hijo en los primeros días de nacido, algunas personas que la iban a visitar le decían que el niño se veía enfermo. Principalmente porque el bebé bajó de peso con respecto a su peso inicial, así mismo su piel se había tornado de color amarillo. Lo cual, generó la angustia de Sofía y de su pareja, por lo que, lo llevaron al centro de salud para conocer su estado de salud. *“Me dijeron que estaba bien, pues en los primeros días bajan de peso porque no comen lo mismo que en el vientre. El color de la piel era porque le faltaba sol. Pero está sano, ya camina, es bien inteligente”.*

Sofía comenta que en general el proceso de salud que se atraviesa por un embarazo es complejo, tanto como para las madres adolescentes como para sus hijos. Las implicaciones que ella identificó en su proceso fueron principalmente físicas y emocionales, de donde se resalta la percepción sobre su imagen corporal, durante todo el proceso. *“Tener un hijo es difícil por todos los cambios que pasas física y emocionalmente. En mi cuerpo, los pechos me dolían bastante. El embarazo se vuelve en contra del cuerpo, estaba gordísima, aunque todos me decían que estaba bien flaca”.*

### **Las mujeres de la familia como grandes transmisoras de aprendizajes**

Sofía comenta que durante su embarazo las personas que estuvieron pendientes y acompañantes del proceso fueron: su suegra, su pareja, su mamá y su abuela. Ella refiere haber sentido su apoyo y respaldo en todo momento, lo cual hizo de su embarazo un proceso feliz. *“Mi mamá, mi esposo, mi suegra y mi abuela me estuvieron apoyando”.*

Con respecto a su pareja, Sofía refiere que su tipo de apoyo fue en la contención emocional, económica y en la asistencia a sus consultas médicas. Ella refiere que su compañía durante todo el proceso hizo que ella estuviera tranquila a nivel emocional en todo momento. *“Yo estaba contenta, porque estaba con él. Trabaja, pero siempre estaba conmigo. Pedía permiso para ir a todas mis consultas. Él trabaja en el PRI, en la ganadería y me da dinero para todo”.*

Sofía refiere que el apoyo que su mamá le brindó en todo momento fue económico. Ya que como se refirió anteriormente, ella se mostró molesta y decepcionada a lo largo del embarazo, por lo cual no hubo contención de tipo emocional hacia ella. *“Su tipo de*

*apoyo de mi mamá es económico, aunque a veces no me gusta recibirle, pues siento que no tiene”.*

Otra persona que fue importante para Sofía fue su abuela quién la ayudó con el niño los primeros días después de que volviera del hospital. Ella comenta que no sabía nada con respecto a los cuidados que el bebé necesitaba, por lo que su abuela lo bañó y cuidó; hasta que la suegra de Sofía la relevó a su regreso a Tepehuacán de Guerrero. *“Después de que me alivié, estuve en cama unos días y mi abuelita me ayudó a ver al bebé, porque yo no sabía nada de eso. Me ayudaba porque no estaba mi suegra”.*

Para Sofía la persona que considera más importante en cuanto al acompañamiento que ha recibido, ha sido su suegra quién desde que se enteró de su embarazo le abrió las puertas de su casa. A su vez, fue quién a lo largo de la gesta le compartió sus conocimientos sobre maternidad y supervisó todos los síntomas físicos que presentó. En este sentido, posterior al parto la suegra de Sofía salió unos días a la ciudad de Pachuca, por lo que, los primeros días fue cuidada por su abuela. Pero posterior a su regreso ella se ha encargado de los cuidados del bebé, principalmente cuando Sofía va a la escuela.

*“Desde que llegué mi suegra ha sido amable conmigo y me ha dado la confianza. A mi bebé me lo cuida. Estoy muy agradecida porque siempre me ha ayudado y cuidado. Ella me enseñó a bañar al bebé y a envolverlo, no lo bañaba porque me daba miedo”.*

Finalmente, Sofía comenta que las personas que la acompañaron en todo momento fueron de su familia, ya que ella refiere no tener amigas, ni amigos con quién compartir lo que vivió. Principalmente, porque las relaciones en la comunidad suelen ser muy herméticas. En este sentido, las emociones experimentadas durante el embarazo las podía compartir con su pareja, o bien prefería no hablar de ellas u ocultarlas. *“No soy de las que habla mucho con todos. No tengo amigas, de hecho, casi no salgo, tengo que estar todo el día en casa. Con las emociones fue aguantar, porque es lo único que te queda”.*

#### **4.1.5. Rosa: “Una historia de soledad, abandonos y de un embarazo no deseado, ni planeado”**

Rosa es una adolescente oriunda de Zacualtipán de Ángeles, que tuvo un embarazo no deseado, ni planeado. Tiene 15 años de edad y actualmente se dedica a realizar trabajo doméstico, ya que no pudo continuar con sus estudios de bachillerato. Ella vive con su hijo de 8 meses, su abuela de 58 años, así como con Rogelio, su pareja afectiva de 18 años. Que simultáneamente es parte de esta investigación y trabaja en un taller textil. A su vez, su abuela se dedica a limpiar casas. Por otra parte, Rosa refiere que su madre la dejó al cuidado de su abuela cuando ella tenía 1 años 7 meses, ya que se fue a los Estados Unidos en busca de un mejor futuro. Rosa no conoció a su padre, ya que cuando ella nació él trabajaba en Estados Unidos.

Nuestra participante refiere que antes de que ella naciera, su madre y su padre tuvieron una ruptura, motivo por el cual, cuando su madre se fue a Estados Unidos fue por su propia cuenta. Sin embargo, años más tarde su madre y su padre se reencontraron y reiniciaron su relación, de dónde procrearon a sus tres hermanos que no conoce. *“Están en Estados Unidos desde que yo tenía un año y 7 meses. A mi papá no lo conocí jamás. Ahora ellos están juntos y tienen tres hijos, pero no pudimos vivir juntos”*.

Con respecto a las condiciones de vivienda Rosa refiere que cohabitan en la casa de su abuela, la cual posee tres habitaciones y todos los servicios, excepto internet, en una zona céntrica. Eso les permite no gastar en pasajes por el trabajo de Rogelio y no vivir tan apretados, como lo sería en la casa de sus suegros. Así mismo, comenta que regularmente Rogelio le da semanalmente \$200.00 pesos, o \$100.00 pesos para su manutención de ella y su hijo. *“Normalmente, me da \$200.00 y a veces solo \$100.00 a la semana. En el embarazo me daba y a veces no”*.

Rosa comenta que, durante su proceso de embarazo Rogelio la apoyó económicamente hasta los 5 meses, ya que ella le solicitó manutención por la salud del futuro bebé. *“Él no me apoyó económicamente hasta los 5 meses. Yo le exigí, le dije que me tenía que dar gasto porque estaba teniendo al bebé y necesitábamos comer. El bebé se estaba alimentando de mí”*.

Por otro lado, Rosa refiere sentir mucho aprecio por su abuela ya que ella siempre la cuidó, sin embargo, siempre se sintió sola y desprotegida; motivo por el cual, ella se refugió en el consumo de sustancias cuando tenía 13 años. Las sustancias que

frecuentaba eran la marihuana, el cristal y la cocaína. Ya que son las sustancias con más venta en Zacualtipán. Así mismo, refiere haber practicado *cutting*. *“Antes yo tenía problemas con varias sustancias, con drogas. Me llegaba a cortar y fumaba mucho. Normalmente era marihuana, cristal o cocaína. Es lo que más se ve aquí”*.

Simultáneo a este momento de su vida, nuestra participante conoció a Rogelio su actual pareja, quién al percatarse de su consumo le solicitó dejar sus consumos, sino él terminaría con la relación. *“Cuando inicié mi relación con él, me pidió dejarlo de hacer por la relación. Muchas veces me dijo que, si no dejaba de hacerlo él ya no quería estar conmigo”*.

### **Tenía que sujetarme de algún lado, aunque fuera una relación disfuncional**

Rosa refiere que ella siempre sintió un vacío emocional ante la necesidad de tener a sus padres presentes; principalmente la contención de una figura paterna. Ella justifica que la relación que inició con Rogelio se debió a la necesidad de erradicar su soledad y de sentirse contenida. *“Es complicado cuando no tienes papás, principalmente papá. Yo siento una gran necesidad de ese amor. Llenar ese vacío que no tuve de mis papás. Ese fue el motivo por el cual, yo me aferré tanto a él”*.

Nuestra participante comenta que la relación con Rogelio siempre ha sido conflictiva pues tienen puntos de vista distintos, por lo que es difícil conciliar la toma de decisiones. A lo anterior, se suma que la familia de Rogelio nunca aprobó la relación por la diferencia de edad. *“Su familia no aceptaba que yo estuviera con él, principalmente su mamá, decían que éramos muy jóvenes. Él tenía 18, pero yo apenas estaba cumpliendo 14”*.

Cuando Rosa se embarazó, ella tuvo que lidiar sola con las múltiples implicaciones a nivel físico, emocional y social. Debido a que cuando ella se encontraba gestando, Rogelio le fue infiel en diferentes ocasiones con mujeres, que él llamaba amigas, por lo cual, la mayor parte de su embarazo estuvo sola. *“Todo el embarazo siempre fueron engaños y mentiras. Bastantes veces con sus mejores amigas. Me dijo que jamás iba a pasar algo con ellas, porque eran sus amigas y siempre fueron ese tipo de cosas”*.

Otro de los conflictos que han vivido como pareja, es la intromisión que tiene la madre de Rogelio sobre la toma de decisiones de la pareja. Por lo cual, la suegra de Rosa abonó a que Rogelio no se hiciera responsable de la gesta durante los 5 primeros meses.

*“No llevo una buena relación con su mamá. Los demás familiares le decían apóyala, vean cómo hacerle; incluso su papá lo regañó bastante. Pero su mamá le dijo que no, que, si no quería estar, que no estuviéramos juntos. Y que, si no quería tener al bebé, que no lo tuviera”.*

Rosa aún se siente incomprendida y poco compatible con Rogelio, sin embargo, comenta que no quiere que su hijo crezca sin su padre ya que pudiera repetirse su propia historia de vida. Ella piensa que podría ser madre autónoma, pero considera que el terminar la relación con Rogelio implicaría formar una familia disfuncional. *“Yo quiero que mi hijo crezca con su papá, quiero que él tenga lo que yo no pude tener en mi crecimiento. He pensado que sola puedo, pero no quiero darle una familia disfuncional”.*

Motivo por el cual, Rosa refiere que ha sido un proceso difícil el intentar regular a nivel emocional y de vínculo, su relación con Rogelio. Pero que, con el paso del tiempo, ellos ambos han contribuido para intentar que las cosas mejoren, para el bebé. *“Nunca estamos de acuerdo, ya sea por una cosa u otra, pero jamás estamos de acuerdo. Ahora tenemos una relación más o menos estable, empezamos a tratarnos más con nuestras familias, intentamos llevar las cosas en paz”.*

### **Conflictos emocionales de mi presente, son resultado de violencias del pasado**

Rosa refiere que algunas de las situaciones emocionales conflictivas que experimentó durante su adolescencia, como el consumo de sustancias, así como algunas crisis detonadas de abandonos y soledades, se deben a que durante la infancia vivió abuso sexual por un familiar. Motivo por el cual, su relación con Rogelio al inicio representó un apoyo y contención. Así mismo, comenta haber asistido atención psicológica, sin embargo, abandonó el tratamiento.

*“Yo he tenido, tuve problemas emocionales por el abuso sexual de parte de un familiar con el que llegué a vivir en mi infancia. Desde que lo conocí yo ya tenía esos problemas. Iba al psicólogo y lo dejé porque no estaba funcionando”.*

Por otro lado, Rosa refiere no haber contado con suficientes fuentes de apoyo durante su proceso de gestación debido a que Rogelio le solicitó que dejara de hablar con sus amigos. Y ante la necesidad de recibir apoyo económico de su parte, ella suspendió su comunicación con las personas que consideraba sus amigos.

*“Dejé de tener amistades, él me dijo que no les hablara. Principalmente a los hombres. Por el apoyo del bebé igual dejé de hacerlo, dejé de estar hablando con mis amigos, con mis amigas, dejé de salir y solo me dedicaba a estar en la casa”.*

### **El desconocimiento de la salud sexual y reproductiva**

Rosa refiere haber recibido información sobre *salud sexual y reproductiva* en la escuela y por parte de su abuela; refiriendo que ella siempre estuvo muy dispuesta a brindarle información. *“Mi abuelita siempre me habló abiertamente de todo eso. No fue nada del otro mundo. En su familia de él fue muy diferente, son más cerrados”.*

Sin embargo, ella refirió haber iniciado a mantener relaciones coitales a los 13 años con Rogelio por decisión propia. Y comenta no haber usado ningún método antifecondativo en sus relaciones, por lo que duró ocho meses manteniendo relaciones coitales de riesgo, sin quedar embarazada. *“Fueron ocho meses sin usar nada y sin quedar embarazada; ahorita llevamos juntos 2 años y un mes”.*

A su vez, Rosa comenta no conocer por completo su ciclo menstrual; ya que solamente conoce sus días regulares de sangrado. Por lo cual, simultáneamente existe un desconocimiento de sus ciclos ováricos y uterinos. *“Regularmente cada mes, son 7 días y principalmente los primeros días”.*

Posterior al nacimiento de su hijo, en el hospital le colocaron un Dispositivo Intra uterino (DIU), sin embargo, ella sentía malestares que decidió resistir hasta el primer mes de monitoreo del dispositivo. En donde, el personal de salud se percató que ella tenía dos DIU, mal colocados. Posterior al retiro de los dispositivos ella manifestó que los procedimientos para la instalación del DIU eran muy incómodos, por lo cual actualmente utiliza el implante subdérmico como método antifecondativo. *“Ahorita tengo el implante subdérmico”.*

Sin embargo, Rosa refiere que usar el implante subdérmico le ha traído complicaciones a nivel emocional por la carga hormonal de dicho método. Y refiere estar preocupada por los posibles efectos secundarios. Por lo que está pensando en retirar ese método antifecondativo. *“Me ha ido mal por las hormonas, es difícil estar un rato bien y un rato mal. Tengo cambios de humor constantes y no puedo estar bien del todo. Me dijeron que pueden salir quistes, subir de peso y tener acné”.*

Por otro lado, refiere no saber cuál método antifecondativo podría ser el indicado para ella, motivo por el cual no se ha retirado el implante. Comenta que este método

requiere de mucho cuidado, ya que, en diferentes ocasiones, al realizar un mal movimiento o que alguien le tome el brazo, la han lastimado. *“No sé qué método, por eso no me lo he retirado. Con el implante tengo mucho cuidado por cualquier movimiento, o que te agarren mal el brazo; te lastiman y te lo pueden desacomodar”.*

### **Una relación amor-odio: resignificando una maternidad obligada**

Rosa refiere haber llevado ocho meses de relación con Rogelio cuando se enteró que ella estaba embarazada de dos meses de gestación, es decir, en el primer trimestre. *“Llevaba una relación con mi pareja de 8 meses, cuando me enteré que estaba embarazada. Me enteré un mes después de que cumplí 14 años. Tenía 2 meses”.*

Nuestra participante experimentó un embarazo no planeado, ni deseado pues ella no quería convertirse en madre. *“En ningún momento quise ser mamá. En algún momento llegué a sentir que no quería al bebé, por el hecho de que no estaba bien con mi pareja”.*

Así mismo, comenta que cuando se enteró de su embarazo, todo se complicó debido a que su pareja no quería asumir la responsabilidad que ello implicaba. En este sentido, fue ella quién comunicó su embarazo tanto a su familia, como a la de él. *“Yo tuve que afrontar todo, inclusive el decirle a su mamá y a mi familia”.*

Por su parte, la familia de Rogelio no aprobó el embarazo y en diferentes ocasiones intentaron persuadirlos con la finalidad de dar en adopción a su futuro hijo. *“Tuvimos bastantes problemas por el embarazo, incluso una vez me dijeron que diera en adopción al bebé, si no lo quería. Por esos conflictos, estábamos teniendo problemas de pareja”.*

La abuela de Rosa le brindó su apoyo incondicional al considerar que las mujeres viven muchas dificultades cuando se convierten en madres. Sin embargo, la familia de Rogelio, principalmente su madre no estuvo de acuerdo con el embarazo. Por lo cual, ella no permitía que Rosa y Rogelio pasaran tiempo juntos, y rechazaba la idea de que ellos pudieran vivir juntos. *“En el embarazo jamás vivimos juntos porque su mamá no estaba de acuerdo, decía que él tenía que estudiar. Pero eso no tenía por qué afectar mi embarazo ni al bebé, él tenía una responsabilidad”.*

Durante su proceso de embarazo, debido a los problemas con la familia de Rogelio y a causa de las infidelidades, Rosa decidió tomar distancia de su pareja. Por lo cual, a nivel emocional ella refiere haberse sentido triste, enojada y frustrada. Por lo que refiere

haber vivido un proceso difícil, ya que no se alimentaba de manera adecuada e inclusive fumó durante su embarazo.

*“Tenía un ser dentro de mí, que estaba alimentándose de mí y yo no estaba emocionalmente estable. Pasé depresión durante el embarazo y bajé de peso. Yo no quería tener el bebé. Incluso una vez me encerré en el cuarto una semana. Sin comer y sin bañarme por tanta frustración”.*

Pasando ese periodo complicado, el cual sucedió en el segundo trimestre. Ella decidió comprometerse con su salud e intentó estar tranquila a nivel emocional. Así mismo, regresó con Rogelio quién se mostró un poco más dispuesto a sacar la situación adelante. *“Con respecto a mi salud en el embarazo, después me la llevé lo más tranquila posible. Solamente esa ocasión dónde bajé de peso”.*

Al finalizar el tercer trimestre de gestación, nació su hijo en una unidad médica del seguro social, mediante un procedimiento quirúrgico de cesárea. Comenta que por motivo de la pandemia solamente una persona o familiar podría asistirle, posterior al parto. Lo cual, representó un conflicto ya que en la mayoría de consultas médicas de seguimiento a la gesta estuvo sola, pues su abuela solamente la pudo acompañar en dos ocasiones. En este sentido, cuando le practicaron una cesárea, Rogelio se negó a asistir para continuar en su jornada laboral. Por lo cual, le solicitó a su madre que pudiera ir a asistir a su pareja, sin embargo, Rosa se negó a ser asistida por su suegra. Finalmente, quién asistió a acompañarla durante el proceso de parto fue Rogelio. *“En el hospital mi abuelita no podía ir conmigo, porque ella es una viejita y yo peso bastante. Mi pareja no quería ir por no salirse de trabajar, y me dijo que iba a ir su mamá. Como yo no me llevaba bien con ella, le dije que no. Finalmente, fue él”.*

Así mismo, refiere que posterior al parto ella sostenía una relación voluble y ambivalente con su hijo. Debido a que por un lado ella no quería ser madre y por otro lado sentía culpa por todas las emociones de desprecio durante la gesta. Aunque también identificaba que el desprecio no era directamente hacía el niño, sino a los problemas de pareja que pasó con Rogelio. *“Cuando nació el bebé, fue una relación de amor y odio. Yo quería amarlo, pero el rencor que tenía no me permitía hacer eso. Ahora lo veo, recuerdo todo y llego a sentir remordimiento”.*

En la actualidad Rosa ha transformado sus sentimientos hacía su hijo, comenta que ahora que es madre puede percibir las cosas de forma diferente y piensa que puede

maternar de forma muy diferente a como ella fue criada. *“Una no entiende, pero cuando ves a los hijos ya piensas de manera diferente. Es la necesidad de protegerlos, de estar con ellos, de darles lo mejor. A lo mejor a nosotros nos trataban mal”*.

A su vez, ella piensa que lo más importante es el bienestar físico, emocional y social de su hijo. Rosa quiere que él pueda acceder a condiciones dignas de desarrollo infantil. *“Debo cuidar su salud emocional. Lo único que me interesa es que mi hijo esté bien y que tenga un lugar dónde vivir, dónde comer. Es lo único que me interesa”*.

Por otro lado, desde su propia experiencia como madre adolescente ha percibido discriminación de la sociedad zacualtipense. Principalmente por comentarios que le hacen mujeres mayores y religiosas por ser joven, así como por miradas estigmatizantes que llega a percibir en las calles. Por lo que piensa que vivirse como madre adolescente es muy complicado. *“Me dicen: “te embarazaste muy chiquita. ¿tu bebé nació mal?” Siempre son esos comentarios y he llegado a recibir miradas cuando voy caminando. Siempre, son las señoras más grandes o religiosas”*.

Rosa comenta que el fenómeno del embarazo en la adolescencia es muy común en Zacualtipán, sin embargo, considera que el ideal de maternidad que dicta la sociedad es cuando la mujer sea mayor de edad, cuando tenga vivienda propia, cuando finalicen los estudios y tengan un trabajo fijo. *“Una mujer se debe embarazar hasta que se case, hasta que cumpla 18, hasta que tenga casa, hasta que tenga trabajo, hasta que termine de estudiar. Pero normalmente la mayoría de las mujeres aquí quedan embarazadas a temprana edad”*.

### **Atención sanitaria, negligencias y complicaciones físicas**

Con respecto a la atención sanitaria, Rosa refiere haber asistido a todas sus consultas correspondientes a los tres trimestres de gestación. En las dos primeras ocasiones su abuela la acompañó y posteriormente, ella tenía que ir sola. *“A las consultas iba solita. Si me llegaba a sentir mal yo tenía que ver cómo hacerle, porque no estaba mi pareja. Fue bastante complicado. Mi abuela no estaba conmigo porque trabajaba, fui solo dos veces con ella”*.

Rosa comenta que para poder tener sus consultas médicas de seguimiento ella regularmente se levantaba temprano para ir a formarse por horas en el exterior del

hospital. *“Iba a las consultas siempre, sin falta desde temprano. Estuve fuera del hospital parada y formada, siempre eran una o dos horas ahí”.*

Así mismo, refiere que la consulta de embarazos adolescentes es concurrente en Zacualtipán. Por lo que regularmente en la consulta además de ella a veces había dos o tres mujeres adolescentes esperando su consulta. Y cuando estuvo en el hospital para que su cesárea fuera practicada había otras dos mujeres adolescentes, además de ella. *“Cuando me tocó atenderme eran dos muchachas, además de mi pariendo. Y cuando iba a mis consultas, siempre llegaba a ver dos o tres jóvenes, también esperando su consulta”.*

Rosa comenta que cuando ingresó a su cesárea programada, la atención que recibió fue regular debido a que la primera enfermera que le atendió en el hospital estuvo pendiente de sus signos vitales, de sus idas al baño o de cualquier situación emergente. Sin embargo, al día siguiente le tocó ser atendida por otra enfermera que en su trato fue grosera, además de no detectar que su hijo estaba pasando por una deshidratación. *“Hay enfermeras buenas y otras malas. La primera enfermera nos apoyaba. Al día siguiente, nos tocó una enfermera que no hacía su trabajo. Fue grosera, no nos dijo que el bebé se estaba deshidratando”.*

A su vez, el hijo de Rosa nació sin ninguna complicación de salud, sin embargo, refiere que demoró en respirar. Hecho que le generó angustia. *“Fue cesárea, todo bien. Solamente, cuándo nació mi bebé él no respiraba”.*

Después del parto y como protocolo, le ofrecieron a Rosa colocarle un DIU como método antifecondativo, a lo que ella aceptó. Sin embargo, el dispositivo la lastimaba y esperó un mes para expresar al personal médico que no se sentía físicamente bien. En la revisión de la instalación del DIU, el médico en turno detectó que le fueron colocados de forma errónea dos dispositivos. Por lo cual, finalmente se los retiraron e instalaron un implante subdérmico, sin ella conocer dicho método antifecondativo del tipo hormonal. *“Tuve problemas con el DIU, no revisaron bien y me pusieron dos. Me dolía, no podía ni sentarme. Al mes fui a consulta y me dijeron que tenía dos DIU mal acomodados. Yo dije que definitivamente no me lo iba a volver a poner”.*

Semanas posteriores al parto, los conflictos entre Rosa y Rogelio continuaron. Ella comenta que la herida de la cesárea se infectó y posteriormente tuvo que asistir a

revisiones. Comenta que dicha infección se detonó por las discusiones que sostenía con Rogelio. *“Después del parto tuve discusiones con él y lloré, hice presión. Por los corajes mi cesárea que estaba cerrando se infectó, me empezaron a salir ampollas”.*

### **Todas las personas tendríamos que ser escuchadas y acompañadas**

Con respecto al tipo de acompañamientos que experimentó Rosa durante su proceso de embarazo, refiere que regularmente estuvo sola. Sin embargo, señala que su abuela fue la persona que estuvo acompañándola en la medida de sus posibilidades. Su acompañamiento de tipo intermitente se debió a su trabajo, pues su jornada laboral inicia a las 8:00 a.m. y la finaliza a las 10:00 p.m. Sin embargo, Rosa valora que ella le permita vivir con ella, que la haya acompañado a las dos primeras consultas de seguimiento, y también la haya contenido emocionalmente al percatarse de su relación conflictiva con Rogelio.

*“Pasé mi embarazo sola, porque mi abuelita trabajaba desde las 8 de la mañana hasta las 10 de la noche. A la consulta me acompañó dos veces. Ella siempre me dio su apoyo, porque sabía de mi relación inestable con mi pareja. Fue la única que me dio el apoyo emocional que yo tanto necesitaba”.*

A su vez, nuestra participante refiere que su embarazo representó un proceso completo de gestión emocional. Al principio, ella pensó que necesitaba a una persona que le brindara soporte emocional; y al percibir que no contaba con nadie, tuvo algunas crisis en dónde llegó a fumar y a practicar *cutting* estando embarazada. Ella refiere haber vivido con mucha frustración, tristeza y enojo, dicho proceso. *“Necesitaba estar bien, necesitaba tener una persona que me motivara a seguir conmigo. Necesitaba a una persona que me brindara el apoyo emocional que no tuve con mi pareja. En dos ocasiones fumé y me corté estando embarazada”.*

Por su parte, Rosa refiere que Rogelio sólo abonó al proceso de embarazo hasta el quinto mes de gestación, con su apoyo económico. Sin embargo, ella refiere a ver necesitado recibir su apoyo de tipo emocional, así como su acompañamiento en los procedimientos médicos.

*“Fue complejo afrontarlo, una noticia diferente. Quedar embarazada a los 14 años con una relación inestable, dónde todo el embarazo fue pelea, tras pelea. Fue difícil, porque no tuve el apoyo emocional que necesitaba de mi pareja. Cuando tuve que enfrentarme a las consultas, yo no iba con mi pareja”.*

Rosa refiere que, durante el último mes de gestación, ella miró retrospectivamente todo el proceso de embarazo y las dificultades que había tenido con Rogelio. Ella logró identificar que lo más importante en ese momento era su hijo. Por lo cual, intentó ser autónoma en sus procesos para hacerle frente a lo pudiese presentar el futuro.

*“En el último mes de embarazo, dije: ¡ya basta! Me cansé de todo, de estar llorando y pasarla mal. Ya no falta mucho para conocer a mi bebé, no sé qué va a pasar de aquí en adelante. Poco a poco me di cuenta que el único apoyo y la única motivación que necesitaba era yo, nadie más”.*

Rosa piensa que es importante que los centros de salud, hospitales y otro tipo de instancias gubernamentales, tengan un módulo de acompañamiento psicológico para madres adolescentes. Ya que algunas adolescentes pudiesen estar viviendo una gesta en soledad, tal como ella la vivió. A ella le hubiera gustado dialogar con alguna persona que le ayudará a comprender qué era lo que estaba sucediendo a lo largo de todo el proceso.

*“Tendrían que poner algún apoyo gratuito psicológico para mamás adolescentes, para que puedan seguir estudiando. No un taller nada más porque demanda mucho tiempo y no puedes estar uno con tu hijo. Más que nada, un apoyo psicológico gratuito para mamás adolescentes, para que no se sientan tan solas, para que entiendan el proceso”.*



**Fotografía 14.** Pareja adolescente con bebé en Plaza Constitución.

## **4.2. Relatos de vida de hombres adolescentes y sus paternidades**

### **4.2.1. Benjamín “Estás sólo y sólo te vas”**

Benjamín es un hombre adolescente de 19 años, oriundo del municipio de Acaxochitlán, Hidalgo; y es pareja de Guadalupe. Actualmente ellos experimentan un proceso de embarazo de cinco meses. Él vive intermitentemente entre la casa de sus padres que se encuentra en la cabecera municipal, y en la casa de sus suegros en la comunidad de San Pedro; ya que tiene diferentes trabajos para solventar las necesidades económicas de su familia. La casa de sus padres es de block y cemento, cuenta con servicio de agua, luz, drenaje, piso firme y buena cobertura telefónica; a diferencia de la casa de sus suegros que es de cartón y lámina, ya descrita en la historia de Guadalupe. *“No tengo trabajo fijo, me dedico a muchas cosas. Hago fosas en los panteones, vendo fruta, cada año hago pan cruzado y apenas empecé a vender cargadores de celular”.*

Actualmente su proyecto de vida es construir una familia junto a Guadalupe, aunque considera que su familia base se conforma por su madre, su padre, su hermano y sus dos hermanas; él es el hermano mayor. Sus padres son comerciantes y se dedican a la venta de ropa para niños, en un local que construyeron a base de esfuerzos colectivos. Sus hermanas cursan la primaria y su hermano recientemente abandonó la escuela secundaria. En ese mismo ámbito, Benjamín refiere que su familia no tenía dinero suficiente para pagar su escuela primaria, hecho que le encaminó a buscar un trabajo a temprana edad. Trabajó durante su infancia de lunes a viernes por las tardes, en una tienda de abarrotes en la central de abastos de su ciudad, por lo cual, regularmente no llevaba la tarea. Finalmente, Benjamín decidió abandonar los estudios en el quinto semestre de bachillerato técnico. *“Empecé a pagar mis propios gastos desde la primaria y llegué al CECYTE en la carrera de computación, pero a veces no comía por mis gastos. Porque era sacar muchas impresiones y uniformes, la verdad no me alcanzaba”.*

#### **La sexualidad se dialoga entre los amigos**

Con respecto al ámbito de la sexualidad, Benjamín comenta que previo a formar una relación con Guadalupe, él inició a mantener relaciones sexuales con otras mujeres de forma casual en la pubertad, ya que no sostenía un lazo afectivo con ellas. Refiere que en la mayoría de ocasiones utilizaba como método antifecundativo el condón externo, y cuando sostenía relaciones coitales de riesgo, sus parejas usaban la píldora de

emergencia. *“A veces usaba condón, pero era más frecuente la pastilla del otro día. Bueno, va para el mismo lado, pero yo sí siento diferente. Me gusta más sin condón”.*

Benjamín refiere que durante los años de relación con su pareja nunca han utilizado ningún método antifecondativo, porque ambos deseaban tener hijos, así mismo, la tradición de las mujeres en la familia de Guadalupe indica que no lograrán embarazarse hasta recibir un masaje de espalda. En este sentido, bajo esa lógica ellos estarían exentos de un embarazo. *“Por eso no usamos protección ni nada, no se podía embarazar porque andaba mal de la espalda. Fuimos a pasear, la sobé, lo hicimos y ya salió la bebé”.*

Refiere que, aunque los temas sobre sexualidad son algo de lo que regularmente no se dialoga, a él no le parece un tema confrontativo para sus esquemas de pensamiento. *“No es un tema del otro mundo, pero a veces no se habla por la pena. Es por no hablar de cosas íntimas”.*

En este sentido, Benjamín comenta que sus padres trabajaban la mayor parte del día, por lo que nunca le brindaron información sobre sexualidad, y lo poco que sabe lo aprendió con sus amigos y con los hombres de su familia. Por otro lado, refiere que en la escuela recibió información mediante pláticas, pero considera que no fue suficiente. *“Lo que aprendí me lo contaron amigos y familiares. Pero los amigos te dicen tonterías, no lo toman en serio; lo toman como juegos. No pienso que tener sexo sea un juego, sino ahí viviría siempre”.*

Benjamín comenta que en Acaxochitlán es común hablar de sexualidad entre hombres, lo cual se da en un espacio donde se ingieren bebidas alcohólicas y mediante un diálogo sobre sus experiencias. Sin embargo, él no empatiza con algunas de las prácticas más comunes. *“Platicamos cuando tomamos, dicen: “tuve sexo con esta morra”, y les piden fotos desnudas. He tenido roces con eso, a mí no me gusta. Está mal, porque una mujer te da la confianza y no se vale que las estén mostrando”.*

Refiere que la mayoría de sus conocidos viven dos tipos de situaciones con respecto a su sexualidad. La primera situación, es que pueden sostener relaciones coitales por placer sin ningún método antifecondativo, pero no hacer consciente la responsabilidad que conlleva enfrentarse a un embarazo. Y la segunda, es que algunos hombres adolescentes frente a un proceso de enamoramiento pueden ir a vivir en pareja,

o intentar construir un hogar. Sin embargo, Benjamín piensa que es importante que los hombres adolescentes consideren que tanto formar un hogar, como tener hijos, implica hacer frente a responsabilidades con trabajo para lograr solventar los gastos que conllevan. Por lo cual, considera imprescindible el uso de métodos antifecondativos.

*“Ya no cualquiera busca una relación, los hombres sólo buscan a una mujer por sexo y ya. Mis papás dicen que antes las mujeres no podían salir, tenían que pedir permiso. Depende de cada quién aventarse algo; si es que uno no quiere responsabilizarse, no deberías hacerlo. Cuando ven la hora de la hora ya no saben ni qué hacer. No sólo es de meterla y ya, siempre hay que estar conscientes”.*

Benjamín comenta que la vivencia de la sexualidad está vinculada a los valores que se brindan por parte de la crianza que se recibe. Comenta que en Acaxochitlán es recurrente la violencia en contra de las mujeres y que en las reuniones que se tienen con amigos, es frecuente escuchar historias de ese tipo. *“Un amigo me contó que su papá le pega a su mamá, porque su papá es el que manda en su casa. Yo no puedo opinar nada, no quiero problemas. Depende de los valores, de que hombres y mujeres se respeten”.*

Por lo cual, comenta que es importante hablar con las hijas e hijos, para enseñarles a cuidarse con métodos antifecondativos, a no replicar violencias y no tener embarazos inesperados, sí es que no se asumirá la responsabilidad. *“Si tuviera un hijo le daría buenos consejos, hay que cuidarse para no embarazarse. Últimamente he visto muchas embarazadas, incluso más jóvenes que nosotros”.*

### **El enamoramiento frente a las inseguridades**

Con respecto a las relaciones afectivas interpersonales Benjamín comentó que él ha sido una persona solitaria desde su infancia. Pero durante su pubertad y adolescencia él ha tenido dos relaciones de pareja con quienes ha intentado formar un hogar, una de ellas es Guadalupe. *“Iba a tener otra pareja formal, pero por los chismes ya no. Yo me iba a juntar con ella, pero después ya no y estuvo bien”.*

Comenta haber conocido a Guadalupe un domingo en la plaza de su municipio. Benjamín refiere que cumplirá dos años en el vínculo con ella y aunque considera que ha estado muy enamorado, su relación no ha sido sencilla por lo cual el enamoramiento ha disminuido. Debido a que considera que la actitud de su pareja puede ser muy cambiante

y mostrarse distante con él, o bien, a veces se siente ofuscado por las necesidades de ella.

*“Yo la quiero y me siento a platicar con ella, pero a veces cansa uno de que lo estén moleste y moleste. Yo la entiendo porque quizá no tiene la edad suficiente para saber lo que quiere. No es lo mismo mi edad a su edad de ella”.*

Así mismo, comenta que otra de las razones por las cuales llegan a tener discusiones constantes es por el tema de la infidelidad. Ya que cuando ambos trabajaban, él sentía que Guadalupe se encontraba simultáneamente con otro joven. Por lo que él considera no tener confianza absoluta en ella, pues comenta que se “deja llevar fácilmente” por otros hombres. *“Tengo inseguridad de ella, no fue siempre. Pero regularmente hay alguien mejor que uno. Le he dicho, “si no quieres estar conmigo pues dímelo, si no quieres al bebé, me lo llevo”. No me gusta sentirme así, inseguro”.*

Benjamín comenta que el tema de la infidelidad se ha vuelto recurrente, aún durante el embarazo de Guadalupe, debido a que él percibe que ella coquetea con otros hombres, por lo cual, él a modo de defensa coquetea con otras mujeres, y ella también se molesta. Hecho que se ha vuelto un círculo de reclamos interminable y en ocasiones ha pensado en terminar la relación. *“Se deja coquetear por otros, no sé si está bien. Pero tampoco le gusta que yo sea como ella, a veces no sé si seguir, por la inseguridad. Se necesita volver a agarrar confianza”.*

### **La felicidad en la paternidad adolescente**

Benjamín comenta que tanto sus suegros como sus padres, se sintieron felices frente a la noticia del embarazo de Guadalupe. Refiere que sus padres se enteraron porque vieron una publicación vía facebook, antes de que él volviera de su jornada laboral.

*“Con mis papás todo está bien, incluso me preguntan qué es. No, no los veo con una negatividad. En mayo es el cumpleaños de mi mamá, le pienso decir. A mis suegros les dijimos para saber sí Guadalupe estaba embarazada, también estuvieron contentos. Me llevo bien con ellos, me dijeron échale ganas, cuídense y se siente bonito que te digan eso”.*

Frente al proceso de la paternidad Benjamín comenta que convertirse en padre era algo que él deseaba, debido a que él estuvo presente durante el nacimiento y crianza de sus hermanas menores. Situación que le motivó a buscar ser padre junto a Guadalupe. *“Siento bonito, como es mi primera vez no sé ni cómo explicarlo, la verdad. Se siente muy bonito, pero no le voy a mentir, cuando me enteré tenía la duda de si era mío o no”.*

Comenta que en el último ultrasonido el médico del centro de salud les comunicó que tendrían una hija, lo que para él es muy importante, pues considera que las mujeres pueden aportar más que los hombres en muchos ámbitos. Aunque si el producto hubiera sido un hijo, él lo hubiera recibido con mucha felicidad de igual manera. *“Siento mucho cariño hacía ella, mucha emoción de poder verla, de tenerla en mis brazos. La neta voy a darlo todo por ella. Todo”*.

Igualmente, Benjamín comenta que el proceso de embarazo de Guadalupe le ha generado algunas angustias relacionadas con que el producto tenga una adecuada salud física. Principalmente por Guadalupe, ya que en diferentes ocasiones les han mencionado en el centro de salud que por razones de edad pudiera experimentar complicaciones, aunque esto no ha sido así. Pero es una preocupación constante que se presenta en la pareja. *“Me preocupa que la bebé no salga bien, porque Guadalupe no está apta para un embarazo. Espero que todo salga bien, de ahí en fuera, los gastos y de lo demás, no hay problema. Hay cosas que no se pagan”*.

Por otro lado, Benjamín se siente motivado con respecto al futuro, ya que él proyecta que con la llegada de su hija él se siente comprometido con la construcción de una casa propia y un negocio, para poder proveer una vida estable a su familia. Así mismo, le gustaría tener los medios económicos y materiales suficientes para poder apoyar a su hija en el ámbito escolar. *“Apoyarla lo más que se pueda, porque igual no siempre se puede. Si termina la prepa pues adelante, una carrera. Por si le toca un perezoso”*.

En este sentido, Benjamín refiere que comenzar a vivirse como padre ha implicado el desarrollo de una mirada que se inclina por el ámbito económico. Comenta que previo al embarazo de Guadalupe y mediante su trabajo en la venta de pan cruzado, él le ayudó a sus padres a construir tres cuartos en su casa, ya que sólo contaba con uno. Lo anterior con la finalidad de que cada hermano tuviera una habitación. Así mismo, refiere que está proyectada la construcción de tres locales comerciales al frente de su casa, en un terreno que su abuelo le heredó a su padre. Con la finalidad de que ellos puedan cobrar una renta mensual de los espacios. Sin embargo, este proyecto se encuentra detenido por los ahorros que está haciendo para el parto de Guadalupe y por una inversión que realizó en cargadores para celular. *“Para papá si es el dinero. En mi casa he construido tres*

*cuartos, sólo no me he hecho de un terreno mío. No le he seguido porque invertí en cargadores y para el gasto de cuando se alivie”.*

### **La ayuda y el acompañamiento son humanitarios**

Benjamín comentó a lo largo de la entrevista que él vivió un proceso acelerado de adquisición de autonomía personal, frente a las dificultades económicas que vivió con sus padres. Comenta que tanto su mamá como su papá estuvieron ausentes debido a sus trabajos. Por lo cual, él considera no necesitar algún tipo de acompañamiento en específico sobre su paternidad o el proceso de embarazo de Guadalupe.

Por otro lado, Benjamín reconoce que sus suegros han jugado un papel fundamental en la relación con Guadalupe, ya que en todo momento ellos le brindaron su apoyo, a pesar de la diferencia de edades. Así mismo, ante la preocupación corporal por el embarazo, para nuestro participante ha sido fundamental la vigilancia del proceso, así como velar por la seguridad física de Guadalupe ante los eventos de violencia sexual que ella ha experimentado, inclusive cuando él no se encuentra presente. *“Mis suegros me han ayudado cuidando a Guadalupe cuando salgo, principalmente en todos santos, porque son temporadas de pan cruzado. Me voy 15 o 20 días”.*

Con respecto a sus relaciones de amistad, Benjamín comenta que ya no se encuentra cercano a las reuniones de amigos anteriormente referidas, principalmente por los desencuentros entre los discursos sobre la sexualidad de sus amigos y sus posturas personales; por lo que, refiere que su enfoque principal es en lo laboral. Así mismo, dice ya no confiar en las relaciones de amistad algunos años atrás tuvo un percance automovilístico en donde solicitó su ayuda y nadie le auxilió. En este sentido, considera no tener un apoyo real, ni contención emocional de sus redes de amistad. *“Regularmente los amigos, sólo están ahí apoyándote en la borrachera. Luego preguntan por qué ya no ando con ellos”.*

Así mismo, al dialogar sobre el tipo de acompañamiento que les han brindado los servicios de salud públicos. Él ha referido que la atención ha sido regular, pues siempre han brindado la atención médica a Guadalupe, sin embargo, refiere que existe un discurso rígido y permanente hacia ellos sobre la irresponsabilidad, los riesgos del embarazo, la instalación de un método antifecondativo posterior al parto, etc.; situación que los ha mantenido en un estado de alerta permanente e inclusive de sentirse

vulnerables. Por otro lado, Guadalupe y Benjamín han solicitado en diferentes ocasiones que el parto sea programado y atendido en el Hospital de la Otomí-Tepehua del municipio de Metepec, y no en el Hospital General de Tulancingo, pues ahí falleció el tío de Guadalupe a causa de una negligencia médica y tienen miedo de que pueda sucederle algo a ella o a la bebé.

*“Le comenté al doctor y si se molestó, nosotros decimos en Metepec, porque nos queda más cerca. Me dijeron que era mi responsabilidad y me hicieron firmar una responsiva. No sé cómo la voy a llevar, pero ya en ese momento pues en un carro, en un taxi o lo que caiga”.*

Finalmente, Benjamín refiere no haber tenido una vida sencilla desde su infancia por lo que él considera que es importante brindar ayuda a las personas cuando lo necesitan y que él ha aprendido a recibir apoyo cuando alguien lo ofrece, pero también a poner límites cuando alguien te echa en cara algún beneficio que te hizo.

*“Yo siempre he tratado de ayudar a las personas y nace de cada quién apoyar, ya no tengo porque molestarte si quieren apoyarme. Pero a veces te das cuenta que sí estás sólo. Estás sólo y sólo te vas”.*

#### **4.2.2. Rodrigo: “Convertirse en un padre joven también es cosa de señores”**

Rodrigo es un adolescente de 19 años de edad, oriundo de Tepehuacán de Guerrero y es pareja sentimental de Sofía, quién igualmente es participante de esta investigación. Ambos tienen un hijo de un año y dos meses de edad, por lo cual, sus familias decidieron que vivirían juntos en la casa de los padres de Rodrigo.

Los padres de Rodrigo son comerciantes, su mamá se dedica a la venta de comida rápida en el centro de Tepehuacán de Guerrero y su padre se dedica a la venta de ropa. Rodrigo es el segundo de dos hermanos mayores, seguido de dos hermanas menores que actualmente estudian rehabilitación física y computación. Rodrigo y Sofía, sus hermanas y sus padres viven en la misma casa la cual cuenta con servicio de drenaje, piso firme, agua potable y gas. Simultáneamente es imprescindible referir que, aunque cuenta con la mayoría de servicios, en general las personas que habitan en Tepehuacán de Guerrero se encuentran distanciadas geográficamente de los servicios médicos especializados, así mismo poseen fallas en las comunicaciones telefónicas y de internet.

Con respecto a sus estudios Rodrigo comenta que él recién había ingresado a la carrera de ingeniería industrial, sin embargo, por el embarazo de Sofía tuvo que dejar la escuela y estudiar los fines de semana. Así mismo, cambió de carrera debido a que considera necesaria una formación que le permita conservar un espacio de trabajo en donde ahora labora. *“Estudio los fines de semana. Empecé estudiando ingeniería industrial, ahora estoy en administración”.*

Rodrigo comenta que de lunes a sábado trabaja para el ayuntamiento municipal en la asociación ganadera, él se encarga del cuidado y alimentación de las cabezas de ganado. Refiere que quien le ayudó a tener ese trabajo fue su abuelo, quien es responsable de dicha área. *“Trabajo en el Ayuntamiento, en la asociación ganadera. Mi abuelito tiene ganado. La gran mayoría de personas trabajan en el Ayuntamiento por el PRI, no hay otra cosa. Algunas otras personas se dedican a hacer casas, son albañiles”.*

Comenta que su actual trabajo es cómodo debido a que tiene un horario fijo y al estar en los establos con las cabezas de ganado, no existe un proceso de fiscalización constante hacia su trabajo. Así mismo, comenta que es de su interés mantener un espacio en el Ayuntamiento debido a que obtener un empleo fuera de ese espacio es muy complicado. *“Como no estoy allá arriba en la presidencia, tengo más espacio y no*

*me están cuidando, ni nada. Hago mi trabajo y si tengo tiempo libre, me voy temprano a casa”.*

### **Sexualidad en un pueblo chico, con un infierno grande**

Rodrigo refiere que recibió información sobre *salud sexual y reproductiva* durante sus estudios básicos, principalmente en el bachillerato. Aunque considera que la información estaba limitada por las creencias de las personas, principalmente por vergüenza ante los contenidos. Así mismo, comenta que es común saber que en el centro de salud se puede acceder a métodos antifecondativos.

*“La información la dan en la prepa, y en la clínica regalan los preservativos. Pero las personas no se acercan a la clínica y la farmacia por pena. A veces los dan gratis; pero, la pena. Ya sabe “pueblo chico, infierno grande”. Luego no sabes cómo es la persona que te va a dar los preservativos, no sabes si va a ir a contar”.*

En este sentido, él inició a sostener relaciones coitales durante la pubertad, refiriendo haber tenido encuentros con diferentes personas, sin embargo, el uso del condón externo era ocasional por las dificultades morales de tipo social en su acceso. Rodrigo comenta que la falta de uso de algún método antifecondativo de barrera no tiene nada que ver con la sensibilidad, ya que, para él su uso es similar al no uso. *“A veces ya estás ahí y se te olvida, o de tanto estar ahí te fastidias y después ya no lo usas”.*

Por otro lado, Rodrigo comenta que los temas vinculados a la sexualidad también se dialogan con los amigos cuando van a los bailes y bajo la ingesta de alcohol. Él refiere que en dichas conversaciones los amigos generalmente sí cuestionan la sensibilidad del pene frente a los métodos de barrera, por lo cual optan en comprar la píldora de emergencia a sus parejas. *“Algunos de mis amigos dicen que se siente diferente, sus parejas utilizan pastillas. La mayoría no utiliza preservativo”.*

Por otro lado, comenta que es frecuente que frente a las fiestas patronales o festividades del municipio las personas jóvenes aprovechan para poder encontrarse a escondidas con la finalidad de compartir su sexualidad. *“Íbamos al baile en vez de irnos con las muchachas, nos íbamos a tomar. Otros sí se iban con las muchachas, hacían sus cosas aparte. Nos decían “me salió un jale y me tengo que ir, préstame tu cuarto”.*

Rodrigo refiere que en Tepehuacán de Guerrero es poco frecuente el machismo, debido a que las personas están acostumbradas a tener roles establecidos en sus

dinámicas. *“Las cosas son así, el señor tiene que trabajar y la esposa se queda en la casa a cuidar a los niños y hacer de comer. La mayoría de las mujeres aquí son amas de casa”*.

### **Más vale pájaro en mano que ciento volando**

Rodrigo comenta que la mayoría de las personas adolescentes de Tepehuacán de Guerrero prefieren estar en un vínculo sentimental más allá de sostener encuentros coitales de forma casual, ya que representa la estabilidad y seguridad de poder ejercer su sexualidad. Sin embargo, comenta que esto puede representar un riesgo ante los embarazos no deseados y no planeados. *“Los hombres de mi edad prefieren estar en una relación, yo tengo amigos que ya se quieren casar, por el momento en el que están enamorados y ya andan diciendo que se van a juntar”*.

Con respecto a lo anterior, Rodrigo refiere que a él le sucedió, ya que, conoció a Sofía durante su educación básica e iniciaron un noviazgo en donde las relaciones coitales se daban de forma frecuente. Al inicio de sus encuentros ellos utilizaban como método antifecundativo el condón externo y posterior al primer año de relación lo suspendieron por una decisión consensuada. Sin embargo, no esperaban convertirse en padres a los pocos meses de haber evitado el uso del método. *“La verdad, es que todas las tardes bajaba a verla a su casa”*.

Como se comentó al inicio del relato, Rodrigo y Sofía viven juntos en la casa de los padres de él, hecho que ha transformado la convivencia que tenían en el noviazgo pues ahora están “más juntos”. Rodrigo refiere sentirse muy feliz en compañía de Sofía y su familia, sin embargo, a veces tiene sentimientos ambivalentes en su vínculo pues ocasionalmente tienen dificultades económicas y la mamá de Sofía constantemente se involucra en las decisiones de la pareja.

*“Su mamá de Sofía trabajaba para una compañía de renta para televisión con cable y no ganaba mucho, pero se juntó con un señor que tiene dinero y empezó a sentirse más. Entonces cuando yo quiero pagar algo, Sofía dice: “no, yo lo pago”. Su mamá me hace sentir como que no me alcanza el dinero. Me cae mal, me dan ganas de contestarle y decirle que sí me alcanza”*.

Además de molestia, Rodrigo refirió sentir frustración debido a que la mamá de Sofía y ella, no consideran el esfuerzo que él realiza para poder hacer frente a sus gastos. *“Le digo que hay que esperarnos a la quincena, y me dice “Le voy a decir a mi mamá que*

*nos preste". Me frustra, porque yo iba a pagar su foto de la escuela, pero su mamá dijo que no".*

Aunado a las cuestiones económicas, Rodrigo comenta que ante cualquier discusión que ellos puedan tener, Sofía busca involucrar a su mamá. Él piensa que quizá es por una cuestión de edad, debido a que Sofía tiene 15 años y el 19, por lo que ha identificado que a Sofía le es dificultoso construir independencia y autonomía con respecto a su mamá. *"A veces me siento cansado, Sofía es fastidiosa, infantil y necia. Hay cosas que ya no debe hacer porque vivimos juntos, se aloca y me dice: "ya me voy con mi mamá o te voy a acusar con mi mamá".*

### **La responsabilidad paternal y las emociones ambivalentes**

Como se refirió anteriormente, el hijo de Rodrigo tiene un año dos meses y es producto de un embarazo no planeado, y posterior a la noticia deseado por Sofía. Por otro lado, con respecto a los sentimientos de Rodrigo él no quería ser padre ya que tenía intenciones de finalizar sus estudios de ingeniería y salir de Tepehuacán de Guerrero en busca de una nueva vida y la construcción de una economía sólida para su familia. *"Yo creo que nadie quiere ser papá a esta edad. Todavía, no. Todavía quería terminar de estudiar y salir a trabajar fuera".*

El embarazo de Sofía se dio por haber suspendido el uso del condón externo al año de su relación de pareja. Él se enteró del embarazo, un día que como de costumbre iba a la casa de su pareja para visitarla. Por lo que, a la hora acordada Sofía ya lo esperaba, sin embargo, en esa ocasión no se encontraba sola pues estaba acompañada de su tía. Ambas se encargaron de hablar con Rodrigo y explicarle que habían realizado pruebas rápidas de farmacia para confirmar el embarazo. *"Ellas estaban felices, pero yo sentí que me había equivocado y por dentro no me sentía bien. No estaba contento, pero ellas sí".*

Durante la plática la tía de Sofía se mostró especialmente emocionada por la llegada de un nuevo integrante de la familia y le dijo a Rodrigo que él se tendría que responsabilizar del futuro bebé y de Sofía. Por lo que sugirió que él fuera a hablar con sus papás, mientras ellas dialogaban con la madre de Sofía. Con la finalidad de hacer una reunión entre ambas familias, para dialogar y llegar a acuerdos sobre el embarazo,

la vivienda y Sofía. *“Estábamos allí con su tía y platicamos, me dijeron que me la tenía que llevar a mi casa y por eso tuve que decirles a mis papás”*.

Consecutivamente Rodrigo se fue a su casa para socializar la noticia con sus padres. Él sentía culpa y preocupación de su reacción, principalmente la de su papá, por lo cual decidió hablar en un primer momento con su mamá que es con quién lleva una mejor relación.

*“Ella me regañó a su modo, no sé cómo explicarle eso, pero me regañó. Yo no le quería contar a mi papá y ya era noche, tenía que ir por Sofía porque ya había llegado a su mamá. Ya me estaban diciendo que iban a subir a ver a mis papás”*.

Ante la presión de la familia de Sofía, Rodrigo decidió encarar a su padre con la noticia, pero antes de poder verbalizar algo, él ya lo sabía porque su madre le había contado. *“Cuando lo vi, me dijo: “no sabes cómo decirme, ¿verdad canijo?”, y ya me regañó. Sólo la regañada que tienes que recibir. No hubo golpes, pero sí agresiones verbales”*.

En un acto seguido llegaron a la casa de Rodrigo, la mamá, la tía y Sofía con la finalidad de dialogar con sus padres. Durante este diálogo las personas adultas, principalmente el padre de Rodrigo y la mamá de Sofía, no dejaron intervenir a los adolescentes y se concentraron en generar un tipo de negociación sobre las responsabilidades que Rodrigo tendría que asumir. Al final, se acordó que Sofía iría a vivir a casa de Rodrigo con la finalidad de que los suegros estuvieran al pendiente del embarazo y ellos pudieran proveer techo y alimentación en lo que Rodrigo encontraba un empleo. *“Yo ya no dije nada, me quedé sentadito y bien apachurrado. Platicaron de lo que habíamos hecho, de la irresponsabilidad y que ahora yo tenía que hacerme cargo”*.

En este sentido, durante el embarazo y el parto Rodrigo se mantuvo al pendiente de su progreso y la salud de Sofía. En todas las ocasiones él y su madre acompañaron a Sofía a sus consultas en el centro de salud, también se trasladaron con ella al municipio de Tlanchinol para su parto. Así durante el embarazo e inicio de su paternidad Rodrigo comenta sentirse feliz, pero en ocasiones preocupado y fastidiado por las responsabilidades que un bebé conlleva.

*“A veces llego cansado del trabajo, y tengo que estar pendiente. Luego el bebé está chillando y nadie le hace caso. Cuando estoy yo lo duermo y se queda un*

*buen rato así, y cuando alguien más lo hace sólo duerme 20 minutos y se despierta, se recarga de energía. Es muy cansado estar al pendiente”.*

Rodrigo comenta que en muchas ocasiones los adolescentes pueden enamorarse y planear ir a vivir juntos o tener una familia sin considerar las responsabilidades que implica. Él refiere que antes de ser padre no tenía preocupaciones y actualmente debe estar pendiente de las cuestiones económicas, pues se siente con un gran compromiso de que a su familia no le falte nada.

*“Le digo a Sofía que antes no me preocupaba el precio del jitomate y ahora tengo que estar preocupado si suben los precios o no. Tienes que llevar dinero, son muchos gastos y es puro trabajo. Luego trabajas y no es lo que pensabas que podrías ganar”.*

Independiente de las preocupaciones económicas, Rodrigo reconoce que la paternidad también es bonita, por lo que en sus planes como pareja está a mediano plazo tener otro hijo. Así mismo, con el ahorro de su trabajo el comprar un automóvil para poder transportarse con comodidad y la construcción de una casa propia.

### **Ser padre adolescente cambia el estatus social y las manos que te brindan ayuda**

Con respecto a los acompañamientos Rodrigo comenta que, en el ámbito emocional frente al embarazo no planeado, y lo sucedido al socializar la noticia con su familia, la persona con quién podía hablar era únicamente Sofía. Ya que, durante el embarazo, el parto y el inicio de su paternidad sus amigos dejaron de frecuentarlo o simplemente lo dejaron de invitar a sus reuniones. De acuerdo con él, los amigos consideran que ya cambió de posición social, pues ya es considerado un señor. *“A muchos de mis amigos no los veo, a veces salíamos. Pero ahora ya ni me hablan”.*

Con respecto a sus padres, Rodrigo comenta que ellos le han apoyado en el ámbito material y económico, pues les permiten vivir en su casa y le han apoyado durante el embarazo de Sofía. Así mismo, comenta que su padre, aunque al principio se mostró molesto le ayudó a conseguir el empleo que tiene actualmente. Por otro lado, su mamá ha estado al pendiente del bienestar de Sofía, lo cual refiere que ha sido de gran ayuda. *“Mi papá se llevó una gran decepción, yo estaba estudiando y de repente el embarazo. A él no le pareció y al final aceptó que nos quedáramos en la casa. Me ayudó a encontrar trabajo”.*

Por otro lado, comentó que en el centro de salud la atención fue focalizada en Sofía en todo momento, por lo que no se le ofreció ningún tipo de apoyo o acompañamiento. Finalmente, puso en relieve que los servicios de salud en materia de *salud sexual y reproductiva* son importantes, ya que, de haber tenido más información y un acompañamiento más cercano, por la vergüenza le generan los temas, seguramente no se hubiera convertido en padre. *“Me hubiera gustado recibir más información sobre sexualidad, pero me da pena hablar de esas cosas. Hay algunos compañeros con los que platicaba, pero nada más”*.

#### **4.2.3. Rogelio: “Iniciando la paternidad, negando la realidad”**

Rogelio es un adolescente oriundo de Zacualtipán de Ángeles que recientemente cumplió 18 años de edad. Su familia base está conformada por su madre, su hermana mayor y su hermana menor, debido a que su padre se fue a trabajar desde que él era niño a Estados Unidos. Comenta que la relación con su madre y hermanas es buena porque existe bastante comunicación, sin embargo, con su padre no es así. La mamá de Rogelio ha sido madre soltera. *“Mi papá no está aquí, está en Estados Unidos. Tengo entendido en qué trabaja, no es que me lleve mal con él, pero la verdad no hablamos”*.

Anteriormente Rogelio vivía en una casa de renta con su madre y sus hermanas, sin embargo, ante la responsabilidad sobre su paternidad tuvo que mudarse a la casa de Rosa, de 15 años de edad, quién es su pareja sentimental y participante de esta investigación. La casa donde viven es propiedad de la abuela de Rosa, quién cuidó de ella cuando sus padres se fueron a Estados Unidos. Rogelio comenta que la vivienda cuenta con servicio de agua, drenaje, electricidad y gas. Así mismo, aunque no cuentan con servicio de internet, refiere que tanto Rosa como él cuentan con sus teléfonos celulares que les permite comunicarse sin problemas. Igualmente, la abuela de Rosa vive con ellos y es quién les ha apoyado en todo momento pese a sus problemas de salud, originados por la edad. *“No vivimos en mi casa porque no hay espacio. Es de un piso con dos cuartos. Aquí hay más espacio, hay tres cuartos y me queda cerca del trabajo, así no gasto en pasaje y en comida”*.

Actualmente, Rogelio es padre de un niño de 8 meses de edad, resultado de un embarazo no planeado, ni deseado. Él estaba estudiando el bachillerato técnico en enfermería en el CBTIs de Zacualtipán de Ángeles, sin embargo, tuvo que abandonar la escuela por el embarazo de Rosa, con la finalidad de poder ingresar a trabajar. *“Tengo planeado seguir estudiando, por un rato más voy a seguir trabajando”*.

Rogelio labora en un taller de textiles que está cerca de la casa de la abuela de Rosa, trabajo que consiguió gracias a su madre, ya que ella también labora ahí. Rogelio comentó que frente al embarazo de Rosa no contó con alguien que le apoyara a solventar los gastos de la escuela o su nueva paternidad, ya que el salario de su madre no era suficiente. Por lo que, inició a trabajar ante la necesidad de cubrir los gastos básicos de su nueva familia, principalmente los referentes a alimentación, por lo cual de su salario

semanal de \$600, le da \$200 pesos a Rosa para su manutención y la de su hijo, el resto es para su uso personal y traslados. *“Trabajo en un taller cerca de donde vivo, es de textiles. No es de mi familia, fui a pedir trabajo así, normal”.*

### **Explorando mi sexualidad sin información**

Rogelio comenta que las temáticas vinculadas a la *salud sexual y reproductiva* no le generan incomodidad, aunque comprende que otras personas de su entorno muestran algunas resistencias a los contenidos, pues son temáticas que no se abordan al interior de los núcleos familiares. Comenta que él no recibió información de parte de su madre, sólo durante su educación básica, aunque especialmente enfocada al funcionamiento anatómico. Rogelio considera haber recibido información más completa y accedido a métodos antifecondativos durante los semestres que estuvo en el bachillerato técnico en enfermería. *“No se habla de esos temas con los papás o en la escuela. Y normalmente en la escuela no hablan de esos temas, sólo una que otra vez, pero es raro”.*

Igualmente, Rogelio ha identificado que los hombres son quiénes regularmente tienen más resistencias a dialogar sobre *salud sexual y reproductiva*. *“En enfermería, algunos de mis amigos no tenían pena, pero otros sí. He visto que a los chavos les da pena agarrar los condones o comprarlos. Es pena”.*

Por otro lado, con respecto al inicio de sus encuentros coitales Rogelio comenta que su primera pareja sexual fue Rosa, cuando él tenía 17 años y ella 13. Así mismo, refirió que todos sus encuentros con Rosa fueron sin el uso de ningún método antifecondativo, pues opina que las relaciones coitales son más satisfactorias sin el uso de un método de barrera. *“No usaba condón porque no se siente igual. Un padre nuestro y vámonos, a ver qué pasaba”.*

Paralelamente, Rogelio comentó que él y Rosa desconocían la periodicidad de los ciclos ováricos y uterinos de ella, por lo que, a los ocho meses de sostener encuentros coitales, se enteraron que serían padres. *“Me sacó de onda, no lo esperaba. Pero era seguro que sucedería, como ya habíamos estado así, sin usar nada por mucho tiempo, ya era muy probable”.*

Posterior al parto de Rosa, a ella le instalaron en los servicios de salud y por negligencia médica dos dispositivos intrauterinos como método antifecondativo, los cuales fueron retirados en las revisiones médicas. Por lo que, en la actualidad ella porta

un implante subdérmico con efectos secundarios por los cambios hormonales, y en este sentido, no usan ningún otro método antifecondativo. *“No conozco el ciclo de mi pareja, es rara su menstruación. Primero le habían puesto el DIU, pero hubo problemas y lo tuvieron que cambiar por el implante. Es lo único que hemos hecho para cortar el servicio”*.

### **Encuentros, desencuentros y mediaciones en los afectos**

Rogelio comenta que lleva dos años en su relación con Rosa y considera que actualmente es un vínculo estable, pero no siempre fue así. Al principio de la relación ellos experimentaron múltiples discusiones, las cuales se daban por cualquier situación, ya que sus personalidades son muy diferentes, hecho que generaba que ambos se irritaran con facilidad. *“Al principio tuvimos problemas, por cualquier detalle peleábamos. Ella me ha dicho que como tal no disfrutó su embarazo, por esos problemas”*.

Aunado a la diferencia de personalidades, Rogelio comenta que ellos también experimentaron conflictos porque Rosa descubrió algunos mensajes de conversaciones que sostenía con una de sus amigas. Él comenta que dichos mensajes si tenían intenciones románticas, sin embargo, sólo se quedó en una comunicación vía celular, pues físicamente nunca cometió una infidelidad. Por lo cual, durante la mitad del embarazo de Rosa estuvieron distanciados. *“He estado con otras mujeres, pero sólo hablando. Fue una vez y por mensajes, por eso tuvimos problemas. Ella me dice que cambie y por más que trato, a veces sí puedo, pero otras no”*.

En este sentido, Rogelio identifica y asume que, durante una parte del proceso de embarazo de Rosa, él no estuvo presente e incluso, continuaba teniendo un ritmo de vida normal. Pero ella habló con él para asumir las responsabilidades sobre el proceso de gestación de su hijo y formalizar una familia. En ese momento fue cuando Rogelio se mudó a la casa de la abuela de Rosa e inició a trabajar en el taller. *“Ella dice que mi actitud es muy egoísta e igual lo siento. Trato de cambiar, poco a poco. Mientras uno quiera, sí se puede”*.

### **Un padre nuestro y vámonos, a ver qué pasa: paternidad adolescente**

Rogelio comenta que cuando Rosa identificó la ausencia de menstruación y comenzó a presentar sintomatología, ella se realizó una prueba rápida de embarazo, la cual fue positiva. Él comenta haberse sentido sorprendido pues un hijo era algo que no estaba en

sus planes, por lo que estuvo algunos meses en shock y sin comunicarle nada a su madre. La noticia del embarazo intensificó la tensión en su relación de pareja y fue el momento en el que experimentaron el distanciamiento anteriormente referido; el cual finalizó gracias a Rosa. Así mismo, Rogelio se vio obligado a compartir la noticia con su madre y a asumir su paternidad. *“Al principio me sorprendí porque no estaba planeado. Pensé muchas cosas, ya me he ido acostumbrando. Ahora estoy bien y me gusta, por así decirlo”.*

Rogelio no acompañó a Rosa a ninguna de las consultas en el centro de salud, correspondientes a los tres trimestres de gestación, ya que él retomó su relación de pareja cuando Rosa tenía 5 meses de gestación. Así mismo, porque su horario laboral no se lo permitió. Sin embargo, en el momento de parto él fue quien acompañó a Rosa al seguro social. Comenta que en el momento donde Rosa fue intervenida quirúrgicamente por la cesárea, aún estaba presente la pandemia por el COVID 19 y él tenía un cuadro de resfriado, por lo que, el personal de salud le solicitó que estuviera en el área de espera, y el uso permanente de doble cubrebocas. *“En el momento del parto estaba ansioso porque lo quería conocer. Estaba esperando que me dijeran que iba a poder pasar a verlo”.*

Rogelio refiere haberse sentido emocionado por saber el sexo del bebé, ya que él esperaba tener una hija. Principalmente porque fue criado entre mujeres y siente afinidad por sus hermanas y madre. Igualmente, la experiencia de haberse convertido en padre, aunque al principio descrito como un proceso ambiguo e incluso aterrador, lo ha hecho sentir bien. Por lo que contempla una relación a largo plazo con Rosa e inclusive hacer crecer el número de integrantes de su familia. *“Yo quería una niña y pues ya me dijeron que era niño. Voy a esperar un rato para tener una niña, a ver si se puede. Sinceramente, sí voy para largo plazo con Rosa”.*

Comenta que la experiencia de ser padre le ha gustado, aunque opina que la paternidad está enfocada en mayor medida en la obtención de recursos económicos. En este sentido, lo que no es de su agrado, es el tener que levantarse temprano para ir a trabajar. Aunado a lo anterior, comenta que su salario no alcanza para las necesidades que tienen, por lo cual, a él le gustaría retomar sus estudios.

*“Estoy comprometido 100% con el bebé. Cuando ya eres papá, uno va pensando cómo sacar adelante a la familia. Hacer planes. Tengo el compromiso de comprar las cosas que quieran. Por eso, quiero seguir estudiando para ganar más dinero”.*

Por otro lado, comenta que la experiencia de vivirse como padre adolescente en la sociedad zacualtipense es complicada. Principalmente porque hay muchas personas jóvenes que viven una situación similar a la de él y Rosa. Por lo que es regular la crítica social hacía ellos por ser una pareja joven. *“La gente normalmente crítica, y aquí así es. Hay muchas parejas como nosotros, sobre todo cuando vas al hospital. Sinceramente, no le tomo importancia a las críticas. No me interesan”.*

### **Hablar de cómo me siento, puede ser como hablar de sexualidad**

Con respecto a los acompañamientos que recibió Rogelio en la transición de convertirse en padre, comenta que, a los cinco meses de embarazo, cuando dio la noticia con su madre, ella se molestó bastante. Comenta que el enojo de su madre, se debió principalmente al hecho de que él abandonara los estudios por dedicarse a la paternidad, además de que ella y Rosa no llevaban buena relación. En este sentido, la madre de Rogelio se mostró molesta en un inicio, pero posteriormente comenta que ella ha dialogado con él, sobre las posibles formas de hacerle frente a la vida en su nueva condición de padre. *“Al principio mi mamá me había pedido que nos protegiéramos y todo eso. Cuando le conté me regañó, porque a ella obviamente no le pareció, porque yo estaba estudiando”.*

Por otro lado, Rogelio comenta que, en la educación recibida en su hogar, las emociones no eran expresadas, por lo que, para él es extraño e incluso incómodo dialogar cómo se siente. Sin embargo, comenta que Rosa es la única persona con la que él puede hablar sobre su sentir, principalmente frente a las dificultades.

*“Sólo hablé de mis emociones con Rosa, porque nunca cuento mis sentimientos. No soy de contar mis problemas, así me acostumbraron desde chiquito. Cuando ella todavía no estaba embarazada, le contaba todo a mi mamá, pero todavía no vivía con ella”.*

Rogelio comenta que, aunque no estuvo presente durante el proceso de gestación de Rosa, él tuvo que acompañarla para el parto. Ya que fue una cesárea, es decir, una intervención quirúrgica programada que requería de asistencia y cuidados. En este sentido, él jugó un papel como acompañante y no tanto como el de acompañado.

*“Ella cambió mucho físicamente y dice que yo también, pero no creo. Su parto fue cesáreo y no sufrió mucho, pero cuando se pasó la anestesia es cuando vinieron las dificultades, porque no podía hacer movimientos, ahí le estuve ayudando. Estuve una semana, porque después me tuve que ir a trabajar otra vez”.*

Por lo que concierne al tipo de acompañamiento que ambos recibieron en el hospital por el parto, comenta que fueron tres enfermeras quiénes les apoyaron en diferentes momentos, debido a los turnos laborales del personal. Acompañamientos que describe como diferentes, pues dependen en mayor medida de la personalidad de las enfermeras. Refiere que las enfermeras de los turnos del día eran pragmáticas y específicas en las instrucciones, pero estuvieron al pendiente del estado fisiológico de Rosa y del bebé; sin embargo, la enfermera del turno nocturno, no les brindó ningún tipo de instrucciones y era malencarada en su trato. Por lo que el bebé sufrió una ligera deshidratación por la noche. *“La última enfermera que tuvimos, fue muy amable, pero sinceramente, la segunda no. Era la enfermera que atendió en la madrugada, no nos decía que hacer”.*

Por otra parte, Rogelio tiene presente que por motivos de la pandemia por covid-19, el hospital sólo permitía el ingreso a una persona y por falta de fuerza física debido a la edad, la abuela de Rosa no pudo asistir. Así mismo, Rosa no permitió que la madre de Rogelio fuera a auxiliarla, por lo que los dos adolescentes estuvieron haciendo frente al proceso de parto. En este sentido, Rogelio describe haber experimentado soledad, hasta que un tío de Rosa que casualmente también se encontraba acompañando a su esposa en su labor de parto los encontró, hecho que les hizo sentir seguridad.

Rogelio comparte frente a toda su experiencia en la paternidad adolescente, que sería importante que los sistemas de salud brinden información sobre métodos antifecondativos desde una temprana edad, como lo hacen otros sistemas de salud en el mundo. Así mismo, considera que es imprescindible la forma en la que se brinda la información, pues las personas se pueden sentir incómodas frente a los temas, ya que no están naturalizados. Finalmente, refiere que el sistema de salud debe de considerar la salud emocional, pues los hospitales deben ser un espacio de confianza.

### **4.3. Desafíos frente al embarazo: Reflexiones sobre los procesos de maternidad y paternidad adolescente**

Comienza a continuación la siguiente sección de análisis de los relatos de vida de adolescentes mujeres y hombres que han experimentado un embarazo en entornos periféricos del Estado de Hidalgo. A partir de esto, se ha elaborado un entramado de perspectivas sobre este fenómeno desde cinco ejes, los cuales son: resultado sanitario, consecuencias biopsicosociales, vulnerabilidades como grupo de población, exposición a su entorno físico, cultural y social, así como, la posición sociopolítica y económica de sus contextos. Mismos que corresponden a la corriente de análisis del MDSS.

#### **4.3.1. Embarazo adolescente como resultado sanitario**

##### **Mujeres adolescentes**

Para la discusión del eje resultado sanitario, en el sector poblacional de las mujeres adolescentes, se identificaron las categorías: tipo de embarazo, edad de inicio de las relaciones coitales, *educación en sexualidad integral*, uso de métodos antifecondativos y conocimiento del ciclo ovárico y uterino.

La categoría tipo de embarazo, se refiere a el deseo y planificación del mismo. En las historias de Aiko y Rosa, se observó que sus embarazos no fueron planeados, ni deseados. Por un lado, Aiko tenía planes sobre su futuro profesional y era su primera relación coital; su embarazo fue producto del fallo del método antifecondativo y la violencia sexual de su pareja. Por otro lado, Rosa vivía crisis emocionales a causa de factores externos y no consideraba la maternidad como una opción; sumado a la falta de información sobre sexualidad integral, sus procesos corporales y métodos antifecondativos. Consecutivamente, Guadalupe y Sofía refirieron que no planearon sus embarazos, pero sí los desearon. Aunque ambas tampoco contaban con la información suficiente, sus relatos evidenciaron el deseo sobre la maternidad por las proyecciones con sus parejas, sobre la construcción de una familia. Finalmente, Amira mostró que hay adolescentes que desean y tienen la oportunidad de planificar su embarazo, aunque las condiciones socioeconómicas del contexto no permitieron consolidar la familia que proyectó con su pareja.

En este sentido la OMS (2020), refiere que las mujeres adolescentes tienen derecho a ejercer su sexualidad y *reproductividad*, por lo que pueden evitar o planificar

un embarazo, si lo desean. Así, desde el sistema sanitario debieron recibir los medios necesarios para su bienestar biopsicosocial, situación que no ocurrió y limitó su derecho fundamental a la salud. Por otro lado, las historias reiteran que las causales de un embarazo adolescente pueden ser la falta de *educación en sexualidad integral*, el desconocimiento de su cuerpo, el no uso o fallo de métodos antifecondativos, o la violencia hacia niñas y adolescentes.

Como segunda categoría se considera imprescindible señalar la edad de inicio de relaciones coitales, pues pudiera brindar indicios de la actividad sexual de otras adolescentes de municipios *periféricos* de Hidalgo, prevalentes en embarazo adolescente. En este sentido, Guadalupe, Amira y Rosa, refirieron haber sostenido relaciones coitales a los 13 años de edad; mientras que Aiko y Sofía a los 16 y 15 años, respectivamente. En relación a lo anterior, algunos estudios como el elaborado por Mendoza et al. (2016), refieren que el promedio de inicio de las relaciones coitales en mujeres del Estado de Hidalgo es a los 17.7 años, y el promedio de la búsqueda de un método antifecondativo es a los 21.9 años. A diferencia de lo ocurrido en la presente investigación, pues tres de cinco participantes iniciaron sus encuentros coitales a los 13 años, lo que muestra una distancia temporal en la búsqueda de un método antifecondativo de 9 años. Tiempo en el que pudieron sostener relaciones coitales de riesgo, sin insumos de protección y la información suficiente a causa de la discriminación por edad, o por no tener conocimiento de los servicios de salud; y evidentemente, convertirse en madres, sin desearlo.

En la categoría *educación en sexualidad integral*, nuestras participantes Guadalupe y Amira refirieron haber recibido contenidos sobre *salud sexual y reproductiva*; sin embargo, consideraron que la información se encontró sesgada por creencias, mitos, tabúes, así como por el sentimiento de vergüenza, y las burlas de compañeros varones. Ejemplo de lo anterior, es el relato de Guadalupe quien refirió haberse embarazado por un masaje de cintura. A su vez, Aiko y Amira refirieron haber sido formadas en contenidos sobre sexualidad hasta que llegaron al bachillerato técnico en enfermería, pues anteriormente en sus estudios básicos la información fue incompleta. Además, evidenciaron el desconocimiento sobre el acceso a un aborto seguro y gratuito en el Estado. Por su parte, Rosa comentó que recibió información sobre sexualidad en

su formación básica y por su abuela, sin embargo, su relato mostró que no posee la información suficiente para evitar un embarazo.

En este sentido, estudios como el de Flores et al. (2018) refieren que se ha ampliado la información en sexualidad integral para las adolescencias, e incluso ellos asisten a los centros de salud por métodos antifecondativos; pero no se han logrado procesos de prevención efectiva. Estos autores proponen la incorporación de acompañamientos sobre sexualidad integral, desde los primeros años de vida; transversalizados por el enfoque de niñas, niños y adolescentes, así como, la perspectiva de género. Elementos que de acuerdo con Gómez (2018), faltan en las familias, el sector salud, docentes y personas tomadoras de decisiones. Situación que entorpece la implementación de programas de prevención, y por lo tanto limita el acceso a la información, libre de prejuicios, creencias y tabúes.

Paralelamente se rescataron las categorías, uso de métodos antifecondativos y conocimiento del ciclo ovárico y uterino. Por un lado, Guadalupe en su relato, comentó no haber usado ningún método antifecondativo desde el inicio de sus relaciones coitales, además de desconocer sus ciclos reproductivos. Situación que concuerda con el testimonio de Rosa quien perpetua el desconocimiento posterior al parto de su hijo, ella refirió usar un DIU por indicación médica, sin embargo, le fueron colocados dos dispositivos por negligencia sanitaria y actualmente usa el implante subdérmico, el cual le provoca efectos secundarios.

Por otro lado, Amira quien planeó y deseó su embarazo utilizó condón externo por un año, antes de planificar su gesta, desconoce sus ciclos reproductivos y considera difícil el acceso a métodos antifecondativos en Acaxochitlán. Sofía usó condón externo por un año y lo suspendió por una decisión con su pareja, también desconoce sus ciclos reproductivos; posterior a su parto le fue colocado un implante subdérmico por indicación médica y actualmente experimenta efectos secundarios. Finalmente, Aiko refirió tener conocimiento sobre sus ciclos reproductivos y haber utilizado condón externo en sus relaciones coitales; sin embargo, su embarazo se debió al fallo en el método antifecondativo.

En este sentido Northrup (1999) refiere que para que una gesta dé lugar, las mujeres deben encontrarse en periodo de ovulación; por lo cual, es imprescindible que

las mujeres conozcan los ritmos de su cuerpo. Así podrían determinar cuándo es oportuno o inoportuno el uso de algún método antifecondativo, para el control de su *reproductividad*. La autora señala que los sistemas sanitarios y educativos, omiten este tipo de información pues es más sencillo brindar información restrictiva o algún método antifecondativo, sin profundizar en su uso y compatibilidad con los cuerpos de las mujeres. Igualmente, refiere que los métodos antifecondativos pueden fallar, generando efectos secundarios o no proteger ante infecciones de transmisión sexual (ITS), por esta razón, es necesario contar con información suficiente para saber cómo accionar frente a una emergencia. Igualmente, en algunos espacios el acceso a métodos antifecondativos puede considerarse difícil, por la falta de difusión de los servicios de salud. Así, el conocimiento del cuerpo en un sentido reproductivo y el uso/suspensión de algún método antifecondativo, pudieran permitir una gesta si es deseada o planeada; o bien, evitar un embarazo no planeado, ni deseado.

### **Hombres adolescentes**

Para la discusión del eje embarazo en la adolescencia como resultado sanitario, en el sector poblacional de los hombres adolescentes se identificaron las categorías: *educación en sexualidad integral* y uso de métodos antifecondativos.

Respecto a la *educación en sexualidad integral*, Benjamín, Rodrigo y Rogelio refirieron haber recibido información durante su formación en la secundaria. Sin embargo, los tres participantes consideraron que esta fue insuficiente. Así mismo, comentaron que la información brindada, fue desde un “*deber ser*” con respecto a la norma social. Situación que contribuye a construir resistencias y sentimientos de vergüenza en la búsqueda de información y métodos antifecondativos, ante sus prácticas reales. A su vez, esto promueve la búsqueda de soluciones en el ámbito sexual con amigos y conocidos. Estos elementos fueron identificados en los tres relatos, pero principalmente en el relato de Rogelio de Zacualtipán de Ángeles.

Se identificó que las formas en que se brinda información sobre *salud sexual y reproductiva* en los niveles de educación básica en estos tres municipios, continúan replicando discursos prohibitivos y punitivos sobre la sexualidad humana. Situación que trae a discusión el término de *sociedades disciplinarias* que plantea Foucault (1986), donde las personas son vía de sí mismas y de los demás, asegurando el orden personal

y social, en función de las relaciones de *poder*, o bien legitimando y reproduciendo una única forma de vivir las sexualidades como *norma social*. Ya que de no seguir los estándares y explorar las diferentes expresiones de sus sexualidades, las adolescencias podrían ser condenadas, excluidas y castigadas. En este sentido, la vivencia de la sexualidad en los hombres es ambivalente, pues por un lado escuchan e intentan practicar lo que consideran socialmente aceptable, pero también se esfuerzan por hacer lo que les dictan los diálogos y contenidos clandestinos que construyen con otros hombres. Suponiendo para ellos un gran reto para alcanzar un ideal de sexualidad y ser legitimados ante las sociedades y sus grupos de amigos. Pero a su vez, esta vivencia normada y replicada de la sexualidad disminuye la posibilidad de autoexplorar sus necesidades físicas, eróticas, reproductivas y afectivas.

Los *dispositivos de poder* encarnados en las prácticas anteriormente referidas, se encuentran en la presencia de sentimientos y emociones como formas de comunicación e interacción humana. Por lo cual, nuestros participantes refirieron que frente a las temáticas sobre sexualidad y búsqueda de métodos antifecundativos se encontró la vergüenza. Sentimiento descrito por Katz (1999 en Bruni, 2019), como la falta de orden y de tranquilidad de una persona hacia sí misma, lo que genera una autoimagen de inferioridad moral y vulnerabilidad social frente a una comunidad.

Por otro lado, en la categoría métodos antifecundativos se identificó que los tres participantes le dan mayor relevancia al condón externo, quizá por las características anatómicas referentes al pene, sin embargo, se muestra una ambivalencia en su uso. Ya que los tres participantes comentaron que dicho método resta sensibilidad y placer a las relaciones coitales, por lo cual, prefieren no usarlo. A excepción de Benjamín, quien refirió que su uso o no uso le parece indiferente, pues a él no le parece que se pierda sensibilidad durante las relaciones coitales, sin embargo, él refirió haberlo utilizado en pocas ocasiones, lo cual es contradictorio.

En este sentido algunas investigaciones como la de Gómez, Planes y Gras (2018), refieren que el método antifecundativo de preferencia para los hombres adolescentes es el condón externo, ya que es el más económico y de fácil acceso. Sin embargo, su uso es cuestionado por hombres y mujeres adolescentes por la sensibilidad que aporta. Por lo cual, sería viable la construcción de nuevas narrativas sobre la sensibilidad durante el

coito con el uso de condón externo, para prevenir posibles ITS. Las cuales podrían favorecer a sostener encuentros sexuales con tranquilidad y libres de preocupaciones sobre los posibles riesgos a la salud.

Simultáneamente, referente al uso de métodos antifecondativos Benjamín y Rodrigo comentaron que, en sus prácticas coitales previas al embarazo de su actual pareja, y en las prácticas de sus amigos varones, fue común la compra de la píldora de emergencia para sus parejas sexuales frente al no uso de condón externo. Ya que este método puede evitarles problemas y les hace sentir seguros, ante la probabilidad de poder embarazar a su pareja sexual. Así mismo, los tres participantes enfatizaron en el conocimiento del condón externo y de la píldora de emergencia como métodos antifecondativos para otros hombres adolescentes que aún no son padres, con la finalidad de contrarrestar las responsabilidades económicas de la paternidad.

En este sentido, algunas investigaciones como la de Monsalve et al. (2019), refieren que el uso normalizado de la píldora de emergencia se da en las adolescencias, pues lo consideran un método discreto y viable para pasar desapercibidos frente a los encuentros coitales. Igualmente, comentan que los hombres adolescentes al no experimentar los efectos secundarios por la carga hormonal del método, no presentan preocupación y les es atractivo por ser de una o dos tomas.

Por lo anterior, pensamos que la compra de la píldora de emergencia de los hombres adolescentes a sus parejas sexuales, está vinculado a liberarse de responsabilidades sobre un posible embarazo, a no tener vergüenza por acceder a otro método antifecondativo, al desconocimiento de otros métodos y al desconocimiento de los efectos secundarios de tipo hormonal que se genera en los cuerpos de las mujeres. Así mismo, sostenemos que el uso indiscriminado de este método antifecondativo es predisponente a un embarazo no deseado, ni planeado, principalmente por el desequilibrio hormonal en el cuerpo de las mujeres.

Paralelo al no uso de métodos de barrera, Benjamín y Rodrigo comentaron en sus historias haber sostenido relaciones coitales de riesgo, debido al enamoramiento que pudiesen tener hacia su pareja sentimental. Así mismo, comentaron que cuando esto sucede no se piensa a futuro sobre las posibles consecuencias de la paternidad, lo cual está vinculado a sentir seguridad emocional y física, en el ejercicio y exploración sexual

con sus parejas sentimentales. Por lo que, algunos estudios como el de Lynch y Huertas (2018), refieren que existe una relación significativa entre los componentes del amor romántico en las parejas adolescentes y el uso de métodos antifecondativos, como lo son: la intimidad, la pasión y el compañerismo, con el uso de la píldora de emergencia, en las relaciones coitales.

Respecto a esto, las autoras refieren el uso de la píldora de emergencia frente al enamoramiento y al no uso de un método de barrera. Sin embargo, se cree que sería imprescindible llevar a la reflexión a la probabilidad del no uso de ningún método antifecondativo por la dificultad en su acceso por los medios materiales y económicos, o ante el hecho de sentir vergüenza.

Finalmente, desde una mirada comparativa por *sexo/género* y para concluir el eje 1 embarazo en la adolescencia como resultado sanitario. Es imprescindible evidenciar que hubo mayor presencia de información y construcción de categorías desde las mujeres. Lo cual, no pretende una cuantificación para el análisis, sino mostrar la implicación de las mujeres adolescentes en los temas en *sexualidad y reproductividad*, debido a la cantidad de discurso depositado. Situación que puede vincularse al interés y responsabilidad sobre sus propios procesos de salud.

Así mismo, es recuperable de las categorías *educación en sexualidad integral* en ambas poblaciones, que las mujeres se mostraron más atentas y comprometidas en la búsqueda de información. Sin embargo, en los hombres este ámbito se mostró poco relevante y le brindaron más importancia al no parecer vulnerables moralmente frente a los contenidos. Situación que se manifestó en los sentimientos de vergüenza y acciones de burla, de acuerdo con el discurso de las mujeres. La respuesta emocional y actitudinal pudiera vincularse a las construcciones *masculinas* que les permean culturalmente, pero que simultáneamente les pudiesen colocar en situaciones de vulnerabilidad con respecto a su *salud sexual y reproductiva*.

Por otro lado, ambas poblaciones señalaron que los sistemas educativos, familiares y de salud, son deficientes frente a un proceso educativo en *sexualidad integral*. Pues los contenidos estuvieron principalmente sesgados por mitos, tabúes, creencias personales y posicionamientos morales. Lo cual invita a replantear el tipo y calidad de la

información, la empatía, la disposición, así como las formas en las que se acompañan los diferentes temas en los procesos de educación integral en sexualidad.

Con respecto a las categorías métodos antifecondativos, se observó que los hombres no vinculan el goce del ejercicio sexual con la *reproductividad*. En este sentido, buscan la vía más sencilla, menos problemática y más accesible económicamente para poder solucionar la *reproductividad* de las mujeres, y no la de ellos. Hecho que vulnera su *bienestar biopsicosocial*, pero también el de las mujeres que son sus parejas sexuales, por la falta de empatía en sus procesos corporales. Esto en relación a lo expuesto por autores como Pérez et al. (2020), quienes refieren que las expectativas vinculadas al ejercicio de la *sexualidad* en los hombres adolescentes están vinculadas a la libertad corporal, a la responsabilidad personal y a la expectativa sobre un empleo.

#### **4.3.2. Implicaciones biopsicosociales**

##### **Mujeres adolescentes**

Como segundo eje de análisis se señalan algunas implicaciones biopsicosociales experimentadas por mujeres y hombres adolescentes frente a un proceso de embarazo. Simultáneo al eje anterior, se iniciará con el análisis de las mujeres adolescentes, de donde las categorías identificadas fueron: implicaciones fisiológicas, psicológicas y sociales.

Con respecto a la categoría implicaciones fisiológicas, todas las participantes de la investigación refirieron haber experimentado algunos síntomas regulares del embarazo, como edemas de las extremidades inferiores, problemas gastrointestinales. Los cuales se presentaron en el primer trimestre de gestación, los principales fueron náuseas, vómito, anorexia o antojos. En lo referente a las patologías presentadas en los *relatos de vida*, resalta la amenaza de aborto de Amira, el cual se vinculó a sus estados emocionales experimentados ante su ruptura de pareja. Así mismo, de la historia de Aiko se presentó la pérdida de líquido amniótico y falta de dilatación del cuello uterino, al ser mal pronosticado su labor de parto en el centro de salud. Por lo cual, le practicaron una cesárea en un hospital privado del municipio de Tlanchinol. Por su parte, Rosa también tuvo resolución obstétrica mediante cesárea, debido a los malos hábitos alimentarios y de consumo de sustancias; igualmente, su hijo experimentó complicaciones perinatales pues al nacer no respiraba y sufrió deshidratación durante su estancia hospitalaria. Así

mismo, semanas posteriores a la resolución obstétrica la herida postquirúrgica de Rosa se infectó debido al esfuerzo físico implementado en una discusión con su pareja, misma que no atendió de forma inmediata.

De los relatos, se observa que algunas de las patologías presentadas están íntimamente implicadas con factores emocionales como las de Amira y Rosa; por otra parte, se identifica negligencia sanitaria en el caso de Aiko y en la atención a las complicaciones perinatales del hijo de Rosa. En este sentido, algunos autores como (Figueroa et al., 2020) refieren que las patologías en los embarazos adolescentes se originan por la falta de maduración en las estructuras reproductivas de las adolescentes. Sin embargo, Stern (2004) refiere que la presencia de patologías se puede deber a la falta de atención sanitaria, cuidados individuales y alimentación de calidad; y no precisamente por cuestiones de edad. Ya que los sistemas sanitarios deberían brindar atención para la salud de forma integral para que las mujeres adolescentes puedan concluir con éxito la gestación. Por lo que, simultáneo a las consultas prenatales se debería proporcionar algún tipo de acompañamiento para la salud emocional. Pues las historias de las participantes muestran que la presencia de emociones negativas durante los procesos de gestación, pueden ser detonantes de alguna patología.

Respecto a las implicaciones emocionales y psicológicas, Aiko, Amira y Rosa vivieron su embarazo simultáneo a un alejamiento y/o ruptura con su pareja sexual o sentimental. Por lo que, refirieron haber experimentado ira y tristeza durante sus gestas. Las tres coinciden en que esperaban recibir contención emocional y apoyo económico de sus parejas. En este sentido Piqueras et al., (2010) refieren que las emociones son reacciones psicofisiológicas, las cuales, poseen una función de comunicación e interacción social. Por lo que la tristeza comunica la necesidad de cuidado y atención; es una forma de hacer frente a las pérdidas o separaciones, así mismo, junto a otros síntomas puede detonar un trastorno del estado de ánimo, como lo es la depresión. Por otra parte, la ira puede aparecer en situaciones adversas en donde las personas consideran que deben defenderse, por considerar peligrosos algunos estímulos externos. En este sentido, la reacción emocional de las participantes evidencia que frente a un embarazo adolescente es imprescindible la construcción de una red de apoyo que pueda brindar la sensación de protección, cuidado, atención y cariño.

Por otra parte, Aiko y Rosa quienes tuvieron embarazos no planeados, ni deseados refirieron haber sentido angustia ante la maternidad, y haber experimentado sentimientos de amor/odio por sus hijos. Algunos estudios como el de Madrid et al. (2019) refieren que la maternidad adolescente puede ser una experiencia que oriente a asumir el *mandato de género* de ser “buena madre” generando una forma de presión social en ellas. Así mismo, pueden considerar la maternidad como una dificultad u obstáculo para alcanzar sus metas a futuro.

Así, aunque Sofía experimentó felicidad por su embarazo, simultáneamente refirió haber sentido culpabilidad por considerar que le falló a su madre, quién se esforzó por brindarles a ella y sus hermanos una buena crianza. En relación a lo anterior, algunos estudios como el de Avellaneda y Torres (2019), refieren que la sexualidad puede ser un ámbito menospreciado por considerarse socialmente prohibido. Por lo cual, ella pudo haber experimentado culpabilidad con respecto a su mamá, al sentir que ejercer su sexualidad era algo negativo.

Finalmente, Rosa refirió haberse sentido abandonada desde niña ante la migración de sus padres a Estados Unidos, por lo cual, inclusive durante su embarazo se refugió en el consumo de sustancias, el *cutting* y su relación de pareja. En asociación, Bourbeau (2015) comenta que quién experimenta abandonos en su infancia, regularmente posee la necesidad de llenar su carencia afectiva con conductas dependientes, pues considera que no son capaces de valerse por sí mismas y necesitan de alguien más para apoyarse.

Con respecto a la categoría implicaciones sociales experimentadas por los embarazos de nuestras participantes. Se encontró que Amira, Aiko y Sofía tuvieron que abandonar la escuela para poder dedicarle tiempo a sus hijos, así como a las labores domésticas. En este sentido, algunas normas sociales con respecto a la sexualidad y *reproductividad* han encaminado a las mujeres a entender su función social como paridoras de hijos y servidoras del hogar, así como de sus parejas (Northrup, 1999). Esto determina que algunas mujeres sean socialmente orilladas a convertirse en amas de casa y abandonar sus estudios.

En esta categoría es importante resaltar la historia de Amira y Aiko, ya que ellas son madres solteras de Acaxochitlán y Tepehuacán de Guerrero. En el relato de Amira, su pareja no pudo responsabilizarse del embarazo debido a la falta de apoyo económico,

así como, por la falta de oportunidades laborales en su municipio. En la historia de Aiko su embarazo fue producto de una relación sexual de riesgo, posible violencia sexual de la cual su pareja sexual no se responsabilizó. Por lo cual, ellas comentaron haber experimentado una brecha de desigualdad más que de nuestras otras tres participantes, las cuales vivieron en los ámbitos personal, social y económico.

A nivel personal, ellas tenían la sensación de desprotección ante la ausencia de su pareja. Por lo que, sus familias intervinieron para hacer frente a sus necesidades biopsicosociales. Mientras que, a nivel social y económico Aiko y Amira tuvieron que vivir deserción escolar y ser relegadas al trabajo doméstico, como apoyo a sus familias pues eran responsables de sus gastos y de los de sus hijos.

En este sentido, algunos estudios como el de Arcos y Tunal (2014) enuncian que la maternidad regularmente conduce a algunas mujeres al trabajo doméstico, pero a las madres adolescentes solteras se les agrega un dilema sobre el mantenimiento de los hijos. Ser madre cuidadora y padre proveedor paralelamente. Sin embargo, la incorporación de las mujeres al campo de trabajo ha sido progresiva y con diferentes matices de desigualdad. Ya que pueden tener menores salarios y vivir entre los dilemas de la caída del ingreso familiar o priorizar el cuidado integral de los hijos. Situaciones que pueden experimentar con frustración por no proveer todo lo necesario a sus hijas e hijos.

Así en la historia de nuestras participantes se identificó que la familia fungió el papel de proveedora con la finalidad de que ellas pudieran dedicarse al cuidado de sus hijos, pero simultáneamente acompañado de una solicitud de apoyo en las labores domésticas.

### **Hombres adolescentes**

Las categorías con respecto al eje 2 de análisis entre las mujeres y los hombres adolescentes, varían debido a que los hombres adolescentes no reportaron cambios o implicaciones fisiológicas. Por lo que, las categorías que se presentan a continuación son las implicaciones psicológicas y sociales de los hombres adolescentes frente a un embarazo en la adolescencia.

Con respecto a las implicaciones psicológicas es imprescindible resaltar los estilos de crianza en los que se desarrollaron nuestros participantes. Debido a que en su

discurso fue imperante la dinámica de sus familias de origen, la personalidad que han construido y la respuesta emocional que tuvieron frente a la paternidad.

En este sentido, referente a la historia de Benjamín, él fue criado en una estructura familiar vulnerada económicamente, por lo que sus padres estuvieron ausentes la mayor parte del tiempo, y él tuvo que ingresar durante su infancia a vender su mano de obra, así como de responsabilizarse de pagar y asistir a la escuela. Este hecho le hace tener muy presente la responsabilidad frente a un mundo jerarquizado. Pero también a experimentar soledades familiares, las cuales está cubriendo con la construcción de su propia familia. Por otro lado, su relato evidencia baja autoestima, en los constantes episodios de celos hacía Guadalupe.

Teóricamente, Kaleido (2019) refiere que algunos hombres adolescentes que vivieron situaciones de abandono emocional y ausencia de oportunidades educativas en la infancia, pueden experimentar la paternidad como experiencia positiva. Ya que les hace desarrollar afectos de alegría y orgullo, lo cual mejora y reafirma su autoestima.

Por lo anterior, podemos vincular el relato de Benjamín, con el tipo de crianza negligente que plantea Aguilar (2002), donde señala que este estilo parental se obtiene de la mezcla de los estilos: autoritario y permisivo. Este estilo de crianza se desarrolla en entornos con problemas económicos y de vulnerabilidad social. Los padres suelen ser permisivos, ausentes, irritables, agresivos, ambiguos y con falta de implicación emocional. A su vez, sus hijos pueden desarrollar estructuras de personalidad con características emocionales, como la inseguridad, la inestabilidad, la vulnerabilidad, baja autoestima, experimentar soledades, o desarrollar psicopatologías como la depresión.

Se identifica, en el relato de Benjamín la experiencia de la paternidad como algo que no se planeó, pero que ya se estaba deseando al interior de su relación de pareja está siendo una experiencia positiva para él. Algunas de las emociones que refirió en su discurso fueron el amor, la motivación, la esperanza y la felicidad.

En este sentido Estrada y Martínez (2014), refieren que las emociones positivas se experimentan cuando un evento es significativo para la persona y son aquellas en las que predomina el placer o el bienestar. Así mismo, el cultivo de estas emociones es funcional para la construcción de metas y la búsqueda del bienestar. Aunque de forma ambivalente la valía que Benjamín le ha otorgado a su relación de pareja y a su proceso

de paternidad, le ha hecho desarrollar vulnerabilidades emocionales frente a una posible pérdida de los vínculos. Por lo que son recurrentes las escenas de celos frente a una posible infidelidad de Guadalupe. Algunos autores como Canto, García y Gómez (2009), refieren que los celos frente a una hipotética infidelidad en los hombres desde una postura evolucionista, son un mecanismo emocional de mantenimiento de la pareja frente a la preocupación de infidelidad sexual y no afectiva.

Por un lado, Rodrigo refirió que sus padres son comerciantes, de quienes percibió una crianza normativa pero acompañada en lo indispensable. Mismos que han transmitido en todo momento un gran sentido de responsabilidad. Ya que como se refirió en su historia, él se sentía comprometido con estudiar una ingeniería y salir a buscar un trabajo para mejorar las condiciones económicas de su hogar. Así como, culpabilidad y miedo al momento de enterarse de su paternidad y tener que comunicarlo a sus padres. Por otro lado, cuando se realizó la entrevista se identificó irritabilidad frente a su paternidad como responsabilidad, pero un gran compromiso en garantizar la seguridad e integridad de Sofía y su hijo. Por lo que pensamos que Rodrigo, fue criado en un hogar autoritario. Estilo de crianza donde puede permear el castigo físico y en donde los padres valoran la obediencia como una virtud. Produciendo un tipo de subordinación en los hijos y la restricción de su autonomía, principalmente en su toma de decisiones. A su vez, los adolescentes pueden percibir escaso apoyo, tener baja autoestima, ser tímidos, irritarse y frustrarse con facilidad, ser vulnerables a los entornos caóticos y sentirse tensos ante ellos (Aguilar, 2002).

Así mismo, en el discurso de Rodrigo estuvo presente la adaptación a su proceso sobre su nueva paternidad, con la que ahora se siente emocionalmente tranquilo. Pero refiere ha sido un proceso donde se ha sentido irritado y frustrado, principalmente por la presión social de su familia y de la madre de Sofía. De quienes percibe una exigencia constante para que él se responsabilice y no falle en ser el proveedor, como cuando tuvo que abandonar la escuela. Respecto a esta situación, algunos autores que hablan sobre la regulación emocional proponen que la irritabilidad y la frustración está asociada a la emoción de la ira, la cual, de acuerdo con Piqueras et al. (2010), puede evidenciar la no adaptación a situaciones donde las personas deben de defenderse, y en donde se

consideran peligrosos algunos estímulos externos. A su vez, se puede vincular un castigo real o simbólico frente a la responsabilidad.

Por una parte, Rogelio comentó que su figura paterna estuvo ausente durante su infancia debido al fenómeno de la migración, hecho que le hizo crecer con sus hermanas y madre, siendo él el único hijo varón y el hermano mayor. Situación que denota descuido, soledades, poca responsabilidad y la dependencia a las construcciones identitarias femeninas. Por lo cual, se piensa que Rogelio fue criado en un hogar con un estilo permisivo, donde los padres o en este caso su madre, pudo promover la autonomía y la independencia evitando el uso de restricciones y el castigo. Dicho estilo de crianza llevada a un extremo, puede reproducir un esquema de desprotección y generar en los hijos problemas de obediencia, poca responsabilidad, dificultad para la interiorización de valores, padecer de autoestima, confianza y tener bajo nivel de control de sus impulsos (Aguilar, 2002).

Por otra parte, el relato de Rogelio evidencia la emoción del miedo en el proceso de asumir su paternidad, la cual no aceptó hasta que Rosa tuvo 5 meses de embarazo. Emoción que lo mantuvo en un estado de negación y resistencia, hasta que Rosa tuvo un acercamiento con él. En este sentido Moscone (2012), refiere que el miedo es una emoción que permite preparar a la persona para brindar una respuesta frente a una amenaza. El miedo se vincula a la supervivencia, sin embargo, puede manifestarse como miedo disfuncional el cual se manifiesta con pereza, timidez, negación, resistencia, evasión, culpa, estados de tristeza y pensamientos negativos sobre el futuro. Por lo que se piensa que la paternidad fue percibida en Rogelio como una amenaza. A su vez, es importante recuperar la escena en la cual él se encontraba en el hospital, durante la cesárea de Rosa, en donde se encontraba en un estado de ansiedad elevada, la cual disminuyó al encontrar al tío de su pareja.

En la categoría implicaciones sociales de los hombres adolescentes frente al embarazo de sus parejas sentimentales. Rodrigo y Rogelio refirieron haber tenido que abandonar la escuela por su paternidad, debido a que no contaban con los recursos económicos para continuar. En este sentido, algunos autores como Caicedo (2019) refieren que la paternidad adolescente trae cambios importantes a nivel subjetivo, social y familiar. Para ellos es un reto importante la adaptación a estos cambios, frecuentemente

cimentados en la adquisición de recursos materiales. Por lo cual, algunos hombres adolescentes frente al embarazo de su pareja y a la falta de apoyo económico, pueden abandonar la escuela para buscar un empleo.

Situación que difiere del testimonio de Benjamín, ya que él abandonó el bachillerato previo a convertirse en padre, debido a dificultades económicas que lo llevaron a decidir si estudiar o comer, pues no contaba con el apoyo económico de sus padres. En este sentido la historia de Benjamín pone en relieve la situación de pobreza que algunas niñas, niños y adolescentes pudiesen vivir en el municipio de Acaxochitlán.

Finalmente, para concluir las reflexiones del eje 2 sobre las implicaciones biopsicosociales desde un análisis comparativo entre las poblaciones de estudio. Es necesario evidenciar que las complicaciones fisiopatológicas que experimentaron las mujeres adolescentes durante la gestación estuvieron íntimamente relacionadas con sus estados anímicos, principalmente detonadas por sus relaciones de pareja.

Respecto a las categorías sobre las implicaciones psicológicas se observó nuevamente la necesidad de las mujeres adolescentes de ser cuidadas y protegidas por sus parejas sentimentales. Así como, una profunda preocupación por un buen ejercicio de su maternidad. Paralelamente, los hombres refirieron poseer implicaciones emocionales por sus vínculos de pareja. Sin embargo, en su discurso fue más relevante el tipo de vinculación que ellos tenían con sus familias de origen y el tipo de implicación sobre sus paternidades que en esencia fueron económicas.

En lo referente a las implicaciones sociales desde nuestro estudio, es importante referir que existen pocas investigaciones que narran las experiencias sobre las madres adolescentes solteras. Esto atiende a la necesidad de construir estudios que prioricen el estado biopsicosocial, y las nuevas dinámicas socioculturales construidas a partir de estas nuevas crianzas no emergentes de familias hegemónicas. Y analizar los programas sociales para la obtención de un empleo digno y la gestión de apoyos económicos para que no suceda la deserción escolar en ambos sexos. Ya que algunas investigaciones como la de Gayet y Juárez (2020), indican que la escuela es un factor protector ante un nuevo embarazo no deseado, ni planeado. Además de un agente protector ante las prácticas sexuales de riesgo, o un medio que permite el acceso a más información debido a las redes de apoyo.

### 4.3.3. Vulnerabilidades por grupo de población

El tercer eje vulnerabilidades por grupo de población buscó incluir del discurso de las personas participantes las categorías edad y género, como ámbitos transversales en el ejercicio sexual y reproductivo de las mujeres y hombres adolescentes.

#### Mujeres adolescentes

En este sentido, en la categoría edad todas nuestras participantes refirieron haber experimentado discriminación en algún momento, previo o durante sus gestas por sus familias, escuelas, religiones y comunidades. Pues comentan haber sido señaladas por tener actividad sexual a corta edad y haber sido irresponsables en el momento de quedar embarazadas. Esto nos lleva a retomar el término *adultocentrismo* entendido como la *relación de poder* de los adultos sobre las infancias y adolescencias, es la perspectiva vertical que define negativamente a las adolescencias en su diferencia con los adultos, donde se deja de lado su pensar, sentir y actuar transgrediendo sus construcciones identitarias y bienestar (Castelán y Olvera, 2015). Bajo esta perspectiva peyorativa, se cree que las adolescencias son incapaces de actuar adecuadamente como agentes sociales (Gómez, 2018). Aunque de acuerdo con Pinzón et al. (2012), la *sexualidad* como punto central de esta discusión, está presente en todas las etapas del desarrollo y sus formas de expresión son diversas, al incluir la interrelación con el *otro*.

Por lo anterior, el *adultocentrismo* y las *relaciones de poder* desde el *sexo-género* no son aisladas, debido a que este fenómeno es producto del *androcentrismo* como expresión del *sexismo*. Pues se toma al hombre/masculino como prototipo y *centro* de la experiencia humana (Jass, 2012 en Castelán y Olvera, 2015). Ejemplo de dicha imbricación es la criminalización de la sexualidad adolescente. Así como el caso de Aiko, donde se observó la marcada *relación de poder* con respecto al *género* y la edad, ya que su pareja sexual de quién se embarazó tenía 29 años y ella 15; así mismo, él, al saber que el condón externo se había roto, no lo comunicó. Ella relató haber vivido dicha experiencia sexual como una transgresión pues él solamente quería acceder a su cuerpo, mediante relaciones coitales. De forma similar, Guadalupe comenzó a mantener relaciones coitales cuando tenía 13 años y su pareja sexual 18. Así mismo, aunque existe

una vinculación afectiva profunda, su actual pareja tiene 19 años de edad y ella 15, marcando una *relación de poder* por edad y género.

Paralelamente, desde la perspectiva de *género* se piensa que el dispositivo de la *sexualidad y reproductividad*, es un punto central para el análisis de las *relaciones de poder*, en tanto que los cuerpos de las mujeres son territorios imprescindibles para el desarrollo de la vida social, material y simbólica. Pues en un *sistema-mundo*, *sexo-générico* de tipo binario, donde *normativamente* existen roles sobre el “deber ser” *hombre-masculino/mujer-femenina*, las identidades se construyen para abonar a la estratificación social, política y económica, mediante el reparto de roles en la división del trabajo (Posada, 2015). Por lo que, en los relatos de nuestras participantes, fue perceptible que vivieron en entornos familiares y sociales, donde se reprodujeron e impusieron *roles de género* normativos sobre lo que implica ser mujer frente a un embarazo. Así mismo, se evidenció la exigencia a sus parejas como hombres proveedores. La legitimación de las dinámicas anteriores, brinda la posibilidad de formar familias como base social, económica y política para las sociedades.

Consecutivamente, desde la perspectiva de género en los relatos de Guadalupe, Rosa y Aiko, se pudo leer que han vivenciado de forma directa o indirecta violencia sexual durante su infancia y adolescencia. En el caso de Guadalupe, su tío y primo han generado tocamientos hacia ella y su hermana por el hacinamiento en el que vivían. Situación similar a la de Rosa, quien refiere haber sido abusada por un familiar en su pubertad, dejando afecciones emocionales. En relación a esto, la OMS (2005 en Rodríguez et al., 2021), define la *violencia sexual* como cualquier acto, tentativo, comentarios, insinuaciones, tocamientos y agresiones genitales, de tipo sexual no deseado por una persona mediante coacción de otra persona, en una amplia gama de grados de uso de la fuerza física. En este sentido, la *violencia sexual* puede ocurrir sin diferenciar el tipo de vínculo con la víctima, y se puede dar en espacios como el hogar o la escuela.

Por otra parte, nuestras participantes Rosa y Amira vivenciaron violencia en el noviazgo, ya que sus parejas sentimentales les prohibieron sostener comunicaciones con otros hombres, por lo cual redujeron sus redes de apoyo. Ambas, coincidieron en haber suspendido las comunicaciones con sus amigos ante el temor de ser abandonadas por sus parejas y dejar de recibir contención emocional. Al respecto, algunos estudios

refieren que las violencias que se experimentan en las relaciones de pareja adolescentes pueden no ser percibidas como tal y las restricciones, ofensas y maltrato, se puede confundir con interés o cuidado de la pareja. Aunado a que la cultura occidental, ha colocado el *amor romántico* en el centro de la construcción de *identidades femeninas*, en donde no sólo se vivencia como una experiencia sino como un ámbito determinante en la vida de las mujeres (Lagarde 2005 en Pérez y Fiol, 2013). Esta situación hace probable que las estructuras amorosas de nuestras participantes les hayan colocado en una posición de *pasividad* frente a las opresiones de sus parejas.

Finalmente, en la historia de Aiko se identifica la violencia sexual en la renuencia o manipulación sobre el uso de un condón externo por parte de quien fue su pareja sexual. Así mismo, con respecto a los *roles de género* fue recurrente escuchar de Aiko: “*él no me cuidó*”. Por lo que la participante creyó que, por el hecho de compartir su cuerpo con un hombre mayor, éste tendría el respeto y la responsabilidad de cuidar de ella, así mismo podría estar idealizada la vinculación sexo/afectiva desde el *amor romántico*. En un sentido ético o moral, los elementos referidos por la participante referentes al cuidado, la responsabilidad y el respeto, deberían ser el ideal para cualquier relación afectiva o de sexo casual. Por lo cual, esta historia permite evidenciar cómo se vivencia desde las construcciones identitarias *masculinas* de algunos hombres adultos de la sierra hidalguense una sexualidad cosificadora, transgresiva y de consumo.

### **Hombres adolescentes**

Con respecto a la discusión sobre el eje 3, vulnerabilidades como grupo de población, se localizaron al igual en el análisis de las mujeres las categorías género y edad.

En la categoría género se identificó que los tres participantes sentían preocupación por cumplir con el estándar normativo de las *construcciones identitarias masculinas*, principalmente en la vivencia de su sexualidad. La cual de acuerdo con Lagarde (2000), implica el cumplimiento estricto de una amplia gama de características o rasgos, afectivos, cognitivos, estéticos y conductuales vinculados al *falocentrismo* y la virilidad. Por lo cual, si las *identidades masculinas* no son reconocidas, legitimadas y replicadas; pudiesen generar en algunos hombres, sentimientos de sufrimiento, confusión, rabia, desacuerdo, vergüenza e inferioridad.

Respecto, de la vinculación entre el ejercicio de las *masculinidades* y los conocimientos sobre sexualidad, se puede referir que nuestros tres participantes y sus amigos, construyeron sus conocimientos en espacios de reunión con otros hombres, donde pudiese o no, haber consumo de alcohol. Los cuales, son espacios de diálogo con amigos y familiares, donde se comparten experiencias sexuales y se dan consejos entre ellos; situación que puede legitimar algunas *violencias de género*. Ya que regularmente se dialoga desde el “*deber ser de la sexualidad masculina*”, pronunciando y diferenciando el tipo de actuación entre hombres y mujeres desde una actitud *activo/pasiva, pene/vulva*, como articulación de las *relaciones de poder* en la sexualidad (Foucault, 1988).

Por ejemplo, cuando el amigo de Benjamín contaba que su padre golpeaba a su madre para legitimar su mandato y superioridad en su casa, así como, cuando se compartían fotografías de sus parejas sexuales al desnudo. Situaciones que ponen en riesgo la integridad y dignidad de otra persona, por lo cual, se considera violencia o la vulneración de sus derechos como humanas. Por lo que paralelamente, es imprescindible enfatizar del relato de Benjamín, su rechazo a dichas prácticas que atentan contra la integridad de las mujeres, frente a la reciente construcción de su familia y su empatía hacía las violencias sexuales experimentadas por Guadalupe. Sin embargo, pensamos que es relevante evidenciar dichas construcciones sobre las *masculinidades*, a nivel social, ya que otros hombres adolescentes pudiesen estar construyendo sus narrativas, ideas y prácticas sexuales desde esos *sitios*.

En este sentido, Millet (1975), afirma que algunas de las construcciones *masculinas* presentes en los hombres, se crean a partir de procesos de socialización apegados a las lógicas del *poder*. Con la finalidad del desarrollo y réplica de sistemas de dominación eficaces que posean el respaldo de violencias a otras construcciones identitarias de los géneros; o como teóricamente se nombra, *sistema patriarcal*. Paralelamente, dicho sistema incluye características de camaradería y pactos entre hombres, que legitiman ciertas dinámicas, por ejemplo, en la historia de Rodrigo. Como cuando sus amigos se ayudaban entre sí durante las fiestas, prestando sus habitaciones para que sus amigos pudiesen tener relaciones sexuales con sus parejas. Sin embargo, este sistema de masculinidades también pudiese brindar castigo a sus miembros. Evidenciado, cuando Benjamín y Rodrigo reconocieron que fueron excluidos de las

reuniones sociales por no ser hombres solteros, ya que se les comenzó a considerar señores por construir una familia con sus parejas. Situación que les otorga otro estatus social entre sus grupos de amigos, pero también reduce sus redes de apoyo.

Por lo tanto, señalamos que la socialización de las vivencias sobre la sexualidad entre hombres adolescentes se puede estar llevando a espacios íntimos y privados, en donde quedan fuera otro tipo de identidades o construcciones y su válida forma de expresión. Lo que permite pensar que algunos espacios de hombres jóvenes son contruidos *patriarcalmente*, en la clandestinidad y producen narrativas sobre la sexualidad, donde todo es posible, incluso la violencia.

Aunado a la comprensión de los sistemas de construcción *identitaria masculina* desde las *relaciones de poder*, se vuelve a enfatizar en que los tres adolescentes durante su ejercicio sexual no pensaron en la *reproductividad*. Pues, primordialmente ellos y sus amigos se enfocaron en su goce y placer, transversalizado por los roles preestablecidos de *género*. Contrario a los resultados de la investigación de Pérez (2018) quién refirió que, en las narrativas sobre *sexualidad* de los hombres adolescentes, se encontraba limitada la mención del erotismo como elemento constitutivo de las *sexualidades*.

Así mismo, fue observable en la historia de nuestros participantes, excepto la de Benjamín, que durante los embarazos de sus parejas se mostraron sorprendidos y conflictuados por haber cometido un “*error*”. Pero posterior al parto, estuvieron orgullosos de ser padres, e inclusive proyectan aumentar el número de hijos.

Por lo anterior, se piensa desde un enfoque de género, que la paternidad o la posibilidad de tener hijos aumenta la *masculinidad*, pues alimenta la virilidad y autoestima. Esto tiene asociación con lo dispuesto por autores como: Botero, Hernández y Caicedo (2019), quienes refieren que la paternidad adolescente no siempre puede representar un inconveniente, ya que puede contribuir a la reafirmación de *identidades* y como referente de ratificar la *masculinidad*.

Así mismo, se identificó que las preocupaciones o implicaciones plasmadas en los discursos de nuestros tres participantes, durante el proceso de gestación de sus hijos, así como en torno al ejercicio de la paternidad. Principalmente, giraron en torno a las dificultades y retos económicos a los cuales se habían tenido que enfrentar desde que abandonaron sus escuelas. Ya que para ellos lo más importante fue la seguridad física y

material de sus hijos y parejas sentimentales. En este sentido Botero, Hernández y Caicedo (2019), refieren que la productividad económica como referente de la paternidad adolescente es fundamental, pues regularmente, quienes no trabajan lo empiezan a hacer y en quienes ya laboran, la venta de mano de obra cobra mayor relevancia.

Finalmente, con respecto al eje 2 desde una visión comparativa por sexo/género entre las mujeres y hombres adolescentes participantes, es importante visibilizar los tipos de *violencia sexual, de género y edad* experimentadas por nuestros participantes. Ya que señalar el continuo de violencias, que pueden vivenciar principalmente las mujeres desde la infancia permite cuestionar al *sistema-mundo* con la finalidad de que estas no sean invisibilizadas. Recordando que algunas de estas violencias pueden propiciar un embarazo no deseado, ni planeado, así como legitimar la violación a los derechos humanos. Por lo cual, creemos imprescindibles los procesos de sensibilización hacia la diferencia y la diversidad, así como, la empatía hacia otros géneros como parte de la *educación en sexualidad integral*; donde se busque involucrar participativamente a las *identidades masculinas*.

#### **4.3.4. Exposición al entorno físico, cultural y social**

Con respecto al eje 4, se realizaron algunas reflexiones sobre los diarios de campo sobre el entorno físico y cultural. Las cuales fueron obtenidas posterior al encuentro con los espacios y personas porteras de esta investigación. Posteriormente, se continuará desarrollando para la parte de exposición social, la misma lógica de análisis y discusiones separados por *sexo/género*.

Por un lado, Acaxochitlán es un municipio enmarcado en el mestizaje. Un municipio religioso, adoctrinado por el ejercicio de evangelización que vivieron *comunidades indígenas* de origen nahua. Entendiendo a las *comunidades indígenas* desde Carlsen (1999), como *sitios* o *territorios geopolíticos* dados por una historia, que circulan de “*boca en boca*” y de una generación a otra. Principalmente identificadas por un idioma o lengua en común, así como de una organización social que define lo político, cultural, social, civil, económico y religioso. Por lo que, desde la lógica *histórico/político/sexual* narrada en el capítulo II, y desde los argumentos de nuestras tres personas participantes, se piensa que las vivencias sexuales en las adolescencias se vinculan íntimamente con su contexto cultural, así como de sus *usos y costumbres*.

Entendiendo los *usos y costumbres* desde De la Graza Talavera (2012), como las prácticas de *comunidades indígenas* en México, que incluyen el autogobierno y sistemas normativos propios que han evolucionado con el ritmo de las sociedades, desde tiempos precoloniales. Se observó que, debido a los procesos sociales imbricados por los orígenes nahuas y los procesos evangelizadores de la iglesia católica, como parte de las normas *colonizadoras* otorgadas por un *sistema-mundo*. La población de Acaxochitlán suele ser muy hermética al hablar sobre *sexualidad*, o como bien refirió una de las personas porteras en el municipio, “*es de lo que no se habla por cuestiones morales*”.

Por lo que, los principios de moralidad sexual “aparentemente”, son bien recibidos, respetados y cumplidos por las personas y familias. Esto, ha producido un halo de sumisión y vergüenza como elementos característicos de la población. Motivo por el cual, las personas pueden sentirse avergonzadas, no saludar y no mirar a los ojos. En este sentido, de acuerdo con el testimonio de los participantes los procesos de transformación social y mestizaje llevaron a la población a vivir en silencio, soledad y vergüenza, principalmente los referentes a la *sexualidad*. Así como a trasladar los espacios de diálogo e información hacia lo prohibitivo, lo clandestino, o bien hacía la creencia profunda en los mitos.

Por otro lado, con respecto a Tepehuacán de Guerrero del diario de campo y de conversaciones con personas porteras de esta investigación, se refirió que, aunque el municipio es cercano a la región de la Huasteca hidalguense, quienes guardan características sociales de hospitalidad y calidez. Las personas de este municipio pertenecen a la Sierra Alta del Estado, por lo cual, las características poblacionales de personalidad son muy diferentes ya que por la segregación geoespacial suelen ser más reservadas, su actitud es más fría e inclusive agresiva. Tepehuacán de Guerrero, es un municipio que posee una población que guarda patrones herméticos, cristalizados y poco flexibles, por las costumbres con base en su moral, las cuales son difundidas con dureza y silencios. Las personas de esta región son denominadas “*serranos y serranas*”. A diferencia de Acaxochitlán la iglesia católica no tiene una íntima relación con la población, la cual también vivió proceso de mestizaje a *comunidades indígenas* otomíes de la sierra alta. Proceso llevado a cabo por monjes franciscanos.

Así mismo, tanto en Tepehuacán de Guerrero como en Acaxochitlán, algunas personas porteras refirieron que es común y está normalizado que las mujeres adolescentes se vinculen sexo/afectivamente con hombres mayores, e inclusive las familias fomentan estas uniones. Así, de acuerdo con Ortega (2019) algunas uniones en espacios *periféricos* donde puede haber o no comunidades indígenas se pueden dar uniones forzadas las cuales pueden ser coaccionadas o por consentimiento. Lo cual es considerado una violación a los derechos humanos de niñas, adolescentes y mujeres al no poder elegir libremente su proyecto de vida a través de sustentar algunas tradiciones de origen *capitalista-colonial-patriarcal* y con la finalidad de librarse aparentemente de la pobreza.

Los motivos de la normalización de estas *relaciones de poder* en los hogares, regularmente es por la *vulnerabilidad socioeconómica* que algunas familias pueden tener frente al hacinamiento. Así cuando algunas mujeres adolescentes se embarazan son orilladas a casarse o vivir en unión libre, porque para la familia representa una persona menos a la cual alimentar. Así mismo, al interior del vínculo se reproducen roles de género desde una postura estricta, por lo cual algunas mujeres tienen limitaciones para salir de sus hogares, tener amigas o realizar actividades recreativas. La actuación de las mujeres se ve relegada a las labores domésticas y las de los hombres al trabajo.

Al respecto, Vázquez y González (2021) refieren que la mayoría de los municipios pertenecientes a la Sierra Alta del Estado de Hidalgo presentan indicadores de rezago social con base en el promedio estatal debido al limitado acceso a los servicios básicos. Así mismo, la población se caracteriza por insertarse en actividades económicas que les permitan en mediana o menor medida subsistir.

Simultáneamente, del diario de campo se recupera que el municipio de Zacualtipán de Ángeles es perteneciente a la región de la Sierra Alta y colindante con la región Sierra Baja del Estado de Hidalgo. La cabecera municipal es una ciudad comercial en desarrollo de industrialización. Que, principalmente ofrece servicios de comercios fijos y ambulantes, para las personas que habitan en la ciudad, o bien que provienen de comunidades aledañas, principalmente las de la sierra norte de Veracruz. A diferencia de Tepehuacán de Guerrero, las personas de Zacualtipán son empáticas y hospitalarias pero tradicionales, no muestran resistencias a nuevas formas de conocimiento, pero

conservan tradiciones católicas. La flexibilidad en la adquisición de nuevos conocimientos se debe a la diversidad de personas que convergen en la ciudad.

En este sentido, nos parece relevante considerar los entornos físicos y culturales de nuestros participantes ya que algunos estudios como el de León y Gómez (2018), indican que las y los adolescentes y su forma en la que ejercen su *sexualidad* está determinada por su entorno. Por lo cual, responden en función de lo que socialmente se considera aceptable para su ejercicio, sin embargo, no en todas las ocasiones el contexto y entorno provee la información adecuada. Lo anterior, puede exponerles a factores de riesgo, como: a vivir violencia sexual, a vivir con una infección de transmisión sexual (ITS), VIH/sida o un embarazo no deseado, ni planeado.

### **Mujeres adolescentes**

Con respecto al eje exposición al entorno físico, cultural y social, de las reflexiones originadas por los relatos de las mujeres se desarrollarán las categorías: el papel de la pareja, la familia y otras redes de apoyo.

Así de la categoría el papel de la pareja, en el relato de nuestras participantes se encontró que todas esperaban recibir un acompañamiento de tipo emocional y económico por parte de sus parejas; incluida Aiko, quién mantuvo poco contacto con quién fue su pareja sexual. En este sentido Amira fue enfática en que su pareja fue irresponsable al no responsabilizarse económicamente de su gesta y haberse sentido molesta porque el proyecto de familia lo construyeron ambos y al final, él no estuvo, debido a que su padre y suegra no permitieron que continuaran la relación de pareja. Así mismo destacan algunas situaciones conflictivas en los vínculos de pareja, principalmente en los relatos de Guadalupe y Rosa, quienes comentaron haber vivido infidelidades y haber entendido a su pareja como un sustituto de sus figuras paternas.

Con respecto a lo anterior se encuentran los *roles de género* normalizados en el *sistema-mundo*, Millet (2017) refiere que el *amor romántico* y la monogamia es el centro identitario de las *construcciones femeninas*; es el opio de las mujeres como la religión de las masas. En este sentido, se entiende que las mujeres son seres emocionales y los hombres terrenales. Las mujeres muestran una mayor predisposición a la búsqueda de uniones sentimentales estables y a los hombres desde el hedonismo sexual, a aspiraciones materiales y económicas. Por lo que, desde lo ideal la pareja sentimental

representa una figura normalizada de la que se espera recibir amor, exclusividad y medios materiales para la supervivencia (García, 2018). Así, se rescata del relato de Aiko, que las mujeres adolescentes necesitan aprender a ser más autónomas en los ámbitos sexuales y afectivos.

Con respecto a la categoría del papel de la familia es imprescindible referir que, en los casos de Amira y Aiko, sus padres representaron un apoyo de tipo económico y material. En el caso de Sofía, fue su madre quién le brindó este tipo de apoyo. Por otro lado, Guadalupe, Amira, Aiko, Sofía y Rosa refirieron que sus madres o abuelas representaron un tipo de apoyo moral, emocional y de cuidados, ya que ellas les brindaron acompañamiento en sus procesos de transformación corporal, así como en el inicio de sus maternidades. Por lo que las mujeres de la familia pueden representar una fuente de sabiduría con respecto al funcionamiento del cuerpo de las mujeres y los hijos. Por lo que algunos estudios como el de Campos et al. (2008), sugieren que algunos valores presentes en las familias latinoamericanas pueden brindar beneficios biopsicosociales frente a un embarazo adolescente. Ya que algunas dinámicas, como la socialización de conocimientos desde el conocimiento del cuerpo, el ejercicio de la maternidad, la cohesión familiar, el apoyo económico, etc. Son factores que juegan un papel importante en los procesos de percepción del apoyo social, la regulación del estrés, ansiedad y desarrollo de resiliencia en las adolescentes durante momentos de crisis. Por lo anterior, pensamos que los valores y dinámicas de algunas familias latinoamericanas, desde espacios *periféricos*, pueden ser referentes para la construcción de modelos de atención en otros lugares del mundo, donde las relaciones familiares no se viven de esta manera.

Respecto a la categoría, otras redes de apoyo. Guadalupe, Aiko, Sofía y Rosa refirieron no tener amigas, ni amigos, situación que durante sus embarazos limitaron la expresión de sus emociones. Así mismo, aunque Guadalupe y Sofía no contaban con una red de amistades, consideraron haber permeado ese ámbito con su red de apoyo familiar. A su vez, la única que refirió tener amigas, amigos y una red sólida de apoyo familiar fue Amira. Por lo que algunos estudios como el de Aranda y Moreno (2013), refieren que es necesario el vínculo entre el estado de salud con el hecho de contar con una red de apoyo social, más allá del contexto familiar. Ya que crear comunidad con

personas que brinden apoyo social, posee un efecto amortiguador en la gestión de consecuencias frente a un acontecimiento estresante. Debido a esto sería importante construir espacios de convivencia, que permitan la creación de redes en mujeres adolescentes gestantes.

### **Hombres adolescentes**

Con respecto al eje cuatro entorno físico, cultural y social de los hombres adolescentes participantes de esta investigación, se recuperaron las categorías: papel de la pareja, papel de la familia y otras redes de apoyo.

En función de la categoría papel de la pareja, se identificó que los acompañamientos que se pueden generar en el vínculo sentimental se muestran ambivalentes. En el caso de Benjamín y Rodrigo fue primordial acompañar a su pareja durante el proceso de gestación, que haber sido acompañado en sus necesidades. Sin embargo, los tres participantes Benjamín, Rodrigo y Rogelio refirieron que su pareja sentimental es importante ya que pueden abrirse sentimentalmente y compartir sus emociones, pues no lo hacen con otras personas.

Referente a los acompañamientos brindados por sus familias, Benjamín refirió no haber sido acompañado de ninguna manera por su familia base, por el contrario, en diferentes ocasiones se le solicitó apoyo en la construcción de unos cuartos para sus hermanos menores. Sin embargo, Benjamín comentó haber recibido apoyo de sus suegros al sentirse aprobado en su relación con Guadalupe, a pesar de la diferencia de edad, por permitirle vivir en su casa, así como de cuidar la salud de su pareja mientras él trabaja. Por otro lado, aunque Rodrigo fue reprendido por sus padres ante el embarazo de Sofía, le apoyaron en el proceso de conseguir un empleo, con la vivienda, el cuidado de su pareja sentimental y retomar sus estudios. Así mismo, Rogelio comentó que frente al embarazo de Rosa y la deserción escolar, su madre le apoyó consiguiendo un empleo y la abuela de su pareja con la vivienda y con parte del pago de los servicios y alimentación en casa.

Con respecto a otras redes de apoyo los tres participantes refirieron haber formado amistades durante sus estudios básicos, mismos con los que sostenían reuniones y camaradería. Sin embargo, actualmente Benjamín, Rodrigo y Rogelio consideran tener poco apoyo social de sus amigos, debido a que la paternidad modificó su estatus y ahora

les consideran como señores. Por lo cual, pueden no ser invitados a las reuniones. Específicamente en el caso de Benjamín, refirió que un día tuvo un accidente automovilístico, donde solicitó el apoyo de sus amigos, quienes nunca llegaron.

Lo anterior demuestra nuevamente que la situación de mayor conflicto en los hombres adolescentes frente el embarazo en la adolescencia es la necesidad de brindar supervivencia y economía a su pareja y sus hijos. En este sentido, los tres participantes consideraron que la forma idónea de acompañamiento es la de orientarlos a las posibilidades del mundo laboral, la oportunidad de acceder a un espacio digno para su nueva familia y la ayuda para la gestión de miedos, angustias y preocupaciones. Principalmente ante lo referido por Rogelio cuando se le practicó una cesárea a Rosa, donde comentó haberse sentido en un momento de crisis, la cual disminuyó cuando apareció un tío que le ayudó con su regulación emocional.

Es necesario señalar que en ninguno de los *relatos de vida* de los adolescentes se mencionó algún tipo de apoyo ofrecido o recibido por los sistemas de salud, desarrollo social o trabajo y previsión social. Por lo cual, consideramos la importancia de las paternidades adolescentes, como agentes receptores de los sistemas de atención social y de salud emocional.

Finalmente, a partir de las reflexiones generadas del eje 4, principalmente vinculadas a los espacios físicos y culturales, pensamos que las intervenciones encaminadas a la educación en *sexualidad* integral y las direccionadas a la atención de gestantes adolescentes, tendrían que considerar los efectos morales y cognitivos de las poblaciones. Ya que una intervención poco amigable con los rasgos de introversión colectiva y las narrativas del contexto, pudiesen resultar invasivas o por el contrario relativizar información importante, que promueva violencias por omisión o justificadas en los *usos y costumbres*.

#### **4.3.5. Posición y estrato socioeconómico**

Respecto al eje 5 referente a la posición y estrato socioeconómico, se presentarán las reflexiones y análisis de las categorías: condiciones socioeconómicas, atención sanitaria y distancias geográficas de los servicios gineco obstétricos. Puntualizando que sólo en este eje con respecto a las condiciones socioeconómicas se hablará en conjunto de las

mujeres y hombres adolescentes. Ya que fue la única categoría similar que presentaron ambas poblaciones de los procesos de sistematización.

En este sentido, con respecto a la categoría condiciones socioeconómicas, todos los participantes refirieron que el ámbito económico fue una dificultad frente a sus procesos de gesta. De las historias conjuntas de Benjamín y de Guadalupe, las reflexiones giran en torno a las violencias generadas por la pobreza y el hacinamiento familiar, así como la falta de garantía de procesos para el sano desarrollo y supervivencia de las infancias y adolescencias en Acaxochitlán. Ya que dificultosamente lograron terminar sus estudios de primaria y secundaria por no tener para pagar las cuotas escolares. Así mismo, habitan en una casa sin acceso a los servicios de baño, drenaje, estufa de gas, etc., y está construida de cartón, lámina y plástico. Siendo un espacio de dos habitaciones donde habitan 5 personas, pero que simultáneamente se encuentra en un pequeño terreno en donde habitan aproximadamente 11 personas. Situación que las ha expuesto a ella y a su hermana a experimentar violencia sexual de parte de sus familiares. Igualmente, con respecto a las condiciones de vivienda, las casas aledañas poseen características de hacinamiento similares.

En este sentido Paucar (2014) comenta que las violencias sexuales por hacinamiento son principalmente generadas hacia niñas y mujeres adolescentes, donde el abusador domina negativamente el espacio físico. El cual regularmente es silenciado y cobijado por otros miembros de la familia. Refiere que las causales son principalmente los bajos ingresos de la población, poco acceso a financiamientos habitacionales, la pobreza, asentamientos irregulares y infraestructura social básica. Por lo que las historias de nuestros participantes muestran que el hacinamiento familiar y la pobreza contribuyen a experimentar violencia familiar y sexual. Siendo las niñas, niños y adolescentes las personas receptoras de estos actos por el poco espacio que vulnera su derecho a la intimidad.

Lo cual se puede confirmar en la inserción temprana al mundo laboral de Guadalupe y Benjamín, debido a la precariedad de oportunidades para su desarrollo integral. En este sentido, se piensa que las niñas, niños y adolescentes son involucrados de forma prematura en el mercado laboral y llevados al desarrollo de procesos propios de la adultez. Lo que incrementa las posibilidades de experimentar algún tipo de violencia

al vender su mano de obra. Ejemplo de lo anterior es Guadalupe, quién trabaja desde los 13 años, sus vínculos sexo/afectivos han sido con hombres mayores de edad y ha aceptado con naturalidad su maternidad, fenómeno que simultáneamente es común en Acaxochitlán, de acuerdo con las referencias brindadas por las personas porteras de esta investigación en el municipio.

Simultáneo al caso de Amira, quién se convirtió en madre al planear una vida en pareja y la construcción de una familia. Sin embargo, su pareja también adolescente era hijo de una madre autónoma, quién tiene otros hijos y su situación económica no le alcanzaba para sus necesidades básicas familiares. Por lo tanto, pensamos que la pareja de nuestra participante fue obligada a incorporarse al sistema económico y tuvo que abandonar sus estudios. Sin embargo, el salario era insuficiente para los gastos familiares y de un hijo. Por lo que, la pareja y su suegra se reconocieron incompetentes económicamente para poder hacerle frente al proceso de gestación de Amira. En este sentido, aunque algunas adolescencias pudiesen planear y desear tener hijas e hijos como lo refiere la OMS (2022). Existen inequidades que fracturan el acceso a posibilidades de apoyo sanitario, educativo y económico para este sector en el municipio de Acaxochitlán.

Por otro lado, con respecto a Tepehuacán de Guerrero, Sofía comentó que su mamá salía del municipio para trabajar debido a que en su lugar de origen las condiciones laborales y salariales son poco dignas. Por otro lado, Rodrigo comentó que las oportunidades laborales y salariales en su municipio son limitadas a menos de que se trabaje para el ayuntamiento, espacio liderado por un grupo de poder político. Por lo que muchas personas buscan salir del municipio para tener condiciones económicas más dignas. Por otro lado, de la historia de Aiko se recuperó que el municipio posee dificultades en su acceso a las comunicaciones, debido a que los caminos, que en su 90% son pendientes, se encuentran destruidos por una mina aledaña. Igualmente, las telecomunicaciones y el servicio de internet son complicados debido a que las montañas y el tipo de instalaciones, sólo permiten la posibilidad de comunicarse en algunos espacios del municipio. Por lo cual se considera que Tepehuacán de Guerrero es un municipio segregado del acceso a los servicios.

Así mismo, con respecto a Zacualtipán de Ángeles La principal fuente de ingresos es el mercado textil, por lo cual existen diferentes talleres. Así, las personas que migran de comunidades a la cabecera de Zacualtipán, regularmente es por las oportunidades académicas de la Universidad Tecnológica de la Sierra Hidalguense, así como, por las oportunidades laborales en los talleres textiles.

Simultáneamente, con los relatos de Rosa y Rogelio se recuerda que él tuvo que abandonar la escuela para ingresar a trabajar en un taller textil donde también trabaja su madre, donde los salarios son mínimos. A su vez, Rosa rescata la dificultad al acceso a condiciones básicas de sobrevivencia, debido a que su pareja sentimental quién provee el hogar, aporta semanalmente entre \$100 y \$200 pesos. Por lo que, simultáneamente los salarios de Zacualtipán de Ángeles pueden explicar la migración de los padres de Rosa a los Estados Unidos.

Por lo cual, algunos estudios como el de Chaverri y Fernández (2023) refieren que la desigualdad en la repartición de la riqueza y la estratificación socioeconómica, son los problemas mundiales que desencadenan la mayoría de los conflictos sociales. Situaciones que no solo son originadas aisladamente desde la pobreza, sino que están detonadas por la estructura del sistema económico mundial, donde se aumenta la riqueza de unos cuantos. Hecho que evidencia, que el sistema económico mundial está altamente jerarquizado. Planteamiento similar al de Castro y Grosfoguel (2007), quienes refieren que posterior a las transiciones *histórico-político-sociales* de los procesos de *colonialidad*, vivimos en un *sistema-mundo poscolonial*, el cual determina las realidades sociales en conjunto. A su vez, el *sistema-mundo* tiene su epicentro en la división de la riqueza y las múltiples *interseccionalidades* de las poblaciones, de donde se prioriza lo *moderno/occidental*, lo *uropeo/imperialista* y lo *patriarcal*.

A su vez, Stern (2004), muestra que la pobreza y la vulnerabilidad social no son lo mismo, pero guardan íntima relación. Ya que la pobreza puede detonar estados de vulnerabilidad, como lo es el estado de bienestar biopsicosocial de las personas adolescentes que viven un embarazo. Ya que se requieren los medios económicos y sociales suficientes para poder satisfacer necesidades básicas, como la alimentación, una vivienda digna, el acceso a la educación, las comunicaciones y los servicios de salud.

En este sentido, consideramos que aquellas familias que no poseen los medios para cubrir dichas necesidades básicas, pudiesen estar viviendo en condición de pobreza. Así, la falta de recursos económicos y materiales, en un *sistema-mundo-capitalista*, aumenta las probabilidades de experimentar vulnerabilidad, la cual no está determinada individualmente, sino por las articulaciones políticas, económicas y sociales.

Consecutivamente, con respecto a la segunda categoría de este eje la cual es atención sanitaria y distancias de los servicios gineco obstétricos, consideramos imprescindible recalcar, que se hablará exclusivamente de las mujeres adolescentes participantes.

En este sentido, aunque existen programas de atención a gestantes adolescentes e inclusive se poseen protocolos especializados de actuación. Las cinco participantes recibieron exclusivamente atención médica, con la finalidad de atender la parte fisiológica. A excepción de las participantes de Tepehuacán de Guerrero que recibieron el acompañamiento de sus madrinas.

Las cinco participantes consideraron la atención sanitaria recibida fue mala o regular, pues algunas de ellas, como en el caso de Rosa tenían que esperar por horas a ser atendidas por la saturación de consultas médicas. Así mismo, durante las historias se presentaron negligencias en la atención médica, por ejemplo, la pérdida de líquido amniótico de Aiko en Tepehuacán y la colocación de dos DIU a Rosa en Zacualtipán. Igualmente, con respecto al trato ofrecido por los servicios de salud, Amira y Sofía refirieron que la atención gineco obstétrica durante sus procesos de parto fue poco empática y dolorosa, sobre todo cuando había supervisiones sobre la dilatación en sus cuellos del cérvix. Así mismo, destaca la imposición del implante subdérmico posterior al parto de Sofía, así como de Rosa posterior a la negligencia por la colocación de dos dispositivos intrauterinos, método antifecondativo que les ha generado efectos secundarios.

Con respecto a las experiencias relatadas por nuestras participantes y con base en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2022), se considera que vivieron violencia obstétrica. La cual, es un tipo de violencia que se ejerce desde profesionales de la salud hacia las mujeres embarazadas, en labor de parto y durante el puerperio. Y se caracteriza por qué las mujeres viven maltrato físico en las supervisiones médicas, procedimientos

autoritarios, la imposición de algún método antifecondativo, negación sobre el acceso a una consulta o tratamiento, violaciones a la privacidad y confidencialidad, humillación, abuso verbal, así como la detención de las mujeres y sus hijos ante la imposibilidad de pagar los servicios médicos.

Simultáneamente, a ninguna de nuestras participantes se le ofreció desde los servicios de salud algún tipo de acompañamiento psicosocial, consejería o de atención psicológica durante sus procesos de embarazo. Situación que es conflictiva, ya que, durante el análisis de las implicaciones, el cuidado del ámbito emocional es predisponente o causal para vivir en bienestar un proceso de gesta. Así, aunque la psicología es considerada como una disciplina afín al área de la salud, es importante señalar que los sistemas sanitarios hegemónicos excluyen la posibilidad de acceder a la salud emocional. Ya que, quienes se encuentran en los servicios sanitarios sobre *salud sexual y reproductiva*, son médicos y enfermeras quienes no cuentan con los elementos de profesionalización suficiente para atender y priorizar la salud emocional de las adolescencias, así como de la población en general.

En este sentido Northrup (1999), refiere que los sistemas sanitarios hegemónicos, son simultáneamente *patriarcales* y exclusivamente *biomédicos*, pues solamente enfatizan en las explicaciones del cuerpo humano “como una zona de guerra”, donde cualquier padecimiento o atención solicitada es entendida bajo la necesidad de intervenir el cuerpo agresivamente con el uso de indicaciones estrictas, fármacos o cirugías. Omitiendo y denigrando cualquier otro tipo de tratamiento, que no son ofrecidos por médicos y enfermeras. Por lo que el sistema sanitario hidalguense, que requiere atención integral puede denigrar otras profesiones vinculadas al campo de la salud, por considerar que no luchan por una valía demostrativa.

Finalmente, con respecto a la categoría tres referentes a las distancias de los servicios gineco obstétricos especializados, es imprescindible referir que, por el hecho de ser adolescentes, nuestras participantes tuvieron que ser trasladadas a hospitales de segundo nivel para su proceso de parto. Por lo que, Guadalupe y Amira de Acaxochitlán fueron asignadas al Hospital Regional de Tulancingo y al Hospital Regional de la Otomí-Tepehua, servicios que se encontraban aproximadamente a 45 min de sus hogares, y ambas no contaban con vehículo particular para su traslado. Por otro lado, nuestras

participantes de Tepehuacán de Guerrero fueron trasladadas al municipio de Tlanchinol por alrededor de 2 horas y media de camino, sobre pendientes y terracerías. Así recordando la historia de Aiko, ella iba con pérdida de líquido amniótico, en trabajo de parto y prácticamente de pie en la parte trasera de una camioneta. En este sentido, las distancias de atención gineco obstétrica especializada asignadas a los municipios de Acaxochitlán y Tepehuacán de Guerrero, permiten reflexionar sobre la necesidad de incorporar en sus contextos, este tipo de servicios sanitarios. Principalmente al experimentar una sobredemanda por sus cifras de embarazo adolescente. Con la finalidad de erradicar algunas de las barreras en el acceso a la *salud sexual y reproductiva*, de adolescentes y mujeres.

En este sentido desde el MDSS de la OMS, Alfaro (2014), refiere que las funciones esenciales de los sistemas sanitarios, tienen que ver con la promoción de la salud, el fortalecimiento y regularización de las capacidades institucionales para el acceso equitativo a los servicios de salud, el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, la garantía y mejoramiento de calidad de los servicios, la evaluación y vigilancia epidemiológica, el desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión, así como, incentivar la participación ciudadana.

Por lo que, a partir de los cinco *relatos de vida* de las mujeres de esta investigación, y el uso del MDSS, se identificaron algunos elementos que predisponen a experimentar un embarazo en la adolescencia, algunas de las complicaciones biopsicosociales, así como, algunos elementos culturales, económicos, políticos y sanitarios, propios de sus contextos. Los cuales, nos pueden dar cuenta de las realidades de otras adolescentes y de la situación del fenómeno en los municipios de Acaxochitlán, Tepehuacán de Guerrero y Zacualtipán de Ángeles, mismos que poseen altos índices de embarazo adolescente. A su vez, las discusiones generadas pretenden contribuir al sistema sanitario con especificaciones que evidencien la magnitud del problema y los elementos que intervienen; con la finalidad de repensar la atención clínica, intervenciones, programas y políticas públicas encaminadas a atender el embarazo adolescente.

## 4.4. Relatos de acompañantes en salud sexual y reproductiva

### 4.4.1. Luna “Nuevas generaciones de profesionales acompañando salud sexual y reproductiva en Acaxochitlán”

Luna es una médica de 30 años de edad que lleva 2 años laborando en unidades médicas rurales de los servicios de salud. En las localidades de Coyametepec, Paredones, Zotitla, Toxtla, Tepepa, la Bóveda, así como, de Apapaxtla el chico y el grande, pertenecientes al municipio de Acaxochitlán Hidalgo. Ella viaja desde hace dos años de la ciudad de Tulancingo de Bravo a Acaxochitlán para brindar sus consultas médicas.

#### **Poco tiempo y recursos para la atención en sexualidad integral**

Además de su consulta general, con respecto al tema del embarazo en la adolescencia ella elabora tres funciones. La primera es implementar desde los servicios de salud amigables procesos de prevención en las escuelas, consejería en métodos antifecondativos, así como brindar atención clínica a mujeres gestantes. Refiere que regularmente da entre 30 y 26 consultas generales al día, por lo que, acompañar de forma cercana y humanitaria a los pacientes es complicado. Así, en muchas ocasiones solo se enfoca en brindar consulta en el ámbito médico. *“En la consulta de una adolescente embarazada te tardas más, por muy rápido es de media hora, no te da tiempo de ponerte a platicar con ellas. Porque tienes que revisar los estudios y revisar al bebé”.*

Luna refiere que en algunas ocasiones las adolescentes gestantes llegan solas a solicitar la atención, pero cuando no es así aplican un proceso de vinculación entre el sistema de salud con la población. El proceso se llama *“estructura voluntaria”*, donde una persona líder en la comunidad le indica al personal de salud, quienes son las mujeres adolescentes embarazadas. En un acto seguido el personal de salud les invita a acudir a la unidad para recibir atención a la salud. Si las personas declinan la atención, se les solicita la firma de una responsiva donde el sistema de salud no se responsabiliza del proceso sobre su salud.

En el proceso de atención Luna refirió que toda paciente menor a 19 años es considerada con un riesgo de 4 puntos por el simple hecho de ser adolescente, lo cual se indicará en su historia clínica. Los puntos referentes al riesgo son dados por sus características, que van de: edad, escolaridad, peso, talla, patologías, otros embarazos,

etc. Por lo que, si una paciente posee de 0 a 3 puntos, su embarazo no es de alto riesgo, pero de 4 a 12 es considerado de alto riesgo. *“Se tienen que mandar a hospitales de segundo nivel para el parto. Porque necesariamente el ginecólogo las tiene que valorar fisiológicamente”*.

Luna refirió que, para la atención médica de una mujer adolescente embarazada durante el primer trimestre, se debe corroborar el embarazo, el grupo sanguíneo, se monitorean los signos prenatales, se indaga sobre posibles ITS, como VIH y sífilis, se descartan infecciones de vía urinarias, recetan ácido fólico y se solicita una química sanguínea. *“Las infecciones de vías urinarias predisponen a una amenaza de aborto”*.

Así mismo, se solicitan ultrasonidos estructurales u obstétricos, dependiendo de la situación económica de las adolescentes y sus familias, ya que los servicios de salud no les incluyen este tipo de estudios. Sin embargo, Luna comenta que este tipo de estudios son imprescindibles pues permiten identificar que el producto no tenga paladar hendido, defectos del tubo neural o alguna malformación congénita. Por otro lado, en las consultas de segundo trimestre les toman una curva de tolerancia a la glucosa, descartan la diabetes gestacional, descartan preeclampsia y eclampsia, etc. Y en las consultas de tercer trimestre, se continúa con el monitoreo de la madre y el bebé; principalmente la posición, el tamaño y todas las indicaciones necesarias sobre el bienestar fetal. Así mismo Luna refirió que algunas de las fisiopatologías más recurrentes en mujeres adolescentes gestantes, son: nacimientos prematuros, muerte materna y fetal.

*“El obstétrico te dice cómo está formado el bebé, dónde está la placenta y el líquido; lo más básico. En el estructural se descartan anomalías como Jennings y defectos del tubo neural. Pero no se lo toman por el dinero y luego las personas me preguntan que si son estudios importantes”*.

### **Sobre el embarazo adolescente en Acaxochitlán**

Luna comentó que regularmente las y los adolescentes no acceden de forma recurrente a consultas preventivas sobre *salud sexual y reproductiva*, y por insumos de protección, porque temen ser señalados por su comunidad. Así cuando sucede un embarazo, las adolescentes regularmente van a consulta médica hasta el segundo trimestre de gestación, que es entre el quinto y sexto mes de embarazo. Debido a que, en esos meses, comienzan a tener cambios físicos aparentes y es cuando regularmente socializan la noticia con sus padres y familias.

Luna comenta que las mujeres de Acaxochitlán se vinculan sexo/afectivamente a temprana edad y que es común que permanezcan con su primera pareja, coaccionadas o no. Ella piensa que algunos embarazos adolescentes que se dan en las relaciones de pareja pueden ser deseados, pero otros no, ya que algunas familias pueden presionarles para que se reproduzcan. Igualmente comentó que en sus consultas algunas de sus pacientes refirieron haber conocido a sus parejas en la red social de Facebook, y sus parejas tienen edades similares a las de ellas. Luna comentó que el embarazo en la adolescencia es frecuente y que algunas adolescentes que no pasan los 17 años, pueden ir a consulta por su segundo embarazo. Sin embargo, lo que es más conflictivo para ellas y sus familias es lo que la comunidad pueda pensar sobre sus decisiones de vida.

*“Pienso que cuando andan de novias, ya saben que se van a embarazar. Las juntan, las casan y su destino es ser amas de casa. Lo ven normal porque le pasó a su mamá y a su abuela, pero se sorprenden de un embarazo, aunque ya sabían que pasaría”.*

Luna refiere que el patrón cultural frente al embarazo en la adolescencia es que las mujeres adolescentes, principalmente cuando se casan o viven en unión libre, dejan de ser cuidadas por sus familias y comienzan a ser pensadas como una responsabilidad de su pareja y las familias de ellos. Por lo cual, refiere que muchas de las mujeres adolescentes no tienen voz, ni decisión sobre sus propios cuerpos, pues regularmente a las primeras consultas asistían con sus suegras, posteriormente solas. Así mismo, Luna comenta que existe un mando jerarquizado, donde los hijos adolescentes encargan a la pareja con su madre, así cuando ellos se encuentran ausentes por cuestiones laborales, las suegras toman decisiones sobre el proceso de embarazo y la *reproductividad* de la adolescente. Por otro lado, Luna también comentó que la otra mitad de las mujeres que asisten a su consulta por un embarazo en la adolescencia serán madres solteras, ya que sus parejas sexuales no se responsabilizan del embarazo, a su vez, ellas van acompañadas de sus madres o solas.

*“Las suegras me decían que las adolescentes no iban a tomarse los laboratorios porque sus hijos estaban trabajando. Algunos se van al norte y nada más mandan dinero, dejándolas con las suegras. Toda la historia clínica me la contestaba la suegra, hasta la última fecha de regla. Las parejas sólo acompañan una o dos consultas, pero realmente ellas van solas. Los esposos solo van a conocer al bebé, nada más”.*

## **Las formas de hacer acompañamientos para la salud sexual y reproductiva**

De acuerdo con nuestra participante, la forma en la que se realizan los acompañamientos desde el sector salud, para el ejercicio de la *salud sexual y reproductiva* de los adolescentes, es desde el proceso preventivo mediante pláticas en las escuelas y en las consultas médicas con las adolescentes gestantes. Así mismo, las personas que llevan a cabo los acompañamientos regularmente son personal médico y de enfermería. Los cuales se realizan de forma breve y muy sistemática, dando prioridad al proceso fisiológico. Comenta que algunas frustraciones como persona acompañante tienen que ver con las elecciones sobre los métodos antifecondativos. *“Cómo médica no las puedo obligar, pero me gusta que, si van a tomar una decisión sean conscientes. A veces eligen el implante por moda, por la experiencia familiar y lo que creen de las amigas”*.

Nuestra participante comenta que en los acompañamientos que se brindan desde el ámbito preventivo, las escuelas solicitan que personal de salud acuda a hablar sobre *educación en sexualidad integral*. Por lo cual pueden realizar algunas pláticas de donde una persona o dos pueden acercarse a solicitar más información o posteriormente asistir a una consejería especializada. Situación que genera satisfacción, pues comenta que durante los ejercicios preventivos las adolescencias pueden recibir los temas con burlas. Así mismo, el personal de salud refiere no contar con las herramientas metodológicas apropiadas para poder abordar a las poblaciones, pues su corte es biomédico. Por otro lado, comenta que el trabajo de prevención muchas veces se ve limitado por los padres de familia que cuentan con esquemas reservados sobre el ejercicio de la sexualidad, principalmente en el tema de los antifecondativos.

*“Se acercan por curiosidad. Unas niñas de secundaria me dijeron que querían un condón. Luego la voluntaria me dijo que, sólo las niñas habían hecho una apuesta para ver quién se atrevía. Pienso que es la rebeldía hacia los papás. O sea, porque ellos son los que cuestionan ¿Por qué tienes esto? ¿porqué te lo dieron?”*

Luna comenta que, durante las consultas médicas a las gestantes, se realiza un proceso de consejería sobre métodos antifecondativos previo a su parto, lo cual también considera como un acompañamiento. Así en el hospital de segundo nivel les puedan proporcionar los insumos o instalar, según sea el caso de algún dispositivo o implante.

Ya que, el objetivo sobre la salud biopsicosocial, es prevenir un embarazo no deseado en un lapso de entre dos a cinco años con el consentimiento de la adolescente. En este sentido, la médica comentó que los métodos de elección más recurrentes son las inyecciones trimestrales, el implante subdérmico y los DIU. Pues, los hospitales y clínicas enfatizan y recomiendan el uso de estos tres métodos antifecundativos ya que no poseen estrógenos, siendo un elemento importante a considerar cuando las madres adolescentes van a lactar, ya que esta hormona podría afectar a su hija o hijo.

*“Siempre lo platican con otra persona, las decisiones no las toman ellas. Me dicen que ellas no se mandan solas, que le van a preguntar a su esposo. Un día en consulta le pregunté a una joven si había elegido un método anticonceptivo, y su pareja me dijo que ella no se iba a cuidar. Yo le pregunté si él iba a cuidar a los hijos por ella y al final, autorizaron el método”.*

En relación a los efectos secundarios que los métodos antifecundativos de más uso en las adolescentes, la médica comentó que el implante genera cambios de humor, aumento de peso, sangrados intermensuales, etc. Por otro lado, con el DIU se puede tener cérvico-vaginitis, sangrado pélvico, cólicos y se tiene que monitorear algunos meses. La mayoría de los métodos antifecundativos poseen efectos secundarios o cuidados, y su uso se debe valorar personalmente con respecto al autoconocimiento del cuerpo. Sin embargo, los acompañamientos no contemplan la exploración de este ámbito con las adolescentes. *“La decisión se da por las mujeres de la familia. Por ejemplo, dicen que es mejor el implante porque la suegra se embarazó con DIU y se le encarnó. Yo les digo: ¿es mejor para quién?, explícame”.*

Luna comenta que existe una falta de comprensión sobre la importancia que posee la salud, así como el hecho de convertirse en madres y padres, desde las adolescencias. Por lo cual sus reacciones pueden ser desde la vergüenza, la burla o el nerviosismo. Sin embargo, comenta que, aunque las y los adolescentes frente a un proceso preventivo o frente a una consulta médica se pueden mostrar dispersos, la mayoría poseen disposición de aprender. *“Me dicen, no traje el ultrasonido. Les explico que lo necesito para ver cómo están, porque si ella no está bien su bebé tampoco. No están conscientes de lo que acontece”.*

En este sentido, algunas personas del sector salud pueden tener respuestas negativas en el trato con las adolescencias. Lo cual depende de la entrega, dedicación,

voluntad y flexibilidad en la práctica profesional. Ya que Luna comentó que existen personas de diferentes edades que brindan atención, por lo que las personas más jóvenes muestran disposición y las que tienen más experiencia, sólo se dedican a dar sus consultas sin profundizar más allá en su atención.

*“Unos adolescentes me dijeron: ¡ay doctora!, usted no es como la otra doctora, que es una regañona, ya no íbamos a venir. Pero sí les digo que hagan conciencia que su vida va a cambiar, que tienen que hacerse responsables, que ya cambiaron su vida”.*

### **Reflexiones y mejoras en los acompañamientos desde el sistema de salud en Acaxochitlán**

Con respecto a algunas reflexiones, Luna refirió que sería importante priorizar durante el proceso en *educación en sexualidad integral*, en el empoderamiento de las mujeres sobre su toma de decisiones y conocimiento corporal. Así mismo, priorizar a las madres y padres de familia en la promoción de derechos sexuales y reproductivos, pues ellos son quienes pudiesen entorpecer el proceso de acceso a la salud por sus creencias personales. *“A mí me da mucho miedo, he dado pláticas en la secundaria y en prepa. Pero en una primaria, ¿qué les voy a decir si son niños de 11 o 12 años? Son temas delicados, no quiero que me reclame el papá”.*

Luna comenta que para brindar una atención a la salud adecuada se necesitaría reorganizar el funcionamiento de las unidades, clínicas y hospitales. Ya que la carga de trabajo, los esquemas cristalizados sobre la atención deshumanizante y la falta de formación en intervenciones sociales, son elementos que dificultan que los procesos preventivos o de atención a mujeres gestantes sean integrales. Por lo que, comenta sería importante incluir personal que brinde atención a la salud emocional y que conozcan de metodologías preventivas.

*“No tenemos la preparación para darles acompañamiento psicológico, sólo en segundo nivel y no van a ir hasta allá. Solo van a lo más básico. La prevención es desde nuestra perspectiva y desde nuestra conciencia. No hay como tal, algo que te diga qué hacer”.*

#### **4.4.2. Ramón: “Más que promotor en salud un líder al servicio de la comunidad”**

Ramón es un hombre joven de 30 años de edad, oriundo de Tepehuacán de Guerrero. Estudió en la ciudad de Pachuca de Soto la carrera de medicina y tiene aproximadamente

dos años laborando para los servicios de salud en la cabecera municipal de Tepehuacán de Guerrero, y en la localidad de la Reforma.

Nuestro participante comenta que ser médico o personal de salud en Tepehuacán de Guerrero conlleva una gran responsabilidad, compromiso y voluntad a nivel profesional. Debido a que el municipio vive marginado por las largas distancias geográficas de los servicios de salud especializados, las dificultades estructurales y económicas del sistema de salud, las dificultades en las telecomunicaciones y transporte, la pobreza, así como, por las creencias de la población que obstaculizan su acceso a la información. *“De aquí de Tepehuacán, estamos a 1 hr 30 min de algunas comunidades, y el hospital de segundo nivel más cercano está a 3 hrs o 3 hrs y media”.*

Ramón comenta que por cada localidad existe un centro de salud, los cuales atienden de 8 am a 4 pm, sin embargo, es común que la mayoría del personal trabaje más tiempo del que estipula su contrato. Pues es imprescindible participar y atender activamente las necesidades de las comunidades. Así, las personas del sector salud se convierten en líderes comunitarios, que deben estar siempre alerta ante las necesidades de la población. Principalmente, porque Tepehuacán de Guerrero encabeza las cifras de embarazo en adolescentes, pero también las de muerte materna. *“La secretaría nos explota, necesitan que nos quedemos y dar más de nuestro tiempo. La verdad en traslados y visitas se nos va todo el día”.*

Ramón comenta que actualmente existen muchos esfuerzos para que los planes y programas para la salud integral, se implementen de forma puntual y adecuada. Ya que a nivel estatal, Tepehuacán de Guerrero siempre ha sido señalado por no brindar un acceso digno a la salud. Por lo que, el sistema ha diseñado una red de atención, nombrado “el Comité en Salud”, la cual funciona comunicando y articulando a diferentes personas líderes de las comunidades y personas funcionarias públicas. La articulación posee varios momentos o espacios de actuación. Así de primer momento, líderes comunitarios en conjunto con personal médico y de enfermería mantienen una vigilancia epidemiológica en sus localidades y comunidades, donde invitan a recibir atención médica a las personas con alguna fisiopatología, o bien, a las mujeres en proceso de gestación. Consecutivamente, comunican los casos clínicos paradigmáticos a la coordinación de salud municipal, y esta a su vez, notifica al hospital de segundo nivel en

Tlanchinol. A dicha articulación en salud, se suman otros líderes en las localidades que regularmente son quienes tienen automóvil, así como personal de presidencia que pueda acompañar en situaciones emergentes. Por lo cual, la comunicación entre el Comité en Salud es imprescindible para atender desastres naturales, accidentes, urgencias o fisiopatologías especializadas.

*“Es una red en donde todos tenemos una embarazada. La tiene que conocer el delegado y la red, por si se enferma en cualquier momento. Estamos marcados por las muertes maternas y tenemos que buscar apoyo en nuestra red. Sabemos quiénes tienen carro o quienes pueden ser madrinas”.*

Con respecto a la *educación en sexualidad integral*, Ramón comenta que ellos brindan atención desde la normativa de los servicios de amigables, los cuales están presentes en todos los centros de salud. Espacios donde se dan talleres sobre el uso de métodos antifecundativos y atención individual, sin embargo, la población no accede hasta que ya sucede un embarazo. Así con respecto al embarazo en la adolescencia, ellos brindan las consultas médicas de revisión en el primer, segundo y tercer trimestre de gestación, y posteriormente para el parto las adolescentes son canalizadas a Tlanchinol. Igualmente, los estudios y ultrasonidos se realizan en ese municipio. *“Como normativa a todas las adolescentes, se le tiene que dar una referencia para las revisiones con el ginecólogo. Nosotros no contamos con ese servicio, nos podemos ayudar con otros hospitales”.*

### **El embarazo en la adolescencia un tema de relevancia en Tepehuacán**

Ramón comenta que el tema de embarazo en la adolescencia se lleva con seriedad ya que al menos la mitad de embarazadas se encuentran en esta etapa del desarrollo humano señalando principalmente a la cabecera municipal y la comunidad de la Reforma. A su vez, Ramón comenta que las complicaciones más frecuentes son la preeclampsia, la eclampsia y las hemorragias, por lo que se tiene que mantener un monitoreo constante con las adolescentes, sus madres o en su caso, con las madrinas. Puntualizando que las madrinas son mujeres que las mismas adolescentes eligen para asesorar en su proceso de gestación y acompañarlas a las consultas médicas. Por otro lado, Ramón comenta que también hay mujeres que eligen ser monitoreadas y atendidas por parteras de la región, quienes pueden notificar o no a los centros de salud. *“Pienso que ahora los*

*doctores están más abiertos a los temas de salud sexual y reproductiva, la institución es un reto para nosotros. Tengo embarazadas de todas las edades”.*

Ramón refiere que el promedio de edad en las adolescentes que tienen un embarazo es de 15 años, sin embargo, tienen casos de adolescentes de 11 años. Comenta que algunas de estas adolescentes llegan en el segundo trimestre de gestación, principalmente porque ellas no se habían percatado del embarazo y comenzaron a presentar síntomas, o bien porque el embarazo empieza a ser evidente. Por lo que, es común que las madres o suegras las lleven al centro de salud para ser atendidas. En este sentido, son las madres o suegras quienes toman la batuta sobre el cuerpo de las adolescentes sobre su toma de decisiones. *“Las mamás llevan a sus hijas porque se sienten mal y están vomitando. Dependiendo de la confianza, porque no lo dicen directamente, me dicen que no les ha bajado su regla e investigamos más a fondo”.*

De acuerdo con Ramón la cultura, la religión y la idiosincrasia de los padres de familia, son elementos que influyen para que ocurra el embarazo en la adolescencia. Debido a que, en el área de servicios amigables o en consulta preventiva es frecuente que los padres demeritan y condenan la *educación en sexualidad integral*, refiriendo que los temas son morbosos. O bien, los mismos adolescentes comentan que no pueden hablar sobre los temas porque sus padres se molestan y simplemente dejan de participar en la consulta, o ya no responden. *“Me dicen que es algo muy nuevo o indebido, y que el pastor les impide hablar de eso porque es un tema prohibido. Los padres fueron educados de una manera y así educan a sus hijos”.*

Ramón comenta que algunas adolescentes se pueden embarazar por tener relaciones coitales casuales o con su pareja sentimental, y posteriormente comunicar a los padres. Sin embargo, en Tepehuacán de Guerrero, las familias permiten, fomentan y normalizan las uniones de las adolescentes con personas mayores; uniones que pueden o no ser consentidas por las adolescentes. De acuerdo con Ramón algunas familias son de 10 a 12 integrantes, y cuando van a pedir a las adolescentes para una unión, es un alivio para los padres porque alimentarán una boca menos ante las condiciones de pobreza.

*“Las mamás dicen que a los 13 y 14 años ya estaban embarazadas o ya se habían juntado. Regularmente las juntan con señores. Tengo una paciente embarazada de 13 años y su pareja es mayor, tiene 30 años. Es parte de la cultura, porque así*

*educaron a los papás y las chicas tienen que aceptar porque papá les está diciendo”.*

Ramón identifica que las uniones entre personas mayores con adolescentes están acompañadas de violencia estructural y sexual, principalmente si éstas son forzadas. Por lo cual, cuando las adolescentes acuden a atención médica se llena un cuestionario sobre violencia y se notifica al Ministerio Público cuando se detecta violencia psicológica, física o sexual, con la finalidad de generar un proceso de denuncia. *“En la primera consulta exploramos sobre maltrato y violencia, principalmente si son adolescentes. Nosotros notificamos y ella decide o no se lleva a cabo un proceso jurídico. Si deciden que no, por lo menos dejamos un antecedente”.*

### **Un comité en salud intentando erradicar el embarazo adolescente y la muerte materna**

De acuerdo con Ramón existen cuatro formas en las que las adolescencias pueden ser acompañadas desde los servicios de salud. De la primera forma, se realizan algunas ferias de la sexualidad, pláticas y talleres en los centros de salud, así como en la presidencia municipal. Los temas que se abordan frecuentemente son, el uso de métodos antifecondativos, planes de vida y menstruación con mujeres.

*“La sexualidad es un tema prohibido, es difícil hablarlo. Cuando hacemos ferias de la salud llevamos un maniquí y vemos casos prácticos, pero se ríen. Se intenta brindar atención integral para que ellos puedan tomar decisiones, hay muchas cosas armadas”.*

Otra de las formas, son las invitaciones a hombres y mujeres adolescentes para asistir a consejería individual en los centros de salud. Aunque comenta que es más común que las mujeres asistan que los hombres, debido a los patrones culturales sobre el género. *“Queremos orientar a los hombres, ellos tienen mucho que ver, pero es controvertido. En consulta se da orientación individual al paciente con el tema de métodos”.*

La tercera forma es cuando las adolescentes asisten a los centros de salud porque ya están embarazadas. En ese sentido, se diseña un protocolo de acompañamiento y *plan de seguridad*, entre el Comité en Salud y las madrinas. Así, durante la primera consulta médica se le solicita a las adolescentes que puedan localizar dentro de sus personas conocidas a una mujer que ya haya tenido un embarazo, para que la invite a

ser su madrina. En la segunda consulta médica se le solicita a la adolescente que asista con la ya elegida madrina, para que el personal de salud les instruya en la forma para orientar a la adolescente embarazada. Igualmente, las madrinas asisten con las adolescentes al *club del embarazo*, las cuales son pláticas sobre embarazo saludable, planes de nutrición, etc. *“Las madrinas les resuelven dudas sobre características del embarazo, síntomas y apoyo, sobre cómo ella llevó su embarazo. También las acompañan a consulta. Son personas a las que les deben tener confianza”*.

La cuarta forma de acompañamiento es la elaboración del *plan de seguridad*, el cual se construye posterior al diagnóstico general sobre el embarazo de la adolescente, que como se mencionó anteriormente por la edad es considerado de alto riesgo. En este sentido, se realiza la vinculación con el Comité de Salud para el transporte y traslado para el momento de parto o frente a otras complicaciones fisiopatológicas que pudiesen necesitar el traslado urgente a Tlanchinol.

Ramón comenta que solamente se brindan pláticas e información a las adolescentes y a su red de apoyo, pero que no se brinda atención especializada a la salud emocional. Sin embargo, cuando las adolescentes llegan a presentar alguna fisiopatología u otras complicaciones vinculadas a su salud son conducidas a Tlanchinol, donde en el hospital de segundo nivel pueden acceder a otro tipo de atención especializada, como a los servicios de gineco obstetricia, salud bucal y psicología. Sin embargo, la atención suele ser en una sola sesión por las distancias y la saturación del hospital de segundo nivel. *“En el hospital se aprovecha para todo, principalmente la atención psicológica, es cuando las valora el ginecólogo. No contamos con psicología, ni ginecología; es una clínica de primer nivel”*.

### **Algunas de las reflexiones para mejorar la atención sanitaria en Tepehuacán**

Dentro de las reflexiones para mejorar la atención en *salud sexual y reproductiva*, Ramón comenta que han existido muchas personas interesadas en realizar investigaciones en sexualidad, ya que las cifras de embarazo y muerte materna son alarmantes. Sin embargo, él piensa que no hay apertura de las diferentes estructuras del estado involucradas, pues hay una resistencia cultural generalizada.

*“Hace un año hubo una pasante de enfermería que hizo un plan de trabajo para disminuir el embarazo adolescente, pero todos se quejaron. Los papás vienen con*

*nosotros y nos reclaman, no nos dicen que porque les empezamos a hablar de eso”.*

Otras reflexiones tienen que ver con cumplir con los programas al pie de la letra y tener voluntad para su aplicación, pues no todo el personal de salud manifiesta el mismo compromiso. Así mismo, piensa que sería importante incorporar a los padres de familia en los procesos preventivos y pensar en otro mecanismo para acercarlos a los centros de salud. Por otro lado, Ramón refiere que actualmente los programas de educación básica se están percatando de la necesidad de abordar temas vinculados a la sexualidad, así como métodos antifecondativos. Por lo que, él piensa que es un área de oportunidad para los servicios de salud, al poder realizar una vinculación para acercar a las adolescencias a la atención e información.

*“Hay que pensar en intervenciones con la población en general principalmente con los padres de adolescentes, para resignificar los patrones culturales. Nos tenemos que acercar. Antes éramos el segundo lugar en embarazo, ahora el primero. Se dejaron de hacer muchas cosas, pero vamos poco a poco. Lo vamos a conseguir”.*



**Fotografía 15.** Centro de Salud de Tepehuacán de Guerrero.

#### **4.4.3. José: “Acompañante en un sistema que es mediador entre la tradición y la modernidad”**

José es un estudiante de medicina que lleva 7 meses prestando sus servicios médicos como parte de su servicio social, se encuentra a tan solo 3 meses de culminar su estancia. Su labor es como responsable de consulta clínica en medicina general en el centro de salud de la cabecera municipal y servicios amigables. Es originario del estado de Tlaxcala y a la fecha cuenta con 27 años de edad.

Como responsable de consulta clínica en medicina general y servicios amigables, José comenta que las actividades no sólo consisten en atender pacientes embarazadas, si no en llevar a cabo acciones de tipo preventivo. Donde se incluyen los servicios amigables, programa que es otorgado a personas menores de 18 años de edad. En el cual se les brinda algún método antifecundativo sin necesidad de la presencia de un tutor o el permiso del mismo. Los espacios con los que se dispone para brindar esta atención preventiva y de intervención son de primer nivel, por lo que físicamente son cubículos aptos para dar atención primaria. Refiere que, para una atención específica que se canalizan a un segundo o tercer nivel, donde hay instalaciones para la especialidad.

José menciona que el embarazo adolescente es una situación social y de salud que se ha mantenido a pesar de los esfuerzos realizados. El acceso a las consultas brindadas es confidencial y regularmente quienes suelen acercarse son adolescentes que ya tienen una vida sexual activa o que desean iniciar. Sin embargo, este acercamiento de la población joven no ha hecho que disminuya la tasa de embarazos adolescentes y considera que esto es debido a más de un factor como el nivel socioeconómico, el acceso no regulado a información vía redes sociales, la ideología, el machismo de la región, etc. Sin embargo, aunque no lo considera como un fracaso tampoco puede ver resultados favorables. *“Se cayó en libertinaje. Los alrededores, la modernización y la tecnología, propician que seamos más abiertos a cosas buenas y malas. Hay libertinaje, pero no hay responsabilidad sexual”*.

En el centro de salud, se le ofrece a la población joven el acceso a diferentes tipos de métodos antifecundativos para la prevención de embarazos, pero no en la protección de ITS. Los métodos más solicitados son, la pastilla del día siguiente, la inyección mensual, el implante subdérmico y el DIU de cobre. También se brindan campañas para métodos semipermanentes, como la vasectomía en hombres, que son realizadas por

médicos especialistas. José refiere que el DIU puede durar 5 años y se puede retirar sin ningún problema; y el implante puede durar hasta 3 años. José considera que el implante es el que más llama la atención en las mujeres por la suspensión temporal de la menstruación, a pesar de sus efectos secundarios. *“Los métodos hormonales, sólo sirven para evitar un embarazo, pero no protegen ante una infección de transmisión sexual.”*

A pesar de que el servicio y los métodos son totalmente gratuitos en el centro de salud, José menciona que con frecuencia dejan de asistir a sus revisiones porque no se les da la importancia necesaria. Regularmente, olvidan las fechas de sus revisiones y prefieren utilizar métodos de emergencia como la pastilla del día siguiente que causa consecuencias en los organismos. Además, refiere que quienes más solicitan en una primera instancia y quienes más hacen uso de ellos, son las puérperas. Por otro lado, a las mujeres que están post parto o cesárea se les coloca el DIU; y en el centro de salud solo se les proporciona el implante.

*“Tiene sus pros y contras, tener a la mano un método como lo es la pastilla del día siguiente. Actualmente las adolescentes las toman como si fueran dulces. Tienen relaciones a muy temprana edad sin protección y deciden tomarla. Al final de cuentas todo lo que ingerimos tiene un efecto en el cuerpo”.*

Si bien vivir un embarazo puede traer consigo situaciones de riesgo, José refiere que dentro de su unidad médica un embarazo antes de los 16 años de edad es manejado como uno de alto riesgo, pues son pacientes que siguen en desarrollo. Aunque a los 17 a los 20 años un embarazo sigue siendo complicado, ya que tienen factores de riesgo que aumentan el grado de morbilidad o mortalidad. Después de los 20 años de edad, estos riesgos disminuyen considerablemente. Algunas de las complicaciones fisiopatológicas que se presentan en adolescentes embarazadas tienen que ver con la presión arterial, principalmente, la eclampsia y preeclampsia que comienza con una hipertensión. La presión es un factor de riesgo importante cuando se encuentran por debajo de los 17 años y arriba de los 35 años.

*“En los embarazos de menores de 15 años, se hace una notificación al Ministerio Público para que investigue si realmente fue un embarazo consensuado, muchos de esos no son deseados, pero es necesario para corroborar que no haya sido violación, trata de personas o alguna de esas índoles que pueden afectar al desarrollo psicológico”.*

José considera que el descuido en la salud en esta etapa es un factor importante en el desarrollo del embarazo y en muchas ocasiones se debe a la lejanía de los centros de atención médica donde se les da el seguimiento. En el centro de salud donde se encuentra, se presentan mujeres que vienen de otros lugares, colonias, municipios e incluso Estados, para poder recibir esta atención. Principalmente mujeres que vienen de Veracruz y que llevan su control en su Estado, pero prefieren asistir a Zacualtipán por un pase para el momento del parto. Los partos y cesáreas se realizan en el hospital de segundo nivel, que es la unidad médica de apoyo en Zacualtipán. *“Algunas localidades que están a 2 hrs de este Centro de Salud y por cercanía vienen acá y se les acepta. Pero no son la mayoría, la mayoría obviamente son de aquí.”*

José refiere que algunas mujeres llegan con un embarazo casi al término y acuden únicamente por su pase, porque dentro de su unidad se les brinda referencia para que sean recibidas en el hospital, ya que, de no contar con ello, el acceso les resulta muy complicado. A pesar de ser embarazos de alto riesgo, si durante las citas los resultados de laboratorios, estudios y demás requerimientos se encuentran bien, las adolescentes no asisten con regularidad.

*“Algunas pacientes no han tenido un buen desenlace en cuanto a su embarazo. Lo siento y lo digo, es la dejadez. Es que las pacientes no se comprometen y no las podemos obligar a venir a consulta.”*

### **El embarazo en la adolescencia como resultado de un conjunto de situaciones**

José refiere que la falta de difusión de información, la manera en la que se aborda y se accede a la información y la falta de métodos antifecundativos son factores que propician un embarazo adolescente. Refiere que los embarazos se dan más por la ignorancia y mal manejo de la información a la que tienen acceso. Pues los adolescentes eligen aquella que “les conviene”. La situación de precariedad económica no los limita para recibir información científica, asegura que todos o la gran mayoría cuentan con algún dispositivo electrónico, como lo es la televisión, o un teléfono celular con acceso a redes sociales e internet. José afirma que hay información al alcance del público en general, sin embargo la manera en la que se hace difusión influye mucho, porque es necesario que está sea tangible para las personas. Considera que no se les puede hablar a los adolescentes como si fueran personas adultas, porque no lo son, se encuentran en otra etapa del desarrollo. En la cual están iniciando con la formación de su identidad, su forma de

pensar, de expresarse. Refiere que el no buscar información se debe a la flojera y a la rebeldía. Es decir, al querer ir en contra de la corriente, ir contra las reglas. *“Si no podemos hacer entender a una persona relativamente bien socioeconómicamente, con un nivel de estudios elevado, ¿que se espera con una persona que nunca tuvo estabilidad económica?, y que no está desarrollada emocionalmente”*.

Para José, la zona se ha ido desarrollando poco a poco y el centro de salud tiene afluencia de personas al encontrarse en la cabecera. Sin embargo, uno de los factores más importantes en el embarazo adolescente es el machismo. Pues se ha percatado que las mujeres son severamente criticadas por tener más de una pareja sentimental o sexual. Por otro lado, los hombres no reciben la misma crítica, al contrario, es visto como algo positivo. Esto provoca pensamientos e ideas erróneas en los adolescentes, motivándolos a tener más parejas sexuales. Mientras que las adolescentes se convierten en la mayoría de los casos en madres solteras desde los 15 años de edad. *“Pacientes que son menores de edad, embarazadas, pues no tienen pareja. No sabemos lo sea porque tampoco podemos estar indagando. Porque son cuestiones que tenemos que respetar.”*

Se ha percatado que la diferencia de edades es común, por lo que hay adolescentes de 15 o 16 años cuya pareja tiene más de 30 años. Aunque no son todos los casos, si se presentan con regularidad. Estas situaciones son complicadas de manejar para él, pues documentar para una denuncia. Ya que siempre existe la posibilidad de que la relación sexual no haya sido voluntaria, pueden existir intereses de por medio u obligaciones. Sin embargo, la edad de los hombres no es algo que influya mucho en cuanto a la responsabilidad que toman durante el embarazo de su pareja, ya que ha notado que con frecuencia las mujeres están solas en todo el trabajo que conlleva. No importa si es un adolescente de 17 años o una adulta de más de 30. *“El hombre también es actor de las mujeres embarazadas, y yo creo que en todos los alrededores y en todas las edades, es importante contar y responsabilizar a los hombres.”*

Actualmente José le da seguimiento a 10 o 15 niñas y adolescentes de entre 14 y 17 años de edad en situación de embarazo, algunas pertenecientes a la comunidad o de la sierra norte de Veracruz debido a la cercanía que les da esa unidad médica. Dentro de este rango de edad José ha percibido que existe una limitación por parte de los padres de familia, los cuales se niegan a que sus hijos reciban información y métodos

antifecundativos. Asegura que la mayoría de los adolescentes no los conocen, no saben cómo se ocupan, viven de mitos, de leyendas o de cosas inciertas, que no poseen un fundamento y solamente se basan en usos y costumbres. No hay un acceso digno y libre a la información lo que propicia la ignorancia. A pesar de los esfuerzos por llevar información verídica y de calidad a los jóvenes y adolescentes y ver que ellos mostraban interés, los padres son la principal barrera para el acceso a esta información.

### **Acompañamientos asequibles para construir mecanismos de afrontamiento**

En relación al acompañamiento que las adolescentes embarazadas tienen durante todo el proceso, José refiere que la mayoría de las adolescentes y jóvenes que asisten no reciben un apoyo y acompañamiento durante su embarazo. Pues suelen asistir solas a sus consultas y vivir los procesos del embarazo sin compañía de nadie. José considera que no hay una estabilidad en la vida de las adolescentes, pues la mayoría no cuenta con fluidez económica, y con apoyo social y familiar. Por lo que presentan dificultades para procesar racionalmente la situación que están viviendo. Aunque sí existen algunas excepciones donde las adolescentes acuden en compañía de algún familiar o su pareja, pero en la mayoría de casos no es así. *“Cuando las adolescentes me dicen que su esposo está afuera del consultorio, les digo que lo pasen. Eso también es válido, que ellos se enteren de las complicaciones. Que vean que no es muy fácil un embarazo”.*

Las situaciones de soledad y abandono durante el proceso de embarazo son importantes de mencionar pues en muchos casos son niñas que apenas van a iniciar su transición como adolescentes, o adolescentes que tienen muy poco de haber ingresado en esa etapa de su vida. De acuerdo con José estas adolescentes se siguen desarrollando física, psicológica y socialmente, en este sentido aún no establecen formas de afrontamiento. Esto provoca limitantes al momento de prestar el servicio médico, pues no se presentan a las consultas en muchos meses y el trámite se vuelve más laborioso. En esos casos se realizan visitas domiciliarias y una pertinente investigación para determinar por qué no han acudido y si algo no está del todo correcto. *“Es muy complejo porque hay que entender que son personas que están en desarrollo, tienen muchos bloqueos, no saben qué pasa con su cuerpo. Hay que ponernos en el lugar de adolescente, porque es difícil hacerlos entender.”*

José considera complejo concientizar a los pacientes sobre la situación en la que se encuentran frente a un embarazo, por lo que busca la manera adecuada para hacerlo. Con base en su experiencia, refiere que no se asume la responsabilidad total de lo que implica un proceso de embarazo y de las consecuencias que trae consigo. Por ello la asistencia, presencia o acompañamiento de un tutor, familiar o persona adulta resulta tan importante. Cuando las adolescentes se sienten cobijadas por su familia o por los demás, muestran mayor interés y disponibilidad a diferencia de aquellas con falta de interés y de apoyo por parte de sus familias. Refiere que actualmente se exige la presencia de una persona adulta, no solo por el bienestar de la paciente, si no por cuestiones éticas y legales. Pues como médicos no pueden estar a solas con niñas, niños y adolescentes en un cuarto cerrado, por cuestiones éticas. *“Se maneja algo llamado padrino o madrina. Es un familiar que va a estar al pendiente de las consultas y en general de ella en todo lo que es el proceso de control.”*

José comenta haberse percatado de situaciones donde jóvenes de 21 años acuden por su segundo o tercer embarazo, y hace que se cuestione sobre la manera en la que se está acompañando, así como de las estrategias que se han implementado. Considera que como médicos tienen un poco de información de lo que abarca la psicología, la psiquiatría y cómo puede intervenir de emergencia en caso de ser necesario. Sin embargo, tiene presente que los psicólogos son importantes en estos procesos, pues cuentan con herramientas que ellos como médicos no, para poder intervenir. Ya que el trabajo abarca no solo la atención médica general, es necesario un seguimiento psicológico y de igual forma un seguimiento desde el ámbito legal, para asegurarse de que las adolescentes no vivan algún tipo de agresión o violencia. *“Ahora es mucho más complejo. Hacer entender a esa persona que se debe de cuidarse para no tener complicaciones. Entonces el abordaje es muy complejo a mi parecer, pero obviamente tiene que ser de trato.”*

### **Mejorar las comunicaciones y los programas para llegar a más personas**

En relación a algunas mejoras que pudieran implementarse, José refiere que no basta solo con promover los métodos antifecondativos, ya que es necesario tener una cobertura adecuada, así como un buen plan o estrategia de intervención para poblaciones jóvenes. Pues aún existe en ellos, poca seriedad e interés, la ideología no permite que se tome

con seriedad la situación. *“Falta una mayor difusión de los servicios de salud, hacer más campañas con el gobierno, no solo en escuelas. Campañas con comunidades y colonias donde se lleguen a interesar.”*

Así mismo, considera que la tecnología, el acceso a internet y redes sociales como Facebook y WhatsApp, son herramientas importantes que pudieran permitir un mayor acceso a la información. Sin embargo, esta no está controlada, por lo que es importante enseñar a diferenciar de lo que es verídico o no. *“Algunos pacientes son de etnias, incluso tienen dialectos y que apenas empiezan con el español. Obviamente, todos esos son limitantes que pueden hacer que un programa como de métodos anticonceptivos. Hay que considerarlos.”*

Por último, considera importante el dejar de fomentar ciertas ideologías que surgen en torno a los métodos antifecondativos, a las relaciones sexuales, los embarazos y las ITS. Por lo que sugiere conocer los efectos adversos del ejercicio sexual sobre la salud. *“Siento que la prevención es un ejercicio que debe englobar todo y manejarse como área de la salud familiar.”*



**Fotografía 16.** Centro de salud de la cabecera municipal de Zacualtipán de Ángeles.

#### **4.5. Más allá del consultorio: Reflexiones sobre acompañantes en salud sexual y reproductiva**

A continuación, se presenta el análisis generado a partir de los resultados obtenidos de las personas acompañantes que laboran en los servicios sanitarios en los municipios de: Acaxochitlán, Tepehuacán de Guerrero y Zacualtipán de Ángeles, quienes realizan promoción, prevención y atención a la salud *sexual y reproductiva* con adolescentes. En un primer momento se retomarán algunas reflexiones de los *relatos de vida* de Luna, Ramón y José; narrativas presentes en el capítulo de resultados, consecutivamente se analizarán las formas y temáticas desarrolladas en acompañamientos para la *salud sexual y reproductiva*, los obstáculos, dificultades y necesidades en los acompañamientos, así como algunos elementos para la mejora en acompañamientos.

##### **4.5.1. Formas y temáticas desarrolladas en acompañamientos para la salud sexual y reproductiva**

Referente al municipio de Acaxochitlán, Luna comentó que las acciones de acompañamiento que ella elabora son pláticas o conferencias en escuelas de secundaria y bachillerato, consejerías individuales sobre *métodos antifecundativos* y la atención clínica a mujeres gestantes. Durante su relato, comentó que los procesos previamente referidos son muy breves y sistemáticos. Esta situación enmarca el hecho de que las intervenciones son realizadas por profesionistas de medicina y enfermería, quienes brindan prioridad a los aspectos fisiológicos sobre aspectos sociales, de acompañamiento u otros. En este sentido, la temática que se prioriza para elaborar prevención en embarazo adolescente es el uso de *métodos hormonales semipermanentes* y DIU.

Por un lado, Ramón de Tepehuacán de Guerrero refirió que él entiende por acompañamientos todas aquellas acciones que se desprenden de los programas de atención y prevención en embarazo adolescente, así como de muerte materna. A los cuales, se apegan estrictamente por los índices elevados en el municipio. Los acompañamientos para Ramón poseen una visión más integral, ya que, los piensa desde la vinculación con el Comité en Salud, la elección de una madrina que acompañe los embarazos, las conferencias en el bachillerato, la consejería individual en *métodos antifecundativos* y la atención clínica a las adolescentes gestantes.

Durante las intervenciones, Ramón prioriza los temas de menstruación, conductas saludables para adolescentes gestantes y *métodos hormonales semipermanentes*.

Por otro lado, José de Zacualtipán de Ángeles entiende los acompañamientos en *salud sexual y reproductiva* como las actividades de prevención, *promoción y atención clínica a adolescentes*. Algunas de las actividades de acompañamiento son los diálogos en jornadas informativas en espacios públicos, talleres en escuelas de educación secundaria y bachilleratos, consejería individual en *métodos antifecondativos*, la notificación al ministerio público por violencia sexual, así como la atención clínica a adolescentes gestantes. Las temáticas que prioriza en sus intervenciones son el uso del condón externo, infecciones de transmisión sexual y *métodos hormonales semipermanentes*.

En este sentido, desde la experiencia de nuestros participantes es identificable que ellos brindan atención clínica a fisiopatologías y algunas acciones de *promoción en salud sexual y reproductiva*. Formas de acompañamiento, elaborados desde una dimensión clínica/fisiológica. Hecho que puede dejar de lado otros elementos que pudiesen estar manifestándose en el ejercicio *sexual y reproductivo* de las adolescencias. Pues en un sentido más amplio la *promoción en salud*, implica el acompañamiento en la modificación de comportamientos y actitudes de la población, las comunidades y de los sistemas de salud, con la finalidad de acercar a las personas a un estado de *bienestar biopsicosocial* (CENSIDA, 2014). Las acciones de la *promoción* deben considerar las *determinantes sociales de la salud*, así como la *cuestión y capital social*. Por lo que, las personas acompañantes debiesen contar con un amplio conocimiento de elementos transversales propios de los contextos específicos, las estrategias y metodologías disponibles para la elaboración de acompañamientos participativos, así como procesos de *educación en sexualidad integral* (CENSIDA, 2014).

Elementos que quizá son extra a sus formaciones profesionales, que se rigen bajo un enfoque biomédico, reducido a la intervención de lo fisiológico. Pero que, su incorporación permitiría fortalecer la repartición equitativa de los servicios de salud, la empatía, la dignidad y el fomento a la construcción de autonomías para la toma de decisiones en las adolescencias. Por lo anterior, desde nuestra óptica creemos necesaria la rigurosidad de los procedimientos con implicaciones clínicas a nivel fisiológico, pero

simultáneamente indispensable la *promoción en salud sexual y reproductiva*, como un enfoque integral de la situación de salud de las adolescencias, en donde se incluye el acercamiento humano desde la dignidad y empatía.

Igualmente nos gustaría puntualizar desde lo que señalamos como *promoción en salud sexual y reproductiva*, que son interesantes los esfuerzos por la implementación rigurosa de los programas de atención y prevención al embarazo adolescente y muerte materna en Tepehuacán de Guerrero. Pues el relato de Ramón, permite identificar que se consideran las *determinantes sociales de la salud* y que existen estrategias para hacer frente al embarazo adolescente. Pero la interpretación de los procedimientos de acompañamiento bajo el enfoque biomédico, puede influir en la implementación integral de las estrategias existentes. Situación reflejada en Acaxochitlán y Zacualtipán de Ángeles, municipios que no se articulan comunitariamente para la vigilancia y protección de las mujeres adolescentes embarazadas.

Por otro lado, celebramos el acompañamiento de las madrinas como una red comunitaria en Tepehuacán de Guerrero, ya que de acuerdo con Darvill y Farrand (2010) las mujeres jóvenes pueden sentir mayor seguridad y confianza con figuras femeninas o de tintes maternos durante su gesta. Pues promueve la socialización de saberes, la comprensión de cambios físicos y a nivel psicológico disminuye la aparición de crisis emocionales. Aunque simultáneamente identificamos que, el modelo de las madrinas como una herramienta que propone la ENAPEA (2015), no se implementa en otros municipios que viven con altos índices de embarazo adolescente, como Acaxochitlán y Zacualtipán de Ángeles. Por lo que, consideramos importante el encuentro y socialización de experiencias desde el personal que ha impulsado este tipo de acompañamientos, con otras jurisdicciones que se encuentren con índices elevados de embarazo adolescente. Así como, la elaboración de espacios participativos con mujeres que han sido madrinas para recolectar experiencias y herramientas de acompañamiento. Con la finalidad de apoyar a otras mujeres como futuras madrinas o *promotoras comunitarias en salud sexual y reproductiva*.

Así mismo, de las temáticas en *salud sexual y reproductiva* abordadas para realizar prevención, se identificó que nuestros tres participantes desde su enfoque clínico/fisiológico, priorizan la difusión de *métodos antifecondativos hormonales*. A

excepción de José, quién en jornadas prioriza los *métodos de barrera* para prevenir ITS. En este sentido, Sigindioy et al. (2021) refiere que, aunque la comunidad médica catalogue como inofensivos algunos efectos secundarios de los *métodos hormonales semipermanentes* y de *emergencia*, no consideran las molestias físicas y psicológicas a las que pueden exponerse las mujeres. Ya que pueden manifestar episodios de ansiedad, estrés, y también crear dependencia fisiológica. Por lo que, sugieren priorizar los acompañamientos profundos sobre la fertilidad y autoconocimiento corporal. Y no sólo elaborar sugerencias médicas preelaboradas, por los insumos de protección con los que cuenta el sistema sanitario.

Igualmente, desde una mirada de género nos parece relevante problematizar que, la prevención del embarazo adolescente en Acaxochitlán, Tepehuacán y Zacualtipán se esté elaborando mediante la sugerencia de medicalización hormonal. Ya que, esto señala que la responsabilidad de la *reproductividad* humana sigue recayendo en las mujeres, mediante tratamientos hormonales o colocación de dispositivos que involucran cambios físicos y psicológicos. Por lo que, coincidimos con Sigindioy et al. (2021), quién señala que en un sentido de corresponsabilidad es imprescindible que los sistemas sanitarios promuevan campañas sobre *métodos antifecundativos* para hombres y las vasectomías reversibles.

Finalmente, los relatos de nuestros participantes reflejan que las acciones de atención, prevención y *promoción a la salud sexual y reproductiva*, están íntimamente interconectadas; y que, de forma directa o indirecta implican la elaboración de acompañamientos individuales, grupales o colectivos. Recordando que acompañar es la acción de “*estar al lado de*”; brindar apoyo humano que reconforta y alivia, el cual inicia con un primer contacto entre la persona que lo requiere y personas promotoras de DDHH (CDHDF, 2017). Por lo que, cualquier persona declarada funcionaria pública o líder comunitario que fomente la *salud sexual y reproductiva*, debe promover climas de confianza, seguridad y respeto. Así como detectar las afectaciones *biopsicosociales* vinculadas al ejercicio *sexual* de las personas.

#### **4.5.2. Obstáculos, dificultades y necesidades en los acompañamientos en salud sexual y reproductiva**

Con respecto a algunos de los obstáculos y dificultades de Luna en Acaxochitlán como acompañante *en salud sexual y reproductiva*, encontramos que en una jornada laboral ella puede atender de 26 a 30 consultas, que no necesariamente son exclusivas para las adolescencias. Por lo que, considera no tener el tiempo suficiente para poder realizar un acompañamiento integral. Cree importante la reorganización del funcionamiento de las unidades, clínicas y hospitales, ya que la carga de trabajo, los esquemas cristalizados sobre la atención deshumanizante a causa de las jerarquías profesionales, y la falta de formación en intervenciones sociales, son elementos que dificultan la atención y *promoción en salud sexual y reproductiva*.

Por otro lado, Luna resalta que las adolescentes participan poco durante sus consultas médicas, principalmente si van acompañadas de su suegras y madres. Ya que, las adolescentes desconocen la mayor parte de sus procesos corporales, por lo que otras personas con base en sus experiencias, toman decisiones por ellas. En este sentido, Luna señaló encontrarse limitada en sus propios conocimientos profesionales, pues necesita metodologías que le permitan elaborar abordajes con *perspectiva de género*, que promuevan la participación de las adolescentes en sus tomas de decisiones. Pues ella desea ofrecer un abordaje empático, digno y adecuado, frente a los procesos de salud de las adolescencias. Así mismo, comentó que el servicio de psicología se brinda exclusivamente en los hospitales de segundo nivel, y no en las unidades de primer contacto. Por lo que muchas pacientes prefieren no acudir a atención psicológica frente a sus problemáticas personales durante el proceso, pues implica traslados y gastos a la ciudad de Tulancingo o al municipio de Metepec.

Por otro lado, del relato de Ramón en Tepehuacán de Guerrero se rescata como obstáculos para los acompañamientos, la resistencia social generalizada por las temáticas de *salud sexual y reproductiva*. Ya que nuestro participante refirió que existen discursos colectivos sobre la *sexualidad* como un ámbito prohibitivo, así cuando se pretende realizar *promoción a la salud sexual y reproductiva*, hay molestias e inclusive abandonan la intervención en salud. Por lo que, regularmente quienes reciben las

temáticas con apertura, son aquellas mujeres que se encuentran embarazadas y que requieren prevenir un siguiente embarazo.

Así mismo, Ramón comentó que muchas personas han estado interesadas en investigar e intervenir de forma externa al sistema de salud, sobre las temáticas de embarazo adolescente y muerte materna en el municipio. Sin embargo, él considera que las estructuras de la administración pública y el sector salud, se muestran resistentes a que otras personas ingresen a intervenir en el municipio. Igualmente comentó que, aunque su jornada laboral es de 8 am a 4 pm, la mayor parte del tiempo él debe invertir parte de su descanso para elaborar traslados u organizarse con el Comité en Salud, por lo que suele quedar muy agotado física y mentalmente.

Con respecto al relato de José en Zacualtipán de Ángeles, se observó que el centro de salud y el hospital de segundo nivel del seguro social, cuentan con una infraestructura suficiente para atender de forma regular a la población. Sin embargo, uno de los obstáculos es la sobrecarga de trabajo, pues en una jornada se pueden brindar de 15 a 35 consultas. Así mismo, la mayoría de las usuarias adolescentes embarazada provenientes de otras comunidades solicitan atención médica de urgencia. Por lo cual, muchas veces se puede saturar el acceso a la atención a la *salud sexual y reproductiva*. Situación que limita las capacidades humanas del personal de salud para brindar un trato digno a las personas usuarias.

Simultáneamente, se identificó que existe una desvalorización sobre el nivel de información con la que cuenta la población. Pues José consideró que, por pertenecer a comunidades o localidades aledañas o por no tener formación en educación básica, las personas no poseen responsabilidad sobre su *salud sexual y reproductiva*. Mirada que nos parece estigmatizante desde una posición de privilegio académico, pero simultáneamente incongruente ya que tanto instituciones de educación básica, como sector salud son quienes deben garantizar el acceso a la información científica, actualizada y veraz, de la población. Pero que cuestiona el alcance de los servicios sanitarios. Igualmente, refirió que los servicios de psicología están disponibles sólo en el hospital de segundo nivel, por lo cual cuando el médico considera necesario, canaliza a las adolescentes embarazadas, pero este se considera un servicio especializado.

En este sentido, de los relatos de nuestros tres participantes podemos observar que, al interior de los sistemas sanitarios hay una sobrecarga de trabajo al personal. Definida por Hernández (2016) como el conjunto de esfuerzos implementados por el cuerpo de un trabajador que implica cansancio físico, cognitivo y emocional. Principalmente, porque las profesiones vinculadas a la salud conllevan desgastes significativos en la esfera *biopsicosocial*, al enfrentarse constantemente a las experiencias de sufrimiento y enfermedades de la población; así como la prestación de trabajo honorario en horas extras a sus jornadas. Ritmos de trabajo que pueden llevar al agotamiento y que reflejan la necesidad urgente de reflexionar el funcionamiento estructural de los sistemas sanitarios, así como de la implementación de algunas estrategias de autocuidado y cuidado colectivo, que permitan amortiguar los modelos de producción y prestación de servicios.

Consecutivamente, pensando en la calidad de los servicios y las formas de acompañamiento en la *salud sexual y reproductiva*, retomamos a Bauman (2007) quién considera que actualmente son agobiantes los esfuerzos para los acompañamientos interpersonales y los procesos educativos. Pues nos ubicamos en la *modernidad líquida* donde las personas buscan su bienestar personal mediante satisfacciones rápidas. Así, en las sociedades *occidentales/capitalistas* se busca optimizar, reducir el tiempo y el trabajo en la implementación de procesos de acompañamiento. La postergación o la poca eficiencia de acción, se vincula a la sobresaturación y al poco acceso a atajos que permitan gratificaciones instantáneas. Donde se puede señalar una *relación de poder*, pues es inferior quién no posee el privilegio a los accesos inmediatos.

Creemos que la impaciencia posee un mensaje de fastidio y percepción abrumadora en el aumento de trabajo, que consecuentemente es una amenaza a los DDHH de las personas que requieren la atención o el acompañamiento. Por lo que, pensamos que en esta *modernidad líquida* es importante asignar atención real a los procesos, pues quienes requieren un de acompañamiento para su *salud sexual y reproductiva*, pueden perder la significación de sus procesos de un momento a otro, o bien escoger opciones que no sean beneficiosas a su salud. En este sentido, las estructuras sanitarias deben proveer los medios para que las personas acompañantes

puedan detenerse, poner atención y priorizar; ya que vivir en un mundo sobresaturado, es arte.

Hernández (2016), refiere que frente a la sobre carga de trabajo los profesionistas de la salud deben implementar estrategias individuales, grupales e institucionales. A nivel individual, se debe entrenar al personal en salud en solución de problemas, asertividad y administración del tiempo. A nivel grupal, la construcción de espacios para el acompañamiento entre pares, donde se fomente el apoyo social y la socialización de habilidades, estrategias, información, apoyo emocional y procesos de retroalimentación. Lo anterior, con la finalidad de adquirir nuevas habilidades o mejorar las que ya tienen. Así mismo, a nivel institucional es importante la reflexión de los sistemas de salud y de sus programas, encaminado a la reorganización del trabajo para que sea más equitativo, se mejoren los servicios, el ambiente, el clima organizacional, así como, la incorporación de otras profesiones.

Igualmente, nuestros tres participantes nos permiten observar que quienes regularmente elaboran acompañamientos para la *salud sexual y reproductiva* son enfermeras y médicos, quienes provienen de formaciones bajo el enfoque *biomédico*. Que de acuerdo con Herrera y Chaparro (2008), es un sistema reduccionista por su influencia en el posicionamiento *positivista*, en donde se prioriza la razón sobre los procesos emocionales y corporales. Por lo que, quienes asisten a los servicios de salud, son entendidos como enfermos y la enfermedad como un funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos. En este sentido, los tres participantes detectan que, aunque poseen voluntad para cumplir con las actividades asignadas en sus labores de *promoción a la salud sexual y reproductiva*, carecen de estrategias y técnicas que les permitan llegar a sus objetivos. Por lo cual, sus acompañamientos son actividades rápidas, concretas, meramente formativas y de atención clínica en ámbitos fisiológicos. A excepción de Ramón de Tepehuacán de Guerrero que identifica algunas actividades de vinculación con las comunidades.

Por lo que creemos que el sistema sanitario reproduce hegemonías ideológicas que sostienen *relaciones de poder* al interior de las estructuras de salud. En donde, se piensa los médicos poseen una posición de privilegio de conocimientos y directrices de intervención, con respecto a las demás personas que integran o pudiesen integrar el

sistema de salud. Situación que no necesariamente es así, debido a que los conocimientos que posee el personal médico y de enfermería son acertadamente fisiológicos, pero desconocen estrategias para el acercamiento interpersonal con las personas usuarias, la prevención en salud, así como la gestión de recursos para la atención ante la sobre demanda de los servicios. Por lo que creemos ideal, el fortalecimiento del sistema de salud pública de primer contacto, con profesionistas que brinden atención a la *salud emocional* y que manejen metodologías preventivas. Ya que sólo los hospitales de segundo nivel ofrecen este servicio y es regionalizado.

Así Campo, Oviedo y Herazo (2014), señalan que existen múltiples *representaciones sociales y estigmas* en torno a la *salud emocional* por los Estados, colectivos y grupos. Pues se piensa que quién tiene algún problema emocional, es de menor categoría y se asocia con la debilidad. Por lo que, las personas que se declaren con una afección emocional pueden ser discriminadas y excluidas. El estigma sobre la *salud emocional* es una barrera en el acceso integral a la salud, que muchas veces es legitimada por los *sistemas biomédicos* con una visión reduccionista. En consecuencia, invertir e incluir servicios de *salud emocional* no es un tópico de relevancia para los Estados.

Nos parece importante señalar que los sistemas sanitarios no brindan atención a la *salud emocional* en los procesos de *acompañamiento en salud sexual y reproductiva*, debido a la saturación y demanda de sus servicios; y porque no se cuenta con el personal adecuado. En este sentido, se observa que los centros de salud al no contar con sistemas multidisciplinarios en la atención primaria, no están armonizados con la estrategia en atención primaria de salud de México. La cual establece que se debe promover la integración de equipos multidisciplinarios para brindar una mejor atención a los pacientes. De acuerdo con la estrategia, los equipos deben estar compuestos por profesionales de salud, trabajadores sociales, enfermeras, psicólogos y otros profesionales, con el objetivo de proporcionar el mejor tratamiento posible a los pacientes. Así mismo, la estrategia también incluye la promoción de modelos de atención primaria en salud basados en la colaboración interdisciplinaria, como el diseño de servicios de salud centrado en el paciente, la planificación de recursos estratégicos y la cooperación entre proveedores (Secretaría de Salud, 2019).

Por lo que, creemos importante la incorporación urgente de un enfoque de *salud emocional*, pues la *sexualidad* de acuerdo con Rubio (1994), no se trata exclusivamente de coito, embarazo y parto, sino que este ámbito incluye el erotismo, la vinculación afectiva interpersonal y el *género*. Por lo que, el ejercicio *sexual y reproductivo* está íntimamente vinculado a los estados *emocionales* y subjetivos de las personas. Enunciar lo anterior, también es señalar que se requiere de formación y capacitación constante para promover el *bienestar biopsicosocial* en la *salud sexual y reproductiva*.

#### **4.5.3. Elementos para mejorar los acompañamientos en salud sexual y reproductiva**

A partir de los *relatos de vida* de nuestros tres participantes y nuestras reflexiones personales, surgieron algunos puntos que se consideran relevantes para la mejora de las intervenciones y acompañamientos con las adolescencias. Estos puntos se desarrollan por cada municipio, sin embargo, se pueden generalizar a los tres espacios.

En este sentido, del relato de Luna surgieron algunas reflexiones sobre los elementos que se pueden contribuir a sus intervenciones y acompañamientos en *salud sexual y reproductiva*. Iniciando por la creación de procesos de capacitación al personal de salud de todos los niveles sobre metodologías de acompañamiento. En donde sería importante brindar relevancia al *ejercicio sexual*, más allá del reproductivo, al incorporar temáticas como el empoderamiento de las mujeres adolescentes sobre su toma de decisiones, el conocimiento profundo y conexión con sus procesos corporales, la regulación emocional y la negociación en un vínculo de pareja. Así mismo, es imprescindible priorizar a las infancias y adolescencias, como sujetos participes del sistema social. Ya que, si bien las adolescencias tienen la posibilidad de desear y planear ser padres, es importante que se les apoye en la creación de proyectos o planes de vida, el acceso a la educación y trabajos dignos, así como a las responsabilidades sobre la maternidad y paternidad, como lo refiere la ENAPEA (2015).

Con respecto a los elementos para mejorar los acompañamientos en *salud sexual y reproductiva* en Tepehuacán de Guerrero, consideramos con base en el relato de Ramón que, aunque existe la figura comunitaria del Comité en Salud es necesario fortalecer la infraestructura y tecnología de los centros de salud con instrumentaria que permita realizar intervenciones más óptimas en materia gineco obstétrica. Igualmente,

sería ideal que asistiera una o dos veces a la semana un equipo interdisciplinario conformado de una gineco obstetra, nutrición, trabajo social y psicología de la salud especializada en temáticas de *salud sexual y reproductiva*, para ofrecer una atención integral y especializada a las mujeres gestantes. Pues consideramos que los servicios básicos que ofrece Tepehuacán de Guerrero pudiesen estar limitando el derecho integral a la salud, además de que se reducirían las necesidades de traslado a Tlanchinol. Ya que algunas adolescentes provienen de otras comunidades más alejadas de la cabecera municipal, situación que puede duplicar el tiempo de traslado.

En Zacualtipán de Ángeles, en relación a algunas mejoras que pudieran implementarse, José refiere que no basta solo con promover *métodos antifecundativos*, ya que es necesario pensar en expandir los procesos preventivos a otras comunidades, para tener una cobertura adecuada. Así mismo, el diseño de un plan o estrategia de intervención para poblaciones jóvenes, con metodologías de aproximación intergeneracionales adecuadas. Pues considera que aún existe poca seriedad e interés en las adolescencias, ya que la ideología prohibitiva y restrictiva no les permite recibir las temáticas con responsabilidad, por su *bienestar biopsicosocial*.

Igualmente, sería importante incorporar a los padres de familia y sociedad en general en los procesos de *promoción a la salud sexual y reproductiva*, pensando en un mecanismo para acercarlos a los centros de salud, para recibir información y desestigmatizar lo que implica la *sexualidad* humana.

Por otro lado, se considera que la tecnología, el acceso a internet y redes sociales como Facebook y WhatsApp, son herramientas importantes que pudieran facilitar un mayor acceso a la información. Desde cuentas oficiales, chats y otro tipo de plataformas, que cuenten con información verídica, actualizada y veraz.

Además de los puntos anteriormente señalados, de manera general para los tres municipios se requiere la implementación de procesos informativos, de atención y sanción de la *violencia sexual* en contra de niñas y adolescentes, ya que se encuentra normalizada. Por lo cual, el Sistema de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes de los municipios, requieren su fortalecimiento para la creación de políticas públicas locales enfocadas en la sensibilización y socialización de información con respecto al embarazo adolescente dado en condiciones de diferencia de edad entre hombres adultos y mujeres

adolescentes, así como por uniones forzadas. Igualmente, consideramos indispensable la capacitación e implementación de la ruta NAME (2018) para descartar embarazos adolescentes producto de cualquier tipo de violencia sexual.

## Discusiones y conclusiones

### Capítulo V: Sobre el embarazo adolescente en regiones periféricas del Estado de Hidalgo

*"El embarazo adolescente no debe ser visto como un problema individual, sino como un reflejo de desigualdades sociales más amplias que necesitan ser abordadas de manera integral y compasiva."*

- Michelle Obama.

Para finalizar el recorrido por este texto nos parece relevante puntualizar algunas ideas sobre el embarazo en la adolescencia en espacios *periféricos* del Estado de Hidalgo, las cuales se generaron a partir de nuestra investigación. Por lo cual, retomaremos brevemente algunas ideas ya plasmadas en la parte teórica, metodológica, los *relatos de vida* de las personas participantes y el análisis de la información. Por lo cual, en este apartado procuraremos dar respuesta a nuestra pregunta de investigación, la cual fue: ¿cuáles son las implicaciones biopsicosociales, determinantes sociales de la salud y formas de acompañamiento en *salud sexual y reproductiva* experimentadas por adolescentes ante un proceso de embarazo en contextos *periféricos* de Hidalgo?

#### 5.1. Determinantes sociales de la salud e implicaciones biopsicosociales

El modelo de las *determinantes sociales de la salud* nos ayudó a identificar y acotar una variedad de factores que influyeron sobre la *salud sexual y reproductiva* de los adolescentes que vivieron un embarazo en esta etapa del desarrollo. Sin embargo, desde una perspectiva *posmoderna* creemos que el MDSS puede ser criticado por su tendencia a buscar explicaciones objetivas y lineales para las complejas interacciones entre factores sociales y la salud. La corriente de análisis pudiera observarse lineal al simplificar en exceso la naturaleza diversa y fluida de las experiencias humanas, reduciéndolas a categorías y relaciones causales que podrían no reflejar completamente la complejidad de las identidades, las narrativas y las influencias culturales en la salud. Aunque de forma paralela el modelo no es limitativo, y su uso a través del tiempo en diferentes fenómenos vinculados a la salud pudiese ampliar las categorías de análisis.

Así, desde la corriente de análisis plasmada en el capítulo anterior, está investigación retomó el embarazo en la adolescencia como resultado sanitario y analizó de los relatos de las mujeres adolescentes el tipo de embarazo, edad de inicio de las

relaciones coitales, educación en sexualidad integral, uso de métodos antifecondativos y conocimiento del ciclo ovárico y uterino. Así mismo, de los hombres adolescentes analizó la educación en sexualidad integral y uso de métodos antifecondativos.

Con respecto a las mujeres adolescentes se identificó que hay embarazos planeados y deseados, embarazos no planeados pero deseados, así como embarazos no planeados y no deseados. Este punto nos parece relevante ya que los DDHH señalan que hay adolescentes que desean la maternidad y la planean. Esta situación confronta al sistema social y al Estado. Al sistema social, por evidenciar que las mujeres adolescentes ejercen su sexualidad; y al Estado, al señalar que no se cuenta con los recursos estructurales, materiales y humanos para lograr una garantía integral a sus DDHH. Por otro lado, hay adolescentes que la maternidad no estaba en sus planes, pero deciden finalizar su gesta y requieren un acompañamiento y atención integral a sus procesos. Así mismo, hay otras mujeres que por ningún motivo desean un embarazo, hecho que intensifica la necesidad de procesos preventivos eficaces, donde se señale el tema de la violencia sexual y el acceso legal a la interrupción voluntaria del embarazo.

Así mismo, es importante recuperar que la mayoría de nuestros participantes adolescentes señalaron no haber recibido una *educación en sexualidad integral*. Ya que en la parte pedagógica, los discursos se encuentran transversalizados por mitos, tabúes y creencias personales de quienes les acompañan, aunque se identifique que sí existe la información científica, actualizada y laica. Por otra parte, desde el campo de las emociones se señaló que frente a la *educación en sexualidad* los hombres adolescentes sienten vergüenza por los contenidos.

Con respecto a los métodos antifecondativos, se identificó que la responsabilidad sobre la *reproductividad* recae sobre las mujeres. Pues se enseña el uso del condón externo a los hombres, sin embargo, se sigue promoviendo la hormonización de los cuerpos de las mujeres y la instalación de dispositivos para prevenir un embarazo. Consecutivamente, desde el campo de lo emocional los hombres adolescentes señalaron sentir vergüenza por conseguir, comprar o solicitar métodos antifecondativos. Ellos prefieren tener relaciones sexuales de riesgo o comprar a sus parejas una píldora de emergencia. Pensamos que la respuesta emocional y actitudinal se vincula a las

construcciones *masculinas*, que pudiesen colocar en situaciones de vulnerabilidad con respecto a su *salud sexual y reproductiva*.

Los hombres adolescentes deben ser responsables de su *reproductividad* ya que tienen un papel fundamental en la prevención y reducción de la incidencia del embarazo adolescente. Los hombres también pueden promover el uso de antifecondativos y vasectomías reversibles, ante embarazos no deseados. Los niños y adolescentes deben aprender acerca de la *salud sexual y reproductiva* para comprender la importancia de tomar decisiones conscientes y estar preparados para acompañar a sus parejas y pares a hacer lo mismo.

En este sentido, se cree relevante que los procesos educativos para la sexualidad, en materia de métodos antifecondativos debe priorizar la empatía y responsabilidad sexual sobre el cuerpo de las parejas, más allá de evitar la reproductividad. Ya que también se implica el uso indiscriminado de la píldora de emergencia y la posible presencia de alguna ITS, frente a prácticas de riesgo o no protegidas.

Observando el embarazo adolescente como resultado sanitario, señalamos que estos ocurren por falta de información asequible, desconocimiento de sus procesos corporales, la vivencia de alguna violencia sexual y dificultades en el acceso a métodos antifecondativos.

Con respecto a las implicaciones biopsicosociales, a nivel fisiológico se encontró que las mujeres adolescentes son quienes vivieron algún tipo de implicación frente al embarazo adolescente. Las implicaciones fisiológicas, fueron síntomas regulares del embarazo en el primer trimestre de embarazo, como problemas gastrointestinales y edemas de las extremidades inferiores. Con respecto a otras patologías se encontraron amenazas de aborto, resolución obstétrica mediante cesárea por malos hábitos alimentarios y consumo de sustancias, así como, falta de líquido amniótico y poca dilatación en el proceso de parto. Las complicaciones fisiopatológicas estuvieron vinculadas a estados anímicos alterados por conflictos de pareja y negligencias en la atención para la salud.

Pensamos que el conocimiento de los procesos corporales de las mujeres es importante porque les ayuda a entender cómo funciona su cuerpo, así como, los cambios físicos y emocionales que experimentan durante el transcurso de sus ciclos, embarazos

y partos. Esto brinda la oportunidad de que ellas puedan tomar decisiones más informadas sobre su salud y bienestar. Además, el conocimiento de los procesos corporales de las mujeres ayuda a promover una mayor consciencia sobre sus derechos como humanas.

Por otro lado, de las implicaciones psicológicas algunas mujeres adolescentes vivieron su embarazo simultáneo a una ruptura de pareja presentando emociones como ira y tristeza. Las emociones estuvieron detonadas por la necesidad de ser cuidadas y protegidas por sus parejas sentimentales. Por otro lado, se identificó angustia por la necesidad de un buen ejercicio de la maternidad. En los hombres adolescentes se observó que la paternidad puede ser una experiencia emocional positiva. Ellos priorizaron el tipo de vinculación que tenían con sus familias de origen y experimentaron angustias sobre su paternidad en la función de proveedor económico.

Con respecto a las implicaciones sociales en las mujeres y hombres adolescentes se detectó discriminación social por ejercer su *sexualidad y reproductividad*, la presencia de maternidades autónomas, la falta de oportunidades laborales y apoyos económicos, pobreza, abandono, migración, así como, deserción escolar.

Consecutivamente, como parte de las *determinantes sociales de la salud* se identificó la edad y el género como vulnerabilidades intrínsecas al grupo de población. Con respecto a la edad se identificó una perspectiva peyorativa, vertical y negativa de los adultos que integran las familias, escuelas, religiones y comunidades, hacia los adolescentes por la vivencia de su ejercicio *sexual y reproductivo*. En donde se dejó de lado su pensar, sentir y actuar, transgrediendo su participación, integridad y dignidad.

Con respecto al *género* se identificó que la *reproductividad* adolescente, proyectada en el cuerpo de las mujeres es imprescindible para la reproducción del *sistema-mundo*. Por lo tanto, en la política de la reproductividad, el embarazo adolescente, mediante el reparto de roles en la división del trabajo va abonar a la estratificación social, política y económica, mediante la norma social plasmada en identidades binarias que reproducen un ser “hombre o mujer”.

En este sentido, las mujeres adolescentes pueden ser señaladas como inmorales por ejercer su vida sexual, y experimentar violencias sexuales a causa de la pobreza y hacinamiento familiar, o por vivir en una relación con diferencia de edad. Por otro lado,

se identificó que los hombres adolescentes pueden sentir preocupación por cumplir con el estándar normativo de las *masculinidades*. Y reunirse en espacios íntimos y privados que pueden producir narrativas sobre la sexualidad, donde todo es posible, incluso la violencia.

Por otro lado, con respecto a la exposición a sus entornos físicos, culturales y sociales. Podemos abonar desde una perspectiva *decolonial* la importancia de considerar los *puntos de vista* y los espacios *geopolíticos* frente al embarazo adolescente, ya que estos elementos permiten una comprensión más profunda de cómo se desarrolla el fenómeno. A su vez, estos elementos pueden brindar a los sistemas sanitarios, soluciones efectivas ante las necesidades de cada espacio y población. Los sitios y los contextos geopolíticos incluyen una variedad de factores que influyen en la *salud sexual y reproductiva* de los adolescentes, incluidos el acceso a la atención médica, los recursos económicos, la educación, la libertad de elección, la inclusión social y la autoexpresión. Esto permitirá desarrollar un enfoque adaptado para abordar el asunto e intervenir de manera más eficaz

Con respecto a los elementos propios de los municipios, Acaxochitlán es un municipio enmarcado en el mestizaje que cuenta con comunidades de origen nahua. Sus sitios y territorios están transversalizados por historias que circulan de “*boca en boca*” y de una generación a otra, las cuales definen su organización política, cultural, social, civil, económica y religiosa. Sus procesos sociales están imbricados por sus orígenes *nahuas*, y procesos evangelizadores desde la iglesia católica. Las vivencias sexuales en las adolescencias se vinculan íntimamente con su contexto cultural, así como de sus *usos y costumbres*. Los principios sobre lo que implica ser moralmente correcto permean, la *sexualidad humana* es algo de lo que no se habla y se oculta con vergüenza.

Por otro lado, Tepehuacán de Guerrero es un municipio que pertenece a la Sierra Alta del Estado, y quizá, por la segregación geoespacial las personas suelen ser reservadas en sus actitudes, las cuales son frías e inclusive agresivas. La población de Tepehuacán de Guerrero guarda de sus tradiciones, patrones de comunicación hermética, así como, esquemas cristalizados y poco flexibles con base en su moral, los cuales son difundidos con dureza y silencios. En el municipio la *sexualidad humana* es prohibitiva y se reduce a la reproductividad, pensada desde una relación de pareja. Por

lo que, están normalizadas y se fomentan las relaciones de mujeres adolescentes con hombres mayores, con la finalidad de subsanar la pobreza frente al hacinamiento familiar. La Sierra Alta del Estado de Hidalgo presenta indicadores de rezago social con base en el promedio estatal debido al limitado acceso a los servicios básicos.

Zacualtipán de Ángeles, es un municipio que también pertenece a la Sierra Alta del Estado y su población se caracteriza por insertarse en actividades económicas que les permitan en mediana o menor medida subsistir, principalmente la industria textil. Las personas de Zacualtipán son empáticas y hospitalarias pero tradicionales, no muestran resistencias a nuevas formas de conocimiento, pero conservan tradiciones católicas. Al municipio acceden personas de otras comunidades aledañas, principalmente del Estado de Veracruz. La sexualidad humana no es un tema que genere resistencias, pero sí es controversial. Pensamos que la apertura en la adquisición de nuevos conocimientos se debe a la diversidad de personas que convergen en la ciudad por temas comerciales.

Consecutivamente en la exposición social, los acompañamientos que recibieron mujeres adolescentes, prioritariamente se vinculan a sus familias, en donde los padres representaron un apoyo de tipo económico y material. Por otro lado, las madres, abuelas y suegras representaron un apoyo moral, emocional y de cuidados, frente a los procesos de transformación corporal, así como en el inicio de sus maternidades. Las mujeres de la familia representan una fuente de sabiduría con respecto al funcionamiento del cuerpo de las mujeres y los hijos. Señalamos que algunos valores presentes en las familias latinoamericanas pueden brindar beneficios biopsicosociales frente a un embarazo adolescente, principalmente en la esfera emocional al reducir crisis de ansiedad, estrés y promover la resiliencia.

Por su parte, el tipo de acompañamiento familiar que recibieron hombres adolescentes fue apoyándolos a conseguir un empleo, con sermones sobre la responsabilidad o nulo.

También es importante señalar que la pareja sentimental juega un papel importante en los acompañamientos. Las mujeres adolescentes esperaban recibir un acompañamiento de tipo emocional y económico por parte de sus parejas, aunque no necesariamente fue así. En los hombres adolescentes el acompañamiento de sus parejas fue ambivalente, ya que la sobre exigencia puede resultarles abrumadora, pero también

señalaron que con su pareja pueden compartir emociones y abrirse sentimentalmente, pues no lo hacen con otras personas. Por lo que, se recomienda la incorporación de los temas amor romántico y prácticas en el noviazgo, la construcción de autonomías en las identidades femeninas de niñas y mujeres adolescentes. Así como, la resignificación de las identidades masculinas con hombres adolescentes.

Con respecto a los acompañamientos dados por otras redes de apoyo, se identificó que el número de amigas y amigos en mujeres como en hombres adolescentes, se redujo significativamente frente al embarazo adolescente. Ya que fueron excluidos de sus círculos de amistad por haber modificado su estatus social, y ser considerados señoras y señores.

Se debe tomar en cuenta las características y desigualdades sociales existentes para garantizar el acceso universal a la información, los servicios de salud y el apoyo social. Por lo que, el enfoque *decolonial* también se refiere a la revalorización de los conocimientos tradicionales, lo que permite a los adolescentes tener un mayor acceso a los recursos y oportunidades necesarios para una *salud sexual y reproductiva* saludable.

En este sentido, creemos que los acompañamientos desde los sistemas sanitarios hacia infancias y adolescencias, podrían construir mecanismos de participación en espacios individuales o comunitarios que recuperen los conocimientos *históricos/políticos* de sus contextos físicos y culturales. Principalmente, sobre las formas de cómo se ha vivenciado la *sexualidad* en sus diferentes ámbitos integrativos. Proceso al que se puede sumar, la construcción de un sistema eficaz para la *deconstrucción* de pensamientos que contengan información no funcional, para un ejercicio integral de sus DDSS y DDDR. Así mismo cuidar que no se promuevan violencias de ningún tipo, principalmente aquellas justificadas por narrativas sobre los *usos y costumbres*. Recomendaciones que tienen la finalidad de no crear procesos invasivos a los que se les podría añadir información científica, el conocimiento de los DDHH y priorizar la *sexualidad* como un ámbito relevante y determinante en sus vidas.

Respecto a la posición y estrato socioeconómico se identificó en el discurso de las mujeres y hombres adolescentes, la falta de oportunidades en el ámbito económico para ellos y sus familias. La pobreza induce que se les incluya desde la infancia en el ámbito

laboral, detona la deserción escolar y consecutivamente, en la adolescencia les imposibilita el desear y planear un embarazo.

Por otro lado, en el caso de Acaxochitlán y principalmente de Tepehuacán de Guerrero, resaltan los traslados por la carencia de atención gineco obstétrica dentro de los municipios. Se señala la sobresaturación en la atención sanitaria y algunas negligencias que impactan en el ámbito fisiológico de las mujeres adolescentes, como la pérdida del líquido amniótico o la mala colocación de un dispositivo. Igualmente, se identificó que ni a las mujeres ni a los hombres adolescentes se les ofreció desde los servicios sanitarios algún tipo de acompañamiento psicosocial consejería o atención psicológica. Ya que este servicio se considera como especializado y solo se encuentra en la atención de segundo nivel.

## **5.2. Formas de acompañamiento en salud sexual y reproductiva**

Como formas de acompañamiento a los adolescentes, los sistemas sanitarios fomentan las consejerías individuales sobre el uso de métodos antifecondativos, la atención clínica con mujeres gestantes, las conferencias en escuelas y jornadas en espacios públicos. Los acompañamientos desde el ámbito sanitario se reducen a pláticas de prevención y promoción de antifecondativos hormonales y dispositivos a mujeres embarazadas. Por lo cual, aunque existe literatura los acompañamientos se limitan a los ámbitos fisiológicos.

En el caso de Tepehuacán de Guerrero, los acompañamientos poseen una visión más integral ya que realizan una vinculación con un Comité en Salud conformado por la comunidad para la vigilancia de las mujeres embarazadas. Así como, con mujeres que fungen como madrinan para acompañar a las adolescentes. Situación que nos parece interesante ya que algunas mujeres pueden sentir mayor seguridad y confianza con figuras femeninas o de tintes maternos durante un proceso de gestación. El modelo de las madrinan promueve la socialización de saberes, la comprensión sobre los cambios físicos, y a nivel psicológico disminuye la aparición de crisis emocionales. Por lo cual se sugiere la socialización y formación de promotoras en *salud sexual y reproductiva* en otros municipios con índices altos de embarazo adolescente.

Con respecto al uso de métodos antifecondativos se resalta que los sistemas sanitarios en la prevención de un embarazo en la adolescencia promueven el uso de dispositivos y métodos hormonales, situación que es importante señalar. Indica que los

sistemas sanitarios adjudican la reproductividad a las mujeres. Por lo cual, creemos importante promover el uso del condón externo de látex y acrílico para prevenir posibles ITS, así como, las vasectomías reversibles. Con la finalidad de involucrar a los hombres adolescentes en el cuidado de la reproductividad humana. Ya que el uso no informado de métodos antifecondativos hormonales es predisponente a vivir efectos secundarios o experimentar un embarazo no deseado, ni planeado, en el caso de las píldoras de uso diario y la de emergencia.

Los sistemas sanitarios viven una sobresaturación de trabajo hecho que predispone al personal de salud a vivir estrés laboral y hacer tiempo extra de su jornada; y consecutivamente no tener tiempo para el autocuidado, así como poner en riesgo su salud biopsicosocial. Por otro lado, esta situación limita la posibilidad de atender de manera adecuada y digna a las personas usuarias principalmente a las adolescencias, quienes necesitan una atención especializada.

Por otro lado, la formación y educación bajo el enfoque biomédico del personal de salud predispone a una atención meramente fisiológica, concreta y sistemática. Por lo que, se recomienda la capacitación sobre metodologías participativas para la intervención con infancias y adolescencias en los temas de *salud sexual y reproductiva*, que esté sustentada en la información científica y el enfoque de derechos humanos como herramienta ética. Ya que inevitablemente las acciones de atención, prevención y *promoción a la salud sexual y reproductiva*, están íntimamente interconectadas; y que, de forma directa o indirecta implican la elaboración de acompañamientos individuales, grupales o colectivos. Por otro lado, los sistemas sanitarios no consideran la necesidad, o es un tema secundario, de incorporar otras profesiones al sistema de atención integral de primer nivel, como lo es el área de psicología y la salud emocional.

La *promoción de la salud sexual y reproductiva* de los adolescentes debe estar acompañada de acciones de apoyo psicológico. El acompañamiento psicológico ayuda a los adolescentes a adquirir habilidades esenciales como la confianza en sí mismos, el desarrollo de habilidades interpersonales, el autoconocimiento, la toma de decisiones, la comprensión de la alternativa a la abstinencia y la resistencia de la presión social. Además, el apoyo psicológico contribuye al fortalecimiento de los valores personales de

los adolescentes, como la responsabilidad y el respeto, lo que mejora sus prácticas en materia de *salud sexual y reproductiva*.

### **5.3. Limitaciones y sugerencias para considerar en futuras investigaciones**

A lo largo del desarrollo de esta investigación sobre embarazo en la adolescencia se encontraron algunas limitaciones, y también se construyeron algunas sugerencias para que futuras investigaciones puedan considerarlas. Desde los resultados y discusiones, podemos señalar que la información presentada no fue tan profunda como se esperaba. Esto se debió a que durante la planeación de la investigación se consideraron tres municipios prioritarios en embarazo en la adolescencia del Estado de Hidalgo y los tiempos para el desarrollo de la investigación fueron limitados. Esta investigación pasó por un comité de ética que aprobó su elaboración, sin embargo, el trámite institucional duró aproximadamente un año. Así la elaboración del trabajo de campo se inició en abril del 2022.

En el sentido metodológico, está investigación cualitativa es de corte inductivo, es decir, que va de la información a la construcción de postulados. Por lo que, no hubo tiempo suficiente para volver a los tres municipios a recolectar información que seguramente hubiese subsanado ambigüedades. El tiempo efectivo para la elaboración de resultados y análisis, se redujo a un año. Por lo que señalamos que hacer investigación cualitativa es un arte. Entretejer la parte teórica, la recolección de información en el trabajo de campo, la sistematización de la información y su análisis, requiere de tiempo, paciencia y espacio para la gestión emocional de quién investiga. En ese tenor, hay posibilidad de brindarle mayor profundidad y calidad a las investigaciones cualitativas. Quizá hubiera sido más asequible elaborar la investigación en un solo municipio con un sólo estudio de caso, a profundidad.

Consecutivamente, con respecto a la profundidad y calidad de la información, al menos en las entrevistas con mujeres y hombres adolescentes, se diferenció por el sexo/género. Debido a que las mujeres adolescentes fueron más profundas en los detalles sobre sus vivencias y los hombres más superficiales, por no decir, desinteresados en las implicaciones del embarazo de su pareja. Ya que su énfasis en las entrevistas de los hombres adolescentes, estaban puestas en generar solvencia económica y en su abandono escolar.

Por otro lado, como sugerencias creemos importante fortalecer los procesos de investigación de embarazos en mujeres menores de 15 años, que incluyan a las subprocuradurías de protección de niñas, niños y adolescentes. Con la finalidad de fortalecer su funcionamiento, y clarificar los procesos de canalización por violencia sexual, así como en la difusión de sus servicios. Principalmente en el tema de la restitución de derechos a niñas con un embarazo no deseado, ni planeado. Lo anterior se señala porque las adolescentes que están en mayor riesgo de experimentar un embarazo, son quienes presentan mayor vulnerabilidad social. Es decir, quienes tienen menos edad, provienen de familias disfuncionales que tienen problemas de violencia, alcoholismo, muerte o abandono de algún padre; y la situación empeora cuando se enmarca en la pobreza.

Así mismo, existen pocas investigaciones que narran las experiencias sobre las madres adolescentes solteras. Esto atiende a la necesidad de construir estudios que prioricen el estado biopsicosocial, y las nuevas dinámicas socioculturales construidas a partir de estas nuevas crianzas no emergentes de familias hegemónicas. Y analizar los programas sociales para la obtención de un empleo digno y la gestión de apoyos económicos para que no suceda la deserción escolar en ambos sexos.

Consecutivamente, se recomienda explorar las prácticas sexuales construidas desde las masculinidades, y mirarlas con perspectiva de género. Así como promover y fortificar los programas encaminados a la elección de la maternidad y un aborto seguro, sobre todo en los espacios donde los servicios son limitados.

Finalmente, esta investigación ha demostrado que el embarazo adolescente es un problema complejo y multifacético. Está relacionado con factores tales como la educación, el condicionamiento social, el ajuste psicológico, la salud mental, el bienestar físico, así como, aspectos geopolíticos y culturales. Se necesita un enfoque integral y crítico para abordar el problema. Por lo tanto, esta investigación propone sumar esta postura al desarrollo de programas de prevención de embarazos en la escuela, la creación de unidades locales de cuidado del embarazo y el apoyo a las madres adolescentes. Por lo tanto, sería necesario que se tomaran medidas a nivel estatal en colaboración con los profesionales de diferentes disciplinas y organizaciones de la

sociedad civil. Así como, recursos para implementar la política pública encaminada a reducir los embarazos en la adolescencia, en municipios y localidades con altos índices.

## Propuesta

### Elaborando acompañamientos para el bienestar biopsicosocial en la salud sexual y reproductiva adolescente

*“No miramos al mundo como si nuestros ojos fueran las lentes de una cámara fotográfica. Seleccionamos objetos de acuerdo con nuestros intereses y estos objetos se presentan como figuras prominentes contra un fondo oscuro”.*

-Fritz Perls

En la frase anterior, Perls (1951) sugiere que la percepción de la realidad está atravesada por los intereses personales. Es decir, que en el devenir de la experiencia se colocan en relieve las situaciones, personas y elementos que consideramos importantes. Vinculado a la vivencia de la *sexualidad* adolescente y al tema de los acompañamientos en *salud sexual y reproductiva*, consideramos que se requiere una apuesta que contemple de forma integral y holística los intereses y subjetividades de las adolescencias.

Por lo cual, el siguiente apartado dando cumplimiento al objetivo específico tres, desarrolla desde *la tercera fuerza de la psicología* una alternativa *humanista* y existencial de intervención desde la *Entrevista Motivacional (EM)* y la *Estrategia “cara a cara”*, para realizar acompañamientos individuales y grupales en *salud sexual y reproductiva*. Así mismo, se plantea un apartado para la reflexión de los servicios sanitarios y enfoques de intervención para los acompañamientos *en salud sexual y reproductiva*, desde la psicoeducación y promoción a la salud. Consecutivamente, se señala el Modelo Holónico de la Sexualidad Humana para diversificar la mirada y dinámica de la sexualidad(es). Y se finaliza con una sección especial para el acompañamiento de la *reproductividad* de las mujeres.

Pues de acuerdo con Flores et al. (2017), en la última década se ha procurado ampliar la información y el acceso a métodos antifecondativos sobre *sexualidad*, pero no la forma de acompañar. Algunos adolescentes poseen conocimientos sobre los procesos reproductivos e inclusive asisten a los centros de salud, sin embargo, lo anterior no garantiza un proceso de promoción, prevención y atención a la salud en *sexualidad integral*. Lo que evidencia la necesidad de enfatizar en la construcción de metodologías para el acompañamiento y comunicación oportuna desde los primeros años de vida, que esté libre de prejuicios *sexistas*, tabúes y mitos.

Algunos estudios como el de León y Gómez (2018), indican que las adolescencias y su forma en la que ejercen su *sexualidad* está determinada por su entorno y responden en función de lo que socialmente se considera aceptable para su ejercicio. Pero no en todas las ocasiones sus contextos y entornos proveen información adecuada. La falta de acompañamientos contextualizados a sus territorios, puede exponerles a factores de riesgo, como a vivir con una infección de transmisión sexual (ITS), VIH/sida o un embarazo no deseado, ni planeado.

Por lo que creemos imprescindible presentar algunos elementos para considerar en un acompañamiento oportuno en *sexualidad integral*, desde algunos modelos para la promoción en salud desde la psicología como disciplina, para personas promotoras o acompañantes. Por lo cual, retomamos el concepto de acompañamiento de la CDHDF (2017) quienes refieren que es la acción de “*estar al lado de*”; es brindar un apoyo humano que reconforta y alivia, el cual inicia con un primer contacto entre la persona que lo requiere y personas promotoras de DDHH. Los objetivos del acompañamiento son generar un clima de confianza, seguridad y respeto, así como detectar algunas afectaciones biopsicosociales en las personas, a nivel individual, grupal o colectivo.

Nuestra propuesta es sumar lo que se entiende por acompañamiento al concepto y práctica de la consejería psicológica. Ejercicio que para Larenas y Rocha (2019) implica la formación y práctica profesional sobre un conjunto de saberes, estrategias y herramientas que facilitan la resolución de conflictos y promueven el bienestar biopsicosocial, así como la formación de relaciones saludables. La consejería psicológica puede considerar grupos, familias y personas en lo individual. Por su parte, la psicoterapia y la consejería psicológica se diferencia porque la primera trata la evaluación, diagnóstico y tratamiento de alguna psicopatología; y la consejería atiende el malestar subjetivo frente a una experiencia, con la facilitación de herramientas por medio de un proceso de aprendizaje. La consejería psicológica se limita a lo preventivo, remedial y psicoeducativo en intervenciones de una o dos sesiones.

El CENSIDA (2014), refiere que la consejería en *salud sexual y reproductiva* implica un encuentro entre personas, donde una de las partes presenta sus conflictos o necesidades sobre su ejercicio *sexual y/o reproductivo*; y la persona consejera fomenta la resolución o atención de la situación, sin anteponer sus deseos. La consejería es

focalizada a las necesidades del usuario o colectivo, no es directiva más bien facilita el diálogo sin juzgar o etiquetar. El acompañamiento y/o consejería debe ser acompañada, garantizando calidez y respeto al servicio.

Para este trabajo se retoma el concepto de acompañamiento y/o consejería en *salud sexual y reproductiva*, debido a que la revisión de literatura y los resultados del trabajo que más adelante se presentarán. Ya que el trabajo de campo mostró que el tema de la *sexualidad* en las sociedades occidentales sigue siendo prohibitivo o un tabú. Por lo que su abordaje puede tornarse complicado o abrumador, tanto con las adolescencias, poblaciones beneficiarias de los sistemas sanitarios, así como con las personas que se involucran en la promoción de *salud sexual y reproductiva*. Pensamos relevante que cualquier intervención en *sexualidad integral*, pueda ser acompañada más allá que meramente informativa, directiva o restrictiva.

### **6.1. Elementos desde la “tercera fuerza” de la psicología**

Nos parece relevante añadir a la acción de los acompañamientos para la *salud sexual y reproductiva*, un enfoque de intervención desde una postura *humanista y holística*. Por lo cual retomaremos algunos principios de la Gestalt, enfoque de la psicología que pertenece a la “*tercera fuerza*”, el cual se construye a partir de las influencias del psicoanálisis, la *fenomenología existencialista*, la teoría del campo y el Budismo Zen. Pensando que sus fundamentos teóricos/prácticos pueden ser de utilidad para pensar las intervenciones en *sexualidad integral*.

El enfoque Gestalt es en esencia *fenomenológico* ya que promueve el desarrollo del potencial humano desde los acontecimientos cotidianos/presentes; y como campo de la salud emocional, se mira a las poblaciones beneficiarias como personas y no como enfermos. Así mismo, se entiende lo *holístico* desde el propio proceso de la persona, es decir que son un todo y no un conjunto de sus partes. La palabra Gestalt es definida por Köhler “*como una unidad o un todo que sobresale en su ambiente o marco de referencia*” (Simon et al., 1993, p. 180). El enfoque considera que las personas estamos encaminadas a la autorrealización, por lo cual se requiere incentivar recursos saludables para el pleno desarrollo en el ‘*aquí y ahora*’.

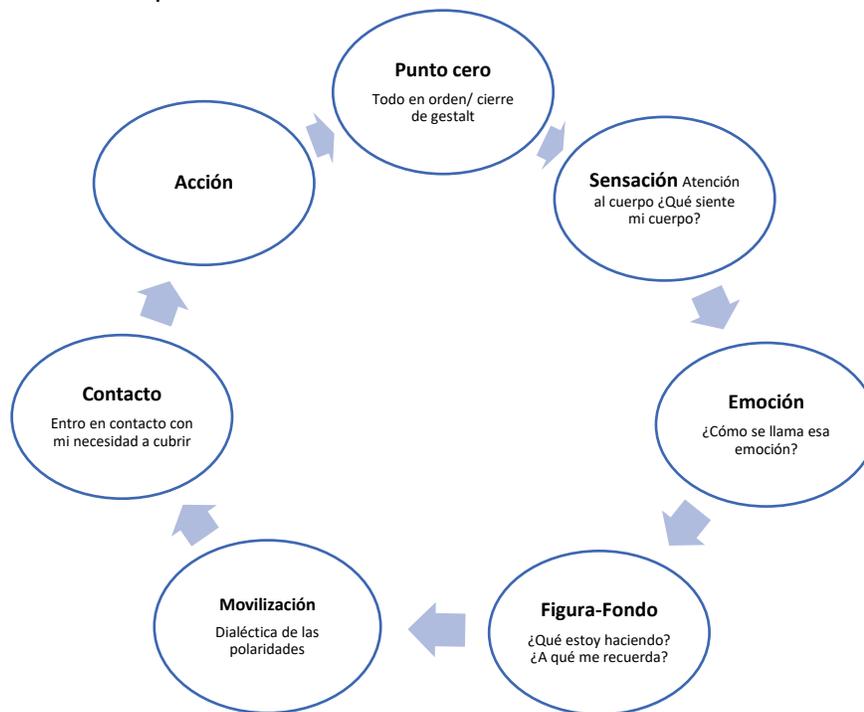
La Gestalt tiene algunos principios los cuales son el *aquí y ahora*, el *darse cuenta* y la *responsabilidad personal*. El *aquí y ahora* se refiere a traer la atención plena al

momento presente, es darse la posibilidad de vivenciarlo. La experiencia humana sólo tiene lugar en el presente pues los eventos del pasado ya no existen y de los del futuro poco sabemos. El espacio del *ahora* es el único recurso real con el que se cuenta, así mismo se ha observado en diferentes culturas y disciplinas ese énfasis en prestar atención al momento presente (Naranjo, 1989). Una de las formas o técnicas “más puras” para la implementación del *aquí y ahora* son las intervenciones Centradas en la Persona, que plantea Carl Rogers (Zinker, 2000).

El principio del *aquí y el ahora*, se vincula íntimamente con el *darse cuenta* que implica la capacidad de percepción, contacto y asimilación sobre sí mismo y el mundo que nos rodea. Se identifican tres zonas del *darse cuenta*, que son el *mundo exterior*, el *mundo interior* y de la *fantasía*. Así, la interacción con los demás, la percepción sobre sí mismo y la capacidad de aislarse es un proceso constante y dinámico, que permite el reequilibrio. El *darse cuenta* es el proceso de restauración de la salud mediante la obtención del *punto de equilibrio* en el organismo. Evidenciado en la analogía de la “*figura-fondo*”, mismo que entiende y asimila la puesta de atención o relieve de los objetos o situaciones que parecen de mayor importancia, así el *darse cuenta* encamina a la *autorregulación*. Por otro lado, las polaridades cognitivas arraigadas en los organismos disponen al reconocimiento de los opuestos en una relación *dialéctica*. Se obtiene la *homeostasis organísmica* permaneciendo en el *aquí y ahora*, viviendo las experiencias del pasado en el mismo presente, e integrando algunos elementos no reconocidos. Aunque los objetivos psicológicos de un proceso psicoterapéutico, pudiesen ir más allá, ser más profundos y buscar el *insight*, que es un estado de comprensión súbita que se da de forma esporádica y en condiciones especiales (Espínola y Pintado, 2014).

El *Ciclo de la experiencia* desde la Gestalt, muestra los mecanismos que se emplean para completar nuestras necesidades psicológicas. Mecanismos que cuando se interrumpen en alguna de estas etapas, se presenta una *desregulación psíquica* y se manifiesta la *neurosis*, o *desregulación emocional*.

**Figura 9.** El ciclo de la experiencia desde la Gestalt



*Nota:* El modelo brinda apoyo explicativo a las personas que requieren comprender e integrar una experiencia, es funcional para la toma decisiones.

Simultáneamente, para la Gestalt es importante la *responsabilidad personal* o de *atención al cuerpo*, ya que es una guía que ofrece observaciones claras y precisas de las formas en las que se manifiesta la tensión mental. La función de la intervención desde la Gestalt, incluye la reintegración de los procesos corporales a partir de la consciencia o *darse cuenta* para recuperar la *homeostasis*. Por lo cual se sugiere orientar a las personas a movilizar su energía por el *ciclo de la experiencia*, en lugar de resistirse. Los elementos para conseguir la reintegración y equilibrio son el *autoconocimiento*, la *satisfacción de necesidades* y el *(auto)apoyo*. Se promueve el *autoconocimiento*, mediante el *darse cuenta* para el entendimiento de sí mismo o del *self* con sensibilidad y autocompasión. La *satisfacción de necesidades, deseos e impulsos*, está orientado a la representación del *ciclo de la experiencia* de la Gestalt. Así mismo el *(auto)apoyo*, promueve que la intervención brinde la oportunidad de que las personas se conviertan en un todo integral y desarrollen autonomía de sus procesos (Espínola y Pintado, 2014).

Para este trabajo de investigación nos parece relevante considerar un enfoque de acompañamiento psicológico flexible, que le permita a cualquier persona contar con herramientas para no estigmatizar y victimizar la salud *sexual y reproductiva* de las adolescencias.

### **6.1.1. La Entrevista Motivacional y la estrategia “cara a cara”**

Para el desarrollo de acompañamientos en *salud sexual y reproductiva*, coincidimos con Rogers (1987) sobre su premisa de que las personas poseen recursos de *autocomprensión* sobre sus conceptos, actitudes y conductas; principalmente, si se les proporciona un clima que les permita mirarse.

La estrategia “*cara a cara*” tiene sus fundamentos en la Entrevista Motivacional (EM), que a su vez tiene fundamento en la *Terapia Centrada en la Persona (TCP)* de Carl Rogers. Combina un estilo de intervención empático, de apoyo y directivo, en donde se busca *situar* a la persona en el momento presente para resolver las ambivalencias y promover el cambio para mejorar la salud *biopsicosocial*. La EM busca que las personas exploren los razones de sus pensamientos, emociones y acciones, las ambivalencias que se presentan e identifiquen las implicaciones sobre su *salud biopsicosocial* en el momento presente. La persona acompañante incentiva que las personas evoquen comentarios y necesidades para el cambio, por lo cual se requiere de una escucha reflexiva que devuelva resúmenes periódicos, para encontrar afirmaciones *auto motivacionales*. El efecto de evocar un comentario de cambio empáticamente, sumado a la oferta de apoyo, fortalece el compromiso para transformar prácticas. La EM enfatiza que los discursos de abstinencia no reflexiva, promueven la resistencia en las personas y no favorece al cambio. Por lo que, se debe centrar esfuerzos en el aumento de motivación al cambio y el compromiso personal. La EM difiere de la psicoterapia porque se aplica en una o dos sesiones, y se puede usar como una intervención aislada o como un prelude para un tratamiento más integral. Está intervención de tipo *humanista y holística* es simultáneamente sistemática, colaborativa, consciente y estratégica, pues honra la autonomía personal sobre el *-cómo, cuándo y para qué-* se quiere cambiar (Hettema et al., 2008).

A su vez, el CENSIDA (en Pérez, 2013) presenta la estrategia “*cara a cara*” como una técnica enfocada a la *salud sexual y reproductiva*, la cual tiene como objetivo prevenir y cambiar las prácticas sexuales de riesgo, embarazos no deseados, ni planeados, las posibles ITS y VIH/sida. La intervención está encaminada a la elección personal y la responsabilidad sobre elegir un comportamiento *sexual* futuro, por lo cual, se retoma de la EM, el cuestionamiento estratégico y la retroalimentación *centrada en la persona*. La estrategia adopta el enfoque de la *reducción al daño*, pues se piensa que el *riesgo* es un elemento natural y recurrente en el mundo; así la labor del acompañante, se centra en reducir al mínimo los efectos nocivos de las *conductas sexuales de riesgo*, en vez de obsesionarse con su desaparición.

La estrategia *cara a cara* posee dos momentos, que son la *preparación*, así como su *implementación*. Con respecto al primer momento, se sugiere elegir personas o grupos por población de acuerdo a sus necesidades frente a las líneas temáticas en *salud sexual y reproductiva*. Por ejemplo, trabajar diferenciadamente con adolescentes, personas que ejercen trabajo sexual, personas que viven con VPH, personas que viven con VIH, etc. Ya que, para este tipo de intervención no se recomienda el trabajo en un solo momento, con todos los grupos vulnerables a *riesgos sexuales*. Así mismo, si se requiere la implementación grupal se sugiere no exceder un máximo de 15 beneficiarios (Pérez, 2013).

En la fase de *preparación* se sugiere brindar una bienvenida cordial y humana, hablar de los aspectos éticos y confidenciales de la intervención, así como mostrar de forma breve y sistemática algunos principios o técnicas con las que se trabajará. Posteriormente, mediante el cuestionamiento directo se debe rastrear las necesidades específicas de la persona o grupo, así como la caracterización y obstáculos de sus contextos socioculturales; con la finalidad de establecer metas u objetivos, de tipo personal o colectivos en la intervención. Se pueden implementar técnicas como preguntas abiertas, reflejos verbales, físicos y emocionales, brindar frases de empatía y comprensión, provocar afirmaciones auto motivadoras y resumir. El fin último de la fase de *preparación*, es la exploración de las *etapas del cambio* alcanzadas sobre su *salud sexual y reproductiva*, así como el establecimiento de metas u objetivos sobre el

comportamiento sexual de riesgo a modificar (Pérez, 2013). A continuación, se enlistan algunos de los elementos a considerar para la fase de *preparación*.

**Tabla 7.** Fase de preparación del “cara a cara”

---

<b>Previo a la implementación de la estrategia</b>
Elegir un espacio adecuado, cómodo y privado para el desarrollo de la intervención.
Elegir la población con la cual se va realizar la intervención.
Considerar que la actividad se realizará con un mínimo de una persona.
Tomar en cuenta que el tiempo máximo recomendable es de una hora.
Presentación de la persona acompañante.
Establecer un espacio de apoyo, empatía y comprensión.
Determinar características específicas de la población.
Informarse sobre los sitios o contextos socioculturales de la población con la cual se trabajará.
Explorar la <i>etapa de cambio</i> en la que se encuentra la persona de la población meta.

---

*Nota:* Se propone a las personas acompañantes en *salud sexual y reproductiva* considerar los siguientes elementos durante la fase de preparación en la estrategia “cara a cara”.

Con respecto a la identificación de las *etapas del cambio*, la estrategia “cara a cara” usa como referente las etapas del *Modelo Transteórico de las Etapas del Cambio* de Prochaska, DiClemente y Norcross (1992). Donde la primera etapa es la *precontemplación*, momento en el cual las personas no identifican ningún riesgo, no muestran interés y motivación para adoptar un nuevo comportamiento. La segunda etapa es la *contemplación*, donde la persona puede detectar algún riesgo e identifica beneficios de modificar un comportamiento. La tercera etapa es la *preparación* o *determinación*, momento en el que la persona está convencida de desarrollar nuevos comportamientos y detecta acciones a modificar para realizar un cambio. La cuarta etapa es la de *acción*, donde la persona ha adoptado nuevas opciones de comportamiento. La quinta etapa es la de *mantenimiento*; y la sexta etapa es la de *recaída*, donde las personas pueden

regresar a una de las etapas anteriores, situación que es muy común y no debe ser considerado como un fracaso.

El momento de *intervención*, busca elaborar algunas tareas específicas, sistemáticas y directivas. La primera de ellas es motivar a que sean las poblaciones objetivo las que más hablen desde sus procesos personales y subjetivos, para incentivar la *escucha reflexiva*. La segunda es implementar la técnica del *cuestionamiento estratégico* usando preguntas abiertas, parafraseo de sus respuestas o reflejos. Con la intención de presentar mediante la duda, una *antítesis* de la información distorsionada que está puesta sus discursos. A partir del establecimiento de las dinámicas anteriores, la persona acompañante podrá ubicar o reafirmar la *etapa de cambio* en la que se encuentra la persona o población. Y así realizar múltiples *síntesis*, resúmenes y retroalimentaciones desde de una idea, frase o tarea *motivacional* apropiada; según la *etapa del cambio* en la que se encuentre. Es importante referir que durante en los procesos de *síntesis*, resúmenes y retroalimentaciones, se puede hacer uso de información científica sobre *salud sexual y reproductiva*, modelos anatómicos, métodos antifecondativos y lubricantes. Así mismo, la persona acompañante debe considerar la expresión de afirmaciones, comentarios positivos, frases de aprecio y comprensión a lo largo del proceso de *intervención*. Este momento finaliza cuando las *síntesis* son elaboradas desde las personas(s) objetivo, con la construcción de afirmaciones *(auto)motivadoras* que propicien y busquen su *salud sexual y reproductiva*. La persona acompañante les invita a buscar su cuidado y desarrollo personal (Pérez, 2013). A continuación, se presentan algunos ejemplos y técnicas motivacionales para las personas acompañantes, según la *etapa de cambio* en la que se encuentre su persona o grupo beneficiario.

**Tabla 8.** Elementos de apoyo según la etapa del cambio

Etapa del cambio	Preguntas ejemplo para el cuestionamiento estratégico	Tareas motivacionales para las personas acompañantes	Materiales de apoyo
<b>Precontemplación</b>	¿Qué consecuencias tiene el no uso de un método antifecondativo? ¿Qué prácticas sexuales consideras peligrosas?	Busque aumentar la duda y mostrar el riesgo personal de la conducta dialogada.	Cuestionarios sobre conductas sexuales de riesgo.
<b>Contemplación</b>	¿Qué haces para protegerte ante una práctica de riesgo? ¿Qué ventajas tiene esa conducta?	Fomente la <i>autoeficacia</i> , como la capacidad para tomar acciones a favor de la <i>salud sexual y reproductiva</i> , aún en situaciones complejas. La intención es vencer la ambivalencia.	Listado con ventajas y beneficios de un ejercicio sexual y reproductivo saludable.
<b>Preparación o determinación</b>	¿Cómo te va con este método antifecondativo? ¿Qué acciones mejorarían la situación?	Brindar sugerencias y consejos con base en información científica. Se busca apoyar a las poblaciones a determinar el mejor curso de acción.	Materiales impresos sobre ciclo de la fertilidad, métodos antifecondativos, violencia de género, etc. Métodos antifecondativos y lubricantes.
<b>Acción</b>	¿Qué necesitas para continuar cuidando de ti? ¿Qué facilitaría el hecho de seguirte protegiendo durante tus encuentros?	Las poblaciones creen firmemente que sus nuevos comportamientos mejoran su ejercicio sexual. Intenta interceptar las ambivalencias.	Materiales impresos sobre la deconstrucción del amor romántico, toma de decisiones, etc. Métodos antifecondativos y lubricantes.
<b>Mantenimiento</b>	¿Cuáles han sido los beneficios de usar condón externo? ¿Cómo te sientes al negociar asertivamente tus encuentros sexuales de tipo casual?	La intención es evitar las recaídas. Refuerza positivamente las acciones y pensamientos que mantienen la <i>salud sexual</i> .	Suministro de métodos antifecondativos y material informativo especializado, basado en información científica.
<b>Recaída</b>	¿Qué sucedió para que suspendieras el uso del método antifecondativo? ¿Qué te hace pensar que no necesitas cuidar de ti?	Acompañar humana y holísticamente, la intención es evitar el desconsuelo. Se debe apoyar a la población objetivo a renovar el proceso y resignificarlo.	Material impreso que contenga información motivadora para mantenerse en alguna etapa del cambio.

*Nota.* Preguntas ejemplo y tareas motivadoras para las personas acompañantes en *salud sexual y reproductiva*; así como algunos materiales de apoyo para usar con la población objetivo.

La implementación de la estrategia *cara a cara* se fortalece mediante la práctica y experiencia, pero es importante capacitar a las personas en conocimientos sólidos y actualizados en *salud sexual y reproductiva*. Las personas acompañantes no necesariamente deben pertenecer al mismo grupo de población elegida (madres o padres adolescentes, personas con VIH/sida, personas sobrevivientes de violencia, etc.), la

única intención es reducir las *prácticas de riesgo* y aumentar la probabilidad al cambio y *motivación*. Para el entrenamiento en la estrategia “*cara a cara*” se pueden hacer uso de ejemplos reales o ficticios para fortalecer las formas de realizar entrevista, devoluciones y promover la motivación al cambio.

## **6.2. Sobre la promoción en sexualidad integral**

Aunque el enfoque Gestalt y la estrategia del “*cara a cara*” planteados en el apartado anterior, son herramientas de la psicología que bosquejan intervenciones *humanitarias* y *holísticas*, no dejan de ser sistemáticas. Por lo cual, pensamos que las personas que acompañan deben de considerar la actualización constante en temáticas vinculadas a la *salud sexual y reproductiva*, así como en instrumentos éticos y metodológicos que sean transversales a sus intervenciones. Este apartado busca desde una postura crítica incorporar un enfoque psicoeducativo y de *promoción a la salud* en los acompañamientos en *salud sexual y reproductiva*.

Bauman (2007) considera que actualmente son agobiantes los esfuerzos para el acompañamiento en procesos educativos. Pues nos ubicamos en la *modernidad líquida* donde las personas buscan su bienestar personal mediante satisfacciones rápidas. Así, las sociedades *occidentales/capitalistas* buscan optimizar, reducir el tiempo y el trabajo en la implementación de procesos de acompañamiento. La postergación o la poca eficiencia de acción, se vincula a la sobresaturación y al poco acceso a atajos que permitan gratificaciones instantáneas. En donde se puede señalar una *relación de poder*, pues es inferior quién no posee el privilegio del acceso inmediato. Por su parte, la impaciencia posee un mensaje de fastidio, percepción en el aumento de trabajo y una amenaza a los DDHH. Por lo que, en esta *modernidad líquida* es importante asignar atención a los procesos, pues las inquietudes de quienes requieren el conocimiento o un proceso de acompañamiento, pueden perder su significación de un momento a otro. Las personas acompañantes y los servicios de salud deben aprender a detenerse, poner atención y priorizar, ya que es un arte vivir en un mundo sobresaturado.

Aunado a lo anterior Campo, Oviedo y Herazo (2014), señalan que existen múltiples *representaciones sociales* y *estigmas* en torno a la *salud emocional* en los Estados, colectivos y grupos. Pues se piensa que quién tiene algún problema emocional

es de menor categoría. Así, las personas que se declaren con una afección emocional pueden ser discriminadas y excluidas. El estigma sobre la *salud emocional* es una barrera en el acceso integral a la *salud*, que muchas veces es legitimada por los *sistemas biomédicos* con una visión reduccionista. En consecuencia, invertir e incluir *servicios de salud emocional* no es un tópico de relevancia para los Estados. Lo anterior nos parece importante de mencionar debido a que algunos sistemas sanitarios no brindan la atención debida a los procesos de acompañamiento y *educación en sexualidad integral*, debido a la saturación y demanda de sus servicios. Así mismo, creemos importante la incorporación urgente de un enfoque de salud emocional, pues los procesos humanos de la *sexualidad* se ven irremediabilmente vinculados a los estados emocionales y subjetivos de las personas. Enunciar lo anterior, también señala que se requiere de formación y capacitación constante para promover el *bienestar biopsicosocial* en la *salud sexual y reproductiva*.

Así, la *educación para la sexualidad integral* como parte elemental de los acompañamientos en *salud sexual y reproductiva*, se define como el proceso de formación basado en el derecho fundamental a la *salud*, que facilite la información para la toma de decisiones responsables, sin prejuicios, ni culpa, que incluye contenidos *biopsicosociales* y culturales para todas las personas (Tapia, 2018).

Este estudio cree, que lo ideal en un proceso de *educación en sexualidad integral* simultáneo a un proceso de acompañamiento debe integrar formas de comunicación con lenguaje asequible y no discriminatorio, la perspectiva de género, un enfoque participativo de niñas, niños y adolescentes desde la autonomía progresiva, el abordaje de vínculos afectivos y erotismo, desde información actualizada, científica y laica. Con la finalidad de que las poblaciones beneficiarias puedan tomar de decisiones autónomas y acompañadas. La incorporación de los enfoques anteriores, inevitablemente produce que la *educación en sexualidad integral* se convierta en un proceso de psicoeducación para el *empoderamiento*; entendida como una pedagogía, emocional, crítica y democrática para el cambio individual y social. La cual se debe *centrar en la persona* con el fin de desarrollar y fortalecer sus capacidades (Shor, 1999).

El *empoderamiento* para lo psicoeducativo es concebido como el proceso de concienciación que da cuenta a las personas de sus capacidades, lo que potencia su

acción para transformarse y transformar su contexto (Labonté, 1994). El *empoderamiento* en el campo de lo *sexual y reproductivo* adquiere otras dimensiones que trascienden a lo individual, pasando en elevar los niveles de confianza, autoestima y capacidad de las personas para responder a sus propias necesidades, a otras formas colectivas en el proceso de interacción social desde lo *sexual*. Pensamos que el *empoderamiento sexual y reproductivo* necesita orientarse hacia desafiar las estructuras opresoras y hacia nutrir las relaciones que habiliten la deconstrucción de los *estigmas sexuales y reproductivos* para el beneficio de todos.

Simultáneamente, para el CENSI (2014) la *promoción de la salud sexual y reproductiva* implica construir conocimientos en personas que brindan servicios en salud o son parte de una red comunitaria, para controlar los *determinantes sociales de la salud*. La finalidad es que los promotores puedan modificar actitudes y comportamientos a la comunidad y al interior de los sistemas sanitarios. La *promoción en salud* incluye el conocimiento de las *determinantes sociales de la salud* en sus contextos, así como la cuestión y capital social. La *cuestión social*, pensada como las estrategias, elementos y procedimientos que refuerzan las capacidades que promueven el bienestar *biopsicosocial*; donde se prioriza la dignidad, la autonomía personal y colectiva en la toma de decisiones, así como el reparto equitativo de los recursos. Por otro lado, el *capital social* se piensa como el enfoque participativo en la implementación de actitudes de confianza, reciprocidad y cooperación entre las personas involucradas en las intervenciones en *salud*. Mismos que deben buscar soluciones y estrategias, en lugar de promover ideas negativas que no contribuyen a prevenir o atender factores que involucran la *salud sexual y reproductiva*.

Así mismo, el CENSI (2014) enfatiza en la importancia del papel de las personas acompañantes o promotoras en *salud sexual y reproductiva*. Ya que su actuación debe enmarcarse transversalmente en la perspectiva de DDHH, perspectiva de *género*, perspectiva de *infancias*, reducción del estigma y *discriminación e interculturalidad*. Pues deben tener conocimientos en sexualidad, desarrollar habilidades para el uso de métodos antifecondativos, reforzar la acción comunitaria y crear ambientes favorables libres de discriminación para promover conductas saludables. Por lo cual, es pertinente su reorientación constante en procesos de sensibilización y aprendizaje, para

brindar un acompañamiento o proceso de consejería con información actualizada. Así como, implementar las políticas públicas que propicien un acceso oportuno a los servicios de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento a todas las poblaciones de riesgo.

Con respecto a lo anterior, se señala desde Gómez (2018) que se han realizado avances significativos en materia de *salud sexual y reproductiva*, sin embargo, la problemática está envuelta en la visión estigmatizante que se tiene hacia las adolescencias y hacia su *sexualidad*. Principalmente, la falta de capacitación en perspectiva de *adolescencias* y de *género* al personal del sector salud y los docentes del sector educativo, quienes no cuentan con la información completa y se basan en sus propias creencias. Por lo que se consideran como elementos que bloquean cualquier proceso de acompañamiento en *educación para la sexualidad integral*.

Con base en la OMS (2018), para poder promover el bienestar biopsicosocial en relación con la *sexualidad*, se debe brindar orientación psicosexual, asistencia prenatal durante el parto y puerperio, educación e información integral sobre *salud sexual y reproductiva*, orientación y suministro de métodos anticonceptivos, prevención de la violencia de género y atención a víctimas, tratamiento ante la esterilidad, prevención y control de infecciones de transmisión sexual, así como, servicios de aborto seguro. Así mismo, la atención se debe brindar desde un enfoque holístico a la salud sexual, así como definir la relación entre salud sexual y salud reproductiva. Entendiendo que un enfoque holístico implica hacer hincapié en que no sólo se trata de que las personas ya no se enfermen, sino que las personas logren un bienestar biopsicosocial mediante las técnicas y herramientas necesarias.

Los acompañamientos, deben brindarse con base en la indagación de las diferentes esferas, como lo fisiológico, lo psicológico y la vinculación afectiva interpersonal. La detección debe atender el manejo de los problemas y dificultades *sexuales* en las personas. Delimitando la diversidad de necesidades, con respecto a las etapas de vida de las poblaciones. La atención debe ser positiva, respetuosa y basada en evidencia científica. En este sentido, las intervenciones deben centrarse en las necesidades personales y en la modificación de prácticas sexuales de riesgo, para hacerle frente a sus problemas (OMS, 2018). Por lo cual, los siguientes apartados

enuncian algunos elementos necesarios para realizar acompañamientos y promoción a la *salud sexual y reproductiva*.

### **6.2.1. Elementos para hablar de salud sexual y reproductiva**

De acuerdo con la OMS (2018), la *salud sexual y reproductiva* se define como un estado de *bienestar biopsicosocial* en relación con la *sexualidad* y el sistema reproductivo; y no sólo en función de la ausencia de enfermedad. Ya que, implica la capacidad de disfrute del *ejercicio sexual*, sin riesgos y de la libertad de decidir sobre el número de hijas e hijos que se quiera tener. En este sentido, la *salud sexual y reproductiva* están interrelacionadas, pues algunos aspectos de la *sexualidad* pueden afectar el *ejercicio reproductivo*. Por lo tanto, para abordar el *ejercicio reproductivo* en el caso del embarazo en la adolescencia, necesariamente se debe hablar de *sexualidad*.

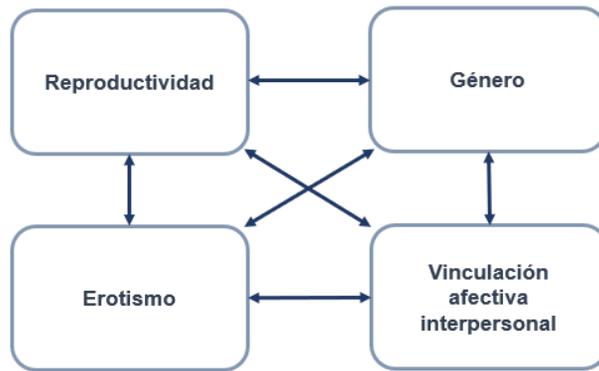
Pinzón (et al., 2012), refiere que la *sexualidad* es una forma de relación personal e interpersonal, experimentada desde el inicio hasta el final de la vida. Este ámbito, puede potenciar o vulnerar el desarrollo humano, pues no sólo envuelve la condición *reproductiva*, sino que implica la relación con otros. La *sexualidad* no sólo hace referencia al coito, embarazo y parto, pues también incluye el erotismo y necesidades psicosexuales de afecto, unión, sensualidad e intimidad. La *sexualidad* se construye y se organiza por los relatos sexuales culturalmente disponibles, los cuales cambian generacionalmente.

En este sentido, en los primeros apartados de este capítulo se puntualizan algunas construcciones *histórico/culturales/corporales* sobre *sexualidad*; ya que la información *biomédica* disponible, se ha sostenido de las características fisiológicas aparentes del cuerpo, que han propuesto un funcionamiento universal de la *sexualidad*. Por lo cual, el siguiente apartado pretende ampliar o diversificar el estudio de la *sexualidad* desde el *Modelo Holónico de la Sexualidad Humana*.

### **6.2.2. El Modelo Holónico de la Sexualidad Humana**

El Modelo Holónico de la Sexualidad Humana propuesto por Eusebio Rubio (1994), observa la *sexualidad* como un sistema compuesto de cuatro elementos interrelacionados que interactúan entre ellos, los cuales son *reproductividad*, *género*, *erotismo* y *vinculación afectiva interpersonal*.

**Figura 10.** Modelo Holónico de la Sexualidad Humana



*Nota.* Holones o ámbitos que interactúan como ámbitos de la sexualidad humana en el Modelo Holónico de la Sexualidad Humana propuesto por Rubio (1994).

Desde esta postura el concepto de *reproductividad* hace referencia al ciclo de coito-embarazo-parto. Así como, a considerar la amplitud del término hacía aspectos sociales, psicológicos y de educación. En el entendido de que las personas pueden compartir con otras sus conocimientos y estas a su vez se pueden apropiar de ellos, generando así un proceso de *reproducción*. Algunos ejemplos pueden ser: tener hijas e hijos, la crianza, escribir un libro, creaciones artísticas, producciones científicas, etc., (Rubio 1994).

El *género* hace referencia a las construcciones sociales, psicológicas, culturales, económicas y políticas, que regularmente parten de un sistema binario en la idea de un mundo *masculino* o *femenino* vinculado al sexo biológico. Sin embargo, se olvida que vivimos en un mundo de diversidad, en el cual, viven personas con diferentes características fisiológicas e identitarias, que no necesariamente corresponden a realidades binarias. Ejemplo de lo anterior, es: la intersexualidad, que es la situación en dónde hay una discrepancia entre los genitales internos y externos (testículos y ovarios); y que, por tanto, los órganos reproductivos o sexuales no se ajustan a la fisiología de lo que se entiende por “hombre y mujer”. Por otro lado, la existencia de mujeres con características tradicionalmente asociadas a lo *masculino* y hombres con características tradicionalmente asociadas a lo *femenino* (Rubio, 1994).

El *erotismo* se define como aquellas cosas, situaciones, pensamientos, etc., que resultan placenteros, o no. El erotismo se puede vivir en la individualidad o con otras personas u objetos. Y al igual que el concepto de *reproductividad*, se le vincula al acto

coital o al proceso excitación/orgasmo. Sin embargo, desde esta postura el erotismo se puede vivir a partir de otras actividades, como: escuchar música, comer, apreciar una obra de arte, pasar buenos momentos con personas, entre otras.

La *vinculación afectiva interpersonal*, hace referencia a las emociones y sentimientos positivos o negativos que se experimentan hacia otras personas, que no necesariamente implican una relación sentimental de pareja. La vinculación afectiva interpersonal se puede establecer hacia diferentes personas como: familiares y amistades (Rubio 1994).

Con respecto al Modelo Holónico de la Sexualidad Humana (Rubio, 1994), es observable que la *sexualidad* se construye en las personas a partir de su relación con el otro y también con base en las experiencias de su naturaleza *corporal*. Motivo por el cual, para esta investigación entendemos que la *sexualidad* va más allá de procesos meramente fisiológicos. Ya que, su construcción está asociada a las metáforas de la *memoria social*. Simultáneamente, sé cree imprescindible que el estudio de la *sexualidad* humana considere la perspectiva de *género*; con la finalidad de reconocer las múltiples desigualdades en la construcción de las identidades *sexo/genéricas* entre hombres y mujeres. Mismas, que se encuentran enmarcadas dentro de un *sistema sexo/genérico binario*. Pues, evidenciar dicho sistema en las relaciones interpersonales adolescentes, permite identificar algunas de las formas de restricción u opresión en el ejercicio de su vida *sexual*.

### **6.3. Acompañamiento especializado en la reproductividad de las mujeres**

Este trabajo sobre embarazo adolescente se piensa que es importante que las adolescentes tomen autoridad sobre su propio cuerpo de mujer, conociendo su funcionamiento y las posibles alternativas naturales o artificiales para que ellas de forma autónoma puedan tomar decisiones sobre su *reproductividad*.

Northrup (1999) argumenta que durante siglos los programas sociales occidentales vinculados a la *sexualidad*, han estado implementados por las instituciones eclesiásticas y de gobernanza, espacios que han brindado prioridad en los cargos públicos a hombres. Las normas sociales con respecto a la *sexualidad y reproductividad*

han encaminado a las mujeres a entender su función como paridoras de hijos y como servidoras de su pareja. Motivo por el cual, en un proceso de acompañamiento integral se debe permitir que las mujeres elijan el rumbo de su *sexualidad y reproductividad*, lo cual puede ser confrontativo para un esquema de creencias arraigado y antiguo. Paralelamente, se convierte en un problema sanitario y político cuando las mujeres cuestionan las *relaciones de poder*, en cuanto a la toma de decisiones y apropiación de sus cuerpos.

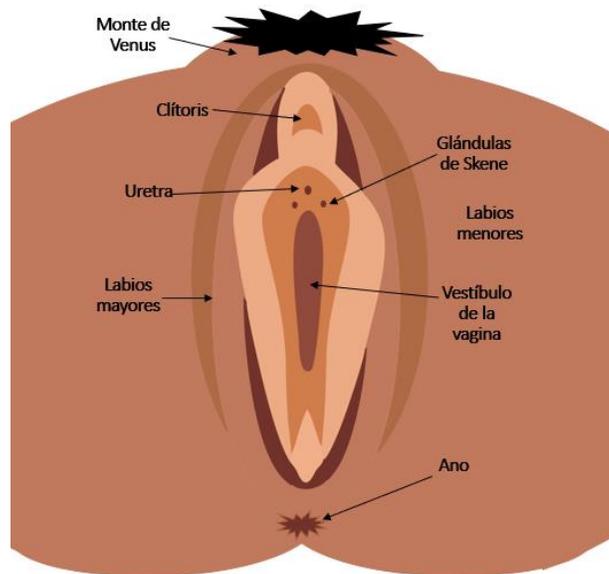
El sistema de creencias sociales interioriza en las mujeres que hay “algo mal” en relación a su cuerpo, ya que han incorporado *memorias artificiales* que les hacen pensar que es un espacio sucio, por lo cual pueden experimentar miedo o culpa, y se someten a una constante vigilancia (Nagoski, 2015). Así, las propias mujeres y los sistemas sanitarios, buscan controlar aspectos *corporales*, como los olores y sus formas naturales, para no ofender el ideal cultural de cuerpo de mujer. Muchas mujeres pueden desarrollar repugnancia e indiferencia por los procesos de sus cuerpos, evadiendo la responsabilidad de la autoexploración y autoconocimiento. A su vez, los sistemas sanitarios precisan tratamiento médico en funciones corporales naturales como la menstruación, la menopausia y el parto, por una visión patologizante sumado al desconocimiento. El sistema médico *moderno* teme a los procesos que implican nacer, morir, sanar y vivir (Northrup, 1999).

Algunos estudios de psiconeuroinmunología, como el de Teicher et.al, (2003) que examina cómo el trauma infantil se asocia con niveles altos de cortisol y un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares. Han demostrado que el sistema nervioso central funciona para reforzar algunas experiencias de los primeros años de vida, a no ser que se modifique la programación infantil. Las enfermedades corporales, incluidas las *gineco-obstétricas* se siembran en la infancia y después son abonadas, por el sistema de creencias, pensamientos y emociones. La ciencia de la conexión mente-cuerpo demuestra que los sutiles campos electromagnéticos de fuera y dentro del cuerpo, hacen un vínculo importante con las heridas corporales, llamadas emocionales (Northrup, 1999).

### 6.3.1. Sistema reproductivo de las mujeres

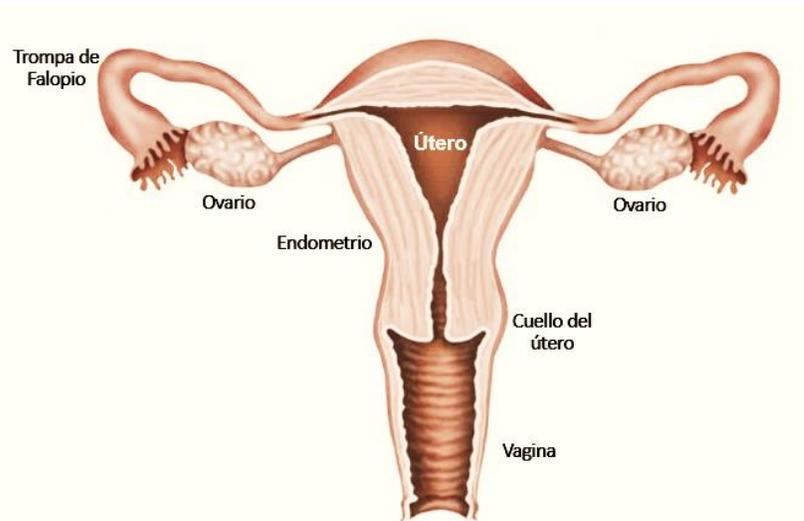
El sistema reproductor de las mujeres está compuesto de órganos genitales internos y externos. A los órganos genitales externos de forma colectiva, se les conoce como vulva; y por separado, se integran por el monte de Venus, labios mayores, labios menores, el clítoris, la uretra, las glándulas de Skene y el vestíbulo de la vagina (Reiriz, 2020).

**Figura 11.** Órganos genitales externos de las mujeres



Por otro lado, los genitales internos están ubicados en el centro inferior de la pelvis, y se conectan a los órganos exteriores, por medio de la vagina y el cuello uterino. Los cuales son el útero, el endometrio, el miometrio, las trompas de Falopio y los ovarios. Los cuales corresponden al sistema hormonal de las mujeres, y que están íntimamente interconectados por sus funciones. Algunos de los sesgos culturales vinculados a los órganos genitales internos, son valorarlos en función de la *reproductividad*. El útero, en especial es entendido como una bolsa, un saco, o el hogar de otra persona; y tiene una alta valoración cuando está en ese papel. Ya que cuando ha terminado su función social, o la mujer ha decidido no tener hijos, médicamente se ha considerado como un órgano que no posee ningún valor (Northrup, 1999).

**Figura 12.** Órganos genitales internos de las mujeres



Por otro lado, se tiene la influencia de la bioquímica cerebral y hormonal involucrada en las dinámicas reproductivas de las mujeres. Donde resaltan los *estrógenos*, la *progesterona*, las *hormonas hipofisarias*, las *gonadotropinas*, las *hormonas hipotalámicas* y la *relaxina* (Alford y Nurudeen, 2014).

Después del nacimiento de una mujer, sus *gónadas* se encuentran en reposo hasta que se activan las *gonadotropinas* cuyo origen se encuentra en la *hipófisis*. Estas logran su maduración fisiológica en la pubertad o inicio de la adolescencia. El desarrollo de las funciones *endocrinas* y hormonales de las *gónadas* se da con la finalidad de alcanzar la posibilidad de reproducción humana (Alford y Nurudeen, 2014).

En las niñas el primer evento de la pubertad es la *telarquía*, que es el crecimiento de las mamas, que se desarrollan por las hormonas ováricas de *estradiol* y *progesterona*. El *estradiol*, es responsable del crecimiento de los conductos y la progesterona del crecimiento de los lóbulos y alvéolos. Subsecuentemente, en la *pubarquía*, se desarrolla el vello axilar y púbico. Por último, se presenta la *menarquía* que es la primera menstruación, en donde los primeros periodos son *anovulatorios* y después de un año se inicia con una *ovulación* regular. A partir de ese momento el cuerpo de las mujeres produce cambios periódicos regulares en el sistema reproductivo, los cuales se llaman *ciclo ovárico* y *ciclo uterino*, que en conjunto se conoce como *ciclo menstrual*. Los cuales se dan a través de la regulación de *hormonas hipotalámicas*, *hipofisarias* y *ováricas*; con la finalidad periódica de la fertilización (Alford y Nurudeen, 2014).

El *ciclo ovárico* como su nombre lo indica, se lleva cabo en los *ovarios*. Las mujeres desde su nacimiento poseen alrededor de 300, 000 *folículos primordiales* en las *cápsulas ováricas*. Al principio de cada ciclo, varios de estos *folículos* crecen y forman una cavidad que se llena de *líquido folicular*. Alrededor del sexto u octavo día del ciclo uno de estos folículos empieza a crecer y se convierte en el *folículo dominante*, los demás sufren una regresión. A esta se le denomina *fase preovulatoria* o *folicular* y se vincula con la producción de *estrógenos*. Posteriormente, en la mitad del ciclo menstrual el folículo se rompe y expulsa un óvulo, que es recibido por las fimbrias de las *trompas de Falopio*, para ser fecundado y transportarlo al *útero*. A esta se le conoce como *fase de ovulación* (Alford y Nurudeen, 2014).

Posterior a la *ovulación*, se da la *fase luteínica* en donde las células restantes del folículo forman una estructura que se llama *cuerpo lúteo*, bajo la influencia de la *hormona luteinizante (LH)*, que se sintetiza y secreta *estrógenos* y *progesterona* con la finalidad de engrosar el *endometrio* para la implantación de un *óvulo fecundado*. Si se da la fecundación del *óvulo*, el *endometrio* requiere más soporte hormonal para convertirse en un cuerpo lúteo gestacional y continua hasta el tercer mes de embarazo conservando su función. Con respecto al *ciclo uterino*, si no hay *óvulo fecundado* este atraviesa el útero para salir por la vagina y se disminuye significativamente la presencia de hormonas; y las capas del endometrio se desprenden para ser expulsadas produciendo un sangrado, comúnmente llamado *menstruación*. Las longitudes de los ciclos son variables de mujer a mujer, pero regularmente el promedio es de 28 a 34 días. El inicio de un ciclo se identifica por el primer día de *menstruación*; y finaliza, el día que antecede el primer día del siguiente ciclo (Reiriz, 2020).

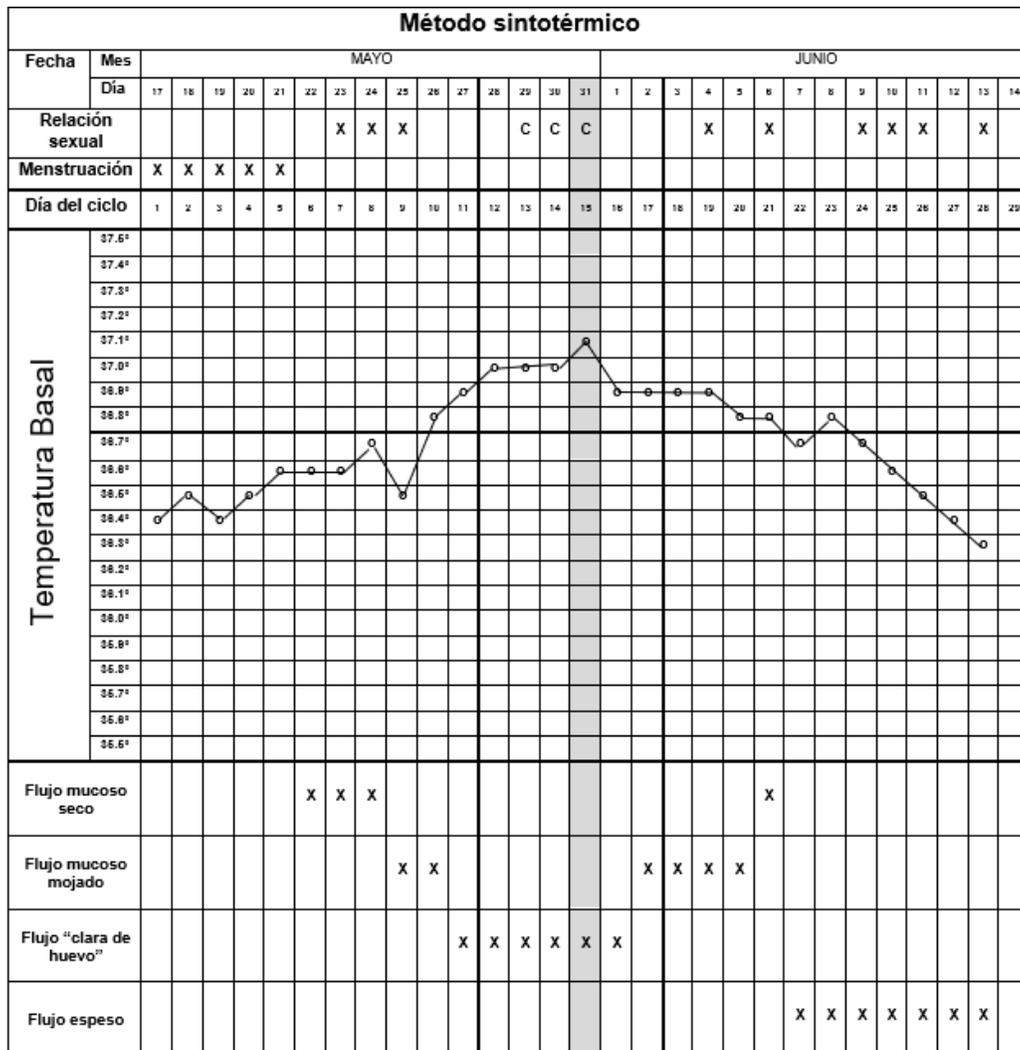
Es importante conocer y reconocer el ciclo *menstrual*, así como el momento en el que aumenta la *fertilidad*, con la finalidad de prevenir un embarazo, o si se desea, planearlo. En el tema del autoconocimiento, es importante valerse de los signos y síntomas fisiológicos del *ciclo menstrual*. Un indicador conveniente para identificar el momento de la *ovulación* es la temperatura basal que debe estar en un rango de 35.56 C° a 37.58 C°. Siendo el día de la *ovulación*, el día con mayor elevación en la temperatura basal; misma que se elevará de entre 0,3 C° y 0,5 C°. Se puede realizar la toma de la

temperatura por las mañanas, con ayuda de un termómetro regular, en: la boca, vagina o recto (Alford y Nurudeen, 2014).

Por otro lado, el *moco cervical* permite determinar el periodo fértil observando las secreciones o mucosidad cervical de la vagina. Cuando se termina la *menstruación*, la mucosa cervical es seca o mínima y es infecunda. Alrededor de seis días previos a la *ovulación*, el *cérvix* o *cuello del útero* secreta *mucosidad tipo E* que es estimulada por el *estrógeno*, la consistencia es similar a la clara de huevo y es conductor de espermatozoides. Se es fértil desde el momento en el que aparece la *mucosidad tipo E*, hasta el cuarto día después del día de mayor flujo de mucosidad; conocido como: “día punta” que se vincula con el momento de la *ovulación*. Consecutivamente, *la mucosidad tipo G* es estimulada por la *progesterona* y aparece posterior a la ovulación. Esta mucosidad se caracteriza por la falta de elasticidad, tiene un aspecto opaco, pegajoso, espeso o denso; y bloquea el paso de espermatozoides. La menstruación comienza alrededor de los 12 o 15 días después del “día punta” (Northrup, 1999).

Con la finalidad de obtener un autoconocimiento corporal y la apropiación de la propia fertilidad, sin omitir el uso de antifecundativos se propone el uso del “Método sintotérmico”. El cual, combina la medición de la temperatura corporal en reposo, con la identificación del tipo de moco cervical y el conteo de días sobre el ciclo personal. El método consiste en aprender a determinar el día de *ovulación* y considerar la vida del *óvulo*, que es de 6 a 24 hrs. Por otro lado, señalar que la viabilidad de los *espermatozoides* células reproductivas de los hombres, pueden vivir hasta 5 días en una mucosidad fértil. Por lo tanto, es uno de los métodos más fiables sobre el conocimiento de la fertilidad. Permite que las mujeres se familiaricen con sus propios ciclos de fertilidad y cambios de flujo vaginal, así como determinar cuándo es fértil y cuándo no. Para su efectividad se sugiere llevar este método por lo menos tres meses. A continuación, se muestra un ejemplo de tabla de registro para el monitoreo personal de la fertilidad. Así mismo, el (Anexo 1) contiene el formato en blanco para ser usado, si se necesita.

**Figura 13.** Método Sintotérmico



Nota. Ejemplo de cómo registrar el ciclo menstrual, toma de temperatura basal y flujo vaginal.

### 6.3.2. Métodos antifecondativos

En un intento por modificar los relatos sobre la *sexualidad*, para esta investigación descartamos el uso del término métodos anticonceptivos, pues pensamos que la palabra *concepción*, discursivamente posee connotaciones católico/religiosas por la “*concepción de María*”. Por lo cual usaremos el término *métodos antifecondativos* para todos aquellos métodos y dispositivos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo. Los cuales se pueden utilizar desde la primera relación sexual, y durante toda la vida fértil. Estos actúan impidiendo la fecundación e inhibiendo la ovulación. Existen los *métodos*

*antifecundativos* de barrera, hormonales, intrauterinos, de opción quirúrgica, químicos y basados en la fertilidad. Así mismo, es recomendable una “doble protección” o la combinación de dos métodos compatibles. Es decir, uno que pueda prevenir un embarazo no deseado, ni planeado y otro que pueda prevenir una Infección de Transmisión Sexual (ITS) (Provenzano, 2014). A continuación, se presenta una tabla que sintetiza algunos métodos antifecundativos más frecuentes, de las familias anteriormente referidas.

**Tabla 9.** Familias de métodos antifecundativos

<b>Métodos antifecundativos</b>	
<b>Barrera</b>	Condón externo
	Condón interno
<b>Hormonales</b>	Píldora de toma diaria
	Parche dérmico
	Implante subdérmico
	Inyección trimestral
	Píldora de emergencia
<b>Dispositivo/ Hormonal</b>	Sistema Intrauterino de Liberación (SIU)
<b>Dispositivo</b>	Dispositivo Intrauterino de cobre (DIU)

*Nota.* Métodos disponibles en los servicios de salud públicos en México.

Por otro lado, en el apartado anterior se propone el *método sintotérmico* como un *método antifecundativo* basado en el conocimiento del cuerpo y la fertilidad. El cual, tiene el privilegio de promover el autoconocimiento fisiológico, emocional y los significados dados por la cultura al cuerpo de las mujeres. Sin embargo, cuando no se cuenta con una pareja coito/sexual exclusiva, es imprescindible combinarlo con un *método antifecundativo* de barrera. Ya que, el condón externo e interno con un uso adecuado, previene hasta en un 98% la probabilidad de adquirir una ITS.

Es imprescindible distinguir que el éxito o el fracaso de un método antifecundativo, se precisa con la cantidad de información actual, verás y científica con la que cuenten las personas. Así mismo, es imprescindible fomentar el autoconocimiento corporal y la participación activa para la elección de algún método, con el personal de salud capacitado. A su vez, la responsabilidad debe compartirse con la pareja formal o casual

en turno; ya que culturalmente se piensa que el tema de la fertilidad es responsabilidad exclusiva de las mujeres. Creemos que la decisión sobre el uso de un *método antifecundativo* debe ser sincera, en el sentido de que existen muchas mujeres que no están dispuestas a pensar y conocer su fertilidad, por lo cual algún método de tipo hormonal puede ser su alternativa (Northrup, 1999).

## Referencias

- Aguilar, M. C. (2002). Familia y Escuela ante un mundo en cambio. *Revista Contextos de Educación*, (5), 202-215. <https://n9.cl/m5osk>
- Alberro S. (1988). *Inquisición y sociedad en México 1571-1700*. Fondo de Cultura Económica. <https://books.google.com.co/books?id=x39aAAAAMAAJ>
- Alcalde, S. (2018). *Apoyo social percibido y resiliencia en adolescentes embarazadas de centros de salud de Villa El Salvador* [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Perú]. <http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/ACPP/article/view/77>
- Alcina, J. (1991). Procreación, amor y sexo entre los mexicas. *Estudios de cultura náhuatl. Históricas*, 21(0), 59-81. <https://historicas.unam.mx/publicaciones/revistas/nahuatl/pdf/ecn21/355.pdf>
- Alford, C. y Nurudeen, S. (2014). Fisiología de la reproducción en las mujeres. DeCherney A.H., Nathan L., Laufer N., y Roman A.S.(Eds.), *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. (11e). McGraw Hill. <https://n9.cl/dpzp2>
- Arcos, S. y Tunal, S. G. (2014). Madres solteras adolescentes como una posible determinante de precariedad laboral. *Revista del cesla*, (17), 235-271. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243333483012>
- Asamblea de las Naciones Unidas (ONU), 2 de julio de 1975, Primera Conferencia Mundial Sobre La Mujer, <http://base.d-p-h.info/es/fiches/premierdph/fiche-premierdph-2359.html>
- Asamblea de las Naciones Unidas (ONU), 18 de diciembre de 1979, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), [https://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo\\_web.pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo_web.pdf)
- Asamblea de las Naciones Unidas (ONU), 24 de marzo de 1981, Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, <https://www.coe.int/es/web/compass/the-international-covenant-on-civil-and-political-rights>
- Asamblea de las Naciones Unidas (ONU), 02 de septiembre de 1990, Convención sobre los derechos del niño, <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Asamblea de las Naciones Unidas (ONU), 13 de septiembre de 1994, Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). <https://n9.cl/8e9ok>
- Asamblea de las Naciones Unidas (ONU), 28 de marzo de 1999, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém Do Pará), <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM). (2013). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. <https://n9.cl/c5fv>
- Arango, M. C. (2018). *Guía para la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en las Entidades Federativas*. Fondo de

- las Naciones Unidas (UNFPA). <https://n9.cl/uxd3d>
- Ariés, P. (1962). *Centuries of childhood*. RandomHouse.
- Ariés, P. y Dubi, G. (2000). *Historia de la vida privada*. Taurus.
- Arrom, S. M. (1988). *Las mujeres de la ciudad de México, 1790-1857*. Editorial Siglo XXI.
- Austin, A. (1980). Cuerpo humano e ideología. En Instituto de Investigaciones Antropológicas. *Las concepciones de los antiguos nahuas*. Editorial UNAM.
- Avellaneda, A. C. O., y Torres, L. M. (2019). Adolescencia, sexualidad y reproducción: tres dimensiones fundamentales para la comprensión del fenómeno del embarazo adolescente. *Revista Palobra, "palabra que obra"*, 19(2), 36-53.  
<https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/palobra/article/view/2533>
- Backer C., Pistrang N. y Elliot R. (2002). Fundamentals of qualitative methods. En EEUU: John Wiley & Sons (Ed.), *Research Methods in Clinical Psychology: An Introduction for Students and Practitioners*, (3ªed, vol.1, pp. 72-93). John Wiley & Sons, Ltd.  
<https://n9.cl/yu46c>
- Bauman, Z. (2007). *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Editorial Gedisa, S.A.
- Bauman, Z. (2003). *Amor líquido*. Fondo de Cultura Económica.
- Bocco, R., y Villasante, M. (1989). Algunas reflexiones sobre la producción etnográfica Malinowski, Crapanzano y Rabinow frente a frente. *Antropológica*, 7(7), 279-294.  
<https://n9.cl/70my8>
- Botero, L. D. B., Ospina, J. C. H., y Montoya, J. C. (2019). Configuración de la identidad en padres adolescentes: un estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 10(2), 377-398. <https://www.redalyc.org/journal/4978/497862279006/html/>
- Bruni, L. (2019). Procesos de Reproducción Social y Subjetivación Crítica. Las dos caras de la vergüenza. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos*, 11(29), 82-88.  
<https://www.redalyc.org/journal/2732/273266030009/>
- Carlsen, L. (1999). Autonomía indígena y usos y costumbres: la innovación de la tradición. *Revista Chiapas*, (7), 2-17. <https://chiapas.iiec.unam.mx/No7-PDF/ch7carlsen.pdf>
- Calesso M., Mitjavila M., Pizzinato A., Barcinski M., y Strey, M. N. (2011). Maternidad adolescente en inmigrantes en el contexto catalán. *Ex Aequo (Oeiras)*, 24 (0), 13-28.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8279532>
- Campo, A., Oviedo, H.C. y Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43 (3), 162-167.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80633732007>
- Canto Ortiz, J. M., García Leiva, P., y Gómez Jacinto, L. (2009). Celos y emociones: Factores de la relación de pareja en la reacción ante la infidelidad. *Athenea digital: revista de pensamiento e investigación social*, (15), 039-55.  
<https://ddd.uab.cat/record/38834>
- Capel, H. (2016). Las ciencias sociales y el estudio del territorio. *Revista bibliográfica de geografía y ciencias sociales*, 21(1), 1-38. <https://n9.cl/33vdu>
- Castro S. y Grosfoguel, R. (2007). Prólogo. Giro decolonial, teoría crítica y pensamiento

- heterárquico. En S. Castro-Gómez & Grosfoguel, R. (Ed.), *El giro decolonial: Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp. 09-24). Siglo del Hombre Editores.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida (CENSIDA). (2016). *Guía nacional para la prevención del VIH y el sida. Orientaciones y referencias prácticas para la promoción de la salud y la prevención*. CENSIDA. <https://n9.cl/syfa4>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida (CENSIDA). (2016). *Cartilla de Derechos Sexuales y Reproductivos de Adolescentes y Jóvenes*. CENSIDA. <https://n9.cl/3699y>
- Chaverri, P., y Fernández, I. (2023). Desigualdad y estratificación socioeconómica en relación con el individualismo y el colectivismo cultural: una discusión teórica de su construcción desde la psicología social. *Revista Universidad Virtual Católica del Norte*, (68), 324-364. <https://doi.org/10.35575/rvucn.n67a13>
- Confederación Nacional de Mujeres Indígenas de Bolivia (CNAMIB). (2012). *Mujer Indígena, embarazos en adolescentes y VIH: prevención desde un enfoque intercultural*. InterArts. <http://www.sidastudi.org/es/registro/ff8081813ead9c86013ed28a33210078>
- Consejo Estatal de Población del Estado de Hidalgo (COESPO). (2022). "INFORME EJECUTIVO DEL GEPEA HIDALGO, 2021". CONAPO.
- Consejo Estatal de Población del Estado de Hidalgo (COESPO). (2019). *Informe Ejecutivo del GEPEA 2019*. CONAPO.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2019). *Informe Ejecutivo del GEPEA 2019*. CONAPO. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/informes-estatales-2019#prensa>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2018). *Tasa global de fecundidad y tasa de fecundidad adolescente*. CONAPO. <https://n9.cl/mxwty>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const.]. (2019). Artículo 1º, De los Derechos Humanos y sus Garantías. 5 de febrero de 1917 (México). <http://www.sct.gob.mx/JURE/doc/cpeum.pdf>
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF). (2017). *La intervención en crisis y el acompañamiento psicosocial a víctimas de violaciones a los derechos humanos*. CDHDF. <https://n9.cl/8trks>
- Comisión Especial de Equidad de Género (CEEG-UNAM). (01 de septiembre del 2022). Glosario de Definiciones. <https://n9.cl/zvhr3>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos, CNDH. (03 de diciembre, 2019). ¿Qué son los Derechos Humanos? <https://n9.cl/67mk>
- Darvill, R. y Farrand, P. (2010). Factores psicológicos que impactan en las experiencias de las mujeres sobre la maternidad por primera vez: un estudio cualitativo de la transición. *NIH National Library of Medicine*, 26(3), 357-366. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18783860/>
- Dávalos, E. (1998). La sexualidad en los pueblos mesoamericanos prehispánicos: un panorama general. En Szasz y Lerner (Ed.), *SEXUALIDADES EN MÉXICO: Algunas*

- aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales* (1° ed., vol.1, pp. 71-106). El colegio de México ediciones. <https://n9.cl/uail2>
- De la Garza Talavera, R. (2012). *Usos y costumbres y participación política en México*. Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación. <https://n9.cl/2ho8u>
- Délio, R. (2013). La deconstrucción en Jacques Derrida: Qué es y qué no es como estrategia. *Universitas Philosophica*, 30(60), 170-204. <https://n9.cl/jc3uh>
- Deleuze, G. (1987). *Foucault*. Paidós. <https://n9.cl/s3jme>
- Enciclopedia de los Municipios de México (EMM). (23 de agosto de 2022). ESTADO DE HIDALGO: TEPEHUACÁN DE GUERRERO [sitio web]. <https://n9.cl/qtmlt>
- Escobar, A. (2003). Mundos y conocimientos de otro Modo. El programa de investigación de modernidad/colonialidad latinoamericano. *Tabula Rasa*, 1, 51-86. <https://www.redalyc.org/pdf/396/39600104.pdf>
- Espínola, I. D. R. S., y Pintado, O. L. (2014). Conceptos básicos de psicoterapia Gestalt. *Revista Eureka*, 11(1), pp. 106-117. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905603/eureka-11-1-17.pdf>
- Estrada, A. R. B., y Martínez, C. I. M. (2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e investigación en psicología*, 19(1), 103-118.
- Faúndez, X., Cornejo, M., y Besoain, C. (2017). El análisis de datos en enfoques biográficos-narrativos: desde los métodos hacia una intencionalidad analítica. *In Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 18 (1), 25. <https://n9.cl/gl9q7>
- Feliciano, P. (1945). Leyenda de los soles. En Primo (ed.), *Códice Chimalpopoca*. Editorial UNAM. <https://n9.cl/u140s>
- Figuerola M., Rivera K., Vinueza K., Yépez J. y Rebolledo, D. (2020). Percepción de las adolescentes frente al embarazo: revisión sistemática. *Redalyc*, 20(1), 1-19. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273862538017/html/index.html>
- Flores K., Olaizola E., Díaz de León F., Collado M. E., Andrade L., Hernández A. y Higgins, B. (2018). *Violencia Sexual y Embarazo infantil en México: Un problema de Salud Pública y Derechos Humanos*. Ipas México. [https://www.ipascam.org/uploads/1581464490864\\_ES\\_ARCHIVO\\_1.pdf](https://www.ipascam.org/uploads/1581464490864_ES_ARCHIVO_1.pdf)
- Flores M. E., Nava G., y Arenas L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista Salud Pública*, 19(3), 374-378. <https://n9.cl/af1ya>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2020). Embarazo adolescente en América Latina y el Caribe después de una década, progresos y desafíos. <https://n9.cl/v104>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2019). Monitoring ICPD Goals: Dignity and Human Rights. Retrieved August 27, from Total population in millions. <https://www.unfpa.org/es/data/world-population-dashboard>.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad: La voluntad del saber, Tomo I*. Siglo XXI

- Foucault, M. (1986). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50 (3), 3-20.  
<https://www.jstor.org/stable/3540551?seq=1>
- Galinier, J. (1990). La mitad del cielo. En Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos, Instituto Nacional Indigenista (Eds.), *Cuerpo y cosmos en los rituales otomíes*. UNAM editorial. <https://books.openedition.org/cemca/2798?lang=es>
- Gamba, S. (2008). Feminismo: historia y corrientes. *Diccionario de estudios de Género y Feminismos*, 3 (0), 1-8.  
<https://repositoriomujerespoder.udemex.edu.mx/files/emp/de3d6e5ea68e124.pdf>
- García, A. A. (2011). El adolescente, sus emociones y el vínculo con los elementos en la sociedad urbana actual. En Instituto de Investigaciones Jagüey (Ed.), *El adolescente y sus procesos corporales II: La construcción de sus padecimientos* (1° ed., vol.1, pp. 71-106). CEAPAC ediciones.
- García, A.L. (2013). Amor y pasión sexual en el México posrevolucionario: el caso de Eduardo Pallares. En El Colegio de México A.C. (Eds.), *Amor e historia: la expresión de los afectos en el mundo del ayer* (1° ed., Vol.1, pp. 245- 272). Colegio de México, A.C. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/21553>
- García, L. F., Romero, F. C., Campos, T. G., y Espinoza, A. V. (2017). El embarazo adolescente desde una perspectiva contemporánea. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 51(1), 111-121.  
<https://www.redalyc.org/pdf/284/28452860011.pdf>
- García, D. G., García, G. P., Tapiero, Y. T. y Ramos, D. M. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 182-198.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126826012.pdf>
- García M., Avilés D., Caballero F. y Gayosso B. (2018). *Creando ideas, cuerpos e historias*. SEIINAC. [www.seinac.org.mx](http://www.seinac.org.mx)
- Gayet C. y Juárez, F. (2020). Influencia de las creencias de género en la trayectoria sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes mexicanas. *Papeles de población*, 103(04), 89-121. <https://n9.cl/z5dec>
- Gómez, U.A. (2023). “Tan asqueroso y obsceno que aun el mismo Demonio... huye de ellos”. Control y Sodomía en la Provincia de Chiapa, siglos XVII-XVIII. *LiminaR Estudios Sociales y Humanísticos*, 21(1), pp. 1-16.  
<https://liminar.cesmecha.mx/index.php/r1/article/view/975>
- Gómez, A., Planes, M., y Gras, M. (2018). VENTAJAS DEL USO DEL PRESERVATIVO, LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA Y LA PÍLDORA POSTCOITAL SEGÚN LOS JÓVENES. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* 2(1), 61-66. <https://www.redalyc.org/journal/3498/349856003006/>
- Gómez, S. E. (2018). *Derechos sexuales y reproductivos en la escuela secundaria: Una propuesta para la prevención del embarazo adolescente*. [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de México]. [www.Tesiunam.edu.mx](http://www.Tesiunam.edu.mx)

- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14 (3), 575-599.  
<https://www.jstor.org/stable/3178066>
- Harding, S. (1993). Rethinking Standpoint Epistemology: What is Strong Objectivity?, en L. Alcoff y E. Potter (eds.) *Feminist Epistemologies* (vol.1, pp. 49-82). Routledge.
- Hartsock, N. (1983). The Feminist Standpoint: Developing the Ground for a Specifically Feminist Historical Materialism, en S. Harding y M. Hintikka (eds.) *Discovering Reality: Feminist Perspectives on Metaphysics, Epistemology, Methodology and Philosophy of Science* (vol.1, pp. 283-310). Dordrecht Reidel.
- Hernández, K.G. (2016). Evaluar para gestionar recursos. Análisis de la literatura sobre la carga laboral en enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.*, 24(3), pp. 217-22.  
<https://n9.cl/yclub>
- Herrera I. y Chaparro, G. (2008). Ambiente y diabetes. Eds. CEAPAC. *Una aproximación al proceso órgano-emoción I* (vol. 1, pp.17-26). CEAPAC.
- Hettema, J., Steele, J. y Miller, W.R. (2008). Entrevista Motivacional. *RET Revista de toxicomanías*, 52(0), pp. 3-24.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3627474>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2019). “Estadísticas a propósito del día del niño. Comunicado de prensa 201/19. <https://n9.cl/mbvg0>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). “Hidalgo”. [sitio web]. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/?ag=13>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). “Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años) por entidad federativa de residencia habitual de la madre, serie anual de 2010 a 2020”. [sitio web].  
<https://n9.cl/fdqch>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2020). “Principales resultados por localidad (ITER). Hidalgo” [sitio web].  
<https://www.inegi.org.mx/app/descarga/ficha.html?tit=325911&ag=0&f=csv>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2020). “Panorama sociodemográfico de Hidalgo. Censo de Población y Vivienda 2020” [sitio web]. <https://n9.cl/gfcfn>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia (ENAPEA)*. CONAPO. <https://n9.cl/rb4p>
- Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE). (2010). *Los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA)*. IMJUVE
- Ito M. E. y Vargas B. I. (2005). *Investigación cualitativa para psicólogos: De la idea al reporte*. Porrúa. <https://n9.cl/cpzk9>
- Kornblit, A. L. (2004). Historias y relatos de vida: una herramienta clave en metodologías cualitativas. *Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis*, (vol. 1, pp.15-34). Biblos.
- Lagarde, M. (1990). *Identidad femenina*. En Secretaría Nacional de Equidad y Género (Ed.), p.p. 25-32. <https://www.mep.go.cr/sites/default/files/Identidad%20femenina.pdf>

- Larenas, C.F. y Rocha, M.C. (2019). *Características y funciones de la Consejería, en el contexto de trabajo en Cenfa, que contribuyen a demarcar el rol de consejera/o* [Tesis de licenciatura, Universidad de Chile].  
<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/173876>
- León, F. y Gómez, D. (2018). Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos de sexualidad responsable en jóvenes. *Revista Española de Salud Pública*, 92(1), 1-15. <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e20180628.pdf>
- Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes para el Estado De Hidalgo del 2019. La cual establece principios en materia de prevención, atención y sanción por delitos en contra de Niñas, Niños y Adolescentes. 30 de julio de 2018. D.O. No. 426.  
<https://n9.cl/t628m>
- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Hidalgo del 2019. La cual establece principios en materia de prevención, atención y sanción por delitos en contra de las mujeres. 31 de diciembre del 2007. D.O. No. 543  
<https://n9.cl/q1zxa>
- Ley de Salud para el Estado de Hidalgo. La cual establece principios en materia de promoción, prevención, atención, investigación y sanción por delitos o agravios, vinculados a la salud. 30 de agosto del 2004. D.O. No. 301 <https://n9.cl/gqp1b>
- Leyes Federales Vigentes (LFV). (2018) Cámara de Diputados, H. Congreso de la Unión, México. 28 de diciembre de 2019. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/>
- Linch, E. y Huertas, F. M. (2018). Componentes y actitudes hacia el amor y uso de anticoncepción de emergencia en jóvenes. *Revista Ciencia y Tecnología* 14(4), 147–154. <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/2173>
- López, S. (2018). Los porqués de este libro. En Instituto de Investigaciones Jagüey (Ed.), *Ponle sabor a tus emociones* (1° ed., pp. 13-15). CEAPAC ediciones.
- López, S. (2018). Introducción. En Instituto de Investigaciones Jagüey (Ed.), *Ponle sabor a tus emociones* (1° ed., pp. 17-26). CEAPAC ediciones.
- López, S. (2018). Las emociones. En Instituto de Investigaciones Jagüey (Ed.), *Ponle sabor a tus emociones* (1° ed., pp. 37-62). CEAPAC ediciones.
- López, S. (2012). Cuerpo, memoria y salud. *Tramas*, 37(2), 33-55.  
<https://biblat.unam.mx/hevila/TramasMexicoDF/2012/no37/2.pdf>
- Madrid J., Gentile A., Cevallos P. L. y Hernández A. L. (2019). Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales. *Adolescere*, 2(1), 39-47. <https://n9.cl/7iwl7>
- Marcus, G. E. (2001). Etnografía Multisituada. Reacciones y potencialidades de un Ethos del método antropológico durante las primeras décadas de 2000. *Etnografías Contemporáneas*, 4(7).  
<http://revistasacademicas.unsam.edu.ar/index.php/etnocontemp/article/view/475>
- Marmot M., Friel S., Bell R., AJ Houweling T. y Taylor S. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los*

- determinantes sociales de la salud*. OMS.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>
- Martín, J. R. (2009). Observación Participante: informantes claves y rol del investigador. NURE investigación: *Revista Científica de enfermería*, (42), 9.  
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/461>
- Márquez, G. (2010). Reflexión histórica: el período colonial en México. UAEH/ICSHU. *Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades* 12(0), pp. 1-12.  
<http://www.icshu.uaeh.edu.mx/revistaintegral/numeros/13/Reflexion%20historica%20el%20periodo%20colonial%20en%20Mexico.pdf>
- Mendoza, E. M., López, M. F. H., Clavero, C. I. G. S., Carcaño, F. J., Ascencio, R. L., y Mori, E. S. (2016). *Situación de las Salud Sexual y Reproductiva*. República Mexicana. Editorial Muñoz & Proyecto. [www.cedes.org](http://www.cedes.org)
- Mignolo W. (2003). *Historias locales / diseños globales. Colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*. Editorial Akal.
- Millett, K. (1995). *Política sexual* [Cátedra] Madrid: España. <https://n9.cl/p068>
- Monsalve, A., Piedrahita, C., Parra, J.A., Marín, L.F. y Marín, L.F. (2019). *CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS ADOLESCENTES FRENTE A LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA*. [Tesis de licenciatura, Universidad CES de Medellín]. <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/5835>
- Morales, M. y Moreno, R. (1993). Problemas en el uso de los términos cualitativo/cuantitativo en investigación educativa. *Investigación en la escuela*, 21(0), 39-50. <https://revistascientificas.us.es/index.php/IE/article/view/8528>
- Mota, D. (04 de diciembre del 2019). Hidalgo registra más de 2 mil casos de abuso sexual infantil en los últimos 3 años. *El Universal*. <https://n9.cl/crml4>
- Munive, L. A. y Cruz, E. H. (2019). Marco jurídico. *Programa perspectiva de género en la escuela (manual participante)*. Secretaría de Educación Pública de Hidalgo SEPH.
- Muss, R. E. (1991). *Teorías de la adolescencia*. Paidós.
- Nagoski, E. (2015). *Come as you are: the surprising new science that will transform your sex life*. Simon and Schuster.
- Naranjo, C. (1989). *La focalización en el presente: Técnica, prescripción e ideal*. En J. Fagan e I. Shepherd (Comps.) *Teoría y Técnica de la psicoterapia gestáltica* (1 ed°, Vol. 1, pp. 5374). Amorrortu
- Núñez G. y Ayala D. J. (2012). Embarazo adolescente en el noroeste de México: entre la tradición y la modernidad. *Culturales*, 8(15), 7-46. <https://n9.cl/hdq14>
- Northrup, C. (1999). El mito patriarcal y el sistema adictivo. En Urano (Eds.), *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer: una guía para la salud física y emocional* (pp. 39-62). Urano.
- Northrup, C. (1999). Nuestra fertilidad. En Urano (Eds.), *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer: una guía para la salud física y emocional* (pp. 428- 493). Urano.
- Northrup, C. (1999). El embarazo y el parto. En Urano (Eds.), *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer: una guía para la salud física y emocional* (pp. 428- 493). Urano.

- Northrup, C. (1999). La maternidad y el vínculo con el bebé. En Urano (Eds.), *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer: una guía para la salud física y emocional* (pp. 545- 564). Urano.
- Ocampo I. (2018). *Determinantes sociales de la salud en el embarazo adolescente*. [Tesis, Universidad Autónoma de México]. [www.Tesiunam.edu.mx](http://www.Tesiunam.edu.mx)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (04 de abril de 2020). *Género y Salud* [Sitio web]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (10 de abril del 2020). *El embarazo en la adolescencia* [Sitio web]. <https://n9.cl/gi2g>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas [Sitio web]. <file:///C:/Users/Mariana/Downloads/9789243512884-spa.pdf>
- Ortega, N.C. (2019). Matrimonios forzados en comunidades indígenas mexicanas ¿tradición cultural o violencia de género? [Tesis de doctorado, Universidad Carlos III de Madrid]. <https://n9.cl/mnejj>
- Ortuño, J. (2014). *Adolescencia: Evaluación del ajuste emocional y comportamental en el contexto escolar* [Tesis de doctorado, Universidad de la Rioja]. [dialnet.unirioja.es/descarga/tesis/42271.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/tesis/42271.pdf)
- Pacheco C., Mejía M., Martínez A. y Moreno, D. (2014). *Determinantes Sociales de Embarazo en menores de 15 años*. <http://www.codajic.org/bibliografia/9>
- Palacios, J. y Oliva, A. (1999). La adolescencia y su significado evolutivo. J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Eds.) *Desarrollo psicológico y educación, Psicología Evolutiva*, (vol. 1, pp. 433-451). Editorial Alianza. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=9974>
- Papalia, D. E. y Martorell, G. A. (2017). Adolescencia. Desarrollo humano. En Papalia & Martorell (Ed.), *Desarrollo Humano* (11° ed., pp.352-388). McGraw-Hill.
- Paucar, K. (2014). *El hacinamiento familiar y su influencia en el abuso sexual de los adolescentes de 12 a 17 años de edad en la unidad educativa mayor Ambato* [Tesis de master, Universidad Técnica de Ambato]. <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7853/1/FJCS-POSG%20033.pdf>
- Paz, O. (2013). Los hijos de la malinche. En El Orgro Filantrópico (Ed.), *El laberinto de la soledad*. (10° ed., pp. 72-97). Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Piedra, N. (2003). Feminismo y postmodernidad: entre el ser para sí o el ser para los otros. *Revista de Ciencias Sociales*, 4(12), 43-55. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15310204>
- Pinzón, M. A. V., Moñetón, M. J. B., Vergara, A. R. T., Alarcón, L. L., y Alvarado, I. U. (2012). Sexualidad en jóvenes: Un análisis desde el modelo ecológico. *Tesis Psicológica*, 7(2), 74-89. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139026418007>
- Piña, J., y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3), 669-679.

- <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750319.pdf>
- Pérez, H. (2013). *Cara a cara. Guía para la implementación de un abordaje preventivo con los principios de la entrevista motivacional*. Editorial de la Fundación Mexicana para la Salud A.C.
- Pérez, O. C., Silvestre, H. E., Lara, G. A. G., Zúñiga, J. O., y Jiménez, C. E. P. (2020). Las perspectivas de las y los adolescentes sobre la práctica sexual en comunidades de Chiapas, México. *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas: RICSH*, 9(17), 79-102.  
<https://www.ricsh.org.mx/index.php/RICSH/article/view/188/906>
- Pérez M. G. (2018). *Representaciones sociales sobre el embarazo adolescente en estudiantes de bachillerato del Estado de Oaxaca*. [Tesis maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. [www.Tesiunam.edu.mx](http://www.Tesiunam.edu.mx)
- Pérez, P., y Santiago, S. M. A. (2002). El concepto de adolescencia. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia (pp.15-23). Editorial Minsap. <https://n9.cl/kl70>
- Piazzini, C. (2014). Conocimientos situados y pensamientos fronterizos: una relectura desde la universidad. *Geopolítica (s)*, 5(1),11-33.  
<https://revistas.ucm.es/index.php/GEOP/article/view/47553>
- Pizarro K., Granados J., Durán R. E., Nieto E., Quezada M. F., Cortés D. y Castro M. (2013). *Catálogo de Pueblos y comunidades indígenas del Estado de Hidalgo*. Publicación del Poder ejecutivo del Gobierno del Estado de Hidalgo.  
<https://n9.cl/ob6r>
- Posada, L. (2015). El “género”, Foucault y algunas tensiones feministas. *Estudios de Filosofía*, (52), 29-43. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=379846135003>
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1329589/>
- Procuraduría General de Justicia del Estado de Hidalgo. (2020). *Incidencia Delictiva enero-marzo 2020*. <https://fiscalianl.gob.mx/estadisticas/estadisticas-por-municipio/hidalgo/>
- Provenzano, B. (2014). Capítulo III: Métodos anticonceptivos. En *Métodos anticonceptivos: Guía para profesionales de la salud*, (vol. 1, pp.41-48). Asociación Médica de Anticoncepción (AMADA). <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento49.pdf>.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de 2014 [Con fuerza de ley]. 06 de enero de 1987. D.O. No. 02-04-2014  
[https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Reiriz, J. (2020). Sistema Reproductor Femenino: Anatomía. *Col-legi Oficial Infermeres i Infermeras Barcelona*, (1-13). <https://n9.cl/e3jd>
- Rico, M. N. (1996). *Violencia de género: un problema de derechos humanos*. CEPAL.  
<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5855>
- Rodríguez, A. (2009). La norma social sobre la expresión de prejuicio explícito hacia diferentes grupos sociales. *Revista de Psicología Social*, 24(1), 17-27.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2776911>

Roselló, E. [Canal 22] (03 de mayo del 2022). *Cuerpo y sexualidad en el México Novohispano* [Video]. Youtube.

<https://www.youtube.com/watch?v=FaNRNUrXT8w&t=9s>

Rogers, C. (1987). *El camino del ser*. Editorial Kairós

Rubio, E. (1994). *Introducción al estudio de la sexualidad humana: conceptos básicos en sexualidad humana. Antología de la sexualidad humana Tomo I*. Porrúa.

Rubio, D. (2014). ¿La anarquía del lenguaje en la América española? Hacia el reconocimiento del léxico americano y del mexicano en particular. *Reserchgate*, 2(3), 195-226. <https://n9.cl/7npqkt>

Sahagún, Bernardino. (1988). Historia general de las cosas de Nueva España. En Josefina García Quintana y Alfredo López Austin (Eds.). *Consejo Nacional para la Cultura y las Artes*. Alianza Editorial Mexicana (Cien de México). <https://n9.cl/pddjb>

Sanders, N. (2017). Gender and Consumption in Porfirian Mexico: Images of Women in Advertising, *El Imparcial*, 1897–1910. *Frontiers: A Journal of Women Studies*, 38(1), 1–30. <https://doi.org/10.5250/fronjwomestud.38.1.0001>

Sanín Jiménez, AL (2014). Del amor y la fantasía en la época contemporánea: discusiones psicoanalíticas. *SemanticScholar* (0), pp.2-75.

<https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/2252/1/CDMPSI131.pdf>

Santa K. M. y Soriano M. J. (2017). *Apoyo social y resiliencia en adolescentes embarazadas del centro de salud Huambocancha Baja*. [Tesis de maestría, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrello].

<http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/602>

Sañudo, S. (2020). *Embarazo adolescente: complicaciones obstétricas y perinatales*. [Disertación de especialidad, Universidad Autónoma de México].

<http://132.248.9.195/ptd2020/octubre/0804344/Index.html>

Secretaría de Salud. (2019). *Estrategia nacional para la atención primaria en salud*. México: Autoridad Sanitaria Nacional.

Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP). (2021). Información sobre violencia contra las mujeres (Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 9-1-1). <https://n9.cl/fuquj>

Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP). (2022). Información sobre violencia contra las mujeres (Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 9-1-1), febrero 2022. <https://n9.cl/fuquj>

Seler, E. (1963). *Códice Borgia*. Editorial Fondo de Cultura Económica. <https://n9.cl/a732h>

Shandell, E. y Willis, K. (2007). *Society, culture and health: an introduction to sociology for nurses*. Oxford University Press.

Simon, F., Stierlin, H. y Wynne, L. (1993). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Gedisa.

Sipsma H., Ickovics J., Lewis J., Ethier K. y Kershaw S. (2010). Deseo de embarazo adolescente e incidencia de embarazo. *HHS Public Access*, 21(2), 110-116.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052996/>

- Sociedad Mexicana de Psicología (SMP). (2002). *Código Ético del Psicólogo*.  
<https://n9.cl/zn1s>
- Suárez. M. (2006). Sexualidad y mitos en el México colonial. En María de Lourdes Herrera Fera (Eds.). *Estudios históricos sobre las mujeres en México*, (vol.1, pp. 79-88). Benemérita Universidad Autónoma de Puebla ediciones. <https://n9.cl/0v3pv>
- Stern, C. (2004). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública de México*, 39(2), 137-143.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639208>
- Szasz, I. (1998). Primeros acercamientos al estudio de las dimensiones sociales y culturales de la sexualidad en México. En Szasz y Lerner (Ed.), *SEXUALIDADES EN MÉXICO: Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales* (1° ed., pp. 11-34). El colegio de México ediciones. <https://n9.cl/uail2>
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1984). Introducción ir hacia la gente. En Paidós Ibérica, S. A. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. (2° ed., pp.15-30). Editorial Paidós. <https://n9.cl/plip>
- Tapia M. E. (2018). *Educación sexual para todas y todos: la asignatura urente para el logro de la igualdad en México*. *Cotidiano - Revista de La Realidad Mexicana*, 14(212), 23–28. <https://n9.cl/ghupf>
- Tena, Olivia. (2012). *Estudiar la masculinidad, ¿Para qué? Investigación Feminista: epistemología, metodologías y representaciones sociales*. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades UNAM.  
[http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/ceiich-unam/20170428032751/pdf\\_1307.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/ceiich-unam/20170428032751/pdf_1307.pdf)
- Trueba Lara, J.L. (2008). *Historia de la sexualidad en México*. Grijalbo.
- Uribe, L. A. F. (2006). La metáfora como proceso cognitivo. *Forma y función*, (19), 47-56.  
<https://www.redalyc.org/pdf/219/21901903.pdf>
- Vásquez J. D. (2013). Adultocentrismo y juventud: Aproximaciones foucaultianas. *Colección de Filosofía de la Educación*, (15), 217-234.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441846100009>
- Vázquez Rojas, A. M., y González Gómez, D. X. (2021). Caracterización sociodemográfica y productiva de la Sierra Alta en Hidalgo. *Revista RUIIEc UNAM*, (0), 1-18.  
<http://ru.iiec.unam.mx/5478/>
- Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52(1), 1-17. <https://n9.cl/yn3xz>
- Zambrano G., Vera S. y Flórez L. (2012). Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazada. *Ciencia y Ciudadano*, 9(2), 9-16. <https://n9.cl/zoe8e>
- Zenteno R. y Guerra M. (2019). *Informe sobre las violencias de género en la procuración de justicia en la Ciudad de México*. Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México. <https://n9.cl/n0qrc>
- Zinker, J. (2000). *El proceso creativo en la Terapia Gestáltica*. Paidós.

## ANEXO 1. Cronograma de actividades

<b>AÑO</b> 2021	• Presentación de anteproyecto de investigación	x											
	• Búsqueda y escritura de cifras sobre embarazo en la adolescencia		x										
	• Búsqueda y escritura de consecuencias biopsicosociales de un embarazo en la adolescencia				x								
	• Búsqueda y escritura de marcos normativos sobre embarazo en la adolescencia				x								
	• Búsqueda y escritura de modelo explicativo en salud pública, enfocados en el embarazo en la adolescencia					x		x					
	• Primera presentación de protocolo de investigación												x
	<b>ACTIVIDADES</b>				<b>SEGUNDO SEMESTRE</b>								
		<b>JUL</b>	<b>AGO</b>	<b>SEP</b>	<b>OCT</b>	<b>NOV</b>	<b>DIC</b>						
	• Atención a correcciones de primera presentación	x	x										
	• Revisión de literatura y estado del arte		x	x									
	• Escritura de implicaciones personales			x									
	• Delimitación y escritura de línea epistemológica			x									
	• Delimitación y escritura de enfoque metodológico			x	x								
• Delimitación y escritura de técnicas de recolección			x	x									
• Delimitación y escritura de análisis del dato cualitativo				x									
• Delimitación y escritura de aspectos éticos				x									
• Selección de participantes (criterios de inclusión y exclusión)													
• Contacto con porteros como introducción al trabajo de campo					x				x				
• Presentación de protocolo al comité de ética										x			
• Segunda presentación de protocolo de investigación												x	
<b>ACTIVIDADES</b>				<b>TERCER SEMESTRE</b>									
	<b>ENE</b>	<b>FEB</b>	<b>MAR</b>	<b>ABR</b>	<b>MAY</b>	<b>JUN</b>							
• Atención a correcciones de segunda presentación	x												
• Elaboración de guías de entrevista	x	x											
• Búsqueda y escritura sobre el enfoque de la construcción de lo corporal, biopolítica, sexual y reproductiva, así como de acompañamientos			x	x									
• Estancia de investigación en el Instituto de Investigaciones Jagüey				x	x								
• Aprobación de protocolo del comité de ética y correcciones					x								
• Elaboración de trabajo de campo Acaxochitlán					x	x							
• Elaboración de trabajo de campo Zacualtipán de Angeles					x								
• Elaboración de trabajo de campo Tepehuacán de Guerrero					x								
• Transcripción de 11 entrevistas semiestructuradas									x		x		
• Tercera presentación de protocolo de investigación												x	
<b>ACTIVIDADES</b>				<b>CUARTO SEMESTRE</b>									
	<b>JUL</b>	<b>AGO</b>	<b>SEP</b>	<b>OCT</b>	<b>NOV</b>	<b>DIC</b>							
• Atención a correcciones de tercera presentación	x	x											
• Redacción de 5 relatos de vida de mujeres adolescentes				x	x								
• Sistematización y análisis de 5 relatos de vida de mujeres adolescentes					x	x							
• Redacción de aspectos socioculturales de los contextos						x							
• Publicación de artículo en revista SOMEPSO con resultados preliminares												x	
<b>ACTIVIDADES</b>				<b>QUINTO SEMESTRE</b>									
	<b>ENE</b>	<b>FEB</b>	<b>MAR</b>	<b>ABR</b>	<b>MAY</b>	<b>JUN</b>							
• Redacción de 3 relatos de vida de hombres adolescentes	x												
• Sistematización y análisis de 3 relatos de vida de hombres adolescentes	x												
• Redacción de 3 relatos de vida de acompañantes en salud sexual y reproductiva			x										
• Sistematización y análisis de 3 relatos de vida de acompañantes en salud sexual y reproductiva			x										
• Redacción de discusiones y conclusiones					x								
• Reajuste teórico/metodológico					x								
• Corrección de estilo					x								
• Revisión y ajuste de índices, tablas, figuras					x								
• Revisión y ajuste de referencias					x								
• Enviar protocolo a lectura final por el comité de tesis													
• Firma del oficio de formal impresión									x				
• Impresión de tesis										x			
• Presentación final de tesis												x	
<b>AÑO</b> 2023													

**ANEXO 2. Formato de uso para el método sintotérmico**

FORMATO DE USO PARA EL MÉTODO SINTOTÉRMICO																																
Fecha	Mes																															
	Día																															
Relación sexual																																
Menstruación																																
Día del ciclo		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29		
<b>Temperatura Basal</b>	37.6°																															
	37.4°																															
	37.3°																															
	37.2°																															
	37.1°																															
	37.0°																															
	36.9°																															
	36.8°																															
	36.8°																															
	36.7°																															
	36.6°																															
	36.6°																															
	36.4°																															
	36.3°																															
	36.2°																															
	36.1°																															
	36.0°																															
	35.9°																															
35.8°																																
35.7°																																
35.6°																																
35.6°																																
<i>Flujo mucoso seco</i>																																
<i>Flujo mucoso mojado</i>																																
<i>Flujo "clara de huevo"</i>																																
<i>Flujo espeso</i>																																

### ANEXO 3. Consentimiento informado para personas participantes



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo  
Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa)  
Área Académica de Psicología  
Maestría en Psicología de la Salud



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del siguiente documento manifiesto mi consentimiento para participar voluntariamente en la investigación (1), titulada "Embarazo y sexualidades adolescentes: acompañamientos psicosociales e implicaciones biopsicosociales en algunas regiones periféricas de Hidalgo". Cuyo objetivo es: conocer y describir algunos de los procesos biopsicosociales y formas de acompañamiento psicosocial que recibieron adolescentes ante temáticas de salud sexual y reproductiva; así como, ante un proceso de gesta no deseada y no planeada de contextos periféricos del estado de Hidalgo. La cual se considera sin riesgos para las personas participantes (2).

Simultáneamente, manifiesto haber recibido una explicación clara y completa del objetivo de mi participación; y que tengo conocimiento de que la investigación está bajo la responsabilidad de Yuritzí Mariana García Camacho alumna de la Maestría en Psicología de la Salud del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) y del Dr. Santos Noé Herrera Mijangos, profesor de tiempo completo e investigador del grupo Emociones Biopsicosociales del Área académica de Psicología del ICSa de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (3). Personas a quién puedo preguntar o solicitar cualquier aclaración acerca del procedimiento y la forma en que se utilizarán los resultados relacionados con la investigación.

Así mismo, tengo noción de que la información recabada será utilizada de manera confidencial y anónima, pues mi nombre no será utilizado en ningún informe, motivo por el cual elegí un seudónimo.

Finalmente, reitero que he leído la información proporcionada y que consiento voluntariamente participar en esta investigación.

---

Nombre y firma de la persona participante

1. Consentimiento informado. Artículo 14, fracción V; artículo 20, 21 y 22, fracción I; y artículos 34 y 36 del Reglamento de ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
2. Riesgos de la investigación. Artículo 17. Del Reglamento de ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
3. Supervisión de profesionista de la salud. Artículo 19. del Reglamento de ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.



<b>Objetivo general:</b>		
<p>Conocer y describir las implicaciones y formas de acompañamientos para la salud biopsicosocial que experimentaron adolescentes frente a un proceso de embarazo en contextos periféricos del estado de Hidalgo.</p>		
<p><b>Objetivo específico 1:</b>                      Conocer las implicaciones biopsicosociales de experimentar un embarazo en la adolescencia en Acaxochitlán, Tepehuacán de Guerrero y Zacualtipán de Ángeles.</p>	<p><b>Objetivo específico 2:</b>                      Describir las formas de acompañamiento en salud sexual y reproductiva que recibieron adolescentes en el ejercicio de su sexualidad.</p>	<p><b>Objetivo específico 3:</b>                      Identificar similitudes y diferencias entre las implicaciones y acompañamientos para la salud biopsicosocial frente al embarazo adolescente.</p>
<p><b>1: Procesos fisiológicos durante el embarazo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios y mutaciones en su cuerpo.</li> <li>• Situaciones obstétricas y perinatales.</li> <li>• Trabajo de parto</li> </ul> <p><b>2: Procesos psicológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emociones</li> <li>• Sentimientos (experiencia subjetiva de la emoción)</li> <li>• Pensamientos o diálogos internos</li> </ul> <p><b>3: Procesos sociales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Institución familiar (creencias y normas)</li> <li>• Solvencia económica.</li> <li>• Mandatos de género.</li> <li>• Situación escolar.</li> <li>• Violencia.</li> </ul>	<p><b>1: Acompañamiento familiar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personaje que brindó mayor apoyo</li> <li>• Tipos de apoyo</li> </ul> <p><b>2: Acompañamiento de la pareja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de contención emocional.</li> <li>• Participación en procesos fisiológicos del embarazo.</li> </ul> <p><b>3: Acompañamiento de instituciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención psicológica o consejería</li> <li>• Trato digno</li> <li>• Información suficiente y oportuna</li> <li>• Atención eficiente</li> <li>• Violencia</li> <li>• Consideraciones intergeneracionales</li> </ul>	<p><b>1: Etapa del desarrollo/ adolescencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto percepción</li> <li>• Transiciones y cambios</li> <li>• Problemáticas</li> <li>• Vinculos familiares y escolares</li> </ul> <p><b>2: Sexualidad y reproductividad.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimientos previos sobre uso de métodos anticonceptivos y ciclo de ovulación.</li> <li>• Acceso a información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos.</li> <li>• Pareja.</li> <li>• Utopías sexuales.</li> </ul> <p><b>3. Aspectos culturales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contexto sociodemográfico</li> <li>• Condiciones</li> <li>• Acceso a servicios</li> <li>• Costumbres</li> <li>• Religión/sexualidad</li> </ul>

**PREGUNTAS APOYO:**

- ¿A qué edad fuiste madre/padre?
- ¿Cómo fue esa experiencia?
- ¿Planeabas y deseabas ser madre/padre?
- ¿Usabas algún método anticonceptivo?
- ¿Tenías métodos anticonceptivos de fácil acceso?
- ¿Cómo viviste el embarazo de tu pareja?
- ¿Emocionalmente cómo te sentías?
- ¿Alguien te acompañó emocionalmente en ese proceso?
- ¿Cómo te hubiera gustado ser acompañada/acompañado?

**CIERRE:**

- Preguntar ¿cómo está y cómo se siente?
- Dar una última participación para cerrar la sesión
- Preguntar si es posible volver a contactarle para clarificar datos
- Recordar confidencialidad, anonimato
- Agradecer participación

**ANEXO 5. Formato de guía de entrevista semiestructurada para acompañantes en salud sexual y reproductiva**



**Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo**  
**Instituto de Ciencias de la Salud**  
 Área Académica de Psicología



**Objetivo general:**

Conocer y describir las implicaciones y formas de acompañamientos para la salud biopsicosocial que experimentaron adolescentes frente a un proceso de embarazo en contextos periféricos del estado de Hidalgo.

<p><b>Objetivo específico 1:</b>                  Conocer las implicaciones biopsicosociales de experimentar un embarazo en la adolescencia en Acaxochitlán, Tepehuacán de Guerrero y Zacualtipán de Ángeles.</p>	<p><b>Objetivo específico 1:</b>                  Conocer las implicaciones biopsicosociales de experimentar un embarazo en la adolescencia en Acaxochitlán, Tepehuacán de Guerrero y Zacualtipán de Ángeles.</p>	<p><b>Objetivo específico 1:</b>                  Conocer las implicaciones biopsicosociales de experimentar un embarazo en la adolescencia en Acaxochitlán, Tepehuacán de Guerrero y Zacualtipán de Ángeles.</p>
<p><b>1: Etapa del desarrollo adolescente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Representaciones sobre la etapa del desarrollo adolescente</li> <li>• Percepción del fenómeno del embarazo en la adolescencia</li> </ul> <p><b>2: Sexualidad y reproductividad adolescente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción del ejercicio sexual y reproductivo adolescente</li> <li>• Causantes de las prácticas de riesgo</li> <li>• Causantes del embarazo en la adolescencia</li> </ul>	<p><b>1: Servicios de salud sexual y reproductiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferta de métodos anticonceptivos</li> <li>• Métodos anticonceptivos más solicitados</li> <li>• Experiencia con métodos hormonales</li> <li>• Consejería psicológica</li> <li>• Evaluación del servicio</li> <li>• Obstáculos</li> </ul> <p><b>2: Acompañamiento en salud emocional desde lo institucional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategias implementadas para abordar educación sexual</li> <li>• Tipos de trato que se brinda a las adolescencias</li> <li>• Apoyo social</li> <li>• Experiencia sobre caso paradigmático en embarazo adolescente</li> <li>• Cambios realizados en su práctica</li> <li>• Consideraciones intergeneracionales</li> </ul>	<p><b>1: Aspectos culturales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contexto sociodemográfico</li> <li>• Condiciones</li> <li>• Costumbres</li> <li>• Religión/sexualidad</li> </ul> <p><b>2: La Institución</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructura de funcionamiento de servicios en salud sexual y reproductiva</li> <li>• Personas, cargos puestos que integran los servicios</li> <li>• Ambiente laboral</li> <li>• Espacios adecuados para acompañamientos</li> </ul>

**PREGUNTAS APOYO:**

- ¿Qué opinas sobre el embarazo en la adolescencia?
- ¿Cuáles consideras que son las principales causales de un embarazo en la adolescencia?
- ¿Cómo es trabajar brindando atención en salud sexual y reproductiva?
- ¿Existe una forma de acompañar a las adolescencias en estos temas?
- ¿En algún momento se considera la salud emocional en el proceso?
- ¿Hay abasto suficiente de métodos anticonceptivos?
- ¿Cuáles son los obstáculos y limitantes para que las adolescencias puedan acceder a un servicio de acompañamiento en salud sexual y reproductiva?

**CIERRE:**

- Preguntar ¿cómo está y cómo se siente?
- Dar una última participación para cerrar la sesión
- Preguntar si es posible volver a contactarle para clarificar datos
- Recordar confidencialidad, anonimato
- Agradecer participación

ANEXO 6. *Formato de diario de campo*



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo  
Instituto de Ciencias de la Salud  
Área Académica de Psicología  
Maestría en Psicología de la Salud  
Formato de "Diario de Campo"



**Nombre de la investigadora:** \_Yunitzi Mariana García Camacho\_

**Objetivo:** Conocer y describir las implicaciones y formas de acompañamientos para la salud biopsicosocial que experimentaron adolescentes frente a un proceso de embarazo en contextos periféricos del estado de Hidalgo.

**Situación a describir**

**Lugar/ espacio**

**Personas que intervinieron**

**Descripción de actividades, relaciones y situaciones**

**Consideraciones**

**Reflexiones personales y análisis de la implicación**

## **ANEXO 7. Diarios de campo Acaxochitlán**

### **Fecha: 09/04/2022**

La primera entrevista se realizó el día sábado 9 de abril del 2022, a las 10:30 am a una médica que actualmente trabaja para la Secretaría de Salud en el municipio de Acaxochitlán, Hidalgo. La entrevista se llevó a cabo en una cocina económica que está en el centro de la cabecera municipal. La médica tiene 30 años de edad y en diferentes momentos, estuvo al frente de centros de salud de las comunidades, de: Coyametepec, Paredones, Toxtla, Zotictla, Apapaxtla el Grande y Apapaxtla el Chico.

Al inicio de la entrevista la participante se mostraba nerviosa debido a la información que iba a compartir. La participante eligió el seudónimo de Luna con la finalidad de poder resguardar su identidad, además, como protocolo de ética y resguardo de datos de la siguiente investigación.

### **Fecha: 22/04/2022**

La segunda ocasión que se acudió al municipio de Acaxochitlán, fue el día 22 de abril del 2022. Antes de asistir, me comuniqué con una persona conocida, que trabaja en el área de pueblos indígenas, con la finalidad de que pudiese ayudar a conseguir las entrevistas con las adolescencias. Ella nos condujo al área de trabajo social del sistema DIF. El cual, se encuentra localizado a una cuadra del jardín, la iglesia y la presidencia. En dónde, nos recibió la responsable del área de trabajo social, quién nos compartió que ella conocía casos de algunas adolescentes que recientemente se habían convertido en madres y que aún no cumplían 18 años. Por lo cual, nos acompañó a la comunidad de San Pedro, de dónde era una de esas madres adolescentes.

La comunidad de San Pedro se ubica a 4 km aproximadamente de la cabecera municipal de Acaxochitlán y se ingresa por el camino que conduce a Tulancingo. A partir de la carretera con dirección a Tulancingo, se ingresó a mano izquierda por un camino de terracería durante 10 minutos. Posteriormente, al bajar del automóvil atravesamos dos campos de siembra, para acceder a una vivienda construida de cartón, plástico y láminas; que está a lado de otra casa de block y concreto. La vivienda a la que accedimos, cuenta con las siguientes secciones: en el exterior se encuentra el patio, el lavadero y el fogón; al interior, el recibidor en dónde hay un tambo de agua de 200 lts y un váter sin depósito, así como, dos pequeñas recámaras interconectadas que contienen tres camas y una

mesa con tres sillas. Así mismo, la vivienda no cuenta con drenaje y el piso es de tierra firme, aunque sí cuentan con energía eléctrica. Las casas aledañas son propiedad de familiares lejanos, que también cumplen con las mismas características físicas y de hacinamiento.

En dicho espacio, nos encontramos con Guadalupe de 15 años y Benjamín de 21 años. Quiénes aceptaron ser los participantes para esta investigación. Los nombres de nuestros informantes están protegidos con un seudónimo para salvaguardar su identidad. Las entrevistas iniciaron a la 1:42 pm; la primera tuvo una duración de una hora con 42 minutos y la segunda, de 52 minutos. Las entrevistas se realizaron en el exterior de la vivienda, debido a que en el interior estarían presenciando las entrevistas, la pareja de informantes y la hermana de 7 años de Guadalupe.

Durante el desarrollo de las entrevistas se identificó que la pareja que forman Guadalupe y Benjamín, tiene problemas de celos. Lo anterior se refiere, porque ambos participantes lo mencionaron en el diálogo que se sostuvo con cada uno de ellos. Lo anterior, se hizo de mi conocimiento porque las personas del sistema DIF, me presentaron y dejaron en la comunidad, sin embargo, no sabía cómo regresar a la carretera. Por lo cual, Benjamín se ofreció a acompañarme a la carretera al finalizar la entrevista, así que entró a su casa para invitar a Guadalupe. Sin embargo, ella se encontraba molesta por una razón desconocida. Así que me cuestioné sobre la posibilidad de que ella hubiera escuchado algo de la entrevista, sin embargo, no tenía posibilidad alguna de haber escuchado la entrevista realizada a Benjamín, por la distancia del patio al interior de la casa. Decidí esperar afuera de la vivienda, pero la espera se prolongó porque Guadalupe se encerró en la habitación más pequeña, y discutió con Benjamín.

En ese tiempo de espera, la hermana de Guadalupe de 7 años de edad se encontraba jugando con unas gallinas, pollos y cachorros recién nacidos. Al observar a la niña jugando, recordé un fragmento de la entrevista con Guadalupe, que no me permitió grabar. En donde evidenció la violencia de tipo sexual por parte de su tío, que es su vecino. Ella comentó que cuando sus padres no se encontraban en casa, él accedía a hacer tocamientos sobre su cuerpo y sus genitales.

Fue inevitable sentir angustia, por la vulnerabilidad a la que estaba expuesta esa niña de 7 años, de vivir algún tipo de *violencia sexual*. Por lo cual, decidí abordarla para brindar algunas herramientas de denuncia, si en algún momento sucediera. Al platicar, ella bajó la cabeza y se sentó en la tierra, me pidió que guardara su secreto y compartió que había vivido en diferentes ocasiones tocamientos por parte de su primo. También refirió que ya le había comentado a su mamá, pero ella no había hecho nada.

La reflexión que tengo sobre lo anterior, tiene que ver con el hacinamiento, debido a que las casas aledañas son propiedad de otros parientes y familiares lejanos. Que viven en condiciones muy similares a las de la familia de Guadalupe. En el terreno, dónde está la casa de la mamá de Guadalupe y de su tía, habitan 11 personas. Situación que expone a las niñas y adolescentes a experimentar una violencia de tipo sexual, por algún miembro de la familia. Así mismo, pensar que algunos de los embarazos no deseados, ni planeados pudiesen ser producto de ese tipo de *violencia sexual*.

Por lo cual, en mi rol de investigadora, más que de persona defensora de derechos humanos, no me fue posible generar un proceso de acompañamiento a víctimas. Me despedí de la niña y rápidamente entré a decir adiós a Guadalupe y a Benjamín. Me fui llorando y por mi propia cuenta de San Pedro, cruzando campos de cultivo. Si llegué a la carretera y pude llegar a mi destino sin dificultad. Posteriormente, asistí a las instalaciones del sistema DIF para dialogar la situación de *violencia sexual* de la niña y adolescente, con la trabajadora social. Ella refirió que realizaría visita domiciliaria para dar seguimiento.

Otras reflexiones con base en las historias de Guadalupe y de Benjamín, es que, debido a la precariedad de oportunidades para el crecimiento económico, la población las niñas niños y adolescentes son involucrados de forma prematura al mercado laboral. Y a aumentar las posibilidades de experimentar algún tipo de violencia al vender su mano de obra. En este sentido, niñas, niños y adolescentes pueden tener un acercamiento prematuro hacia los procesos del desarrollo de la vida adulta. Ejemplo de lo anterior es Guadalupe, quién trabaja desde los 13 años, sus vínculos sexo/afectivos han sido con hombres mayores de edad y ha aceptado con naturalidad su maternidad, fenómeno que simultáneamente es común en Acaxochitlán, de acuerdo con las referencias brindadas por el sistema DIF.

**Fecha: 11/05/2022**

La última ocasión que se asistió a Acaxochitlán fue el 11 de mayo del 2022. En la cabecera municipal era la fiesta patronal católica del “Señor del Colateral”. Se visitó las instalaciones del sistema DIF, pues la trabajadora social había consolidado una nueva entrevista con otra adolescente, que recién se había convertido en madre. Esta entrevista duró 54 minutos. Nuestra participante, que lleva por seudónimo Amira se considera madre soltera.

El contexto de la primera reflexión, tiene que ver con la forma en la que Amira se convierte en madre ya que tuvo una relación de pareja desde los 14 años, con una persona, con quién ha sostenido relaciones sexuales únicamente. Al año de relación, ambos decidieron dejar de utilizar el condón, ya que querían convertirse en padres. Sin embargo, su pareja también adolescente es hijo de una madre soltera, quién tiene otros hijos y su situación económica no le alcanza para sus necesidades básicas familiares.

Por lo tanto, la pareja de nuestra participante se incorporó al sistema económico y tuvo que abandonar sus estudios, sin embargo, el salario era insuficiente para los gastos de un hijo. Motivo por el cual, los padres de Amira solicitaron una reunión con la madre de su pareja para acordar el cuidado y manutención del nuevo integrante. Finalmente, la pareja y su madre se reconocieron incompetentes económicamente para poder hacerle frente al proceso de gestación de Amira. Por lo cual, el padre de la participante refirió apoyar en el proceso de embarazo, con la condición de que Amira no volver a buscar a quién fue su pareja. Amira vivió su proceso de embarazo a los 15 años durante el 2021, así mismo, su padre falleció este año a causa del COVID-19.

La reflexión. gira en torno a las inequidades sobre el acceso a posibilidades a las cuales las adolescencias se tienen que enfrentar al momento de decidir ser o no madres y padres. Ya que la historia de Amira permite visibilizar qué no existe apoyo sanitario, educativo y económico para este sector en el municipio de Acaxochitlán.

Posterior a la entrevista con Amira y debido a que el 11 de mayo, es el día en el que se celebra la fiesta patronal del “Señor del Colateral”, paseamos por las calles con la finalidad de generar observación participante. En este sentido, las calles del centro se encontraban ocupadas por brigadas que realizaban tapetes hechos de aserrín de colores. La actividad económica regular de Acaxochitlán se encontraba detenida debido a los

festejos de la iglesia católica y el municipio organizado. Las misas oficiadas por el festejo, se escuchaban por medio de altavoces en todo el municipio. Hecho que permitió percibir la influencia pronunciada de la Iglesia Católica.

Hubo un acercamiento con la iglesia, la cual, se encuentra adornada con santos y cuadros que narran la construcción de la estructura espacial. Los cuadros evidencian el proceso del mestizaje en Acaxochitlán, es decir que muestra el proceso de evangelización que vivió una comunidad nahua. Por lo tanto, se piensa que el ejercicio de la sexualidad, está íntimamente vinculado con el contexto cultural. Está construido desde el proceso de evangelización, mestizaje y colonización. Debido a que las personas de Acaxochitlán suelen ser muy herméticas con el tema de la *sexualidad* “*De lo que no se habla*”, por cuestiones morales.

En conversaciones de pasillo con personal del ayuntamiento, refirieron qué la influencia y moralidad difundida por la iglesia católica, ha producido sumisión y vergüenza como elementos característicos de la población. Motivo por el cual, las personas pueden sentirse avergonzadas, no saludar y no mirar a los ojos. Así mismo, la imagen que muestra a las mujeres de Acaxochitlán cómo comportarse, es la Virgen María, mediante la idea de: pureza, sumisión y devoción.

En este sentido, se accedió con dificultades a la obtención de las entrevistas, aunque sí fueron donadas voluntariamente por las personas participantes. Se visitó tres veces el municipio por las múltiples negativas obtenidas en el proceso de invitación. El contacto desde las instancias municipales facilitó el ingreso al trabajo de campo.

#### **ANEXO 8.** *Diarios de campo Tepehuacán de Guerrero*

##### **Fecha: 13/04/2022**

Para la elaboración del trabajo de campo en Tepehuacán de Guerrero, me acompañó una de mis hermanas. En este sentido, el día 13 de abril del 2022 salimos a las 7:00 a.m. de la ciudad de Tulancingo de Bravo con dirección a Tepehuacán de Guerrero, a donde llegamos a las 4:00 p.m. en un recorrido de diez horas en total, con paradas de descanso de aproximadamente una hora en los municipios de Atotonilco el Grande e Ixtlahuaco. Nos transportamos en auto particular, ya que fue difícil encontrar un transporte público que condujera directamente a la cabecera municipal de Tepehuacán de Guerrero desde la capital del estado. La ruta de autobús existente llega al municipio de Tlanchinol en un

recorrido aproximado de cinco horas; a su vez, existe un transporte local de Tlanchinol a Tepehuacán, que va una vez al día y su recorrido es de tres horas y media. Así, hacer uso del transporte público, retrasaría el cronograma programado para la recolección de datos de campo en Tepehuacán de Guerrero como en Zacualtipán de Ángeles.

Se condujo por la autopista Pachuca-Huejutla, la cual está dañada a la altura de Zacualtipán de Ángeles. Así, de la autopista a 30 minutos de la desviación que conduce a Calnali del lado izquierdo y al borde de una curva, se encuentra un letrero discreto color verde que indica el camino a Tepehuacán de Guerrero. Se transitó por la desviación durante tres horas aproximadamente, el cual se caracteriza por múltiples curvas en descenso y ascenso por la sierra. A su vez, hay fragmentos de camino que se encuentran destruidos y son de difícil acceso, por el tránsito continuo de camiones de carga que provienen de una mina, por lo cual se arribó al municipio con los frenos del automóvil dañados.

Antes de trasladarnos a Tepehuacán, se realizó un primer contacto con un médico del Centro de Salud de la comunidad de San Juan Ahuehueco, quien fue presentado por la médica que previamente se entrevistó en el municipio de Acaxochitlán. El médico nos brindó el contacto de una adolescente, a quien dio seguimiento por su embarazo; sin embargo, se decidió no llegar a la comunidad pues implicaba una hora y media más de camino. Así, después de la elaboración de las dos entrevistas programadas, seguramente, hubiésemos conducido de noche con los frenos dañados para regresar desde la comunidad a la cabecera municipal para descansar en el único hotel del municipio, lo que consideramos como un riesgo.

En este sentido, se decidió permanecer en la cabecera municipal y presentarnos con la representante del centro de salud, quién amablemente nos apoyó localizando a nuestros participantes. Por lo tanto, dos de las tres entrevistas programadas en el municipio de Tepehuacán de Guerrero, se realizaron el día 13 de abril del 2022, las cuales iniciaron a las 4:46 p.m. y concluyeron a las 07:00 p.m. La primera entrevista fue con Raúl, quien es acompañante en *salud sexual y reproductiva* en la comunidad de “La Reforma” y la cabecera municipal. Posteriormente, se sostuvo una entrevista con Aiko, quien es una madre adolescente.

La representante del centro de salud es una enfermera oriunda de Tepehuacán, con estudios de posgrado. Ella dedica tiempo extra a sus responsabilidades en materia de salud para la implementación de actividades de desarrollo comunitario. Ella es considerada una líder, por lo que inmediatamente accedió cuando se solicitó su apoyo. El discurso que proyectaba era discreto y hermético, pero simultáneamente amable. Así mismo, estaba interesada en que se realizarán las entrevistas a la brevedad, pues refirió sentirse preocupada de que no pudiéramos salir del municipio ese mismo día. La justificación fue que el único hotel del municipio no tenía buenas condiciones y el camino de regreso podría resultar peligroso de noche. El comportamiento ambivalente de la enfermera y sus preocupaciones, de primer momento resultaron extrañas. Ya que el plan era pasar la noche en Tepehuacán de Guerrero con la finalidad de interactuar a profundidad en el contexto. Al considerar las preocupaciones de la enfermera, se tuvo una sensación de “*toma lo que necesites y vete*”.

La enfermera nos explicó que el centro de salud es una clínica de primer nivel, por lo que sus servicios son en materia de prevención y de atención clínica básica. Por lo cual, si alguna persona requiere de una atención médica especializada, como lo es un parto, se deben trasladar a los municipios de Tlanchinol, Huejutla o Zacualtipán, a los cuales se llega en un rango de tres horas. Se considera que Tepehuacán de Guerrero es un municipio geográficamente segregado con respecto al acceso oportuno sobre la salud especializada. Consecutivamente, la enfermera nos presentó con Raúl un médico de 30 años oriundo de Tepehuacán, quien se asume como acompañante de *salud sexual y reproductiva*.

Durante la entrevista con Raúl, nos volvimos a encontrar con un discurso discreto y áspero, pero simultáneamente amable; lo cual nos hizo comenzar a reflexionar sobre los rasgos colectivos de personalidad pertenecientes a la sierra hidalguense. Las respuestas de Raúl eran concretas e inmediatas, sin embargo, identificamos algunos elementos relevantes en el desarrollo de la entrevista, como que en Tepehuacán no sólo tiene índices altos de embarazo adolescentes, sino que también encabeza las cifras de muerte materna en el Estado.

Por otro lado, con respecto a la entrevista que se sostuvo con Aiko es imprescindible referir que fue localizada y contactada en ese mismo momento por la

enfermera. Se sostuvo la entrevista en las instalaciones del centro de salud y para ese momento, el calor y el cansancio comenzaron a apremiar. La conversación con Aiko corroboró algunos de los referentes culturales que Raúl el médico había referido.

Al finalizar la entrevista con Aiko, se le preguntó si conocía a algún hombre adolescente que fuese padre para elaborar otra entrevista. Ella comentó que en Tepehuacán hay muchos hombres adolescentes que son padres, pero que algunos no reconocen su paternidad, por lo que sería complicado encontrar quién pudiera acceder a la entrevista. Pero refirió que su mejor amiga también es madre adolescente y que ella vivía con su pareja sentimental, por lo que le escribiría preguntando si podrían brindar una entrevista y si accedían ella me pasaría su número telefónico.

En este sentido, la enfermera del centro de salud tampoco logró conseguir que algún hombre adolescente accediera a participar en el estudio, ya que regularmente las que llegan al espacio para acceder a la *salud sexual y reproductiva* son las mujeres adolescentes; y los padres adolescentes que ella conoce negaron la invitación. Motivo por el cual, el apoyo del centro de salud se agotó, por lo que procedimos a agradecer el apoyo y retirarnos para cenar y descansar.

Nos trasladamos desde la entrada principal de Tepehuacán, donde se ubica el centro de salud, a los espacios de venta de alimentos que se encuentran frente a la presidencia municipal, espacio que está a unas calles. Cenamos en una cocina que ofrecía diferentes tipos de alimentos típicos como enchiladas huastecas, carne seca, cecina, tamales, café, etc. Así mismo, ofrecían hot-dogs, hamburguesas, pizza y papas fritas. Es imprescindible referir que al transitar por las calles del municipio y durante la cena, algunas personas nos observaban extrañamente, lo que nos generó curiosidad. Por lo cual, en el momento de pagar la cena se aprovechó para preguntar a la dueña del establecimiento si ella no conocía a un padre adolescente, así como el motivo de algunas miradas incisivas. A lo que ella respondió que Tepehuacán es un lugar pequeño y todas las personas ahí se conocen, por lo que fácilmente podían identificar que no éramos de ahí. Así mismo comentó que le hablaría a su hijo adolescente para que él pudiera resolver la duda sobre la entrevista, mientras ella cobraría la comida. Cuando el hijo adolescente apareció, se le explicó sobre la investigación y la importancia de localizar a un padre adolescente, quien escuchó atentamente con un semblante burlón. Su respuesta, fue:

“Shhh... de eso aquí no se habla”. Al recibir esa respuesta no insistimos y nos retiramos al único hotel existente, que está en la entrada de la cabecera municipal.

El hotel era atendido por un señor de 68 años aproximadamente, que dormía sobre una silla y no tenía camisa por el calor del ambiente, y que simultáneo a las otras personas con las que se convivió era hermético. Evitando el clasismo e intentando más bien ser descriptiva, el hotel contaba con tres habitaciones a las que no les dan mantenimiento, las sábanas, cobijas y toallas se encontraban sucias, a su vez, el espacio estaba plagado de arañas. Al entrar a la habitación alquilada, se descubrió que no tenía ventanas y debido al calor se tuvo que dejar la puerta abierta.

Algunas horas después, llegaron al hotel algunos hombres repartidores de refrescos y cerveza que abastecen la región. Por algunas horas estuvieron platicando e ingiriendo bebidas alcohólicas en el pasillo del hotel, hecho que nos hizo reflexionar sobre las experiencias de nuestros participantes, situaciones e interacciones incómodas durante la tarde; motivo por el cual, nos invadió el miedo e incertidumbre. Debido a que éramos dos mujeres identificadas como ajenas al contexto, con los frenos del auto dañados, cansadas, con la puerta de la habitación abierta por el calor y con hombres alcoholizados en el pasillo principal. Además de que en Tepehuacán no hay línea telefónica para los celulares y ante alguna emergencia por violencia de cualquier tipo, reconocimos que estábamos incomunicadas y vulnerables. A excepción, de las fichas de \$10 pesos para 30 minutos de internet que ofrecía el hotel, por lo que se adquirió una para comunicar nuestra ubicación a familiares. Fue una noche angustiante por el conjunto de elementos en la atmósfera de Tepehuacán, aunque sin ningún percance o anomalía.

### **Fecha: 14/04/2022**

Al día siguiente, nos comunicamos con el director de esta investigación con quién se compartió a grosso modo la experiencia en Tepehuacán y las emociones experimentadas. Por lo que, brindó herramientas para interactuar en el contexto y sugirió retirarse del municipio.

Posterior a las recomendaciones del doctor, llegó un mensaje de Aiko donde refirió que su amiga y su pareja estaban dispuestos a brindarme las entrevistas que necesitaba. Por lo que era importante ir al parque de Tepehuacán de Guerrero a las 10 a.m. Ya que, no le habían permitido brindarme su número telefónico y tampoco asistir a su hogar.

Inmediatamente nos dispusimos a salir del hotel para ir al lugar de la cita en donde me encontré con Sofía y Rogelio, nuestros participantes.

Las entrevistas de Sofía y Rogelio, son las de menor duración debido a que sus respuestas eran breves y concretas, así mismo su lenguaje corporal expresaba nerviosismo por el espacio, sin embargo, los diálogos se realizaron en el parque como ellos lo solicitaron. Durante el ejercicio de *rapport*, previo al inicio de la audiograbación, Sofía refirió que tiene otras dos hermanas de 14 y 20 años respectivamente y son hijas de madre autónoma. Su madre anteriormente se dedicaba a limpiar casas en Zacualtipán de Ángeles, en donde rentaba una habitación y su ingreso promedio era de \$1000 a la semana, por lo que la situación familiar y económica era delicada.

A su vez, comentó que actualmente abrieron un bachillerato que oferta la carrera en enfermería. Pero anteriormente las personas solo podían obtener el grado académico de secundaria, ya que para poder estudiar tenían que salir de Tepehuacán. Así mismo, aunque existan estas posibilidades académicas muchas mujeres como ella, no logran concretar sus sueños y estudios porque regularmente se embarazan y van a vivir con su pareja. Por lo que regularmente, las mujeres ya no son libres de tomar sus decisiones pues deben considerar a sus parejas o familias.

Por otro lado, posterior a la entrevista de Sofía se realizó la entrevista con Rogelio, quién previo al diálogo comentó que Tepehuacán de Guerrero es un municipio vulnerable socioeconómicamente. Así, las fuentes de ingreso económico más importantes se vuelven los salarios obtenidos de un puesto administrativo en la presidencia municipal, la cual está a cargo de Lolo Rubio militante del Partido Revolucionario Institucional PRI. Otras fuentes de ingresos importantes en el municipio son la ganadería, así como la cosecha de naranjas y café. En este sentido, quién trabaja para la presidencia tiene un buen estatus social y económico, por lo que regularmente los puestos de la administración pública, son trabajos deseados y altamente valorados. Aunque, por otro lado, la ganadería y la agricultura pueden proveer, pero no son lo suficiente para mantener una familia, ya que refiere que el campo no posee el apoyo necesario.

Rogelio, nuestro participante trabaja para la administración pública por parte del PRI de Tepehuacán, él se encarga de contar y reglamentar las cabezas de ganado, así como de brindar permisos de transporte. Igualmente, comentó que no es frecuente el

narcotráfico, ni el huachicoleo en el municipio, aunque por ahí pasan algunos ductos de PEMEX. Así con respecto al tema del embarazo adolescente, él recuerda cuando se instalaron o remodelaron dichos ductos de combustible llegaron obreros de otros espacios a Tepehuacán, y durante el proceso de la obra muchas mujeres adolescentes se embarazaron.

#### **ANEXO 9. Diario de campo Zacualtipán de Ángeles**

**Fecha: 14/04/2022**

Las tres entrevistas programadas en el municipio de Zacualtipán de Ángeles, se realizaron el día 14 de abril del 2022. Las cuales iniciaron a las 03:00 p.m. y concluyeron a las 07:00 p.m. aproximadamente. Se inició con el acompañante en *salud sexual y reproductiva* en el centro de salud, para posteriormente encontrarnos con los adolescentes en la “Plaza de la constitución”.

Es imprescindible referir que la carretera principal que da acceso a la cabecera municipal, se encuentra en reparación y dificulta el acceso a Zacualtipán. En este sentido, el día 14 de abril del 2022 se ingresó al municipio alrededor de las 02:00 p.m., con la finalidad de llegar a la cita con el personal del centro de salud, ubicado en el centro de la ciudad. En donde, frecuentemente asisten mujeres adolescentes a sus revisiones médicas correspondientes al primer, segundo y tercer trimestre de gestación.

De primer momento, no nos dejaron acceder por la estrategia “*sana distancia*” desarrollada durante la pandemia por Covid-19. Por lo que, quién asiste a consulta regularmente tiene que esperar afuera del centro de salud.

Posterior a 20 minutos de espera, nos invitó a ingresar una enfermera que nos condujo con un médico en turno. De primer momento, percibimos un trato ególatra y poco empático, posterior a mi presentación como estudiante y durante el transcurso de la entrevista, cambió radicalmente su trato al reconocermelo como profesionalista de la salud. Hecho que pudiese indicar un trato diferenciado a los diferentes sectores de la sociedad. Situación que simultáneamente se pudo corroborar en el desarrollo de la entrevista, donde el médico refiere que la mayoría de las personas que llegan a consulta, provienen de comunidades aledañas que no tienen acceso a la educación y por lo tanto, les considera “ignorantes”.

Al finalizar la entrevista, nos condujimos por la calle principal del centro de salud con dirección a la “Plaza de la constitución”, en dónde más tarde nos reunimos con los adolescentes.

Primero se entrevistó a Rosa y posteriormente a Rogelio. Las entrevistas finalizaron a las 7:00 p.m. Posteriormente, nos dispusimos a caminar por las calles de Zacualtipán con la finalidad de generar observación participante.

Las características de personalidad colectivas en Zacualtipán, de forma general, son de personas amigables, sociables y hogareñas; que brindan apoyo en la medida de sus posibilidades. Así mismo, es una sociedad que da prioridad a las tradiciones religiosas, principalmente católicas. Lo cual se identificó con los preparativos en el centro de la ciudad, para celebrar la “Semana Santa”.

También se identificó que el partido político gobernante en Zacualtipán, es el PRI (Partido Revolucionario Institucional), y su representante es Edgar Moreno Gayosso. Las personas consideran que el quehacer político en el municipio es oportunista, tanto para lograr fines políticos, como para alimentar intereses económicos personales.