



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

Derechos sexuales y reproductivos e interrupción legal del embarazo en
adolescentes embarazadas de 10 a 14 años, en el Instituto Nacional de
Perinatología

Tesis para obtener el título de licenciada en trabajo social

Presenta

Zyanya Macías Velázquez

Tesista

Dra. Guadalupe Fabiola Pérez Baleón

Directora de tesis

Ciudad Universitaria, Cd., Mx., enero 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

En primer lugar a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Escuela Nacional de Trabajo Social por darme la oportunidad de formarme profesionalmente. También un especial agradecimiento al programa de titulación “Jóvenes a la Investigación” y a todas las personas que forman parte de él, que siempre me motivaron y me ayudaron en el proceso de mi tesis.

Gracias a la doctora Guadalupe Fabiola Pérez Baleón, mi tutora, por llevarme de la mano en este camino de la investigación, siempre dispuesta darme todos sus conocimientos, por su apoyo, paciencia y motivación en este recorrido. También gracias por dejarme ser parte de la ENFaDEA, por todo el conocimiento adquirido en él, lo cual es fundamental en mi formación como trabajadora social.

A mi madre, Natalia, todo esto es gracias para ti, sin ti nada de esto hubiera sido posible. Gracias mi hermana que siempre me leyó y me hizo comentarios y consejos que me ayudaron mucho.

A Anychael y Karla, mis compañeras y amigas desde la licenciatura y ahora durante la titulación, las quiero y admiro mucho.

A Mayela, eres mi persona, mi amiga de toda la vida y para siempre. A Jeruva, no hay una persona más leal e incondicional que tú en mi vida.

Contenido

Introducción	
1 Feminismo y los derechos sexuales y los derechos reproductivos	1
1.1 Feminismo y género	1
1.2 Perspectiva de género	2
1.3 Derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género.....	3
1.3.1 Introducción a los derechos sexuales y a los derechos reproductivos	5
1.3.2 Evolución de los derechos humanos y su protección internacional.....	6
1.4 Conferencias de las Naciones Unidas	8
1.5 Necesidad de enmarcar la salud sexual y salud reproductiva	14
1.6 Distinción entre derechos sexuales y derechos reproductivos	15
1.7 Presentación de las cartillas de derechos sexuales y reproductivos	17
1.8 Derechos sexuales y derechos reproductivos en México.....	19
1.8.1 Adolescentes y derechos sexuales y reproductivos en México	22
1.8.2 Cartilla de los derechos sexuales de adolescentes y jóvenes en México.....	23
2 El camino hacia la legalización del aborto en la ciudad de México	26
2.1 El aborto como un derecho sexual y reproductivo	26
2.2 Interrupción legal del embarazo	30
2.3 La interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México.....	33
2.3.1 Caso Paulina	37
2.3.2 Resolución de la despenalización del aborto en la Ciudad de México	40
2.4 El debate entre la objeción de conciencia y los derechos reproductivos.....	47
2.5 Clínicas en donde se realiza la interrupción legal del embarazo.....	49
3 Maternidad en la adolescencia	54
3.1 El embarazo en la adolescencia desde las ciencias sociales	54
3.2 Perfil de las conductas reproductivas de las adolescentes y mujeres en edad fértil en México	58
3.3 Perfil de las adolescentes menores de 15 años.....	64
3.3.1 Consecuencias del embarazo en adolescentes menores de 15 años.....	66
4 Prácticas y significados asociados al aborto: la exigencia de la maternidad	73
4.1 Metodología	73

4.2 Las sujetas de estudio	74
4.3 ¿Quiénes son las adolescentes entrevistadas?	75
4.4 Categorización de la información.....	83
4.4.1 Codificación abierta	84
4.4.2 Codificación axial	85
4.4.3 Codificación selectiva	85
4.5 Significados asociados al aborto	86
4.6 De la consideración de abortar a la aceptación del embarazo.....	87
4.7 El papel de la pareja en el embarazo y el aborto	89
4.8 Nociones e influencias de la familia en torno al aborto.....	91
4.9 Vianey: Un caso paradigmático	93
4.10 Propuesta de intervención de Trabajo Social	97
Conclusiones	99
Anexos	105
Anexo 1 Cédula de identificación	105
Anexo 2 Formulario de trayectorias	1
Anexo 3 Guion de entrevista para mujeres	3
Anexo 4 Familiograma	6
Bibliografía	8

Introducción

La presente investigación titulada “Derechos sexuales y reproductivos e interrupción legal del embarazo en adolescentes embarazadas de 10 a 14 años, en el Instituto Nacional de Perinatología”, se encuentra registrada dentro de la modalidad de titulación “Jóvenes a la Investigación”, programa de titulación de la Escuela Nacional de Trabajo Social.

Este trabajo se desarrolló dentro del proyecto de investigación denominado “Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente (ENFaDEA). Hacia la comprensión de los elementos sociales, familiares y personales asociados al embarazo adolescente y la elaboración de propuestas de intervención”. La investigadora responsable del proyecto es la Dra. Guadalupe Fabiola Pérez Baleón, profesora Titular A, de Tiempo Completo Definitiva de la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

La ENFaDEA consta de un apartado cuantitativo y otro cualitativo. En el primero se levantó una encuesta de representatividad nacional y por zonas rurales y urbanas; se encuestó a mujeres de 20 a 24 años, independientemente de que hubieran vivido o no un embarazo en la adolescencia. Su levantamiento en campo estuvo a cargo de Investigación en Salud y Demografía, S. C. (INSAD), consultora especializada.

En la investigación cualitativa, donde se inserta este estudio, se realizó trabajo de campo sobre el fenómeno del embarazo en adolescentes en contextos urbano-marginales de Zacatecas, Campeche y de la Ciudad de México y la Zona Metropolitana, para ello se diseñó un protocolo cualitativo, que permitió acercarse al fenómeno desde la mirada de las y los actores: los adolescentes y jóvenes que fueron padres o madres antes de los 20 años, a través de su experiencia y de los significados asociados al embarazo, a la maternidad y la paternidad, y al proyecto de vida, la finalidad era comprender las implicaciones del embarazo adolescente en sus vidas para así abonar a las estrategias que desde Trabajo Social se pueden emprender para su prevención.

Las entidades en donde se ejecutó el trabajo de campo fueron seleccionadas en función de las tasas de fecundidad adolescente (TFA) y a los índices de desarrollo humano (IDH) diferenciados. Se eligió a Zacatecas que es el tercer lugar a nivel nacional en fecundidad adolescente (105.49), Campeche que ocupa el noveno lugar (83.2), el décimo lugar lo ocupa la Zona Metropolitana (82.72), y la Ciudad de México con el último lugar a nivel nacional (51.89), lo anterior con base en la ENADID 2014.

Las instituciones con las que se vinculó el equipo de la ENFaDEA para realizar el trabajo de campo fueron: el Hospital de la Mujer Zacatecana (HMZ), Zacatecas; el Hospital General Dra. María del Socorro Quiroga Aguilar (HGDMSQA), en Ciudad del Carmen, Campeche; y el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), mismo que atiende a población abierta que proviene de la Ciudad de México y de su Zona Metropolitana. De estos hospitales, para el presente trabajo nos centramos en parte de la información obtenida en el INPer ya que permitió abordar las preguntas y objetivos planteados.

Aunque el proyecto de la ENFaDEA trata sobre el embarazo en la adolescencia, el propósito de esta tesis en particular está centrado en el estudio de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), lo cual implicó acceder a un gran abanico de posturas; las cuales, ya sean a favor o en contra, están impregnadas de juicios, valores, prejuicios, así como de cuestiones éticas o morales. Cuestiones a las que las adolescentes se enfrentan al querer ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, porque se sigue conservando el rechazo y la negativa a esta posibilidad, al considerar la interrupción como algo inmoral, inhumano o como un acto impensable.

Si bien los estudios y las aportaciones para el estudio del tema cada vez son mayores, no hay que perder de vista que muchas de las opiniones de algunos grupos, instituciones y personas, continúan situando a la mujer en una condición inferior, sin derecho a decidir sobre su cuerpo, sobre su salud reproductiva y sobre su futuro; situación que se eleva cuando hablamos de adolescentes menores de 15 años, que sea cual fuere el motivo, iniciaron su vida sexual y tienen un embarazo temprano.

Se eligió este tema de estudio porque México es el país con mayor tasa de fecundidad adolescente en América Latina, con 77 nacimientos por cada mil adolescentes entre 15 y 19 años. Derivado de esta alarmante problemática, el gobierno diseñó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA) la cual tiene por objetivos: trabajar a lo largo de 15 años hasta reducir a la mitad la tasa de fecundidad adolescente para 2030; y erradicar el embarazo que ocurre en niñas menores de 14 años de edad. Pero entre sus estrategias no se señalan los servicios de interrupción del embarazo o el aborto como una opción reproductiva para las jóvenes que por falta de información o de acceso a métodos anticonceptivos se embarazaron antes de los 20 años. Otro punto importante para investigar sobre el aborto e ILE, específicamente en la población elegida, menores de 15 años, es que de acuerdo al sistema de información de interrupción legal del embarazo (ILE, 2018) del total

del 191,691 usuarias atendidas desde el 2007, las mujeres entre 11 y 14 años solo representan el 1.0% del total, teniendo en cuenta que un embarazo temprano representa riesgos para la salud tanto de la madre, como del producto, agregando el estigma social y la falta de oportunidades para continuar con su proyecto de vida de las madres adolescentes.

A partir de ello surgió la inquietud por investigar sobre las situaciones, vivencias y experiencias de las adolescentes menores de 15 años que viven en la Ciudad de México, que llevan a término un embarazo que en la mayoría de los casos no es planeado y/o deseado, agregando que por la edad en que ocurre el evento, el embarazo es de alto riesgo, lo que pone en riesgo su vida, así como obstaculiza sus proyectos educativos, laborales y familiares, considerando que en su ciudad el aborto es legal.

Es necesario que desde el Trabajo Social se continúen realizando investigaciones y propuestas sobre tema, agregando que en México existe la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), la cual tiene como objetivo general reducir el número de embarazos en adolescentes, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos. Esta estrategia se reduce a información obligatoria sobre salud sexual y promoción y acceso a métodos anticonceptivos, pero no se menciona la ILE, olvidando que interrumpir un embarazo no deseado también es un derecho humano respaldado por los derechos sexuales y reproductivos, y también olvida que muchos embarazos se dan también porque ningún anticonceptivo es 100% efectivo.

A lo largo de este trabajo se hablará de aborto como la categoría central de análisis y sobre ella se explorarán los significados que las entrevistadas le otorgan, mientras que la ILE se empleará como el concepto jurídico que permite, en la Ciudad de México, concluir el embarazo antes de las 12 semanas de gestación.

Selección de la población

Se realizaron siete entrevistas a menores de 15 años. Los criterios inclusión fueron:

- a) Edad: adolescentes embarazadas de 10 a 14 años
- b) Institución de salud: adolescentes que acudieran al Instituto Nacional de Perinatología para su atención prenatal.

Las consideraciones éticas se establecieron en cada comité de las instituciones con las que estableció un vínculo para realizar la investigación, en ellos el equipo de la ENFaDEA presentaba el protocolo de investigación y las cartas de asentimiento y consentimiento

informado para su revisión, evaluación y aprobación. Estas cartas de asentimiento fueron entregadas tanto a las menores, como a sus padres o tutores para su firma. En ellas se garantizó la confidencialidad y el anonimato de las entrevistadas, para ello en el análisis se otorgó un seudónimo a cada adolescente.

Interrogantes de investigación

Las preguntas que guiaron el estudio son:

- ¿Cómo significan las adolescentes que se embarazan antes de los 15 años y que acuden al INPer, la interrupción del embarazo y el aborto y cuáles son los significados y prácticas asociados al mismo?
- ¿Cuáles son las situaciones y condiciones que enmarcan el que en una ciudad donde la interrupción del embarazo sea legal, determinadas adolescentes menores de 15 años no lo ejercen?

Supuestos

- Las adolescentes embarazadas menores de 15 años no cuentan con información sobre el servicio gratuito de la ILE, debido a lo aprendido en sus núcleos familiares tradicionales.

Objetivos de la investigación

General:

- Analizar los significados y prácticas asociadas al aborto y a la interrupción legal del embarazo en adolescentes embarazadas antes de los 15 años que asisten al Instituto Nacional Perinatología (INPer); a partir de entrevistas en profundidad; con la finalidad de ampliar en conocimiento en torno al tema.

Específicos:

- Explorar los significados que le otorgan las adolescentes embarazadas antes de los 15 años que acuden al INPer tanto al aborto, como a la interrupción legal del embarazo.
- Describir las prácticas en torno a la interrupción legal del embarazo de aquellas que la han realizado o pensaron en él como una opción.

Diseño de la investigación

La investigación cualitativa proporciona una descripción íntima de la vida social de las adolescentes embarazadas, presentando detalladamente el contexto y los significados de los acontecimientos y escenas importantes para ellas (Geertz, 1983 en Taylor y Bogdan, 2015; Emerson, 1983 en Taylor y Bogdan, 2015).

Se eligió la técnica de entrevista a profundidad por estar dirigida hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas estuvieron dirigidas a la descripción de acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente, así que los interlocutores son los entrevistados (Taylor y Bogdan, 2015).

La perspectiva de este trabajo es desde el enfoque de género, y el referente teórico que sirve como sustento para el análisis de los resultados obtenidos en las entrevistas a profundidad es el marco normativo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como la teoría fundamentada, la cual permite realizar elaboraciones teóricas a partir de analizar el discurso de las sujetas, indagando en las prácticas y significados asociados al embarazo y al aborto, siendo ideal para trabajos de corte cualitativo. Para sistematizar y manejar la información de las entrevistas se hizo uso del software Atlas Ti 7.

Instrumentos y capacitación para aplicarlos

Los instrumentos utilizados para este estudio fueron elaborados dentro del proyecto de la ENFaDEA. Para realizar esta investigación se me capacitó para conocer y comprender cómo fueron elaborados para su posterior aplicación. Para esto asistí al taller llamado “Introducción a la aplicación de entrevistas a profundidad y otros instrumentos en la investigación social” en el que se me proporcionó bibliografía sobre metodología cualitativa. Durante este taller realicé cuatro entrevistas a profundidad para practicar el manejo de los instrumentos, de las cuales recibí retroalimentación del equipo para mejorar la aplicación.

A continuación, se detalla el contenido de los instrumentos empleados en las entrevistas que conforman esta tesis:

- Cédula de identificación: permite conocer algunos aspectos referidos al capital social y cultural de las y los entrevistados, así como la condición socioeconómica y la situación familiar y de pareja actual.

- Formulario de trayectorias de vida –residencial, escolar, laboral, vida sexual y uso de métodos anticonceptivos, de parejas e historia de embarazos-: la intención de este instrumento, anclado al enfoque del curso de vida, es examinar cómo se tejen las distintas trayectorias de vida de las y los informantes y conocer cuáles fueron las principales transiciones y puntos de quiebre de las mismas; así como registrar las diferentes categorías de relaciones amorosas, de amistad y eróticas vinculadas con la vida sexual, la anticoncepción y la reproducción; también se buscó identificar la centralidad de la vida reproductiva en relación con sus otras trayectorias, y explorar otros proyectos de vida o expectativas al respecto.
- Familiograma: este instrumento permite registrar el tamaño de la red familiar y de apoyo con que cuentan las y los entrevistados, y de esta manera identificar y conocer la cualidad de las relaciones de parentesco y las formas en que se concretan los apoyos, conflictos y relaciones de poder al interior de su familia.
- Guion de entrevistas en profundidad: con él se pretende conocer las prácticas, representaciones y marcos explicativos utilizados en los procesos de significación y simbolización del embarazo, la pareja, las prácticas amorosas y eróticas, la maternidad/paternidad y los proyectos de vida (escuela, trabajo y familia). En el caso de este instrumento se hicieron adecuaciones según el género de los informantes y su vivencia en relación con la maternidad o la paternidad.

Trabajo de campo

Después de recibir la capacitación sobre la metodología cualitativa y sobre la aplicación de las entrevistas a profundidad, me integré junto con el equipo de la ENFaDEA al Instituto Nacional de Perinatología para la aplicación de las entrevistas. En un primer momento acudimos al INPer para una reunión con la Dra. Mayra Chávez para presentar al equipo y a las tesis con el personal del instituto, así como dar a conocer los objetivos de la ENFADEA, y principalmente conocer la Clínica del Adolescente a cargo de la Dra. Josefina Lira, ya que ahí fue donde se realizaron las entrevistas y donde se estableció el contacto con algunas adolescentes para realizarles visitas domiciliarias a fin de entrevistar a aquellas que por la premura de tiempo no pudieron concedernos la entrevista en el hospital.

Acudí a cuatro visitas domiciliarias en las cuales se realizaron tres entrevistas en profundidad, una entrevista no se realizó porque la informante había entrado en labor de parto

un día antes de la cita. Seis de las entrevistas utilizadas en esta tesis no fueron aplicadas ni transcritas por mí, sin embargo, durante mi participación en el proyecto realicé ambas actividades con otras adolescentes.

Acerca de este trabajo

La tesis se encuentra dividida en cuatro capítulos: el primero explica qué son los derechos sexuales y los derechos reproductivos y ahonda en las conferencias de las Naciones Unidas en donde éstos se fueron definiendo y enmarcando, así como los tratados y los organismos que los respaldan. También se ahonda sobre la diferenciación que existió entre ambos derechos y se presentan las cartillas en donde están descritos. El segundo capítulo desarrolla el debate que existe sobre el aborto desde la ciencia, la iglesia y los juristas. Se relata minuciosamente cómo se logró el aborto legal en la Ciudad de México y las estadísticas de las usuarias de este servicio.

En el tercer apartado se presenta un bosquejo sobre las investigaciones de mayor relevancia relacionadas con el embarazo temprano y la maternidad, así también se detalla el perfil de las adolescentes del país que viven un embarazo en la adolescencia, haciendo énfasis en lo referente a su sexualidad y el conocimiento que existe sobre su comportamiento reproductivo. Por último, el cuarto capítulo contiene el análisis de la información, obtenida en el trabajo de campo. Entre los resultados más relevantes se encuentran los limitados conocimientos y uso adecuado de métodos anticonceptivos, así como la escasa o nula información sobre salud sexual y reproductiva en las adolescentes, lo cual refleja que la educación y los servicios de salud realmente no son para todos y no existe una real cobertura que apoye a las y los jóvenes para vivir su vida sexual de forma libre, responsable e informada.

A partir de la información recabada en esta tesis aparecieron otros temas necesarios de profundizar para continuar generando conocimiento desde Trabajo Social con el cual se pueda intervenir en las problemáticas de las y los adolescentes. El primer tema son las relaciones de violencia que viven las adolescentes, en su mayoría, las entrevistadas iniciaron su vida sexual bajo presión e influencia de sus parejas, quienes en algunos casos eran muchos años mayores que ellas, o en el peor de los casos, la iniciación sexual fue porque la sujeta de estudio fue drogada.

El tema de las adicciones, tanto en las adolescentes, como en sus parejas es un tema frecuente en sus relatos, el cual se relaciona con deserción escolar, problemas familiares y violencia.

Finalmente, otro tema en que se debería profundizar es el de la discriminación por embarazo, que si bien no está íntimamente relacionado con el aborto, las sujetas de estudio son doblemente discriminadas, tanto por ser mujeres embarazadas, como por la corta edad en que ocurre este evento. Las adolescentes embarazadas se enfrentan a situaciones discriminatorias como el no ser admitidas en su institución educativa, así como a tener que optar a estudiar en línea por temor al rechazo de la gente.

En esta investigación se podrá observar cómo las adolescentes significan al aborto como algo inhumano, aunque algunas al saberse embarazadas pensaron en interrumpir el evento obstétrico; en ocasiones sus parejas y familiares fueron quienes se los propusieron; en otros, el embarazo fue un acontecimiento esperado por la pareja y por la familia de ambos. En todos los casos, ellas descartaron la posibilidad de interrumpir, atribuyéndole al ser en gestación características de una persona, un ser humano o un niño (a) que siente dolor y que no pidió venir al mundo. Algunas presentaban ideas inexactas acerca del procedimiento para efectuar la interrupción.

1 Feminismo y los derechos sexuales y los derechos reproductivos

En este capítulo se detallarán algunos puntos clave del surgimiento del movimiento feminista como sus conceptos principales, así como la perspectiva de género la cual guiará el análisis de esta tesis. También expondrá cómo se ha ido configurando a través de los años, el marco normativo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Se revisarán las conferencias realizadas por las Naciones Unidas en donde poco a poco éstos se fueron definiendo, gracias a la exigencia mujeres feministas organizadas, quienes son el principal actor al manifestar las desigualdades que existen entre mujeres y hombres. En estas demandas también se integran los movimientos de la diversidad sexual que atacan al patriarcado, y la heterosexualidad, demandando ver respaldadas sus sexualidades diversas en los catálogos de derechos humanos y, por ende, en las agendas públicas de los países democráticos (Castells, 2014 en Casas y Cabezas, 2016).

Para entender el surgimiento de los derechos sexuales y reproductivos se desarrollarán algunos planteamientos del movimiento feminista quien pone sobre la mesa la necesidad de establecer y garantizar derechos que aboguen por la libertad de la sexualidad de las mujeres.

1.1 Feminismo y género

La teoría feminista surge como una crítica a la sociedad, en ella se explica cómo la ideología patriarcal está tan interiorizada, que las mujeres la aceptan como un comportamiento deseado y elegido. La importancia de la teoría feminista, es deslegitimar un sistema que se ha levantado sobre el axioma de su inferioridad y su subordinación a los varones. La teoría feminista tiene entre sus fines conceptualizar adecuadamente como conflictos, y producto de unas relaciones de poder determinadas, hechos y relaciones que se consideran normales o naturales, en todo caso, inmutables (De Miguel, 2003).

La maternidad es uno de esos hechos que se consideran naturales, se piensa que las mujeres, por el simple hecho de serlo, tienen que ser madres. Y cuando ocurre un embarazo no deseado, planeado o con riesgos a la salud, como en el caso de las menores de 15 años, las adolescentes se ven casi obligadas a concluir con el evento reproductivo, ya sea por presión de personas cercanas a ellas o por la falta de información que las imposibilita para pedir y acceder a métodos anticonceptivos en un primer momento o asistir a una clínica de interrupción.

La teoría feminista propone dos conceptos de análisis; género y patriarcado. Estos conceptos aparecen a lo largo de esta investigación pues en ellos se plantea la situación de desventaja a la que se enfrentan las adolescentes para ejercer su derecho a la salud reproductiva, así como a la toma de decisiones sobre su cuerpo.

Se entiende por género o sexo-género la construcción social de la diferencia sexual entre mujeres y hombres. El concepto de género, no cuestiona ni considera especialmente relevantes las diferencias biológicas entre los dos sexos. Lo que sí niega es que las diferencias anatómicas se traduzcan como "naturalezas sociales" o caracteres distintos (De Miguel, 2003).

La diferencia biológica de las mujeres como la capacidad de procrear viene cargada de la obligación de ser las cuidadoras de las hijas e hijos, siendo ese un papel del que los hombres se pueden desprender fácilmente o bien, si se involucran en los cuidados, lo hacen como una "ayuda" a las mujeres, no como una responsabilidad compartida.

En ese sentido, lo femenino y lo masculino son categorías sociales y la perspectiva del género invita a investigar cómo se construyen y cómo operan organizacionalmente estas definiciones. Además, se considera que el género es un principio organizativo fundamental de la vida social y de la conciencia humana (Alberdi, 1999 en De Miguel, 2003).

El concepto patriarcado es desarrollado para marcar la especificidad de la dominación de las mujeres frente a otros tipos de dominación, así como para señalar a los varones (ya no al capitalismo o al "sistema"), como quienes se benefician de esa dominación (De Miguel, 2003).

Estos dos conceptos servirán para analizar las formas en las que las adolescentes y sus decisiones en cuanto a su sexualidad y reproducción se vinculan con su género y los roles aprendidos e interiorizados que se asocian a él, los cuales hacen que se esperen actitudes propias y naturalizadas para las mujeres generadas a partir del patriarcado.

1.2 Perspectiva de género

La perspectiva de género es el enfoque que nos permite ver la relación inequitativa entre mujeres y hombres, no excluyendo las diferencias biológicas entre ambos. En ese sentido la perspectiva de género es un instrumento de análisis que nos permite identificar las diferencias entre las mujeres y los hombres para establecer acciones dirigidas a promover la equidad. Con el uso de la perspectiva de género se visibiliza la condición de la mujer respecto al

hombre, a fin de identificar qué es lo que impide desarrollar todas sus potencialidades y que se le valore dentro de la sociedad (Chávez, 2004).

La perspectiva de género implica reconocer que una cosa es la diferencia sexual y otra son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual. Todas las culturas estructuran su vida y construyen sus usos y costumbres en torno a la diferencia sexual. Esta diferencia anatómica se interpreta como una diferencia sustantiva que marcará el destino de las personas (Lamas, 1996).

En el caso de las mujeres menores de 15 años, la perspectiva de género puede ayudar a vislumbrar qué es lo que impide que ellas se reconozcan como personas con derechos sexuales y reproductivos, lo cual las podría dirigir a ejercerlos conscientemente, buscando transformar los mandatos respecto a lo que se espera de las mujeres.

1.3 Derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género

Al igual que en su inicio, el reconocimiento de estos derechos ha sido impulsado en gran medida por movimientos sociales que han intentado mostrar cómo la discriminación histórica de las mujeres, trasladada al campo del acceso a servicios de salud integrales, de calidad y asequibles, se encuentra en la base de la criminalización de conductas referidas a su sexualidad y autodeterminación reproductiva, y que ello configura prácticas que vulneran los derechos humanos. El control de la sexualidad y reproducción de las mujeres tiene una historia que se remonta a la antigüedad. A lo largo de los siglos, los gobiernos han utilizado el derecho penal como el instrumento principal para expresar y controlar la moralidad, especialmente a través de la prohibición del control de la natalidad y del aborto o penalizando y estigmatizando ciertas formas de conducta sexual. (Arango, 2013).

Al generar conciencia sobre los daños hacia la salud y la necesidad de impulsar el pleno desarrollo de las personas para que puedan ejercer su sexualidad y su reproducción, se comenzarán a ver los servicios de salud como algo necesario.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos, al estar dentro de los derechos humanos, tienen como característica ser dinámicos y estar en permanente expansión. Una constante en la evolución de los derechos ha sido el hecho de que progresivamente se ha ido profundizando y ampliando el contenido de cada derecho humano, lo cual ha logrado el derecho a vivir una vida libre de violencia de género. Con la incorporación de la perspectiva

de género en el análisis de la realidad y en la teoría y práctica de los derechos humanos, se han ampliado los derechos sexuales y reproductivos para responder a las necesidades e intereses de la población femenina, quienes antes de la utilización de la perspectiva de género para analizar las violaciones a los derechos humanos, estaban excluidas de su protección. De igual forma se debe tener presente que los derechos humanos de las mujeres no atañen a un “sector” de la población, sino a todos los sectores, incluidos los hombres, por lo tanto, la expansión de los derechos humanos a las mujeres significa la más inclusiva ampliación que han atestiguado los derechos humanos en su dinámica historia (Facio, 2008).

Por otro lado, con la perspectiva de género también se visibilizan las necesidades e intereses de los hombres en tanto género masculino, porque la perspectiva androcéntrica no parte de la visión de los hombres como género, sino de los hombres como estereotipo: blancos, heterosexuales, de clase socioeconómica alta, o como representantes de toda la humanidad. La perspectiva androcéntrica también ha invisibilizado las necesidades del género masculino, como la nula oferta de vasectomías en condiciones dignas, la cual no era considerada una violación a varios derechos humanos de los hombres, o su derecho a decidir el número y espaciamiento de hijos y al derecho a la autonomía reproductiva (Facio, 2008).

Temas como el embarazo adolescente y el aborto, se vinculan directamente con la salud, la sexualidad y la reproducción masculina, pues se debe de remarcar la responsabilidad de los hombres, la cual comparten con las mujeres, ellos también son responsables del uso tanto de métodos anticonceptivos, como de solicitar vasectomías en caso ser el método anticonceptivo de su interés.

Una vez que el androcentrismo, en la teoría y práctica de los derechos humanos comienza a ser sustituido por una perspectiva de género, se da inicio al entendimiento de que los derechos humanos reconocidos sí incluyen a los derechos reproductivos. Así entonces, la perspectiva de género permitió ver toda una gama de intereses y necesidades humanas, visibilizando las violaciones a los derechos humanos que eran sentidas mayoritariamente por mujeres, pero también por hombres en cuanto su condición racial o su orientación sexual y que por lo tanto no eran concordantes con la perspectiva androcéntrica. (Arango, 2013).

1.3.1 Introducción a los derechos sexuales y a los derechos reproductivos

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la comunidad internacional surge como respuesta a movimientos de lucha y reivindicación de dos grupos históricamente discriminados: las mujeres y los grupos de la diversidad sexual, como son lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgéneros e intersexuales (LGBTI). La sociedad civil organizada y los distintos movimientos feministas colocaron en la agenda internacional, desde hace más de tres décadas, la importancia de visibilizar estos derechos y la relación directa que tienen con el goce y el disfrute de otros derechos humanos plasmados en los tratados internacionales y en las constituciones de los Estados (Romero y Muro, 2015).

La idea particular de que las mujeres deben ser capaces de decidir cuándo, y cómo tener hijos, se originó en los movimientos feministas de control de la natalidad que se desarrollaron desde 1830 entre las socialistas en Inglaterra, a partir de ese momento se extendió a muchas partes del mundo, a lo largo de un siglo dicha idea. Las lideresas de estos movimientos en los países occidentales vincularon el problema del control de la natalidad, no únicamente con las luchas de las mujeres por su emancipación social y política, sino también con su necesidad “de apropiarse y de controlar” sus cuerpos y de obtener conocimientos y satisfacciones sexuales. Otros grupos de mujeres de Europa y en América, Asia, el Norte de África y América Latina, fueron más evasivas acerca de la sexualidad de las mujeres, y enfatizaron solo en el derecho de las mujeres (casadas o solteras) a rehusar tener relaciones sexuales o hijos no deseados (Correa y Petchesky, 2001).

Desde estos primeros debates se empiezan a delinear los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres, como el vivir una sexualidad plena, las relaciones sexuales consensuadas y la planificación familiar, demandas que quedaron plasmadas y respaldadas en las cartillas internacionales de derechos humanos.

A partir de dichas movilizaciones, los derechos sexuales y los derechos reproductivos se han enmarcado en los principios internacionales de los derechos humanos. Como todo derecho humano, los derechos sexuales y reproductivos parten de características fundamentales del ser humano, las cuales se relacionan con una dimensión estructural que tiene que ver con su libertad y con la capacidad de decidir, de disfrutar y sentir placer, así como de vivir la sexualidad acorde a los deseos, gustos y preferencias sexuales. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos no solo son producto de los derechos universalmente

reconocidos, sino también de experiencias particulares e históricas de realidades concretas y dinámicas (Salazar, 2013).

Contrariamente a los grandes esfuerzos de los grupos LGBTTTI, feministas y la sociedad civil, el reconocimiento de su universalidad continúa siendo parcial en las normatividades nacionales e internacionales y en la misma sociedad, debido a que aún no se han podido desarticular algunos arreglos sexuales antidemocráticos, ni se ha logrado desplazar el control que las instituciones religiosas y estatales ejercen sobre la sexualidad, la reproducción y el placer de los cuerpos (Salazar, 2013).

Para ejemplificar y desarrollar las definiciones, y cómo se han establecido los derechos sexuales y reproductivos en las normatividades internacionales, se detallará sobre el surgimiento de los Derechos Humanos y las conferencias de las Naciones Unidas donde se han discutido las necesidades y exigencias respecto al tema, así como los acuerdos pactados en dichas sesiones.

1.3.2 Evolución de los derechos humanos y su protección internacional

Debido a las atrocidades cometidas durante la Primera y la Segunda Guerra Mundial, ocurridas en Europa durante el siglo XX, se creó por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, en ella se buscaba la defensa y promoción de una doctrina de los derechos humanos, como derechos inherentes, inalienables e iguales entre todos los seres humanos sin distinciones basadas en sexo, religión y raza, entre otras múltiples dimensiones. Asimismo, los derechos humanos son integrales, interdependientes, indivisibles y complementarios, esto es, no existe una jerarquía entre los diferentes tipos de derechos. Los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales son todos igualmente necesarios para la vida digna, sin perjuicio de reprimir algunos para promover otros (Casas y Cabezas, 2016).

La creación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos fue el inicio de la protección legal de todos los individuos, incluyendo a las minorías, quienes son las más desfavorecidas por el abuso de poder por parte de los Estados, así como el inicio hacia la protección contra la discriminación y trato igualitario; en la redacción de esta Declaración fue destacada la participación de mujeres feministas que exigieron que se incluyeran derechos específicos que ayudaran a eliminar la discriminación y violencia hacia las mujeres:

La delegada de la India Hansa Mehta, hizo que cambiaran la frase de “Todos los hombres nacen libres e iguales” a “Todos los seres humanos nacen libres e iguales”. Minerva Bernardino, diplomática y líder feminista de la República Dominicana, fue esencial en las discusiones sobre la inclusión de la “igualdad de derechos de hombres y mujeres” en la Declaración Universal de Derechos Humanos. La delegada Begum Shaista Ikramullah de Pakistán promovió la incorporación la igualdad de derechos en el matrimonio, pues consideraba que era una manera de combatir el matrimonio infantil y forzado. Bodil Begtrup, de Dinamarca defendió que en la Declaración Universal se refiriese a los titulares de los derechos como “todos” o “toda persona”, en lugar de emplear la fórmula “todos los hombres”. La francesa Marie-Hélène Lefaucheu, logró la inclusión de una mención a la no discriminación sexual en el artículo 2: “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición” (Adami, R, 2018).

Como puede verse, desde el principio de la Declaración se hizo presente la lucha de mujeres que, aun perteneciendo a países y a continentes diferentes, compartían la idea de establecer una protección legal con perspectiva de género, la cual protegiera a las mujeres, de cualquier edad, raza y condición social contra los abusos y prácticas que ponen en riesgo su salud, su vida y su integridad.

Sin embargo, los derechos humanos no son universales en su aplicación y su universalidad es particular de la cultura occidental. Las distintas culturas tienden a clasificar a las personas y grupos de acuerdo a sus principios de pertenencia jerárquica, ejemplo de esto es el reconocimiento desigual de la diferencia que puede expresarse como el racismo o el sexismo. Las reglas del ordenamiento social y, por ende, la propia doctrina de los Derechos Humanos (DDHH), se han construido y responden a patrones socioculturales, basándose en el hombre como parámetro y paradigma. Este hecho ha provocado la exclusión e invisibilización de las diferencias, de la diversidad, de las especificidades y necesidades de la mitad de la población mundial: las mujeres (Souza, 2002 en Casas y Cabezas, 2016; Torres, 2003 en Casas y Cabezas, 2016).

A pesar del derecho a la igualdad y de no discriminación por razón de sexo, incluidos prioritariamente en la Carta de las Naciones Unidas, ésta se acordó en el seno de una sociedad patriarcal, donde los derechos humanos de las mujeres, en tanto que sujetas históricas

comparativamente desfavorecidas, fueron pensados como anexos al universalismo de los masculinos. Actualmente, con el avance social reflejado en la sucesión de distintas generaciones de derechos, se puede destacar la consolidación de un cierto reconocimiento material de los derechos de las mujeres desde la paulatina incorporación de una perspectiva de género (Casas y Cabezas, 2016).

1.4 Conferencias de las Naciones Unidas

Después de haber recorrido los principios básicos de los derechos humanos y su protección internacional, se presentarán las siete conferencias en las cuales se fueron definiendo y conceptualizando los derechos sexuales y reproductivos, la cuales son: 1 Conferencia de los Derechos Humanos de Teherán en 1968, 2 Conferencia sobre Población en Bucarest en 1974, 3 Primera Conferencia sobre la Mujer en México, 1975, 4 Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena en 1993, 5 Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo en 1994, 6 Cuarta Conferencia sobre la Mujer en Beijing en 1995, y 7 Declaración Universal de los derechos sexuales en Hong Kong en 1999.

La finalidad de retomar estas conferencias es acentuar que el proceso para lograr el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de los hombres tuvo que pasar por varias décadas de demandas y trabajo del movimiento feminista y el movimiento de la diversidad sexual. En este recorrido hubo diversos países que pausaban, o bien, se oponían a aceptarlos como parte de las normativas internacionales, lo cual es un antecedente sobre los prejuicios y rechazo que siempre han existido para que las personas gocen su sexualidad de manera libre y plena, más en específico, las limitaciones que tienen las y los adolescentes para disfrutar de los derechos logrados por la movilización de los grupos activistas antes mencionados.

- a) **Conferencia de los Derechos Humanos de Teherán 1968:** Fue la primera Conferencia Internacional de Derechos Humanos, realizada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en donde se redactó la proclamación de Teherán en 1968, la cual dedica dos párrafos a los derechos de las mujeres. El primero se refiere a la discriminación, exponiendo que el hecho de las mujeres no gocen de los mismos derechos que los hombres es contrario a la Carta de las Naciones Unidas así como a la Declaración Universal de Derechos Humanos (Momtaz, 2009).

El segundo es el derecho a la reproducción como un derecho humano, al declarar que: “Los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos”. Dicha pronunciación reconoce implícitamente el derecho a la mujer de interrumpir un posible embarazo y sobre la que se fundan las políticas nacionales de planificación familiar (ONU, 1968; Momtaz, 2009; Salazar, 2013).

La Conferencia de Teherán apuntala la creación de los derechos reproductivos como la maternidad elegida y el aborto, agregando que se ubica a mujeres y hombres como individuos iguales en la toma de decisiones sobre la planificación familiar, no situándolos en una relación de poder o de subordinación.

- b) Conferencia sobre Población en Bucarest 1974:** En esta conferencia existe el debate sobre la relación entre población y desarrollo: los países en desarrollo sostienen que el desarrollo provocará que la fecundidad descienda, mientras que los países desarrollados plantean que sin la reducción de la fecundidad, no se producirá desarrollo (DHpedia, 2018; Naciones Unidas, 2018).

El texto aprobado en Rumania, reafirma y amplía el derecho básico a obtener la información y los medios adecuados para regular la fecundidad; también especifica que el derecho a regular su fecundidad se hace extensivo a los individuos, y no sólo a las parejas, el plan reconoce que la familia es la unidad básica de la sociedad y declara que los gobiernos deben protegerla, de manera que pueda cumplir con su función (Carrillo, 1984).

- c) Primer Conferencia sobre la Mujer celebrada en México 1975:** Con motivo del Año Internacional de la Mujer de la Naciones Unidas, se celebró en México la Primera Conferencia Mundial sobre la condición jurídica y social de las mujeres, en donde se abordó el tema desde la perspectiva del derecho a la integridad corporal y al control de las mujeres sobre su capacidad reproductiva. La conferencia fue convocada por la Asamblea General como la primera de una serie de reuniones, cuyo objetivo era comprometer a los Estados a adoptar estrategias y planes de acción para transformar la condición social de las mujeres; considerándolas no como receptoras

de apoyo, sino como participantes activas en este proceso (PNUD, 2004; Salazar, 2013).

El plan de acción desarrollado en la conferencia incluyó metas orientadas a garantizar el acceso equitativo de las mujeres a recursos como la educación, las oportunidades de empleo, la participación política, los servicios de salud, la vivienda, la nutrición y la planificación familiar. Los compromisos se refirieron a todos los aspectos de la vida social, no sólo a los públicos, sino también a los relacionados con la necesidad de transformar las funciones y papeles asignados a cada sexo dentro de la familia y la comunidad (PNUD, 2004).

d) Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena 1993: La conferencia en Viena reconoció los derechos de las mujeres y las niñas como parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos fundamentales, considerando a la violencia contra las mujeres como una violación de sus derechos humanos. Este enfoque integral fue reconocido como uno de los mayores logros del movimiento feminista durante este encuentro. Bajo el lema: “los derechos de las mujeres son derechos humanos”, se logró integrar el concepto de que existe una especificidad propia en los derechos de las mujeres, misma que se desprende de la problemática de género que viven para acceder con plenitud a disfrutarlos (PNUD, 2004).

Lo anterior implicó un análisis profundo de cómo en muchos países y culturas, sólo por ser mujeres se les niegan derechos básicos, mientras que los hombres pueden gozar y disfrutar de esos mismos derechos en el mismo país. Por esta razón, el logro principal de Viena fue que se reconociera la especificidad de género en los derechos humanos. La iniciativa y participación de las mujeres en la conferencia produjo un cambio trascendental en la teoría de los derechos humanos, estableciéndose que los derechos humanos pueden disfrutarse tanto en lo público como en lo privado, y por lo tanto pueden violarse en ambos ámbitos (PNUD, 2004; Salazar, 2013).

a) Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo 1994: En 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo (CIPD), por fin se establece el concepto de salud reproductiva dentro de los derechos humanos, definida como: “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria

y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (ONU, 1994 en Romero y Muro, 2015).

Fue hasta esta conferencia que se conceptualizaron los derechos reproductivos en su programa de acción como: “Derechos de las mujeres y de los hombres a tener el control respecto a su sexualidad, a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ellos, así como a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva” (Salazar, 2013).

Durante la conferencia se resaltó la necesidad de la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios, con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable, también se mostró que la salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como el conocimiento escaso sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas, sumando el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes (ONU, 1995).

En ese sentido, uno de los aspectos más significativos de la conferencia internacional fue el llamado a los hombres a ocupar una conducta sexual responsable, así como a participar en todas las esferas de la vida familiar, el cuidado de los hijos y labores domésticas (Salazar, 2013).

- b) Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing 1995:** El reconocimiento internacional de los derechos sexuales y reproductivos, aunque no bajo esa denominación, se concretó en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing, la plataforma de acción reconoció que los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener el control sobre las cuestiones relativas a su

sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y el derecho a decidir libremente sobre ellos, sin verse sujeta a coerción, discriminación o violencia (Salazar, 2013).

Durante la conferencia se visibilizó ante la comunidad internacional, las problemáticas que afectan a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, tanto en la esfera pública como privada. En ese sentido, se abordaron los impactos y riesgos en materia de atención obstétrica, mortalidad materna, interrupción voluntaria del embarazo y violencia sexual, así como los deberes de respeto y garantía que los Estados tienen en estos temas (Romero y Muro, 2015).

La transformación fundamental que se generó la conferencia de Beijing fue reconocer la necesidad de trasladar el centro de la atención de las mujeres al concepto de género. Toda la estructura de la sociedad y todas las relaciones entre las mujeres y los hombres tenían que ser reevaluadas. Únicamente mediante esa reestructuración fundamental de la sociedad y sus instituciones, sería posible transformar plenamente el papel de las mujeres para ocupar el lugar que les corresponde como participantes de igualdad con los hombres, en todos los aspectos de la vida (PNUD, 2004).

c) Declaración Universal de los derechos sexuales en Hong Kong 1999: La

Asociación Mundial de Sexología pronunció la declaración universal de los derechos sexuales y reproductivos, en donde exterioriza que la sexualidad es parte integral del ser humano, y que para el pleno desarrollo de la persona es necesario la satisfacción de necesidades básicas, como el contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor. También se especificó que la sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. Señalando que los derechos sexuales residen básicamente el derecho a la libertad, a la dignidad, a la salud y a la igualdad, a los cuales se les debía integrar el derecho a la no discriminación. Los derechos que se contextualizaron en esta declaración son (Salazar, 2013):

1. Derecho a la libertad sexual: la cual abarca la posibilidad de los individuos de expresar su potencial sexual. Sin embargo, esto excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier tiempo y situaciones de la vida.
2. Derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual: involucra la habilidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual, dentro de

un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y el placer de los cuerpos libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

3. Derecho a la privacidad sexual: implica el derecho a tomar decisiones individuales y conductas sobre la intimidad, siempre que ellas no interfieran en los derechos sexuales de otros.
4. Derecho a la equidad sexual: este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o invalidez física o emocional.
5. Derecho al placer sexual: incluyen el placer sexual y el autoerotismo, los cuales son una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. Derecho a la expresión sexual emocional: la expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
7. Derecho a la libre asociación sexual: significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales.
8. Derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables: esto abarca el derecho para decidir sobre tener hijos o no, el número y el tiempo entre cada uno, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad.
9. Derecho a la información basada en el conocimiento científico: la información sexual debe ser generada a través de un proceso científico y ético y difundido en formas apropiadas en todos los niveles sociales.
10. Derecho a la educación sexual comprensiva: este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento hasta la vejez y debería involucrar a todas las instituciones sociales.
11. Derecho al cuidado de la salud sexual: el cuidado de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales (Asociación Mundial de Sexología, 1999).

Estas conferencias que han establecido obligaciones legales de protección de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, son el respaldo para que las y los jóvenes puedan exigir y disfrutar servicios de salud dignos y eficientes.

1.5 Necesidad de enmarcar la salud sexual y salud reproductiva

En el marco de los derechos sexuales y reproductivos está contenido el concepto de salud sexual y reproductiva, conceptos que fueron de suma importancia en las conferencias de la ONU antes citadas, por lo que es necesario destacarlos debido a que se relacionan profundamente con el embarazo adolescente y con el aborto, puesto que una de las cosas que se pretende lograr con la legalización del aborto es terminar con sus prácticas clandestinas, así como que las mujeres que se encuentren en un embarazo que ponga en riesgo su vida, cuenten con la opción de interrumpirlo sin consecuencias penales.

El incumplimiento del Estado a proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva es una violación a los derechos humanos, debido a que la mayoría de los casos un estado de salud deficiente, en específico de las mujeres, se atribuyen al poco valor que la sociedad le otorga a su vida, a su salud y a su bienestar, o al hecho de que el paradigma de un ser saludable es el hombre blanco, occidental, sin discapacidades, heterosexual y de clase económica alta. Así entonces, se considera que la mayor parte de los casos de mala salud sexual y reproductiva de las mujeres son casos de desigualdad y discriminación (Facio, 2008).

Esto nos da cuenta de que las relaciones de género inequitativas se relacionan estrechamente con la falta de acceso a los servicios de salud por parte de las adolescentes, quienes pueden enfrentarse a la necesidad de abandonar sus estudios, o nunca haber sido parte del sistema educativo, o a vivir en un contexto de violencia, pobreza y marginación lo que reduce sus posibilidades de acceder a información científica y real sobre sexualidad o sobre la existencia de servicios de salud e información sobre métodos anticonceptivos, estas barreras permiten que continúe la presencia de embarazos no planeados.

El menor reconocimiento social de las mujeres de todas las edades y su poco poder frente a los hombres de su familia o comunidad suele contribuir a su mala salud sexual y reproductiva. Los usos y costumbres, como también las prácticas y creencias tradicionales en materia de sexualidad, generalmente afectan más negativamente a las mujeres, ejemplo de ello es la mutilación genital, el matrimonio temprano, los abusos sexuales a niñas, entre otros. Ideas sobre el lugar de la mujer y su sexualidad obstaculizan la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, como el suministro de información fiable, y tienen un efecto especialmente nocivo para las adolescentes (Facio, 2008).

Si bien, gracias a la configuración y definición de los derechos sexuales y reproductivos, y a las críticas que se han realizado para no confundirlos o manejarlos como

iguales, la salud sexual y reproductiva aún se mantiene en una sola definición. Como se mencionó, el concepto se estableció en El Cairo en 1994, y se define como: “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de la mujer y del hombre a obtener información para la planificación de una familia de su elección, también al acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (IIDH, 2008).

Incluso con todos los alcances y derechos respaldados con la definición de la salud reproductiva, ésta deja en el olvido las relaciones no heterosexuales o el ejercicio de la sexualidad sin fines de reproducción. Provocando que haya poca atención hacia la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. No olvidando las necesidades y demandas de los y las trabajadoras sexuales, así como de brindar mayor difusión y alcance de métodos anticonceptivos para las y los adolescentes, y también a garantizar servicios de salud para todos los grupos de la sociedad.

1.6 Distinción entre derechos sexuales y derechos reproductivos

A partir de las conferencias y acuerdos de las Naciones Unidas descritas, se generó un avance en el debate, la investigación y las acciones de los movimientos de mujeres, así como las intervenciones de organismos estatales e internacionales en torno a los derechos sexuales y reproductivos, y se constataron las dificultades existentes para definirlos de manera inequívoca (Salazar, 2013).

Al respecto, Pérez (2015) señala que es común que ambos conjuntos de derechos se confundan, porque se considera que los derechos sexuales están subsumidos en los reproductivos y se les da mayor peso a los segundos, a pesar de que los derechos sexuales acentúan el respeto mutuo de las relaciones personales y aseguran que las personas puedan disfrutar su sexualidad con plenitud. Dado que no son lo mismo, y que hoy en día el ejercicio de la sexualidad puede separarse de la reproducción, es importante disociar ambas esferas, creando políticas públicas y programas de intervención para cada conjunto de derechos.

La falta de un concepto que los integre de manera separada provoca que se siga considerando a los derechos sexuales y reproductivos como un binomio, en el cual los sexuales son considerados como un subconjunto de los reproductivos, pero con una formulación menos desarrollada, lo que impide que se reconozcan expresamente y se protejan también los derechos sexuales. Para esto, la ciencia ha logrado separar el ejercicio de la sexualidad y de la reproducción, a través de las llamadas técnicas de reproducción asistida, ejemplo de ello son la inseminación artificial, la fecundación in vitro y la maternidad subrogada. Así, se puede afirmar que la sexualidad puede o no devenir en la reproducción, y la reproducción, no requiere necesariamente un ejercicio previo de la sexualidad (Salazar, 2013; Casas y Cabezas, 2016).

Al enfatizar en la diferencia entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos se garantizan los derechos humanos de los distintos grupos de la sociedad, no importando el sexo, el género o la orientación sexual. Si bien existe un punto de conjunción entre el sexo y la reproducción, éste se constriñe al ejercicio de la sexualidad heterosexual en parejas en las que la mujer se encuentra en edad fértil. La tradicional catalogación de los derechos sexuales dentro de los derechos reproductivos se ha desvanecido en la medida que se han propagado prácticas sexuales no reproductivas, como las de personas no heterosexuales en distintas etapas de la vida (Salazar, 2013).

Los derechos sexuales constituyen una apelación sólida a la universalidad porque aluden a un elemento que es común a todos los seres humanos: la sexualidad. Por eso el concepto evita la tarea compleja de identificar una subcategoría fija de seres humanos a quienes se les aplicarán estos derechos. Al proponer una visión alternativa de la sexualidad como aspecto fundamental de la experiencia humana, tan importante como la integridad física o la libertad de conciencia, el concepto de derechos sexuales tiene un enorme potencial transformador, no sólo para las “minorías sexuales” de la sociedad, sino también para sus “mayorías sexuales” (Saíz , 2005 en Lazo, 2017).

En consideración de este debate, se proponen dos conceptos de derechos sexuales y de derechos reproductivos con base a los conceptos desarrollados por Casas y Cabezas (2016):

- **Derechos reproductivos:** son aquellos relacionados con el derecho de los individuos a decidir de forma libre el número y espaciamiento entre los hijos e hijas, tener información y medios para ejercer la autonomía. Ello implica el derecho a acceder a servicios de salud reproductiva sin discriminación, el derecho a la atención obstétrica,

el derecho al aborto libre, seguro y gratuito, a acceder a las distintas tecnologías anticonceptivas, el derecho a acceder a información sobre salud sexual y reproductiva. También incluye el acceso a técnicas de reproducción asistida, a la adopción independientemente del modelo familiar, a el matrimonio igualitario y a vivir libre de interferencias indebidas sobre la salud sexual reproductiva, como por ejemplo la mutilación genital femenina y las esterilizaciones forzadas sin consentimiento

- **Derechos sexuales:** se refieren a la identidad sexual y de género, a la orientación sexual, a la elección de pareja, a la actividad sexual libre y consentida, al erotismo, al placer y la intimidad libres de coerción, discriminación y violencia. Al derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a la sexualidad, la educación sexual integral, la consejería para el ejercicio de sus derechos y la adopción de decisiones informadas, así como al acceso a servicios de salud sexual que incluyan la provisión de métodos de anticoncepción y de protección contra infecciones de transmisión sexual.

1.7 Presentación de las cartillas de derechos sexuales y reproductivos

En este apartado se detallará sobre la cartilla de derechos sexuales y reproductivos nacionales, así como la propuesta de la jurista feminista de los Derechos Humanos Alda Facio.

Con las primeras conceptualizaciones y con la creación de los mecanismos convencionales y extraconvencionales de protección de Naciones Unidas, se comenzó a construir un estándar de protección para los derechos sexuales y reproductivos de las personas a partir de casos, declaraciones e informes desde dos perspectivas: una desde la concepción feminista que busca erradicar discriminaciones y estereotipos en perjuicio de las mujeres que obstaculizan su autonomía reproductiva; y otra, encaminada a reconocer y proteger los derechos de las personas con orientación sexual e identidad de género diversa. (Rubín, 1975 en Romero y Muro, 2015).

Como se mencionó anteriormente, los derechos sexuales y los reproductivos fueron reconocidos a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, en donde los Estados participantes aceptaron que la salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y las naciones. A partir de la

conferencia se renovaron los programas de planificación centrados en “la familia”, para situar a la mujer, al hombre y a la pareja en el centro de un planteamiento integral de la reproducción, también se reconoció que la salud reproductiva y sexual tenía que entenderse en el marco de los derechos humanos desde una perspectiva de género (Facio, 2007).

De acuerdo con Facio (2008), los 12 derechos humanos en los que se inscriben los derechos sexuales y reproductivos son:

1. El derecho a la vida

- a) El derecho a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo

2. El derecho a la salud

- a) El derecho a la salud reproductiva

3. El derecho a la libertad, seguridad, e integridad personales

- a) El derecho a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes
- b) El derecho a estar libre de violencia basada en el sexo y el género
- c) El derecho a vivir libre de la explotación sexual

4. El derecho a decidir el número e intervalo de hijos

- a) El derecho a la autonomía reproductiva
- b) El derecho a realizar un plan de procreación con asistencia médica o de una partera reconocida, en un hospital o en un ambiente alternativo

5. El derecho a la intimidad

- a) El derecho de toda persona a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre sus funciones reproductivas

6. El derecho a la igualdad y a la no discriminación

- a) El derecho a la no discriminación en la esfera de la vida y de la salud reproductiva

7. El derecho al matrimonio y a fundar una familia

- a) El derecho de las mujeres a decidir sobre cuestiones relativas a su función reproductora en igualdad y sin discriminación
- b) El derecho a contraer o no matrimonio
- c) El derecho a disolver el matrimonio
- d) El derecho a tener capacidad y edad para prestar el consentimiento para contraer matrimonio y fundar una familia

8. El derecho al empleo y a la seguridad social

- a) El derecho a la protección legal de la maternidad en materia laboral
- b) El derecho a trabajar en un ambiente libre de acoso sexual
- c) El derecho a no ser discriminada por embarazo
- d) El derecho a no ser despedida por causa de embarazo
- e) El derecho a la protección de la maternidad en materia laboral
- f) El derecho a no sufrir discriminaciones labores por embarazo o maternidad

9. El derecho a la educación

- a) El derecho a la educación sexual y reproductiva
- b) El derecho a la no discriminación en el ejercicio y disfrute de este derecho

10. El derecho a la información adecuada y oportuna

- a) El derecho de toda persona a que se le dé información clara sobre su estado de salud
- b) El derecho a ser informada sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción y acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fecundidad y sobre las implicaciones de un embarazo para cada caso particular

11. El derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer

- a) El derecho a modificar las costumbres que perjudican la salud reproductiva de las mujeres y las niñas

12. El derecho a disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para ser objeto de experimentación

- a) El derecho a disfrutar del progreso científico en el área de la sexualidad y de la reproducción humana
- b) El derecho a no ser objeto de experimentación en el área de la reproducción humana.

1.8 Derechos sexuales y derechos reproductivos en México

En el país existe gran complejidad para involucrar a niños, niñas y jóvenes en el ejercicio y conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, debido a la vasta heterogeneidad respecto a normas y a oportunidades existentes, las cuales dependen muchas veces del acceso a la educación, al nivel socioeconómico, a la migración, y a las redes de apoyo, lo que resulta difícil de atender bajo una única perspectiva social y de política pública. Así también, jóvenes y menores de edad se enfrentan a las valoraciones culturales de lo femenino y masculino, así

como a los significados que se atribuyen a la sexualidad y al cuerpo. Por esto, debe reconocerse la diversidad de orientaciones e identidades sexuales bajo el respeto a las diferencias y rechazando todo tipo de estigma y discriminación (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández y Villalobos, 2013).

Aceptar la heterogeneidad de este grupo poblacional permite considerar tanto la diversidad de situaciones sociales, económicas, políticas y culturales que los rodean, como incluir en su estudio al género, categoría analítica relacional que cruza transversalmente todas estas situaciones contextuales y que posibilita conocer cómo la diferencia cobra la dimensión de desigualdad (Lamas, 1996 en Juárez, 2009).

Por ende, la toma de decisiones sexuales y reproductivas de niñas, niños y adolescentes se inscribe en un complejo entramado que articula, entre otros aspectos, la pertenencia de clase, género y religión y las condiciones de socialización y subjetivación. De igual forma se debe considerar que dichas decisiones se inscriben en contextos familiares diversos, que según sus posibilidades, brindan marcos más o menos seguros para un adecuado desarrollo intelectual y afectivo. Agregando que esas decisiones se enmarcan en las configuraciones sociales, culturales y simbólicas que prevalecen en la sociedad acerca de la sexualidad y la maternidad. Las imágenes de género, los estereotipos de roles que estas imágenes asignan a las personas según su sexo y las relaciones entre los géneros basadas en el desequilibrio de poder contribuyen a explicar las modalidades que adquieren los vínculos sexuales y los comportamientos reproductivos de la población antes mencionada (Climent, 2009b).

Para lograr un marco de respeto a los derechos es indispensable que las necesidades de menores y adolescentes sean consideradas por encima de otras figuras de autoridad como maestros, proveedores de servicios de salud e incluso los propios padres; esto permitirá que ejerzan su sexualidad de manera libre, informada, protegida, responsable y libre de prejuicios. Adicionalmente, se debe promover a los varones en su corresponsabilidad en cuanto a salud sexual y reproductiva, tanto personales como con sus parejas (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández y Villalobos, 2013).

Las y los adolescentes, así como niños y niñas, dado que se encuentran en una etapa de plena formación cívica, están inmersos en un proceso de construcción de ciudadanía que implica su conformación como sujetos de derechos en la práctica y no sólo objetos de derechos en la legislación. Abordar sus derechos sexuales y reproductivos, visualizados

como una parte constitutiva y fundamental en su construcción como sujetos de derechos, lleva a la vinculación de derechos, ciudadanía y salud; e implica dirigir un enfoque crítico hacia el control que la sociedad ejerce sobre sus cuerpos y su sexualidad y hacia las múltiples autoridades que se consideran competentes para decidir sobre ellos y ellas (Juárez, 2009).

No menos importante es conocer la relación entre derechos sexuales y reproductivos y la construcción de sujetos de derechos, lo que tiene que ver con la ciudadanía, la membresía social (Molyneux, 2001) y los derechos humanos; esto es, con el poder de tomar decisiones sobre el cuerpo y la sexualidad, junto con los recursos, entendidos éstos como las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que posibiliten su ejercicio (Correa y Petchesky, 1995 en Juárez, 2009).

Los derechos sexuales y reproductivos son un reto importante cuando se habla de una ciudadanía plena, pues no es fácil articularlos desde las cuestiones legales y políticas hacia las vivencias personales, a su esencia y ejercicio, como dijera Londoño (1996): éstos son los más humanos de todos los derechos. Su concepción no entra exclusivamente en el terreno de la salud como un derecho social, sino que se refieren a la autonomía personal, al derecho de disponer del propio cuerpo y tomar decisiones sobre el mismo e incluso al ejercicio de las libertades individuales (Juárez, 2009).

Uno de los problemas que conlleva la conceptualización de estos derechos es englobar su dimensión sexual y reproductiva, ya que puede impedirse la visualización completa de ambos, sobre todo de los sexuales, y repercutir en la formulación de este tipo de derechos desde las instancias gubernamentales. No son conceptos acabados, los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento de la libertad reproductiva de las parejas y los individuos, también incluyen el derecho a gozar de una buena salud sexual y reproductiva, con servicios médicos accesibles y de calidad. Mientras que los derechos sexuales se basan en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todo ser humano, donde cobra particular importancia la dimensión del placer sexual, posibilitan las decisiones libres y responsables sobre todos los aspectos de la sexualidad, libres de discriminación y violencia (Juárez, 2009).

Aunque los derechos sexuales ya son reconocidos como tales, no son contemplados íntegramente en todas sus dimensiones, pues sufren embates desde sectores conservadores y fundamentalistas, e incluso desde esferas gubernamentales, a través de la censura. En el caso de los y las adolescentes, esto se ha visto en las confrontaciones sobre aspectos relacionados con su educación sexual, que afecta directamente su derecho a la información científica y

laica sobre sexualidad o en las condenas al ejercicio de su sexualidad, incluyendo el autoerotismo o la diversidad sexual, así como el derecho a vivir su sexualidad libres de discriminación y violencia (Juárez, 2009).

Este tipo de derechos tienen que ver con la justicia social, la democracia y la ciudadanía, considerando que la democracia es multidimensional, inicia dentro de los hogares y llega hasta las macroestructuras civiles y gubernamentales. La ciudadanía implica el ámbito privado, con el ejercicio de la propia autonomía, hasta las esferas públicas del poder, pues tanto la sexualidad como la reproducción son temas que corresponden a las esferas de los derechos, la ética y el ejercicio de la ciudadanía (Ortiz, 2004 en Juárez, 2009). En cuanto al concepto de ciudadanía, incluye una amplia gama de cuestiones, contextos y dimensiones (Molyneux, 2001 en Juárez, 2009). Es desde la sociedad civil que surge la lucha política por visibilizar los derechos sexuales y reproductivos como garantes principales de la salud sexual y reproductiva (Juárez, 2009).

1.8.1 Adolescentes y derechos sexuales y reproductivos en México

En el país existe gran complejidad para involucrar a niños, niñas y jóvenes en el ejercicio y conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, debido a la vasta heterogeneidad respecto a normas y a oportunidades existentes, las cuales dependen muchas veces del acceso a la educación, al nivel socioeconómico, a la migración, y a las redes de apoyo. Así también, jóvenes y menores de edad se enfrentan a las valoraciones culturales de lo femenino y masculino, así como a los significados que se atribuyen a la sexualidad y al cuerpo (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández y Villalobos, 2013).

La suma de las problemáticas antes mencionadas que frenan el ejercicio los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes deben apuntalar a reconocer que no son ellos los culpables de no acercarse y acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, lo cual ayudará a disminuir la discriminación y rechazo y prejuicios que se tienen hacia ellas y ellos.

Al respecto Aída Juárez en el 2009 presentó una investigación sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes. El estudio encontró que durante mucho tiempo los adolescentes y jóvenes han constituido una "población en la sombra", al ser considerados como "sanos", situación que cambió a partir de la importancia creciente de las infecciones de transmisión sexual (ITS), sobre todo del VIH/SIDA, así como de la mayor visualización del embarazo en adolescentes (Juárez, 2009).

Juárez (2009) encontró diferencias señaladas respecto al género como la idea compartida por los adolescentes de que "las mujeres tienen que cuidarse más". Las adolescentes manifestaban dudas e inseguridades cuando se les preguntaba si ellas podrían exigir a sus parejas la utilización de algún método de prevención como el condón, o si podrían acudir a solicitar algún tipo de información o método anticonceptivo a instancias médicas o comerciales. Frases como: "¿qué dirá de mí?", "¡qué pena!" y/o "¡qué vergüenza!" surgieron como los principales impedimentos, lo que va de la mano con las prohibiciones, regulación y control de su sexualidad. En cuanto al momento de inicio de relaciones sexuales, manifestaron que era una decisión personal o de pareja, e incluso hubo quienes cuestionaban el discurso de abstinencia construido tanto a nivel escolar como familiar y comunitario.

Esto señala el papel de la mujer como la completa responsable sobre un embarazo no planeado, sumando los juicios, la culpa y la vergüenza por ejercer su sexualidad y maternidad a una edad temprana.

En el caso de las adolescentes, se mostraba que la información sobre salud sexual y reproductiva se maneja más con la intención de atemorizarlas que de orientarlas para tomar decisiones autónomas y responsables. Las y los adolescentes que participaron en la investigación recibían información sobre derechos, particularmente civiles y políticos, pero desconocían los derechos sexuales y reproductivos como tales, confundiéndolos con las relaciones sexuales, si bien en sus narrativas se apreciaron algunas dimensiones de los mismos, que evidenciaron un cambio generacional, en el que interviene la educación escolar, los medios de comunicación y la migración de sus familias (Juárez, 2009).

Con la investigación de Juárez (2009) se puede observar que las instituciones educativas están muy alejadas de conocer y difundir la educación sexual y reproductiva para que los jóvenes que decidan iniciar su vida sexual lo puedan hacer sin el temor de enfrentarse a un problema de salud o a un embarazo no deseado.

1.8.2 Cartilla de los derechos sexuales de adolescentes y jóvenes en México

En el país existe una cartilla específica sobre derechos sexuales, la cual está fundamentada en el marco jurídico mexicano. Su primera edición fue en el 2001, como resultado del "Foro Nacional de Jóvenes por los Derechos Sexuales" convocado por el Instituto Mexicano de la Juventud y que continuó con el impulso de la sociedad civil y el aval de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) para dar a conocer la importancia del reconocimiento y

ejercicio de los derechos humanos relacionados con la sexualidad de la población juvenil del país (Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes, 2016). La cartilla para consta de 14 derechos:

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

Si bien esta cartilla, tanto en su título como en su desarrollo, se refiere sólo a derechos sexuales, también contiene derechos reproductivos, los cuales sí menciona tácitamente como el derecho a tener o no tener hijos, con quién y con qué frecuencia, el derecho a servicios de salud durante el embarazo, así también el acceso al aborto legal y a métodos anticonceptivos, lo cual muestra un claro ejemplo de cómo se sigue teniendo la idea de que los derechos reproductivos están contenidos en los sexuales.

Dentro de la perspectiva de los derechos humanos y del discurso sobre la equidad de género, se ha asumido que la corta edad de la madre al momento del embarazo es

consecuencia de la falta de reconocimiento y atención de los derechos de los adolescentes y los jóvenes, en particular, a sus derechos sexuales y a sus derechos reproductivos. Esta relación se da porque en ambos casos se tiene como finalidad garantizar que todas las personas decidan en qué momento y con quién desean tener relaciones sexuales, a que tengan acceso a una educación sexual a través de información fidedigna y clara, así como las funciones reproductivas y de anticoncepción; de igual forma garantizar el estar libres de todo tipo de discriminación a causa de la orientación sexual, y que obtengan servicios de salud de alta calidad, lo cual implica atención médica para prevenir o tratar las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), así como los padecimientos sexuales que lo requieran (García, E 2016; Rico, Feinholz, y Del Río, 2003).

2 El camino hacia la legalización del aborto en la Ciudad de México

Este capítulo contiene las diferentes posturas que existen sobre el aborto desde la academia, el gobierno y las instituciones de salud. Se describirá a detalle cómo se logró la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en la Ciudad de México (CDMX) en el 2007 gracias a la lucha de grupos organizados de mujeres, el apoyo de partidos políticos a favor de la causa, y principalmente por el apoyo a las mujeres que vivieron la violación de sus derechos sexuales y reproductivos debido las trabas impuestas por hospitales, autoridades legales y grupos religiosos. Así también se presentan las definiciones del aborto desde la medicina y las leyes, continuando con el debate de la objeción de conciencia. Finalmente se muestran las clínicas en las cuales se puede acceder a la ILE, así como las estadísticas del servicio en la CDMX, en donde se describe el perfil de las usuarias.

2.1 El aborto como un derecho sexual y reproductivo

El aborto genera una pregunta central en las sociedades occidentales: ¿quién tiene la legitimidad para definir lo que significa vida y con qué criterios establecerlo? La disputa se da entre los religiosos, las personas moralistas, los científicos y los juristas. El creciente reconocimiento de los derechos de las mujeres, y de relaciones de género más equitativas se han integrado como otro discurso en búsqueda de hegemonía (Márquez, 2010).

Así entonces, las formas de abordar el tema del aborto se traducen en prácticas, argumentos y leyes modificados a lo largo del tiempo como consecuencia de varias situaciones. Las posiciones de los actores que analizan el problema, las nuevas tecnologías anticonceptivas, los cambiantes entornos políticos y la entrada de las mujeres al espacio público, son algunos fenómenos que explican las transformaciones (Márquez, 2010).

Con el desarrollo del aborto como un tema necesario de analizar con claridad, se han presentado dos figuras: la mujer y el feto; las cuales se modifican como consecuencia de varios fenómenos, como son la preocupación por definir con mayor precisión cuáles son los derechos de las mujeres o el desarrollo de nuevas tecnologías reproductivas. Ante dicha separación se han establecido varias posiciones. Las que se encuentran en los polos opuestos son: por un lado, la que establece que el aborto es posible, y debería ser legal, ya que una mujer tiene la capacidad moral y el derecho a decidir frente a un embarazo no deseado sin tener que desarrollar ninguna justificación pública. Por el otro, aquella que supone la

existencia de vida humana desde el momento de la concepción, y, por tanto, niega a la mujer ese derecho, proponiendo penalizaciones severas por esta práctica (Márquez, 2010).

Las diversas aristas de la temática permiten conocer también las concepciones de una sociedad sobre la democracia, la vida en común y la vida en sí misma. Estas situaciones dan luz sobre la manera como se concibe el Estado de derecho y el papel que debe jugar en la vida privada de las personas. También impone una interrogante a las sociedades democráticas; la relación que debe existir entre el estado de derecho y moral o la total ausencia de la misma (Márquez, 2010).

Con respecto a la anticoncepción, tema vinculado de manera estrecha con el tema del aborto, se puede afirmar que ya es una realidad presente en México, pero siguen siendo las poblaciones pobres, marginadas y excluidas las que menos acceso tiene a ella. En estrecha relación con esta situación, diversos actores esgrimen el argumento de la injusticia social provocada por la penalización del aborto, ya que la práctica clandestina afecta de manera más sensible a estos grupos de la población que no tienen los medios para pagar un aborto en buenas condiciones hospitalarias (Tolbert et al, 1996 y Juárez et al, 2008 en Márquez, 2010).

Por otro lado, los embarazos pueden surgir de una anticoncepción mal practicada o en condiciones más dramáticas como una violación. Pueden ser deseados, pero enfrentan a la pareja a una difícil decisión si la mujer se encuentra en peligro de muerte o de sufrir complicaciones médicas, o si el producto presenta malformaciones graves o problemas de salud. La decisión de abortar también puede surgir a partir del conflicto interno de una mujer al ver que sus planes de vida se trastocan o al afrontar conflictos con sus parejas. Es decir, la difícil decisión de someterse a un aborto puede ser la respuesta a situaciones muy particulares, unas más dramáticas que otras. Frente a estas realidades se argumenta que, ante un embarazo no deseado o difícil, muchas mujeres que optan por abortar buscarán la manera para llevarlo a cabo, en buenas o malas condiciones, y que, por tanto, es obligación del Estado proporcionar las condiciones e infraestructura para la realización de un aborto seguro (Márquez, 2010).

Conocer y exteriorizar los distintos problemas y situaciones por los que atraviesan las adolescentes y mujeres que planean o deciden interrumpir un embarazo es una forma de reducir las opiniones punitivas sobre ellas, ya que muchas veces, en especial en el caso de las menores, no tienen un plan de vida decidido, ni un trabajo estable con el cual vivir de manera libre e independiente de su núcleo familiar.

Para situar el aborto como un derecho reproductivo, primero se debe definir correctamente: el concepto “aborto” y su uso varían ampliamente en los lenguajes científico-técnico-religioso, y aparece en el debate público con diversa valoración ética, moral ideológica, social, jurídica y política, manifiesta, entre otros, en los medios masivos de comunicación y en las investigaciones científicas. Por lo tanto hay criterios en las definiciones básicas del concepto, que son centrales en el análisis, la valoración y la discusión de los argumentos que exponen distintos tipos de grupos que aluden al significado mismo del término, a los diversos tipos de aborto, a las principales causales que llevan a su práctica y que suelen estar permitidas, y las condiciones particulares de los contextos y los perfiles de las mujeres que recurren a él, entre otras (Lerner, Guillaume y Melgar, 2016).

Estas distintas formas de ver y expresarse sobre el aborto son muy importantes a la hora de analizar el embarazo adolescente, pues se le sigue situando como un acto no deseado en el que solo se les otorga a las mujeres el perdón legal, más no el reconocimiento sobre el derecho sobre su cuerpo, y el derecho a tener información científica real sobre su salud sexual y reproductiva.

El aborto, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la interrupción del embarazo cuando el embrión todavía no es viable fuera del vientre de la mujer, siendo la viabilidad extrauterina del producto, un concepto médico que gira en torno a las 22 semanas de gestación o con un producto de al menos 500 gramos de peso (Lerner, Guillaume y Melgar, 2016).

Esta definición es interesante, debido a que el debate público de los últimos años gira en torno a esta condición de gradualismo temporal del proceso de desarrollo del embrión, lo cual es uno de los puntos de mayor controversia en torno a la despenalización del aborto: así, para quienes se oponen a la despenalización, el embarazo comienza con la fecundación, es decir, con la unión del óvulo y el espermatozoide formando el cigoto, al que consideran desde ese momento como un ser humano, sujeto de derechos y con posibilidades de sobrevivencia extrauterina temprana. En cambio, para quienes apoyan la despenalización, el embarazo se inicia con la comprobación de la implantación del cigoto en la pared del útero, y éste solo adquiere el potencial de convertirse en un ser humano vivo según su desarrollo neurofísico, a partir de las 12 semanas de gestación. Se considera que este periodo da mayor certeza biomédica y jurídica que el lapso más amplio, que en otros países se extiende hasta las 22 o 24 semanas (Lerner, Guillaume y Melgar, 2016).

Una segunda precisión tiene que ver con el tipo de aborto del que se habla. Si bien, desde un punto de vista médico y de sentido común el aborto consiste en cualquier proceso de interrupción del embarazo que puede suceder en todas las etapas de la gestación, en el marco del debate acerca de la despenalización es importante distinguir entre varios tipos y diferenciar entre aborto espontáneo o inducido, entre aborto inseguro o seguro y entre aborto en término general y aborto terapéutico, no solo por precisión sino porque en términos generales y de salud tienen implicaciones importantes, que, muchas veces en los argumentos expuestos por la mayoría de los conservadores son omitidos o no se explicitan:

- El aborto espontáneo, es el que resulta de la interrupción del embarazo, sin que medie una maniobra o voluntad abortiva
- El aborto inducido responde al embarazo terminado deliberadamente y provocado voluntariamente, ya sea con asistencia médica o en servicios de salud seguros o bien, fuera del sistema de salud.

Como parte de este último concepto es fundamental distinguir entre el aborto seguro, el aborto inseguro y el aborto terapéutico:

- El aborto seguro es realizado por personal calificado, con técnicas y criterios médicos e higiénicos adecuados, de preferencia en una etapa temprana del embarazo, y que conlleva bajas tasas de mortalidad y morbilidad materna.
- El aborto inseguro según la OMS (2012), incluye los abortos inducidos que se realizan en países con leyes restrictivas, así como en países que lo autorizan a demanda de la mujer, pero que no cumplen con los criterios de seguridad y salud adecuados.
- El aborto terapéutico se practica cuando la continuación del embarazo pone en riesgo la vida de la mujer embarazada o conduce a un grave deterioro en su salud física y mental, y frecuentemente incluye los casos en los que el embrión presenta malformaciones genéticas que tienen severas consecuencias en la vida potencial del producto.
- El aborto por violación que es una de las causales por las que, al menos en el plano retórico, es el que más se permite tanto en México como América Latina (Lerner, Guillaume y Melgar, 2016).

Por otra parte, en términos jurídicos, los términos de “aborto legal” o “interrupción legal del embarazo”, se refieren al procedimiento que se realiza bajo las causales

contempladas en la legislación de los países o en determinados contextos locales, y que generalmente se limita a una temporalidad del embarazo y a las causales que lo permiten hasta etapas más tardías (Lerner, Guillaume y Melgar, 2016).

Como explica GIRE (2000) despenalizar el aborto significa eliminar por completo el castigo penal a las mujeres que se han practicado un aborto, así como a quienes las han ayudado; significa sacar al aborto de los códigos penales para que deje de ser un delito. Esto no excluye considerar que toda ley debería castigar el aborto cuando es practicado en contra de la voluntad de la mujer. En cambio, legalizar el aborto implica, no solo despenalizarlo, sino retomar las leyes necesarias para que la interrupción del embarazo forme parte del derecho a la protección de la salud y, por lo tanto, se incluya en los servicios médicos de manera segura y gratuita (Lerner, Guillaume y Melgar, 2016).

2.2 Interrupción legal del embarazo

Debido a la importancia del tema y su relación con el embarazo temprano, es necesario profundizar en la interrupción legal del embarazo, debido a que la población elegida para la investigación acude a un instituto de salud que, si bien no practica la ILE por ser de jurisdicción federal, está ubicado en la Ciudad de México, lugar en donde la interrupción es legal. Así también, por la importancia de destacar el aborto legal como un derecho fundamental que apuntala evitar muertes por abortos clandestinos, así como para reconocer la maternidad como una decisión y deseo de la mujer, y no como una obligación.

Existe gran importancia en destacar el derecho reproductivo al aborto legal, seguro y gratuito debido a la ocurrencia de embarazos no deseados, así como para evitar muertes y complicaciones a causa de abortos clandestinos. A continuación, se revisarán algunas investigaciones sobre el aborto, realizadas por la academia y por organizaciones sociales, así también como esta investigación se desarrolló en la Ciudad de México, es necesario ahondar en la historia de la interrupción legal del embarazo, la cual se despenalizó a partir del 2007 en esta ciudad, acontecimiento que se logró a través de múltiples movilizaciones de grupos y organizaciones feministas.

Aun cuando en muchas ciudades es legal, el aborto sigue siendo uno de los problemas directamente ligados con la salud reproductiva de mayor incomodidad, porque ha creado enormes controversias en todos los países, y México no es la excepción. El tema del aborto es polémico es sí mismo y es un problema sin solución desde el punto de vista filosófico,

ideológico y religioso, debido a las premisas y definiciones de vida humana, y a las múltiples perspectivas éticas y religiosas que sustentan los grupos que lo condenan bajo cualquier circunstancia, o aquellos que consideran que hay casos en los que las mujeres (solas o con sus parejas) tienen derecho a interrumpir el embarazo. Sin embargo, desde la perspectiva de la salud, el aborto es un asunto de incuestionable prioridad que debe ser reconocido como tal, y atendido más allá de las diferencias. El aborto debe considerarse una prioridad de salud pública, debido a la elevada morbilidad y mortalidad que resulta del procedimiento cuando se realiza en condiciones inseguras, las cuales ocurren mayoritariamente en los grupos socioeconómicos más vulnerables, por lo cual este problema no debe ser ignorado por las políticas públicas de salud reproductiva (Rico, Feinholz y Del Río, 2003).

Desde la perspectiva de la salud pública, el aborto se asocia a complejos retos y dificultades aún no resueltos, como el embarazo no planeado y la falta de acceso a los medios para prevenirlo que enfrentan muchas mujeres; la violencia sexual, que es la causa de muchos embarazos no deseados, particularmente entre mujeres jóvenes, adolescentes y niñas; y los riesgos médicos para la vida y la salud de la mujer embarazada y para el desarrollo de un producto viable. Por otro lado, dentro de los derechos humanos, el aborto se sitúa en un nudo clave de las libertades y los derechos fundamentales de las personas: la libertad de pensamiento, la libre elección reproductiva, el derecho a la no discriminación por razones de género, educación o pobreza, y a los derechos a la privacidad del cuerpo, a la vida y a la protección de la salud, por mencionar solo algunos derechos sexuales y reproductivos (Schiavon y González de León, 2015).

También se debe señalar que cuando una niña o adolescente mexicana se embaraza, se tiende a pensar que fue un acto de irresponsabilidad, y se le sitúa como la causante del problema, obligándola a cumplir con llevar a término el embarazo, como si su situación respondiera a una acción negativa de su parte, ignorando las condiciones de pobreza, marginación, discriminación, desigualdad y las situaciones de pareja que viven las adolescentes, que agravan su vulnerabilidad. A una niña o adolescente sin poder de decisión, elección e información ¿se le puede culpar por su falta de iniciativa para no usar un método anticonceptivo? ¿Se le puede hacer responsable por esa falta de información sobre salud sexual? (GIRE, 2014).

Para la Organización Mundial de la Salud 2012 (OMS), un aborto inseguro es un procedimiento destinado a finalizar un embarazo no deseado, realizado por personas que

carecen de la capacidad y el adiestramiento necesarios, o que se lleva a cabo en un entorno donde el estándar médico es mínimo o inexistente (o ambos casos). La OMS en el 2012, señaló que cada año se realizan 22 millones de abortos inseguros, lo que provoca la muerte de alrededor de 47,000 mujeres y discapacita a otros cinco millones de mujeres. En su mayoría, estas muertes y discapacidades podrían haberse evitado a través de la educación sexual, la planificación familiar y el acceso al aborto legal y sin riesgos, y a la atención de las complicaciones de éste.

Es erróneo pensar que la legalización de la interrupción del embarazo provocará que un mayor número de mujeres decida practicarlo. Sin embargo, las restricciones legales, ideológicas y religiosas llevan a que muchas mujeres se induzcan ellas mismas el aborto, o se lo practiquen con profesionales no especializados. La condición legal del aborto no produce ningún efecto sobre la necesidad de una mujer de realizarlo, pero sí afecta drásticamente su acceso a un aborto sin riesgos, por lo que la discusión sobre legalizar el aborto inducido en México, no debe de estar concentrada en llegar a acuerdos morales, sino apuntalando a disminuir las muertes de mujeres de cualquier edad, quienes principalmente se encuentran en los sectores económicos menos favorecidos (OMS, 2012).

En el 2012, se estimaba que cada año quedaban embarazadas 208 millones de mujeres en el mundo, de ellas, el 59% (123 millones) tuvieron un embarazo deseado o planificado, el cual culminó con un nacimiento con vida, un aborto espontáneo o una muerte fetal intrauterina. El 41% restante (85 millones) de los embarazos no es deseado. El número de mujeres de esta cifra que hayan recurrido a un aborto inseguro con riesgos de terminar en muerte o en discapacidad es difícil de medir, debido a que éstos ocurren en la clandestinidad y a que las mujeres pocas veces consienten hablar de ellos. Cuando el aborto inducido es practicado por profesionales capacitados, que aplican técnicas clínicas y fármacos adecuados y bajo estándares de seguridad e higiene de salud, este es un procedimiento médico muy seguro, el cual pocas veces tiene complicaciones (OMS, 2012).

El uso de métodos anticonceptivos ha reducido la incidencia y el predominio de abortos inducidos, incluso en los lugares donde el aborto está disponible a requerimiento. Sin embargo, el uso exclusivo de anticonceptivos no logra eliminar la necesidad de las mujeres de acceder a servicios para un aborto sin riesgos. La anticoncepción no desempeña papel alguno en los casos de relaciones sexuales forzadas, que pueden dar lugar a un embarazo no

deseado, sumado a que ningún método es 100% efectivo para prevenir embarazos (OMS, 2012).

La OMS (2012) señala que cada año, aproximadamente 33 millones de mujeres en todo el mundo tienen un embarazo accidental, aun cuando hayan usado un método anticonceptivo. Frente a la falta de servicios para un aborto sin riesgos, algunas mujeres recurren a profesionales no capacitados y otras tal vez tienen bebés no deseados. No se han estudiado adecuadamente las implicancias de los nacimientos no deseados, pero los efectos pueden ser dañinos y duraderos para las mujeres y para los bebés que nacieron, aunque no son deseados.

En el caso específico de México, la despenalización del aborto en la Ciudad de México ha sido un largo recorrido que data desde los años treinta al despenalizar el aborto como homicidio, recorrido que culmina con su aprobación por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal en el 2007.

2.3 La interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México

Los antecedentes de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en el país inician en 1871, en el Código Juárez, donde por primera vez se clasificó el aborto en un apartado distinto al de homicidio. Posteriormente en el 1936, la doctora Ofelia Domínguez Navarro durante la Convención de Unificación Penal celebrada en el Distrito Federal (DF), propuso que se derogara la legislación penalizadora, al presentar un texto titulado “El aborto por causas sociales y económicas” donde ubicaba como eje la injusticia social, y concluía que el aborto era un problema cuya reglamentación competía a la salubridad pública y no al derecho penal (Lamas, 2017).

Posteriormente en 1976, el Movimiento Nacional de Mujeres llevó a cabo la Primera Jornada Nacional sobre Aborto, donde se logró que el gobierno del presidente Luis Echeverría decidiera analizar las consecuencias del tema. Con ese objetivo, Luisa María Leal, secretaria del Consejo Nacional de Población (CONAPO), formó el Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Aborto (GIA), el cual se manifestó por la supresión de cualquier sanción penal cuando el aborto fuera voluntario y por la expedición de normas técnicas sanitarias para ofrecer el servicio. A pesar de la propuesta progresista del GIA y de María Luisa Leal, el gobierno no difundió dicho pronunciamiento, sin embargo, el tema ya estaba colocado (Lamas, 2017).

Con la creación del Frente Nacional de Lucha por la Liberación y los Derechos de las Mujeres (FNALIDM) en 1979, la Coalición de Mujeres Feministas obtuvo importantes aliados, entre ellos el Sindicato de Trabajadores de la Universidad Nacional Autónoma de México (STUNAM) y el Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana (SITUAM) y los militantes de partidos de izquierda del Partido Comunista Mexicano (PCM) y el Partido Revolucionario de los Trabajadores (PRT). La Campaña integrada por la Coalición y el FNALIDM marcó uno de los periodos más dinámicos del movimiento de la lucha por el aborto (1980-1981). Es importante mencionar que las feministas del PCM participaron en condiciones francamente peligrosas, pues la Iglesia católica desató un feroz ataque contra este partido a través de organizaciones fascistas como el Movimiento Universitario de Renovadora Orientación (MURO) y de activistas que luego integraron el Comité Nacional Pro-Vida (Lamas, 2017).

Después de un largo silencio público de las feministas sobre el aborto, en 1989 la violación de los derechos humanos por parte de elementos de la policía puso de nuevo el tema en el centro de la discusión. Durante la Semana Santa, un grupo de agentes judiciales irrumpió en una clínica del Distrito Federal en la que se practicaban abortos ilegales y detuvo tanto a mujeres que acababan de abortar, como al personal médico. Los agentes confinaron a los detenidos en los separos de Tlaxcoaque, donde los extorsionaron e incluso también los torturaron. Pocos días después, una de las detenidas decidió denunciar el hecho. En este caso, la violación de los derechos humanos fue el elemento central de la denuncia, lo que configuró una reacción diferente por parte de la opinión pública; la sociedad expresó su indignación en defensa de las mujeres víctimas de la policía (Lamas, 2017).

Los efectos de la movilización generada por lo sucedido en Tlaxcoaque fueron revitalizados por el debate sobre la legalización del aborto en Chiapas. A fines de diciembre de 1990, el congreso de Chiapas, de mayoría priista, amplió las razones para que el aborto dejara de ser punible: lo podía solicitar una pareja con fines de planificación familiar, una mujer soltera o simplemente por razones económicas, cualquier mujer. Consecutivamente, en enero de 1991 se congregaron 62 organizaciones sociales, sindicales, feministas y de otra índole que fundaron el Frente Nacional por la Maternidad Voluntaria y la Despenalización del Aborto (Lamas, 2017).

Durante la presidencia de Salinas de Gortari en el año de 1991, se reformó el artículo 130 de la constitución, en el que se impedía la existencia jurídica de las iglesias. La reforma

de Salinas que se manifestaba como “moderna”, dio la posibilidad hacer pronunciamientos públicos y de manifestarse a las iglesias. Como era de esperarse, los obispos no perdieron tiempo para desplegar sus concepciones fundamentalistas y favorecer actitudes criminales, como la oposición a las campañas de prevención masiva del VIH/SIDA mediante el uso del condón (Lamas, 2017).

La movilización feminista, preocupada tanto por las consecuencias previsibles de la reforma constitucional al artículo 130, así como por la frágil incidencia del movimiento ante el desequilibrio de poder en relación con la iglesia católica, tenía que buscar nuevas estrategias. Una de ella fue construir una asociación no lucrativa, con un discurso laico, democrático e informado, que se pronunciara sistemáticamente contra al discurso amarillista y arcaico del Vaticano y sus socios nacionales. De esta forma inició a finales de 1991 el Grupo de Información y Reproducción Elegida (GIRE) (Lamas, 2017).

En la IV Conferencia de Población y Desarrollo de la ONU en el Cairo, realizada en septiembre de 1994, se colocó en el centro de la atención mundial el tema del aborto, con un programa de acción que pretendía lograr el reconocimiento de que el aborto realizado en condiciones ilegales e inseguras era un problema grave y obligatorio de resolver. En el combate librado en los medios de comunicación antes, durante y después de la conferencia del Cairo, se pudo comprobar que el Vaticano está dispuesto todo, para imposibilitar la despenalización del aborto, inclusive a mentir, pues sostuvo que el objetivo de la conferencia era legalizar el asesinato de inocentes. El mensaje de su propaganda reafirmaba el papel de las mujeres como “recipientes” de la voluntad divina: “Ten los hijos que Dios te mande”. Afortunadamente, al final todos los países representados, excepto Irán y Malta, lograron un consenso y aprobaron los capítulos relativos a derechos reproductivos y a salud reproductiva (Lamas, 2017).

Para la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing en 1995, la Santa Sede decidió modificar su estrategia al decidir pelear con sus propias mujeres. Por primera vez en la historia, una delegación vaticana fue encabezada por una mujer, Mary Ann Glendon. En el caso de México fue notoria la participación de Paz Fernández Cueto, quien después sería diputada panista en la administración del presidente Felipe Calderón Hinojosa. Así, en 1996 como consecuencia de los debates de 1994 en el Cairo y 1995 en Beijing, y por el revuelo ocasionado en estas conferencias internacionales, el discurso público sobre el aborto empezó a cambiar (Lamas, 2017).

En México, a finales de 1997, inició una etapa dentro de la lucha por reformar el código penal en materia de aborto. Las plataformas del Partido de la Revolución Democrática (PRD) y el Partido del Trabajo (PT) -que formó una coalición con el PRD- incluían entre los componentes de la maternidad voluntaria, la despenalización del aborto. En mayo de ese año, las integrantes de la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, sostuvieron una reunión con Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano, donde Cárdenas fijó una serie de compromisos que realizaría en caso de resultar electo para gobernar el Distrito Federal (DF) (Lamas, 2017).

Cárdenas ganó la gubernatura, lo cual le otorgó al PRD mayoría absoluta en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF). Los legisladores de la ALDF que asumieron sus cargos en diciembre de 1997 tenían la responsabilidad de redactar un nuevo código penal para el DF, aun siendo reformado múltiples veces, los artículos relativos al aborto habían permanecido intactos, por lo que la legislación del aborto para el DF era más restrictiva que la de la mayoría de las 31 entidades federativas restantes. El GIRE hizo pública la propuesta de ampliar las causales el 28 de mayo de 1998, día internacional por la salud de las mujeres, al publicar un desplegado titulado “Por un cambio imprescindible”. Tal pronunciamiento tuvo un fuerte efecto y llevó a reflexionar sobre las desigualdades de la ley. ¿Por qué no otorgar a todas las mexicanas el mismo derecho a interrumpir un embarazo por malformaciones, por salud o por problemas económicos? El 17 de julio de 1998, el Secretario de Salud, doctor Juan Ramón de la Fuente, hizo una declaración que desató intensas discusiones sobre el aborto, las cuales consistían en pronunciarse por la realización de un debate público en torno a la conveniencia de despenalizar el aborto, “siempre y cuando éste se de en un marco de seriedad, objetividad y pluralidad” (Lamas, 2017).

Como en ese momento dentro del contexto político existía el temor a perder las elecciones, ningún partido político quería tener a la poderosa Iglesia católica haciendo campaña en su contra, excepto Democracia Social. Durante la campaña electoral, sus candidatos Gilberto Rincón Gallardo y Tere Vale, asumieron públicamente la defensa de la despenalización del aborto. Por otra parte, a finales de 1999, estallarían el caso Paulina, el cual se convirtió en un ejemplo paradigmático de la enorme brecha que existe entre la ley y la realidad, así como la realidad de las violaciones a los derechos humanos por el grado de fanatismo religioso (Lamas, 2017).

2.3.1 Caso Paulina

El caso de Paulina del Carmen Ramírez fue un acontecimiento paradigmático para apuntalar el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en México, y de gran trascendencia para esta investigación, debido a que Paulina tenía apenas 13 años, cuando quedó embarazada como resultado de una violación. Los hechos sucedieron en julio de 1999 en Mexicali, Baja California cuando dos hombres entraron al domicilio, pero el caso obtuvo resonancia nacional hasta los primeros meses del año 2000. Paulina fue víctima del fanatismo religioso, el incumplimiento de las leyes por parte de las autoridades competentes y de la violación a sus derechos humanos. Aún con la autorización para acceder a un aborto legal, éste le fue impedido a través de una serie de irregularidades y mentiras de las que fueron responsables, entre otros, el director del Hospital General de Mexicali, Ismael Ávila, integrantes del Comité Nacional Pro-Vida y el Procurador de Justicia del Estado, Juan Manuel Salazar Pimentel, quien además tuvo el descaro de llevar a Paulina con un sacerdote para tratar de disuadirla de abortar (Ubaldi, 2008; Winocur, 2016).

A pesar de los impedimentos, Paulina y su madre estaban seguras de interrumpir el embarazo dadas las condiciones de violencia en que se llegó a esa situación, pero en el hospital de Mexicali, María Luisa, mamá de Paulina, fue engañada por médicos e integrantes de Pro-Vida, quienes mostraron videos de fetos descuartizados y le dijeron que Paulina podía tener como resultado del aborto algún tipo de discapacidad, quedar estéril e incluso morir. A consecuencia de la falsa información y el miedo influido en ellas, Paulina y María Luisa se resignaron a continuar con el embarazo.

El Grupo Alaíde Foppa, junto con el Center for Reproductive Right (CRR) presentaron una demanda ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en donde buscaban que México reconociera su responsabilidad internacional por la violación de los derechos de Paulina y exigían una protección judicial a su autonomía reproductiva y a su intimidad, así como una indemnización para ella y su familia (Winocur, 2016).

Así también propusieron al gobierno que promulgara regulaciones que establecieran el uso de la anticoncepción de emergencia para las víctimas de violación dentro de los servicios médicos básicos. Finalmente, el 8 de marzo, se firmó el acuerdo de reparación de daño entre las organizaciones que representaron a Paulina, el Gobierno de Baja California y el Gobierno Federal, como parte de la reparación, el Gobierno de Baja California se comprometió a no repetir hechos como el que vivió Paulina y a impulsar cambios en la

legislación para cubrir los vacíos legales que impedían tener un procedimiento claro para acceder a una interrupción legal del embarazo (Winocur, 2016).

A partir del caso Paulina el 14 de agosto del 2000, la gobernadora interina del Distrito Federal, Rosario Robles, convocó a una sesión extraordinaria de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) para introducir una iniciativa, a fin de que se incorporaran en el código penal las causales de exclusión de punibilidad del aborto por malformación fetal y riesgo para la salud de la mujer, que ya existían en otras entidades del país. Solo unas semanas después de aprobada la reforma del Distrito Federal, diputados del PAN y del partido Verde Ecologista interpusieron un juicio de inconstitucionalidad contra la llamada ley Robles. Era la primera vez que la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) discutiría el tema del aborto, lo cual era una circunstancia muy importante, ya que la sentencia podía volverse un precedente obligatorio para los tribunales del país. La SCJN resolvió un año y medio después, estableciendo que constituían excusas absolutorias y que eran compatibles con la protección de la vida desde la concepción. El GIRE criticó la sentencia pues aun cuando la ley Robles fue validada por la SCJN, lo hizo tomando las causales legales de interrupción del embarazo como excusas absolutorias, por lo que se seguía considerando a las mujeres como delincuentes, y solo se les otorgaba el “perdón legal” de no imponerles una sanción (Lamas, 2017).

En diciembre del 2003 la diputada priista Norma Gutiérrez de la Torre, presentó una propuesta para la “despenalización del aborto”. Por otro lado, las feministas y algunos aliados, elaboraron con el Partido de la Revolución Democrática (PRD), una iniciativa que constaba de una combinación de elementos que iban desde incrementar el castigo para quien hiciera abortar a una mujer sin su consentimiento, hasta regular la objeción de conciencia de los médicos. Respecto a este último asunto, aún se reconocía el derecho individual del médico a negarse a la práctica, pero la institución pública debería garantizar el servicio a la mujer que solicitaba un aborto legal (Lamas, 2017).

Otro aspecto muy importante de la propuesta de reforma del PRD, fue que eliminaba el carácter de delito del aborto que se realiza por causales legales. La legislación vigente decía que no se castigaría el delito de aborto si concurrían circunstancias como riesgo grave a la salud de la mujer, violación, inseminación artificial no consentida, y malformaciones graves del producto. La nueva reforma explicitaba que el aborto dejaba de ser delito en el

Distrito Federal cuando su realización se sustentara en alguna de las causas antes mencionadas (Lamas, 2017).

Fue hasta marzo del 2006, cuando el gobierno de México firmó un “acuerdo de solución amistosa” respecto a la defensa legal de Paulina, quien había llevado su caso ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) con miras a llevarlo a la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), en vista de que las autoridades no cumplían con la recomendación de la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California. El caso despertó mucho interés en la CIDH, lo cual preocupó al gobierno mexicano y favoreció que la Secretaría de Relaciones Exteriores mediara entre el gobierno de Baja California y Paulina. El acuerdo fue ratificado en Washington y publicado el 8 de marzo de 2007, lo que significó un rotundo triunfo para Paulina y las ONG que la apoyaron (Lamas, 2017).

Entre los puntos del compromiso, destaca el acto público de Reconocimiento de Responsabilidad que el gobierno de Baja California tuvo que publicar en la prensa local y en el diario oficial de ese estado, en donde aceptó haber obstaculizado el derecho de Paulina. Lo realmente sustantivo fue que entre las cuestiones exigidas por Paulina, como recuperación integral del daño por la violación de sus derechos humanos, se encontraban los cambios relativos a políticas públicas y leyes para que ninguna mujer sufriera en el futuro lo mismo que ella (Lamas, 2017).

Por su parte el gobierno federal se comprometió, por medio de la Secretaría de Salud, a revisar las políticas públicas sobre violencia contra las mujeres. Con fecha cuatro de abril de 2006, la Secretaría de Salud Federal envió a los secretarios de salud de cada entidad federativa un oficio-circular con el fin de explicar que las instituciones públicas de salud tienen la obligación de prestar oportunamente los servicios de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en los casos, términos y plazos permitidos de acuerdo a la legislación aplicable en cada entidad federativa (Lamas, 2017).

La desafortunada e injusta experiencia de Paulina atraviesa diferentes conflictos que siguen vigentes en la actualidad para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes del país, hoy en día, los jóvenes se enfrentan a la falta de información y de acceso a servicios de salud, así como al escaso resguardo de las autoridades e instituciones que deben velar por su bienestar, aceptando y protegiendo sus decisiones sobre su cuerpo, más allá de su creencias e intereses personales.

2.3.2 Resolución de la despenalización del aborto en la Ciudad de México

El 23 de noviembre de 2006 el diputado priista Armando Tonatiuh González, presentó ante el Pleno de la Asamblea Legislativa del Distrito federal (ALDF) la propuesta de despenalizar el aborto dentro de las 12 primeras semanas de gestación. El proyecto ubicaba el aborto como un problema propio a los derechos de las mujeres y a la salud pública, sin embargo, la propuesta también incluía algunos retrocesos, como el limitar la objeción de conciencia incorporada a la Ley de Salud del Distrito Federal, la cual respaldaba a las mujeres ante la negativa médica, ya que obligaba a la Secretaría de Salud a contar siempre con personal no objetor, además los médicos no podían negarse a realizar un aborto si la vida de la mujer estaba en peligro. Otro aspecto discutido de la propuesta de González fue la propuesta de realizar un referéndum contemplado en la Ley de Participación Ciudadana del Distrito Federal, aunque su carácter era consultivo y no resolutivo. Es decir, que su resultado tiene que ser utilizado por la ALDF como una opinión y no como una decisión (Ubaldi, 2008).

Escasos días después de haberse presentado la propuesta de González, la Coalición Parlamentaria Socialdemócrata (Alternativa, Partido del Trabajo y Convergencia) presentó otra iniciativa liderada por Alternativa y por el diputado Jorge Díaz Cuervo, la cual mantenía la principal propuesta de González: la despenalización del aborto hasta la semana 12 del embarazo, pero eliminaba la prohibición a la objeción de conciencia, la realización de un referéndum y mantenía las excluyentes de responsabilidad penal. Para la elaboración de esta iniciativa, los partidos políticos buscaron el apoyo de las organizaciones civiles que trabajaban a favor del derecho a decidir, entre las que se encontraba GIRE. Por su parte, en Alternativa había varias feministas (Ubaldi, 2008).

Los grupos políticos de derecha y la iglesia no hicieron esperar su contienda contra la despenalización del aborto; el Cardenal Norberto Rivera Carrera y Hugo Valdemar Romero, Director de Comunicación de la Conferencia del Episcopado Mexicano, mantuvieron una presencia importante en la discusión. El argumento fue el mismo que han sostenido a través de los años: la defensa de la vida desde el momento de la concepción, sin ninguna excepción; la creencia de que la persona se constituye en el momento en que un espermatozoide se une a un óvulo (Ubaldi, 2008).

Un aspecto a destacar en la oposición oficial de la Iglesia sobre el aborto fue la amenaza de excomunión para aquellos legisladores que apoyaran la despenalización, puesto que Hugo Valdemar aseguró “En el momento de votar en favor del aborto, los legisladores

que sean católicos serán excomulgados”. Contrario a esto, el Vaticano afirmó que sólo pueden ser excomulgados quienes participen y practiquen un aborto, la mujer y quien (o quienes) realiza la interrupción, pero no quien opine, promueva o legisle a favor. La intervención de la jerarquía católica derivó en una denuncia de Alternativa ante la Secretaría de Gobernación, argumentando que el activismo de Rivera y Valdemar violaba la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público (Ubaldi, 2008).

Así como la iglesia, diversos medios de comunicación se expresaron en contra de la despenalización del aborto. Quizá uno de los ejemplos más contundentes fue el spot televisivo protagonizado por Roberto Gómez Bolaños, más conocido como Chespirito, transmitido en horario estelar por Televisa durante varios días. El actor expresaba: “Cuando estaba yo en el vientre de mi madre, ella sufrió un accidente que la puso al borde de la muerte, el médico le dijo: “tendrás que abortar” y ella respondió: “abortar yo, jamás”, es decir, defendió la vida, mi vida, y gracias a ello estoy aquí” (Ubaldi, 2008).

El spot finalizaba con la consigna “Abortemos la ley, no la vida” y Denmechance era el nombre de la organización responsable, la cual surgió a la luz del debate de 2007 y nunca pudo responder sobre la procedencia del dinero para comprar el espacio para transmitir dicho spot. A la fecha, su página en internet (<http://www.denmechance.org>) carece de información sobre datos básicos como “Quiénes somos” y “Directorio” (Ubaldi, 2008).

Los partidos Alternativa, PRD, PRI, PRT y Convergencia promovieron un spot en respuesta al anterior, su protagonista fue Paulina, quien decía: “Mi caso se conoció en todo México; cuando tenía 13 años fui violada y quedé embarazada, mi vida se cortó. Qué bueno que a la mamá de Chespirito la dejaron decidir. A mí y a mi familia también nos hubiera gustado poder decidir”. En este spot, a diferencia del de Televisa, las cuentas quedaron claras, pues lo pagó un grupo de asambleístas de los partidos comprometidos con la propuesta de despenalización (Ubaldi, 2008).

Como se describió anteriormente, dos proyectos estaban en estudio en la ALDF: el presentado por Tonatiuh González, del PRI, que no contaba con un apoyo decidido de su propio partido, y por otro lado el presentado por Jorge Díaz Cuervo y Enrique Pérez Correa, de Alternativa. Ambos proyectos, planteaban la despenalización del aborto hasta la semana 12 del embarazo, pero el de González contenía aspectos que significaban retrocesos, además de un camino muy largo para su aprobación, ya que proponía la realización de un referéndum (Ubaldi, 2008).

La despenalización del aborto sobrellevaba una discusión y decisión legislativa, cuya concreción final dependía del titular del Gobierno del Distrito Federal (GDF) por su potestad para publicar o vetar las leyes aprobadas por la ALDF. En la primera declaración pública que hizo al respecto Marcelo Ebrard, el 15 de marzo de 2007, dijo: “Ya que se vote”. La posición del gobierno fue “Vamos a esperar a ver qué resuelve, la Asamblea y nosotros estaremos en la mejor disposición”. Si bien las declaraciones de Ebrard siempre se encuadraron en el respeto a la separación de poderes, de igual forma fueron de menos a más, respecto a su apoyo a la despenalización que discutía la ALDF. Parecería que Ebrard también tuvo en consideración el posible costo político para su gestión de gobierno en caso de no apoyar las reformas y tomó una posición más definida ante la beligerancia de la jerarquía de la Iglesia católica (Ubaldi, 2008).

Durante el proceso que culminó con la despenalización del aborto en la Ciudad de México, fue clave la participación de Leticia Bonifaz, Consejera Jurídica y de Servicios Legales del GDF en la discusión sobre los posibles contenidos del dictamen que debían elaborar las Comisiones Unidas de la ALDF, integradas por las comisiones de Administración y Procuración de Justicia; Salud y Asistencia Social; y Equidad y Género. La inclusión de Bonifaz en esta parte del proceso fue significativa debido a que su intervención garantizaba, en gran medida, que la decisión que tomara la ALDF sería refrendada por el GDF, agregando su sólida formación académica en Derecho constitucional (Ubaldi, 2008).

La elaboración del dictamen representaba un desafío al menos en dos sentidos, el primero de ellos era “conciliar” las dos propuestas en estudio y el otro, vincular el contenido del dictamen con la sentencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación de 2002. Esto último con el objeto de que la reforma contara con la consistencia y fortaleza jurídica necesaria ante una eventual acción de inconstitucionalidad posterior a su aprobación. Cabe señalar que en el momento en que el PRI y Alternativa elaboraron sus iniciativas de despenalización, la sentencia de la Corte sobre el aborto, un antecedente jurídico ineludible, no fue suficientemente considerada (Ubaldi, 2008).

El dictamen presentado por las Comisiones Unidas (de Administración y Procuración de Justicia; Salud y Asistencia Social; y Equidad de Género) proponía, los siguientes aspectos:

- La reformulación del tipo penal o definición jurídica del aborto. Esto se refiere a la descripción que hace el Código de determinada conducta prohibida y cuya realización implica un delito. A partir de esta modificación, el aborto quedaba definido como: “La interrupción del embarazo después de la décimo segunda semana de gestación”, y en consecuencia el aborto consentido o procurado es despenalizado dentro de las primeras 12 semanas de gestación.

- La inclusión de la definición de embarazo (para efectos del Código Penal del DF), al que definía como “La parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio”. Cabe enfatizar que esta definición refuerza, la legalidad de los métodos anticonceptivos post-coitales, o anticoncepción de emergencia.

- La inclusión de la figura del aborto forzado, al que definía como “la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada”.

Penas al delito de aborto:

- La reducción de las sanciones para las mujeres que se procuren o consientan un aborto después de las 12 semanas de embarazo: “[...] de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo en favor de la comunidad”.

Características de los programas y servicios de salud sexual y reproductiva e ILE:

- Las instituciones de la Secretaría de Salud del DF atenderán a las mujeres que soliciten una ILE sin importar si cuentan con otro servicio de salud público o privado.

- La atención de la salud sexual y reproductiva tiene carácter prioritario. El gobierno promoverá permanente e intensivamente, políticas integrales destinadas a la promoción de la salud sexual, a los derechos reproductivos, así como a la maternidad y la paternidad responsables.

- Los servicios de planificación familiar y anticoncepción tienen como propósito principal reducir el índice de abortos, a través de la prevención de embarazos no planeados y no deseados, disminuir el riesgo reproductivo, evitar la propagación de las enfermedades de transmisión sexual y coadyuvar al ejercicio de los derechos reproductivos con una visión de género, de respeto a la diversidad sexual y de conformidad a las características particulares de los diversos grupos poblacionales, especialmente para las niñas y niños, adolescentes y jóvenes.

- El gobierno del DF otorgará servicios de consejería médica y social en materia de atención a la salud sexual y reproductiva, de manera permanente, con servicios gratuitos de información, difusión y orientación, y garantizará el suministro de métodos anticonceptivos eficaces y seguros.
- Los servicios de la Secretaría de Salud del DF proporcionarán a la mujer que solicite una ILE la información a que se refiere el último párrafo del Artículo 148 del Código Penal del DF: Información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes, para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable.
- Los servicios de consejería ofrecerán apoyo médico a la mujer que decida practicarse la interrupción del embarazo, particularmente en materia de planificación familiar y anticoncepción (Ubaldi, 2008).

El 24 de abril de 2007 en el Hemiciclo de Juárez, tributo al máximo símbolo mexicano del Estado laico: Benito Juárez, se instalaron dos pantallas gigantes. Lo sorprendente de este evento fue el motivo de las pantallas: el Pleno de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal votaba el dictamen del proyecto de modificación al Código Penal y a la Ley de Salud del Distrito Federal, que en su parte más sustancial, polémica y mediática despenalizaba el aborto hasta los tres meses de gestación. Nunca antes, en México, se habían instalado pantallas gigantes para seguir un debate legislativo. El hecho implicó, además, un cambio en el perfil de cultura política de una ciudadanía probablemente no muy informada, pero cada vez más interesada en participar y comprometerse activamente en la discusión y decisión de los temas de la agenda pública (Ubaldi, 2008).

En el Hemiciclo de Juárez se concentraron personas, grupos y miembros de los partidos que apoyaban la despenalización. El ambiente promovido por los grupos contrarios a la despenalización era de enfrentamiento, lo que obligó a que se extremaran las medidas de seguridad y a que ese día sólo quienes tenían invitación especial pudieran acceder al recinto de la Asamblea. Tampoco se podía acceder a su explanada. Entonces, la espera y la fiesta anticipada se trasladaron al Hemiciclo. Pese a que las pantallas gigantes transmitían de manera intermitente, el ambiente era festivo. Mientras, Jorge Serrano Limón, la figura paradigmática del fanatismo católico, rezaba frente a la Catedral metropolitana junto a un reducido número de seguidores. En la Asamblea el ambiente era tenso, no obstante que la

aprobación de la ley que despenalizaba el aborto ya estaba asegurada. El debate en la calle y en los medios se había ganado, pero también era fundamental hacer lo propio con el debate legislativo (Ubaldi, 2008).

Nuevamente, las organizaciones estuvieron allí en su trabajo “tras bambalinas” y también el reconocimiento de diputados como Salvador Martínez della Rocca, del PRD, quien en una vehemente intervención expresó su respeto hacia las organizaciones que durante largo tiempo lucharon por la despenalización del aborto. Otros diputados y diputadas coincidieron en sus participaciones, porque al votar a favor de la despenalización señalaron, además, que lo hacían en nombre de sus madres, esposas, hijas... por la vida de las mujeres y en reconocimiento a sus derechos, así también, diputados, diputadas y organizaciones concordaban en sus preocupaciones. La distribución de la votación fue 46 votos a favor (34 del PRD, dos del PT uno de Convergencia, dos de Alternativa, tres del PRI y cuatro del Nueva Alianza). En contra, los mismos partidos de siempre: PAN y Partido Verde Ecologista de México (PVEM), con un total de 19 votos. Un diputado del PRI se abstuvo de votar sin argumentar su decisión (Ubaldi, 2008).

Posteriormente, el 26 de abril del 2007 se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el “Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal”, que define al aborto, en el artículo 144 del Código Penal, como la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación, y también señala como obligación del Gobierno del Distrito Federal, fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva, otorgar atención a las solicitantes de interrupción del embarazo y brindar consejería médica y social (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2012).

Dentro de los lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud para la interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal, ésta es definida como un “Procedimiento médico que se realiza hasta la décima segunda semana completa de gestación, como lo establece el artículo 144 del Código Penal para el Distrito Federal “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”; en condiciones de atención médica segura” (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2012).

La gaceta también señala la obligación de realizar un consentimiento informado para la interrupción legal del embarazo (ILE), para tener un registro por escrito de la aceptación voluntaria, consiente e informada de la mujer embarazada, que solicite o requiera la ILE, una

vez que los servicios de salud, con obligación ineludible, le hayan proporcionado información objetiva, veraz, suficiente, comprensible y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, probables efectos y consecuencias; así como de los apoyos y alternativas existentes, para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, responsable e informada (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2012).

De igual forma debe realizarse un dictamen médico legal, documento emitido por un médico acreditado, que ratifique la condición de salud o el diagnóstico de la mujer embarazada, perfectamente requisitado. También se debe brindar consejería como un procedimiento obligatorio e ineludible de los servicios de salud, utilizado para proporcionar información, orientación y asesoría sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos, así como de los apoyos y alternativas existentes para la mujer que solicite o requiera la interrupción legal del embarazo. Dicho procedimiento debe realizarse con discreción, confidencialidad, privacidad, respeto, equidad, veracidad, neutralidad y libertad, y sin intención alguna de retrasar, obstaculizar o inducir la decisión de la mujer (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2012).

También se tendrá que realizar otro dictamen realizado por un médico, sobre las semanas de embarazo, que avale la edad gestacional del producto, el cual deberá apoyarse en métodos clínicos, de ecografía y de laboratorio, del tipo de la interpretación imagenológica, nota médica y el certificado médico. En caso de ser necesario, se deberá realizar un dictamen de gravedad de la salud de la mujer embarazada, de igual forma emitido por un médico, que avale que la gravedad del estado de salud de la mujer embarazada es incompatible con el proceso del embarazo, por lo cual se deberá valorar la interrupción del embarazo para salvaguardar la salud de la usuaria, basado en datos clínicos, estudios de laboratorio y gabinete (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2012).

Los servicios de ILE son ofrecidos de forma ambulatoria en cuatro centros de salud y ocho clínicas de consulta externa en hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (Sedesa). Las instituciones de seguridad social y los hospitales del gobierno federal en la CDMX se han rehusado a formar parte de la ley de 2007 y no se consideran legalmente obligados a ofrecer servicios de ILE (Ubaldi, 2008).

2.4 El debate entre la objeción de conciencia y los derechos reproductivos

En marzo del 2018 en México, el Senado de la República aprobó por mayoría, la reforma a la Ley General de Salud, que contempla la objeción de conciencia para personal médico y de enfermería, con lo cual podrán excusarse de participar en todos aquellos programas, actividades, prácticas, tratamientos, métodos o investigaciones que contravengan su libertad de conciencia, con base en valores éticos, la cual permite que puedan negarse a ofrecer algunos servicios como el aborto o la eutanasia (Villanueva, 2018; CDHDF, 2018).

La reforma contó con 53 votos a favor, 15 en contra y una abstención, lo cual ratificó la minuta aprobada en la Cámara de Diputados en octubre pasado. El debate en la Cámara Alta se dividió entre quienes acusaron que tras el dictamen se escondía minimizar el derecho al aborto, y quienes excusaron el derecho del personal médico a negarse a realizar procedimientos que van contra sus creencias y valores (Villanueva, 2018).

En contra del dictamen se alzaron los legisladores Alejandro Encinas, Fernando Enrique Mayans, Angélica de la Peña, Martha Angélica Tagle y Zoé Robledo, quienes acusaron que el fondo de la modificación a la Ley General de Salud tiene por intención poner trabas al aborto, que sólo es legal en la Ciudad de México. Salió en defensa del acuerdo el presidente de la Comisión de Salud, Francisco López Brito quien refirió que "de ninguna manera se pretende coartar ningún derecho en materia de salud reproductiva que se haya adquirido", sino garantizar el que el personal médico del Sistema Nacional de Salud pueda decidir si participa o no en ciertos procedimientos (Villanueva, 2018).

En ese sentido también se pronunciaron los panistas Jorge Luis Preciado y Víctor Hermosillo, este último argumentó que permitir al personal médico excusarse de prestar un servicio con el que no está de acuerdo es algo similar al "hecho de no ir a la guerra porque no quiere asesinar a otro ser humano, también se debe aceptar que un médico no admita asesinar a un neonato". La senadora Angélica de la Peña denunció que era grave sacar por vía rápida esta ley, y adelantó que es materia para una acción de inconstitucionalidad, por afectar el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo. "Es un retroceso tratar de imponer ideologías al derecho de cada mujer sobre su persona", acusó en la tribuna (Villanueva, 2018).

El ahora decreto de ley anticipa que la objeción de conciencia aplica a menos que esté en riesgo la vida de los pacientes. Además, el Sistema Nacional de Salud debe contar con "personal no objetor"; es decir, que no puedan negarse a brindar un servicio médico. En el

pleno, el senador Encinas también acusó que hubo una falta al proceso legislativo, e hizo un llamado a los colectivos en pro de los derechos de las mujeres a decidir sobre su cuerpo para que, como sujetos de interés, lleven esta norma a la Corte. Mientras tanto, el dictamen ya aprobado por las dos cámaras fue turnado al presidente Enrique Peña Nieto (Villanueva, 2018).

A partir de la aprobación a la reforma, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) hizo un llamado al titular presidente de la república para ejercer su derecho de veto a la reciente reforma a la Ley General de Salud, con el propósito de dar cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres, conforme a lo señalado en el Artículo 1 Constitucional (CDHDF, 2018).

La CDHDF expresó que el derecho del personal de salud a la objeción de conciencia se encuentra en los artículos 5, 6 y 24 de la Constitución, donde se señalan los derechos a ejercer una profesión, industria o trabajo que acomode a la libre manifestación de las ideas y el derecho a la libertad de convicciones éticas, de conciencia y de religión, siempre y cuando no perjudique a terceros, ni constituya un delito o falta penados por la ley (CDHDF, 2018).

También señaló que el Comité de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) en su Recomendación General No. 24, establece que la negativa de un Estado a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. Asimismo, es necesario recordar que el Estado permite garantizar que dichos servicios estén al margen de las creencias religiosas. Los cambios a la Ley General de Salud comienzan a restar la progresividad de los derechos de las mujeres, así como de cualquier persona, a decidir sobre su propio cuerpo y sobre sus derechos a la autonomía reproductiva (CDHDF, 2018).

Por lo anterior, esta Comisión apela a la independencia de poderes, a que el titular del poder Ejecutivo Federal ejerza su derecho de veto a promulgar la señalada Reforma en aras de cumplir con los deberes de progresividad, prohibición de la regresión y máximo uso de los recursos disponibles, a través de un marco normativo que no contradiga el carácter de un Estado laico como el mexicano, así como lo ya establecido en nuestra carta magna y en los tratados internacionales que México ha suscrito. Por último, la CDHDF expresó que realizará y enviará el análisis jurídico correspondiente con perspectiva de derechos humanos, de la iniciativa citada (CDHDF, 2018).

2.5 Clínicas en donde se realiza la interrupción legal del embarazo

Existen 13 clínicas de Salud Sexual y Reproductiva que brindan el servicio de interrupción legal del embarazo (ILE) en la Ciudad de México de manera legal, segura, confidencial y gratuita. Estas clínicas y su ubicación son:

1) **Centro de Salud T-III Cuajimalpa**

Av. y Cda. Juárez s/n, Col. Cuajimalpa, Del Cuajimalpa. Horario de atención: martes y jueves, de 8:00 a 16:00 horas

2) **Clínica Comunitaria Santa Catarina**

Calle Nuevo León Mz. 38, Lt. 9. Col. Miguel de la Madrid. Del Iztapalapa. Horario de atención: lunes a viernes, de 7:00 a 15:00 horas

3) **Clínica Integral de Salud Reproductiva del Centro de Salud T-III México España**

Mariano Escobedo no. 148. Col. Anáhuac. Del. Miguel Hidalgo. Horario de atención: lunes a viernes, de 7:00 a 15:00 horas

4) **Clínica de Salud Sexual y Reproductiva del Centro de Salud T-III Dr. Juan Duque de Estrada**

Oriente 170 no. 154, Col. Moctezuma 2da. Sección. Del. Venustiano Carranza. Horario de atención: lunes a viernes, de 8:00 a 15:00 horas

5) **Clínica del Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán**

Av. Ing. Eduardo Molina, esq. Peluqueros. Col. Michoacana, del. Venustiano Carranza. Horario de atención: lunes a viernes, de 7:00 a 15:00 horas

6) **Hospital General Ajusco Medio Dra. Obdulia Rodríguez Rodríguez**

Encinos No. 41, Col. Ampliación Miguel Hidalgo 4a. Sección, Del. Tlalpan, Horario de atención: lunes a viernes, de 8:00 a 14:00 horas

7) **Hospital General Dr. Enrique Cabrera**

Prolongación 5 de mayo, no. 3170. Esq. Centenario. Col. Ex Hacienda de Tarango. Del. Álvaro Obregón. Horario de atención: lunes a viernes, de 7:00 a 14:00 horas

8) **Hospital General Ticomán**

Plan de San Luis s/n entre Miguel Bernard y Bandera. Col. Ticomán. Del. Gustavo A. Madero. Horario de atención: lunes a viernes, de 6:00 a 14:00 horas

9) **Hospital Materno Infantil Cuauhtepac**

Av. Emiliano Zapata no. 17. Col. Cuauhtemoc Barrio Bajo. Del. Gustavo A. Madero.
Horario de atención: lunes a viernes, de 7:30 a 14:00 horas

10) **Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo**

Gustavo J. s/n Esq. Víctor Hernández Covarrubias. Col. Unidad Francisco Villa. Del.
Azcapotzalco. Horario de atención: lunes a viernes, de 7:30 a 14:30 horas

11) **Hospital Materno Infantil Inguarán**

Calle Estaño no. 307. Col. Felipe Ángeles. Del. Venustiano Carranza. Horario de
atención: lunes a viernes, de 7:00 a 14:00 horas

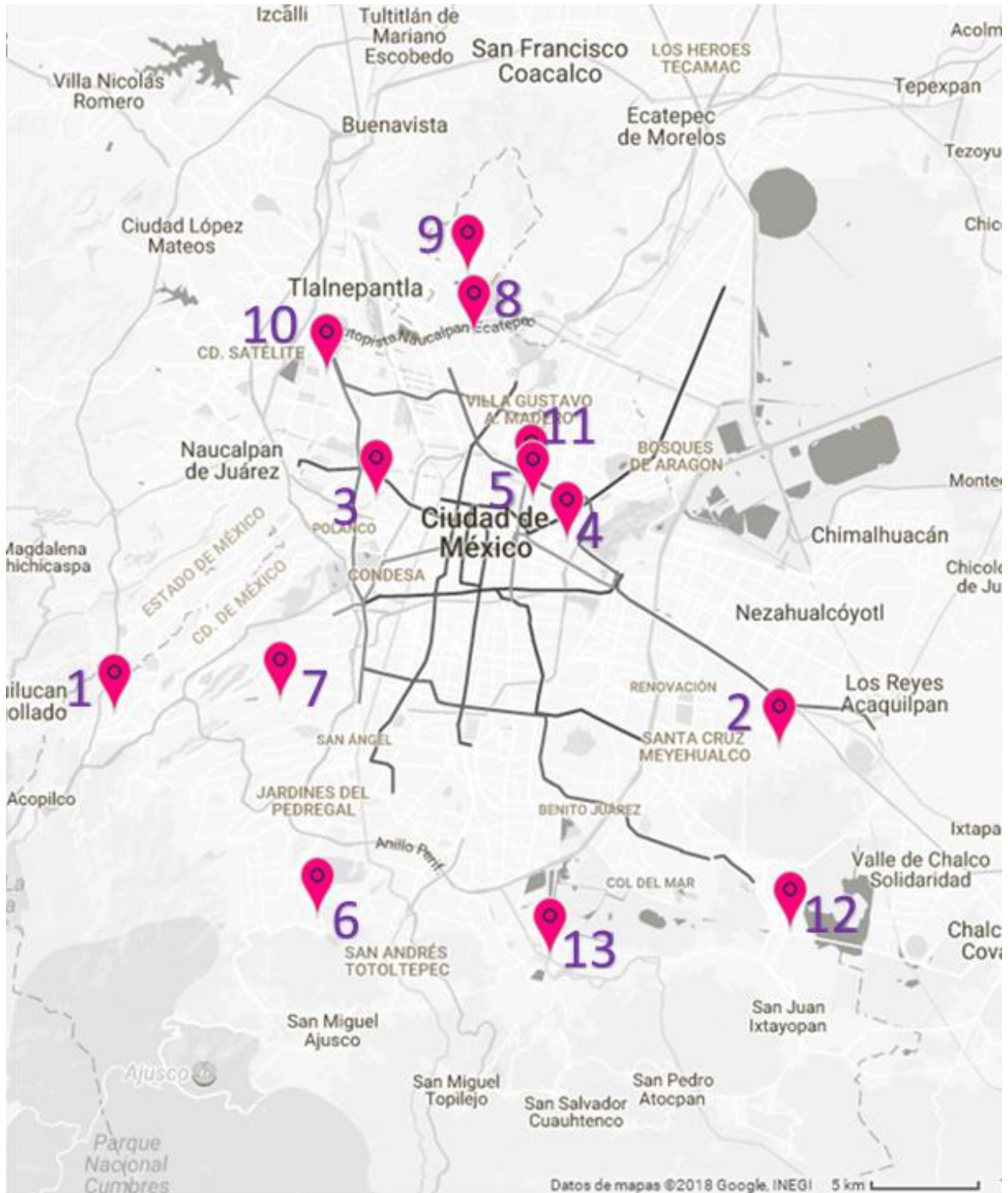
12) **Hospital Materno Infantil Tláhuac**

Av. Tláhuac Chalco no. 231, Col. La Habana. Del. Tláhuac. Horario de atención:
lunes a viernes, de 7:00 a 15:00 horas

13) **Hospital Materno Pediátrico Xochimilco**

Calz. Nativitas y 16 de septiembre s/n. Col. Barrio Xaltocan. Del Xochimilco. CP.
16090. Horario de atención: lunes a viernes, de 8:00 a 14:00 horas.

Mapa No 1. Ubicación de las clínicas en donde se ofrece el servicio del ILE



Fuente: Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo -ILE-, 2018. Google Maps

A partir de la creación de las clínicas de interrupción legal del embarazo en abril de 2007, se han atendido, hasta febrero de 2018, un total de 191,691 usuarias. La entidad de procedencia con mayor número de mujeres atendidas es la Ciudad de México con 135, 099 pacientes, seguida del Estado de México con casi la mitad del total de población (49.506);

los estado con menor número de pacientes son Campeche con 16 usuarias y Colima con 23. El nivel educativo de las usuarias de mayor incidencia es la preparatoria con 40.5%, seguido de secundaria con 32.6%; Posteriormente se encuentra la educación superior con 17.5%, primaria 7.4%. Finalmente, con menor porcentaje están las pacientes sin ningún nivel educativo con 1.7% y el nivel técnico con 0.3% (Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo -ILE-, 2018).

En cuanto al estado civil 53.5% de las pacientes es soltera; 28.8% se encuentra en unión libre, 12.6% son casadas y 3.2% divorciadas. Con los menores porcentajes se encuentra 1.6% que no especificaron su respuesta y 0.3% viudas. El grupo de edad que reúne casi la mitad de la población (46.0%) fue el de 18 a 24 años. Seguido de las usuarias de 25 a 29 años con 23.0%; el grupo de 30 a 34 años con 13.5%. Las mujeres de 35 a 39 con 8.0%. De 15 a 17 años 5.3%, seguido del grupo de 40 a 44 años con 2.7%. Los porcentajes menores pertenecen a mujeres de 11 a 14 años con 1.0% y de 45 a 54 años con 0.5% (Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo -ILE-, 2018).

La ocupación de las usuarias con mayor porcentaje es el hogar con 34.8%. Una cuarta parte (25.1%) es estudiante; casi otra cuarta parte (24.2%) empleada. El grupo de mujeres desempleadas tuvo un porcentaje de 5.3; seguido de usuarias comerciantes con 4.9 por ciento; mujeres con otra ocupación un 3.9%. Dentro de los menores porcentajes están empleada doméstica con 0.8%; profesionista 0.7% y obrera 0.2%. El porcentaje respecto al número de hijos con mayor prevalencia es cero hijos con 34.7%; con un hijo 26%; dos hijos con 22.8%; tres hijos con 10.3% y con más de tres hijos 5.7% (Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo -ILE-, 2018).

El procedimiento por medicamento fue realizado en 146.452 usuarias; 42.197 por aspiración y 3.042 por legrado uterino instrumentado. El número de semanas de gestación de mayor prevalencia fue de menor a cuatro con 28.0%. Con seis semanas 13.6 %; con siete semanas 12.4%. El menor porcentaje fue de 12 semanas con 1.0%. Dentro de las instituciones de procedencia de las usuarias, el mayor porcentaje de 39.1% no especifica algún servicio de salud; posteriormente es Gratuidad¹ con 25.1%; sin ningún servicio 23.8%. Los menores

¹ Gratuidad se refiere a lo establecido en el Artículo 2 de la Ley de Salud del Distrito Federal y se refiere a: *El acceso sin costo a los servicios de salud disponibles en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal y a los medicamentos asociados a estos servicios, a los residentes del Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral* (ALDF, 2017).

porcentajes fueron PEMEX 0.1%; ISSSTE 0.9%; y otros servicios con 1.2% (Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo -ILE-, 2018).

El camino hacia a la legalización del aborto en la Ciudad de México estuvo marcado por diferentes cuestionamientos y discursos, entre los que destacan los emitidos por la iglesia, los grupos opositores, los científicos y los juristas, de los cuales se deben dejar atrás aquellos cargados de juicios fundamentalistas apartadas de la ciencia y de los derechos humanos. Por ello, se debe tener siempre presente que lo que se busca es que existan menos muertes por abortos clandestinos, así como también se busca la libertad de las mujeres para decidir sobre su cuerpo y su futuro, teniendo en cuenta que muchos embarazos también ocurren en mujeres que ocupan métodos anticonceptivos. Aún en lugares como la Ciudad de México en donde el aborto es legal, el servicio no cuenta con la promoción necesaria para que las mujeres y adolescentes que requieran de él, puedan hacerlo libremente, recalcando que así el aborto llegue a legalizarse en todo el país, eso no va en contra de las mujeres que optan por ser madres.

3 Maternidad en la adolescencia

En este capítulo se presenta un recorrido por diferentes investigaciones sobre el tema del embarazo temprano, mostrando las complejas posturas que se han generado sobre él. Si bien la población elegida para este trabajo son adolescentes entre los 10 y 14 años, también se incluyeron investigaciones sobre embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, al ser ésta una población más estudiada por la academia, y que gracias a eso se han generado interesantes aportes, necesarios de exponer porque permiten entender la situación de la problemática tratada. Así también se detallará sobre el perfil de quiénes son estas niñas y adolescentes, agregando las investigaciones realizadas sobre sus conductas sexuales y reproductivas y las consecuencias del embarazo adolescente.

Si bien el tema de la maternidad no es el eje central del análisis de esta investigación, es necesario profundizar en él porque la población elegida para el estudio son menores de 15 años que estaban cursando un embarazo adolescente, para así colocarlo como un problema social y de salud pública, en cual es necesario tener en mente todas las opciones para disminuirlo, como lo es la interrupción legal del embarazo, la cual brinda el derecho a las mujeres a decidir sobre su cuerpo y a disminuir muertes por complicaciones en el embarazo y por prácticas de aborto clandestinas .

3.1 El embarazo en la adolescencia desde las ciencias sociales

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años (Stern, 1997 en Secretaría de Salud, 2010). Entre los estados miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), que incluye países de medianos ingresos, México tuvo en el 2009 la tasa de fecundidad más alta con 64.2 nacimientos por cada 1,000 nacimientos en adolescentes entre 15 y 19 años de edad; datos que reafirman la necesidad de continuar realizando investigaciones sobre el tema, las cuales orienten las estrategias implementadas en los programas nacionales (Williamson, 2013).

El embarazo que se sucede antes de los 20 años es, generalmente, considerado como un problema social, debido a que se le atribuyen consecuencias graves para las madres y padres adolescentes, así como para sus hijos e hijas. De igual forma, se le considera un problema de salud pública, ya que afecta negativamente en la salud de las jóvenes mujeres y en la de sus hijos/hijas; es un problema educativo porque se le atribuye deserción escolar o bajo rendimiento; es económico porque posibilita mano de obra barata y condiciona los

ingresos futuros, el acceso a oportunidades laborales especializadas y de calidad y el desarrollo humano sustentable, y es, en todo caso, un problema de atención al ejercicio de los derechos humanos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Asimismo, numerosos discursos de profesionales y científicos han sido marcadamente normativos y restrictivos sobre el ejercicio de la sexualidad, soslayando las motivaciones, los deseos, las actitudes y los valores que están en la base de los comportamientos sexuales y reproductivos de niñas, niños y jóvenes, tendiendo a ver a esa población como un grupo homogéneo, lo cual impide ver las diferencias dentro del contexto socioeconómico y cultural (Climent, 2009; ENAPEA, 2017).

Sin embargo, desde un enfoque de las ciencias sociales, se ha buscado sacar el problema del lugar común en que había sido ubicado por los discursos conservadores que sólo veían en el embarazo un riesgo o una desviación de la norma, para analizarlo en el contexto de la desigualdad social, los derechos sexuales y los derechos reproductivos y la desigualdad de género. Este enfoque plantea la necesidad de no hacer del problema del embarazo adolescente una generalización a-histórica, para aterrizar los análisis en el contexto en coordenadas concretas de especialidad y temporalidad (Stern, 2007 en García, 2016).

Reconocer el tema del embarazo adolescente e infantil no sólo como un problema social y de salud, sino como como un problema con múltiples causas, ha permitido dar cuenta de que éste tiene diferentes significados y prácticas dependiendo el contexto socioeconómico, las tradiciones familiares y las trayectorias laborales y educativas de las mujeres, porque si bien el embarazo muchas veces puede ocurrir por accidente, también puede ser una opción deseada, o sólo puede adelantarse un poco en cuanto a la edad de ser madres y formar una familia propia (García, 2016; Llanes, 2016; Sánchez y Pérez, 2016).

La experiencia de tener hijos antes de los 20 años se ha tratado en la literatura como un problema fundamentalmente femenino, que se presenta de forma predominante en los sectores de escasos recursos (Sánchez y Pérez, 2016). Se le asocia no sólo con las condiciones socioeconómicas desfavorables en que viven las adolescentes de los estratos más bajos, sino al hecho de que también intervienen elementos socioculturales que se traducen en prácticas sexuales y reproductivas avaladas y reforzadas por el contexto social (García, 2016).

La escolaridad de la mujer también es un factor que influye en el comportamiento reproductivo. En el último trienio de la ENADID 2014 (de 2011 a 2013), la tasa global de fecundidad de las mujeres sin escolaridad fue de 3.3 hijos por mujer, mientras que el grupo

con escolaridad media superior y superior fue de 1.79, lo cual coincide con algunos autores quienes consideran que la escolaridad es un factor de protección para retrasar el embarazo a edades tempranas (Stern, 2010; García, 2016). Desde las ciencias sociales, se ha esclarecido que el embarazo adolescente no es causa del abandono escolar, sino el resultado de la falta de oportunidades y alternativas que prevalece en esta población, lo cual incrementa la inseguridad laboral. Por otra parte, las jóvenes que estudian cuando sucede el embarazo, tienden a abandonar la escuela ante la imposibilidad de mantener el rol de estudiante, dada su nueva condición y las exigencias que surgen de ello y que le demandan el cuidado, la manutención y la atención de un hijo (Welti, 2005).

Al respecto Welti (2005) señala que los jóvenes con mayor escolaridad tienen más facilidad de acceso a los métodos anticonceptivos, porque cuentan con recursos económicos para obtenerlos, mientras que, para un joven con un nivel menor de escolaridad, pobre o desempleado, es menor la posibilidad de acceder a la anticoncepción por causas culturales y económicas.

La estrecha relación entre embarazo adolescente y el nivel socioeconómico bajo, ha provocado que se vea a las madres jóvenes como las responsables de su propia pobreza, la cual heredarán a sus hijos (Stern, 2010; García, 2016). El argumento sobre el embarazo adolescente como un mecanismo de transmisión de la pobreza lleva fácilmente a la conclusión de que erradicar este comportamiento contribuiría a disminuirla, y muchos de los recursos canalizados a diversos programas, dirigidos a los adolescentes y jóvenes son justificados en este supuesto. El hecho de que el embarazo temprano se encuentra frecuentemente asociado con la pobreza, no implica que sea un fenómeno que conduzca a dicha situación, ni que, por sí mismo, lleve a perpetuarla (Stern, 2012).

Es conocido que la familia tiene un papel importante en la socialización de género, ya que en ella emergen distintas expectativas acerca de los roles femeninos y masculinos que están condicionadas socioculturalmente. Ya desde el embarazo existen intereses respecto al que nacerá según su sexo, y a partir del nacimiento se da un trato diferencial a niños y a niñas que va estructurando y reforzando la identidad de género. El problema es que la diferencia sexual se traduce en desigualdad social en donde la mujer ocupa un lugar de subordinación (Vielma 2003, Castoriadis y Aulagnier 1988 en Climent, 2009b).

Por ello, es necesario considerar la amplitud de condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos mayoritarios de nuestra población, reconociendo a quienes ven el

embarazo temprano como parte de sus tradiciones y modos de vida o como un proyecto gratificante para las jóvenes al darles una valoración social, sumando los mandatos y pautas culturales que refuerzan el valor positivo de la maternidad, donde el hijo da sentido a la existencia (Stern, 2012; García, 2016; Llanes, 2016).

Al respecto, Llanes (2016) señala que se debe ser cauteloso al ver el embarazo temprano como algo gratificante, debido a que se adhiere a una representación hegemónica de lo femenino, desde la cual se asume que la maternidad legitima el rol como mujeres dentro y fuera de la familia y se percibe a la maternidad como un hecho natural. Lo cual se relaciona con que la procreación antes de los 20 años ha sido un evento mucho más común entre las mujeres que entre los hombres, aunque la brecha de edad entre ellos ha disminuido con el tiempo. Por lo que respecta a la vida conyugal, se observa que es escaso el número de mujeres que ejercen la maternidad en soltería, ya que las y los jóvenes inician la vida conyugal junto con sus hijos (Sánchez y Pérez, 2016).

Es necesario tener presente que los procesos de desigualdad social suelen afectar de manera diferenciada a mujeres y hombres, debido a que en los roles sexuales asociados a cada género, hay un control distinto del cuerpo, del inicio sexual, de las expectativas respecto a la maternidad y a la paternidad, de la autonomía, del uso de los espacios públicos y domésticos, así como de la escuela y del trabajo; de esta forma, cuando se cruzan las desigualdades de clase y género, vemos que las mujeres de los estratos bajos, son quienes tienen mayores desventajas sociales que los hombres. Así también, las mujeres se enfrentan al control de otros y a las normativas y responsabilidades sobre su cuerpo y deseo sexual, pero también del varón, porque a él mismo se le ha educado para poder hacerse responsable de su sexualidad. Estas consignas pueden ser transmitidas por la familia y por otras mujeres, en donde el discurso amoroso es el argumento que justifica el transgredir la norma (García, 2016).

Walti (2005), afirma que, en el caso de las mujeres, la primera relación sexual es una acción que muestra el ejercicio del poder que ejerce otra persona y no es siquiera un evento placentero o incluso producto de su propia decisión, sino una acción impuesta. Esto es evidente en el caso de una violación, pero no solamente en estos casos la mujer es objeto de una acción violenta, pues mediante otros mecanismos, que no necesariamente incluyen la violencia física, pero sí la psicológica, la mujer es obligada a tener relaciones sexuales sin que así lo desee. La presión del grupo social del que forma parte o el chantaje sentimental de

la pareja cuando ha establecido relaciones de noviazgo, son parte de estos mecanismos para acceder a una relación sexual aparentemente consentida.

3.2 Perfil de las conductas reproductivas de las adolescentes y mujeres en edad fértil en México

A continuación, se presentará un perfil sobre las conductas reproductivas de las adolescentes y jóvenes en el país, a partir de encuestas e investigaciones del gobierno federal, agregando el análisis de algunos autores relacionados con el tema.

La tasa de fecundidad en México ha aumentado considerablemente según los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) presentada en el 2014. En el trienio de 2011 a 2013, el grupo de mujeres de 20 a 24 años es el que presentó el nivel más alto, con 126 nacidos vivos por cada 1,000 mujeres; y destaca que en el mismo periodo de análisis ocurren 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años, aun cuando la mayor tasa de fecundidad no pertenece a las adolescentes, sí representa un número considerable (ENADID, 2014).

El número ideal de hijos de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) en la ENADID 2014 fue de 2.6 hijos, cifra menor a la presentada en la ENADID 2009 con 2.7. Respecto a las preferencias reproductivas, éstas son distintas de acuerdo a la edad: para las adolescentes (15 a 19 años) el promedio deseado se ubica en 2.3 hijos y para quienes se encuentran al final de su vida reproductiva (45 a 49 años) el ideal de hijos fue de 3.2, lo cual refleja que el deseo de tener un número de hijos elevado ha disminuido en las generaciones más jóvenes (ENADID, 2014).

En México, el aumento en la actividad sexual en adolescentes y la falta de uso regular de métodos anticonceptivos han sido importantes factores a considerar respecto a la vida sexual de las y los jóvenes. Según las estimaciones realizadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) con base en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES) 1987 y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad que eran sexualmente activas, pasó de 11.9% a 15.2% en esos 22 años, un aumento considerable, lo cual recalca la necesidad de desestigmatizar el acceso de los jóvenes a métodos anticonceptivos y a la información sobre éstos (ENAPEA, 2017).

En México, algunos autores (Rico, Feinholz, y Del Río, 2003) señalan que la educación sexual y los debates sobre ésta, muestran una aprobación mayoritaria para su impartición, dejando atrás la concepción de la sociedad mexicana como moralista y recatada, ya que existe interés de la población por esos temas, lo que refleja que el país está en un transición, aun frente a grupos conservadores ligados a la iglesia católica que se oponen a la promoción de métodos anticonceptivos y la atención a las y los adolescentes en los servicios de salud respetando su confidencialidad. Puesto que el libre ejercicio de la sexualidad es un derecho reconocido, pero tiene implicaciones de riesgo para la salud de las personas, la educación sexual y la provisión a las y los ciudadanos de los recursos para ejercerla de manera responsable y segura, debe ser una obligación del Estado, considerando y respetando la diversidad de prácticas sexuales que se ejercen en sociedad.

Stern (2007) señala que los estereotipos de género, los cuales varían según la clase, están fuertemente relacionados con las prácticas sexuales y con el uso de métodos anticonceptivos, por lo que el imperativo de la maternidad en un estrato socioeconómico bajo, puede ser diferente al de una adolescente de clase alta, porque para el primer caso, significaría casarse y ser madre, lo que elevaría su estatus, mientras que para el segundo, significaría poner en riesgo su estatus, lo cual permite ver que los significados y prácticas sexuales de las y los adolescentes, están marcados por normas culturales y sus condiciones materiales de vida.

El Consejo Nacional de Población en el 2014, a partir del análisis de dos cohortes de mujeres: la primera de 25 a 30 años y la segunda de 35 a 49 años, reveló que, para la última generación mencionada, nacida entre 1965 y 1979, el 50% tuvo su primera relación sexual a los 18.4 años, mientras que las nacidas entre 1980 y 1989 fue a 17.7 años, es decir se rejuveneció la edad de la primera relación sexual. En el 2014, las mujeres que no tenían escolaridad o contaban con primaria incompleta, comenzaron su vida sexual entre los 15.9 y 16.5 años respectivamente; las que tenían primaria completa a los 16.8 y 17.5 años; y las de secundaria o más, en ambas generaciones iniciaron entre los 17.9 y 19 años. La brecha entre las mujeres con mayor cantidad de años de estudio cursados y las menos escolarizadas, muestra que las mujeres con bajo nivel de estudio tienen mayor posibilidad de comenzar su vida sexual y de tener un hijo a una edad más temprana (CONAPO, 2017).

De acuerdo al lugar de residencia, en los últimos cinco años en las zonas rurales, el primer encuentro sexual en las mujeres de 25 a 34 años fue a los 17.5 años, mientras la edad

en las mujeres de 35 a 39 años fue muy similar (17.6). En las zonas urbanas, la cohorte más joven tuvo tendencia a iniciar a una edad más temprana respecto a las adultas, de 17.7 a 18.6 respectivamente (CONAPO, 2017).

Sobre el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, de acuerdo con los resultados de la ENADID 2014, su uso incrementó al pasar de 19.5% a 34.3% entre 2009 y 2014, lo cual significa un aumento del 75.9%. El incremento se presentó en todas las mujeres clasificadas por las diferentes características sociodemográficas, sin embargo, llama la atención que, en las mujeres sin escolaridad, las que residen en zonas rurales o que son hablantes de lengua indígena, se duplicó el porcentaje de las que hicieron uso de algún anticonceptivo, aunque continúa siendo una cifra muy baja en comparación con las otras mujeres (CONAPO, 2017).

Al analizar por grupos quinquenales de edad, tanto en 2009 y en 2014, las adolescentes, seguidas por las jóvenes, fueron quienes realizaron un mayor uso de métodos anticonceptivos, en comparación con los demás grupos de edad, aun así, cerca de la mitad de las mujeres no tuvo prevención para evitar un embarazo no planeado o una infección de transmisión sexual (ITS). Por otro lado, el porcentaje de las que usaron algún método anticonceptivo disminuyó conforme aumenta la edad (CONAPO, 2017).

En la ENADID 2014, se corroboró nuevamente que el nivel de escolaridad de las mujeres marca la diferencia en el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, debido a que entre quienes contaban con primaria o no tenían escolaridad, los porcentajes fueron menores en relación con las mujeres que contaban con secundaria o con un mayor nivel escolar. Igualmente, para el año 2014 se duplicó el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual en residentes de zonas rurales, respecto a lo estimado en el 2009; pero la brecha se amplió aún más entre las mujeres residentes de zonas urbanas, pues hubo un aumento de 16.5%, pasando de 14.5% a 22.1% en esos mismos años (CONAPO, 2017).

Respecto al método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual, en el 2014 se obtuvo que 84.5% de las mujeres en edad fértil que tomaron medidas preventivas, usaron el condón masculino; el resto (15.5%) está distribuido entre pastillas con 5.2%, continuando con 3.7% que utilizaron el retiro o coito interrumpido, 1.9% que utilizó el ritmo, calendario o abstinencia; la pastilla anticonceptiva de emergencia tuvo un 1.5%, las inyecciones o ampollitas anticonceptivas 1.3%, el condón femenino fue utilizado por el 0.8% de las

mujeres y finalmente 0.8% usó otros anticonceptivos como el DIU, parche anticonceptivo, óvulos, jaleas o implante subdérmico (CONAPO, 2017).

El método al que más recurren las mujeres es el condón masculino, el cual incrementó su uso en 11.0% entre los años 2009 y 2014, al pasar de 76.1% a 84.1%, respectivamente; el uso de métodos hormonales (patillas, inyecciones, implante subdérmico, parche, píldora del día siguiente) pasó de 16.0% a 8.3% y las que recurrieron a otro tipo de método (DIU, condón femenino, óvulos, ritmo, o abstinencia, retiro) en 10.1% (CONAPO, 2017).

Entre el 2009 y 2014, aumentó el porcentaje de los distintos grupos de edad que hicieron uso del condón en la primera relación sexual; el mayor porcentaje se ubicó en las adolescentes (15 a 19), seguidas de las jóvenes (20 a 24) y las adultas de (25 a 29), aunque el mayor aumento del uso del condón se dio a partir del grupo de 30 a 34 años (CONAPO, 2017).

Las mujeres en edad fértil (MEF) que cuentan con primaria completa son quienes más incrementaron el uso del condón en su primera relación sexual, con un 18.5%, seguidas por las de secundaria y más con 10.6% y las de primaria incompleta con 9.9%. El grupo que menos acrecentó el uso de condón fue el de las mujeres sin escolaridad, con 6.1%. El uso de métodos hormonales en las mujeres no escolarizadas se incrementó en 6.3% y descendió en el resto de las mujeres, con primaria incompleta en 57.0% y las de secundaria y más en 48.4% (CONAPO, 2017).

Asimismo, el uso de otro tipo de métodos anticonceptivos se redujo, quienes en mayor medida dejaron de usarlos fueron las mujeres sin escolaridad, cuyo porcentaje bajó a casi la mitad, de 10.4% a 4.8%, sin embargo, todavía alrededor de 11% de las mujeres con primaria completa e incompleta recurren a otro tipo de anticonceptivos, entre los que destacan métodos tradicionales. Cabe destacar que en las mujeres con secundaria y más, el descenso en los últimos cinco años, fue apenas de 11.7%, lo que equivale a que sólo el uno por ciento dejó de utilizar estos métodos (CONAPO, 2017).

De acuerdo con el lugar de residencia de las mujeres, el mayor incremento del uso del condón masculino se registró en el ámbito rural (13.6%), comparado con el urbano (11%); las mujeres que recurrieron a métodos hormonales y otro tipo de métodos, disminuyeron más su uso en las zonas urbanas que en las rurales con 49% y 45.7%, respectivamente. Lo cual indica que en 2014, las usuarias de métodos en las zonas rurales, 10.7% utilizó hormonales, mientras que las de zonas urbanas lo hizo un 8%. Respecto al uso de otro tipo de métodos,

en las zonas rurales disminuyó en 9.4% y en el urbano en 9%, quedando un porcentaje de 7.7 en zonas rurales y de 7.1 en urbanas (CONAPO, 2017).

Sobre las razones para no usar métodos anticonceptivos, en la ENADID 2014 se corroboró que el desconocimiento y la falta de información sobre cómo deben usarse los métodos y dónde pueden obtenerse, ocupa el primer lugar (28.6%). Al reflexionar sobre las razones de no usar métodos anticonceptivos de los adolescentes, se observa que son ellos y ellas quienes menos se han beneficiado de los servicios de salud sexual y reproductiva, debido a que la principal razón sobre el no uso de métodos (28.6%), es porque no los conocían, no sabían cómo obtenerlos o cómo usarlos, seguido de quienes querían embarazarse (28.0%), las mujeres que no planeaban tener relaciones fueron el 22.9%, continuando con 12.8% que no creyeron embarazarse, el 4% esgrime otra razón para no usarlos, finalizando con el 3.6% que no estaba de acuerdo en usar algún método o su pareja no estaba de acuerdo (CONAPO, 2017).

Las adolescentes refirieron que el principal motivo para no utilizar métodos anticonceptivos en la primera relación sexual fue que no planearon el inicio de vida sexual, dado que una tercera parte (33.5%) experimentó este suceso sin haberlo planeado; el segundo motivo (18.3%) argumentaron que deseaban embarazarse, continuando con las mujeres que pensaban que no podían quedar embarazadas (17.8%). El 17.4% de las adolescentes expresaron desconocimiento sobre las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección, exponiendo que no sabían dónde conseguir y cómo usar los métodos, lo cual refleja que la promoción sobre salud sexual y reproductiva es aun ineficiente (CONAPO, 2017).

También el 28.6% de las mujeres en edad fértil (MEF) indicó que entre las razones para no usar métodos es el desconocimiento sobre dónde obtenerlos y cómo utilizarlos. Este porcentaje, desglosado de acuerdo al nivel de escolaridad, señala que las mujeres sin estudios que refieren este motivo es de 61%, continuando con las mujeres con primaria incompleta con un 51.5% y finalmente las mujeres con primaria completa un 37.9% (CONAPO, 2017).

Desear embarazarse es la segunda razón de no uso de métodos en las mujeres en edad fértil con 28%. Cabe mencionar que 20.7% de las mujeres sin escolaridad señalaron este motivo como razón de no uso de anticonceptivos, 24.2% con primaria incompleta, y 30.2% con primaria completa. El tercer lugar lo ocupan las mujeres que, al no planear tener relaciones sexuales, no hicieron uso de un método (22.9%), continuando con esta razón, el

porcentaje de las mujeres con secundaria fue de 27.8%, para el grupo sin escolaridad 6.9%, con primaria incompleta 10.4% y con primaria completa el 15.4% (CONAPO, 2017).

Es importante señalar que la cuarta causa de no usar métodos es porque no creían llegar a embarazarse (12.8%) y que el mayor porcentaje lo presentan las mujeres con secundaria y más (15.1%), seguidas por las de primaria incompleta (6.6%) y sin escolaridad (4.2%). El 4% de las mujeres en edad fértil expresaron “otra razón” la cual no especificaron. La última causa de no uso de métodos es la oposición de la pareja (3.6%), sin importar el nivel de escolaridad y la variación en porcentaje es muy baja: las mujeres sin escolaridad fue 3.8%, las mujeres con primaria incompleta 3.9%, con primaria completa 3.6% y con secundaria y más 3.5%, lo que refiere a una población de mujeres que no ejercen su sexualidad de manera libre (CONAPO, 2017).

La ENAPEA 2015 señala que algunas y algunos adolescentes dicen no haber usado métodos porque les daba vergüenza solicitarlos al percibir desaprobación social del personal de las farmacias o de los servicios clínicos donde podrían conseguirlos. Esto muestra que algunos factores culturales pueden limitar el acceso efectivo a la protección contra el embarazo y las ITS. Otros aspectos que habría que mejorar para aumentar el uso de métodos anticonceptivos por parte de las y los adolescentes, son la falta de fuentes de anticoncepción cercanas, el escaso conocimiento de los servicios de salud gratuitos y la accesibilidad en los horarios de atención de los centros de salud, así como también hay que acercar estos servicios a las escuelas (ENAPEA, 2017).

Respecto al uso y conocimiento de métodos anticonceptivos, de acuerdo con la ENADID 2014, el 98.7% de las mujeres en edad fértil conocen al menos un método anticonceptivo. Del total de mujeres de 15 a 49 años de edad, 51.6% declaran ser usuarias de algún método anticonceptivo, 15.3% son ex usuarias y 31.8% nunca ha usado algún método, aunque dicen conocerlos. En tanto que, en 2009, el 49.7% de las mujeres de 15 a 49 años de edad, reportaron ser usuarias de algún método anticonceptivo. Es necesario explorar porqué aun cuando ha aumentado casi un 50% la población que tiene conocimiento sobre métodos anticonceptivos, siguen sucediendo embarazos no planeados o deseados en las adolescentes, porque conocer no es saber, ni mucho menos lleva a emplearlos (ENADID, 2014).

Sobre la preferencia sobre el uso de métodos anticonceptivos, la oclusión tubaria bilateral (OTB) es el más empleado por las mujeres en edad fértil actualmente usuarias (48.6%), seguida por los métodos no hormonales o de barrera (30.4%); el 13.5% de las

mujeres usan métodos hormonales, 4.8% métodos tradicionales y 2.7% vasectomía. Es importante mencionar que el 78.2% las usuarias de 45 a 49 años reportan usar la OTB, mientras que el 66.9% de las jóvenes de 15 a 19 años, señalan utilizar métodos no hormonales (ENADID, 2014).

Stern (2007) señala que los varones de los sectores marginados, ven la necesidad de confirmar y reafirmar públicamente su masculinidad, razón por la cual no contemplan la necesidad de usar métodos anticonceptivos, excepto cuando tiene prácticas sexuales que considera riesgosas bajo la sospecha de contraer una ITS. El riesgo de un embarazo no planeado y no deseado se encuentra ausente o remoto dentro de sus preocupaciones, por el hecho de que embarazar a una chica no afecta negativamente su imagen.

En cambio, para las mujeres de ese sector, los estereotipos de género las hacen asumir que deben “darse a respetar” porque esto es lo que las hace ser “valiosas”, y lo que les dará garantía para que el hombre asuma responsabilidad en caso de ocurrir un embarazo. Estos estereotipos, cargados de una desvalorización femenina, hacen que las adolescentes sean quienes deben de tomar precauciones para evitar un embarazo, y que a ellas se les responsabilice de éste (Stern, 2007).

3.3 Perfil de las adolescentes menores de 15 años

El Consejo Nacional de Población (2018) realizó una investigación que tuvo por objetivo proporcionar un diagnóstico del embarazo en menores de 15 años de edad en el país. Este estudio se ejecutó a partir de la estimación de los niveles y tendencias de la fecundidad en esta población, tanto a nivel nacional como estatal, lo que resultó en una caracterización sociodemográfica de las niñas y adolescentes que ya han sido madres y de los progenitores de sus hijos e hijas, a partir de la reconstrucción de estadísticas vitales de nacimientos de 1990 a 2016. Los resultados de ese trabajo revelaron que para el 2016 ocurrieron 11 mil 808 nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años, lo que implica 32 nacimientos diarios.

Contrario a algunos argumentos sobre embarazo temprano y reproducción de la pobreza, la investigación de CONAPO (2018), también afirma que la fecundidad en adolescentes de 12 a 14 años y la pobreza no muestran una relación determinante; sin embargo, es posible advertir que, de manera general, a mayor pobreza mayor es la tasa de fecundidad. Los resultados del estudio refieren que la tasa de fecundidad en 1990 fue de 77.1, mientras que para el 2016 aumentó a 83.3. En la última fecha, los nacimientos en

adolescentes de 14 años representan el 83.3% del total, seguidos por la edad de 13 años, con 13.5%, ambas edades acumulan el 96.5% de estos nacimientos. La mayoría las adolescentes de 10 a 14 años tienen solamente un hijo o hija, y conforme ha pasado el tiempo, se ha reducido el porcentaje de las que tienen más de un embarazo llevado a término.

De acuerdo al lugar de residencia habitual, la tasa de fecundidad en el contexto urbano es de 1.96 por cada mil menores de 15 años, mientras que en el contexto rural es de 2.25 por cada mil. Respecto al estado civil en 2016, 61.2% de las menores de 15 años se encuentra en unión libre, en tanto que el 30.7% es soltera; un 5.6% no especificó su estado civil, las casadas con 2%; el menor porcentaje (0.5%) se agrupa en separada, divorciada o viuda (CONAPO, 2018).

Se observa una relación que indica que entre mayor es la edad mínima al matrimonio del estado donde ellas residen, menor es la tasa de fecundidad en niñas y adolescentes de 12 a 14 años, esta relación no es significativa, pero podría ser un factor de protección. Entidades como Guerrero, Quintana Roo y Coahuila con edad mínima de 18 años desde 2013, presentan tasas de fecundidad muy altas. En la práctica siguen ocurriendo uniones y matrimonios en niñas y adolescentes menores de 15 años, por lo que la correlación de esta variable con la fecundidad es muy significativa. Conforme aumenta el porcentaje de mujeres que se unen o casan antes de los 15 años, también incrementa la fecundidad en estas menores (CONAPO, 2018).

En cuanto a la escolaridad de las adolescentes se muestra que las niñas sin escolaridad representan un 2.6%; con primaria incompleta 6.9%; primaria completa 51.7%, 30.6% secundaria o equivalente, y finalmente 6.9% no especifica (CONAPO, 2018).

La edad del progenitor se encuentra mayormente entre los 15 a los 19 años (40.9%), el 28.0% no especificó edad, continuando con 22.7% entre 20 a 24 años, el porcentaje de 25 a 29 es de 4.9%, los hombres de 30 a más años tienen un 3.6%, el 0.8% restante corresponde a menores de 15 años. Es preocupante la poca concentración de nacimientos en los que la madre declara que el padre de su hijo hija se encuentra en su mismo rango de edad (menor de 15 años). La mayoría expone que el progenitor es mayor a ella, existiendo casos en los que el padre puede llegar a tener 35 o más años de edad (CONAPO, 2018).

Las condiciones de la actividad económica de las adolescentes de 10 a 14 años, señalan que 89.2% de ellas se dedica al trabajo no remunerado y 3.8% al trabajo remunerado; finalmente el 7.0% no especifica su ocupación. De las niñas sin una actividad económica

remunerada, solo 12% se dedica a estudiar, mientras que el 5.5% realiza otra actividad, y la mayoría (82.4%) se dedica a quehaceres del hogar. Aunque parezca poco, el 3.8% que declara que ella desempeña algún trabajo remunerado, es un elemento que indica que está ocurriendo una situación anticonstitucional, porque por ley, en México la edad mínima para trabajar es de 15 años, lo que implica una violación a sus derechos (CONAPO, 2018).

El trabajo remunerado es la principal actividad de los progenitores de sus hijos (63.8%), el 30.7% no especifica su ocupación, y el 5.4% restante se dedica al trabajo no remunerado. Este último grupo está dividido en su mayoría (53.8%) por estudiantes, seguido de otra ocupación (30.1%), terminando con el 15.4% de quienes se dedican al hogar (CONAPO, 2018).

3.3.1 Consecuencias del embarazo en adolescentes menores de 15 años

No hay duda de los efectos adversos que tiene el embarazo en las adolescentes de cualquier edad. En todo el mundo, el riesgo de morbilidad asociada a las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio es dos veces mayor entre mujeres de 15 y 19, años que entre aquellas que se embarazan después de los 20 años. En los países de ingresos medios bajos y medios, las adolescentes embarazadas tienen un mayor riesgo de fístula obstétrica en comparación con las mujeres de mayor edad. Las menores de 15 años presentan una probabilidad considerablemente mayor de sufrir padecimientos como eclampsia, anemia, hemorragia postparto y endometritis puerperal que las mujeres mayores de esa edad (UNFPA, 2016; Neal et al, 2012 en Ipas, 2018).

A pesar de que, en México, entre 2016 y 2017, la razón de mortalidad materna presentó un descenso de 9.4%, con 32 defunciones maternas por cada mil nacidos vivos; en 2017 las complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio fueron la sexta causa de muerte en mujeres entre 15 y 24 años de edad. Entre 1990 y 2014 el 13% de las muertes maternas correspondieron a mujeres menores de 20 años. El Observatorio de Mortalidad Materna en México refiere que las principales causas de muerte materna, en mujeres que se encuentran en etapa reproductiva son: en primer lugar, las hemorragias obstétricas (24%), proteinuria enfermedad hipertensiva, y edema en el embarazo, el parto y puerperio (21.9%) y aborto (7.1%). El Estado de México, Chiapas, Veracruz, Guanajuato y Ciudad de México suman casi el 40% de las defunciones registradas en 2017 (INEGI, 2015; OMS, 2017 en Ipas, 2018)

Esto se vincula con lo que muestra el Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), en donde se observa que, en 2014, las complicaciones durante el embarazo sumaron más del 80% de los egresos que realizó la Secretaría de Salud en adolescentes de entre 15 y 19 años y el 18.5% en adolescentes atendidas entre los 10 a 14 años (Centro de Análisis de Datos A.C, 2018 en Ipas, 2018).

Sobre la resolución del embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años, el 43.4% egresaron por parto, 14.8% tuvieron complicaciones en el embarazo que requieren atención de la madre y el 6.82% terminó en aborto. En el caso de las adolescentes entre 10 y 14 años, el 8.7% terminó en parto, 3.7% tuvieron complicaciones durante el embarazo que requieren atención de la madre y el 2.23% terminó en aborto (Centro de Análisis de Datos A.C, 2018 en Ipas, 2018).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017), la tasa de morbilidad hospitalaria por hipertensión gestacional, preclamsia y diabetes mellitus gestacional en el 2014 fue de 261 por cada mil mujeres entre 15 y 19 años y de 17 por cada mil entre 12 y 14 años. Para 2016 la carga de enfermedad por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio presentó 1.8% del total de los años perdidos por muerte prematura y con discapacidad, entre mujeres adolescentes de 15 a 19 años, y 1.3% entre las adolescentes de 10 a 14 años (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017 en Ipas, 2018).

Asimismo, el riesgo de mortalidad infantil es 50% mayor para hijos de madres adolescentes en comparación con mujeres mayores de 20 años. Globalmente, la OMS ha documentado que las niñas y adolescentes embarazadas a los 14 años o menos tienen mayor probabilidad de presentar un parto prematuro, tener un hijo con bajo peso al nacer y mortalidad perinatal. En México, entre 2010 y 2014, el grupo de adolescentes entre 10 y 14 años fue el que registró la mayor tasa de hijos con bajo (1500 – 2500g) y muy bajo (menos de 1500g) peso al nacer, así como las mayores tasas de partos prematuros (menos de 37 semanas de gestación) y muy prematuros, (28 a menos de 32 semanas de gestación) en comparación de las adolescentes mayores de 15 y las jóvenes mayores de 20 años (OMS, 2014; Chandra-Mouli, Camacho y Michaud, 2013; Urbina, Jasso, Schiavon, Lozano y Finkelman, 2017 en Ipas, 2018).

Otro punto a tener en cuenta es que, en México, las adolescentes embarazadas, en comparación con aquellas mujeres que se embarazan después de los 20 años, tienen más

probabilidad de “no tener educación alguna, de no tener ocupación, de ser solteras y no tener derechohabiencia” (Urbina, 2017 en Ipas, 2018). Se sabe también que son ellas quienes tienen un riesgo mayor de enfrentar depresión posparto en comparación con las adultas; y se ha descrito una asociación entre mayor inmadurez psicosocial y menores herramientas de crianza, así como expectativas menos realistas sobre la conducta infantil y, por lo tanto, conductas de crianza más punitivas o menor sensibilidad a conductas infantiles. No obstante, a pesar de las cifras alarmantes de embarazos cada vez más tempranos, todas estas hipótesis son tradicionalmente abordadas en mujeres mayores de 15 años y muy poco se sabe de las niñas (Tridenti y Vezanni, 2018 en Ipas, 2018).

En relación con los embarazos que no llegan a término, los datos sobre el aborto inseguro en niñas menores de 15 años son prácticamente inexistentes en la mayoría de los países, especialmente en aquellos con leyes restrictivas y/o con deficientes sistemas de registro. La OMS (2012) estima que en los países en desarrollo, anualmente se registran 3.2 millones de abortos inseguros entre adolescentes de 15 a 19 años, de los cuales 670 mil (23%) se lleva a cabo en América Latina y el Caribe (Ipas, 2018).

En México, las estimaciones más recientes indican que para 2009, el 34% de los embarazos entre adolescentes de 15 a 19 años terminaron en aborto, lo cual representa un total de 230,180 interrupciones del embarazo (44 abortos por cada 1000 adolescentes de 15 a 19 años). Las adolescentes se enfrentan a mayores dificultades para acceder a información y servicios de aborto seguro, incluso en lugares donde existen indicaciones legales (Guttmacher Institute, 2016 en Ipas, 2018).

Las investigaciones realizadas por Ipas señalan que es más probable que niñas y adolescentes, sobre todo las más jóvenes, retrasen la búsqueda de atención, por lo que es frecuente que interrumpan el embarazo en etapas más avanzadas, que recurran a personas no calificadas, que empleen métodos inseguros y que pospongan la búsqueda de atención médica en caso de complicaciones, las cuales suelen ser más frecuentes y severas, entre las que destacan: hemorragias, septicemia, lesiones en órganos internos, tétanos, esterilidad e incluso la muerte (International Sexual and Reproductive Rights Coalition, 2002 en Ipas, 2018).

Las causas del embarazo en adolescentes son diversas y se asocian indistintamente, con distintos ámbitos de la vida de las mujeres. Este problema se ha atribuido, con mayor frecuencia y obviedad, a lo relacionado con las condiciones en que ocurren los encuentros sexuales entre adolescentes: el inicio temprano de la vida sexual, la información y el acceso

disponible a métodos anticonceptivos. Sin embargo, ésta podría ser una hipótesis apresurada. En el caso de las adolescentes en general y de las menores de 15 años en particular, contrario a lo que tradicionalmente se ha pensado, el embarazo no es resultado de una decisión o acto deliberado, sino que en la mayoría de los casos, es consecuencia de una falta de poder para la toma de decisiones, así como de circunstancias que están fuera del control de las adolescentes (Ipas, 2018).

Como se mencionó anteriormente, en general, el embarazo a temprana edad es el reflejo del menoscabo de las facultades, la marginación y presiones de compañeros, pares, familias y comunidades. Además, en muchos casos, es el resultado de la violencia y coacción sexual y de prácticas nocivas, como las uniones o el matrimonio infantil. De hecho, la evidencia muestra que nueve de cada 10 embarazos en adolescentes ocurren entre mujeres casadas o unidas (UNFPA, 2013 en Ipas, 2018).

En México, el incremento de la violencia relacionada con la delincuencia organizada ha provocado que las mujeres se enfrenten a condiciones extremas de desprotección ciudadana y vulnerabilidad, exponiéndolas a consecuencias y afectaciones graves sobre su salud física, mental y social. En ese sentido, la violencia de género, situada en nuestro contexto, expone a las adolescentes a mayores obstáculos para acceder a una vida libre de violencia, para ejercer sus derechos humanos en general y en particular, para gozar del nivel más alto posible de salud física y mental (Ramos, Saucedo y Saltijeral, 2016 en Ipas, 2018).

Así también, el embarazo y la maternidad temprana son una ineludible consecuencia del matrimonio infantil que entraña peligros para la salud, así como es una violación grave a los derechos fundamentales de las niñas y adolescentes. Las consecuencias sociales del embarazo en las adolescentes menores de 15 años, acontecen de diversos factores sociales y económicos que se entrelazan de forma compleja, ejemplo de ello es el aumento en el inicio de relaciones sexuales sin protección a edades más tempranas, la creciente carga sexual a la que están permanentemente expuestos los niños, las niñas y adolescentes a través de los medios de comunicación, a los entornos sociales, la insuficiente educación integral en sexualidad y la falta de políticas públicas dirigidas a este grupo de la población (Gómez, Molina y Zamberlin, 2011 en Meneses y Ramírez, 2017).

La unión consensual y el matrimonio infantil, los cuales en términos numéricos afecta a más mujeres que a hombres, también asume más consecuencias en las niñas, quienes se ven obligadas a cumplir con un rol tradicional de esposas y madres, lo que es una violación a los

derechos humanos porque repercute negativamente en el goce de prerrogativas fundamentales de las adolescentes, como es el derecho a la vida, la dignidad personal, la salud, la integridad física, la educación y la protección contra situaciones que pongan en riesgo su desarrollo físico y emocional (Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, 2005 en Carmona, 2013).

El matrimonio infantil, considerado como la unión de dos personas en que al menos una de ellas es menor de 18 años, ha sido calificado como una tradición semejante a la esclavitud desde 1954, a través de la resolución 843 de la Asamblea General de Naciones Unidas, donde se declaró que algunas leyes y antiguas costumbres relacionadas con el matrimonio y la familia eran incompatibles con los principios de los derechos humanos. Así cuando una niña o adolescente es obligada a contraer nupcias, son reducidas a la condición de una persona sobre la que se ejerce el derecho de propiedad, lo cual es un hecho que vulnera el derecho a la protección; de igual forma, los estudios de género lo consideran una forma de violencia, así como una práctica que afecta la salud de las niñas y adolescentes implicadas en él (Carmona, 2013).

En este sentido, siempre que una mujer o adolescente menor, es comprometida o dada en matrimonio por sus padres, sus tutores o su familia, se está en presencia de una práctica análoga a la esclavitud, dado que la unión no está basada en el consentimiento libre, como establece la normatividad internacional de derechos humanos. En especial, respecto a la niñez, se argumenta que su propia edad, así como la etapa de desarrollo físico e intelectual que atraviesan, les hace más vulnerables a la presión externa para casarse, aceptar el cónyuge que les ha sido elegido y difícilmente han dimensionado las consecuencias de este acto, lo que vulnera por completo su derecho a expresar libremente su opinión acerca de los asuntos que le atañen. Al tiempo, se considera una práctica que asemeja la esclavitud cuando confina a la esposa a la servidumbre en el hogar (Carmona, 2013).

Desde otro punto de vista, se advierte que “el matrimonio prematuro es producto de la discriminación basada en el género, que otorga más valor a la supervivencia, al desarrollo, la protección y a la participación de los niños frente a las niñas”. La perspectiva de género ha hecho visibles las costumbres y prácticas que dañan la salud de las mujeres que abarcan la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil y el matrimonio forzado, los delitos relacionados con la dote, los asesinatos de honor, el estatuto inferior de la esposa en las

legislaciones, la servidumbre, así como la explotación sexual y de otro tipo en el marco del matrimonio (Carmona, 2013).

Respecto a la incidencia del matrimonio infantil en México, en el 2011 se celebraron en México más de 84 mil casamientos en que la contrayente era menor a los 15 años. Esto significa que una de cada cien mujeres de entre 12 y 18 años de edad se casó. Pese a que este fenómeno afecta también a los varones, es mayor el número de mujeres que participan en uniones tempranas: por cada niño que contrajo nupcias aquel año, tres niñas de la misma edad lo hicieron. Esta cifra también nos indica que estas mujeres se casan con hombres mayores que ellas. Tras esta práctica se esgrimen razones como el aprecio de la virginidad de las niñas, la prevención de embarazos fuera del matrimonio, la protección del honor de la familia, la cancelación de los deseos de autonomía que aparecen durante la adolescencia considerados indeseables en algunas culturas, el control de la mujer en el hogar, o la necesidad de asegurar el futuro económico de las hijas, sobre todo si el cónyuge es mayor y dispone de más recursos (Carmona, 2013).

Algunos estudios indican que el matrimonio infantil es más común en los hogares pobres, UNICEF señala que una niña de un hogar pobre tiene tres veces más probabilidades de contraer matrimonio que una niña de un hogar con mejores ingresos. Existe una fuerte relación entre pobreza y matrimonio infantil. Las familias más pobres pueden ver a las niñas como una carga económica y a su matrimonio como una estrategia de supervivencia. En algunos casos, los padres consienten el matrimonio de sus hijas para reducir el número de personas a quienes deben alimentar, vestir y educar; mientras que en otras, el dinero, bienes o ganado, es decir, la dote que los maridos ofrecerán es una motivación importante. Ramos Soto explica que en sus investigaciones encontró que la condición de pobreza de las familias, fue el argumento más referido por niñas de diversas comunidades de Oaxaca, entre las razones del matrimonio (Carmona, 2013).

El embarazo en la adolescencia debe de reconocerse como un problema social y de salud, el cual no es responsable de la pobreza, ni de la deserción escolar de los jóvenes, sino que es el resultado del limitado acceso a salud sexual de calidad en el país y de los obstáculos para informar a las y los adolescentes sobre métodos anticonceptivos. También, muchos de los embarazos tempranos se dan porque las relaciones sexuales se dan bajo un ambiente de presión y violencia, en donde los varones pocas veces aceptan el uso de anticonceptivos, y a las mujeres sólo se les ve como culpables o únicas responsables de la situación. Es necesario

reflexionar en la amplitud de condiciones sociales, económicas y culturales en la que están inmersos los adolescentes, las cuales se viven de forma diferenciada mujeres y hombres, lo que muchas veces los dirigen a mantener conductas tradicionales, en donde aceptan el embarazo como destino, sin la libertad de optar por un plan de vida diferente.

4 Prácticas y significados asociados al aborto: la exigencia de la maternidad

La presente investigación se realizó bajo el enfoque cualitativo; se recuperaron las experiencias y las vivencias de las adolescentes con embarazos antes de los 15 años que atendían su embarazo en el INPer, particularmente se indagó por el significado que le daban al aborto, si conocían la ILE y si alguna de ellas se había practicado una. Se buscó con ello reflexionar por qué en una ciudad en donde este derecho reproductivo se encuentra legalizado, éstas habían continuado con su embarazo a pesar de su corta edad. Cabe aclarar que el punto no se encuentra en que se considere que ellas deberían interrumpir sus embarazos, sobre todo porque la literatura al respecto muestra que muchos de sus eventos reproductivos son deseados, sino que mediante este trabajo se pretendió mostrar que en esta población existen elementos personales, familiares e institucionales que impiden que ellas conozcan la ILE como un derecho y que más bien se refieran al aborto con una connotación negativa.

Para ello se empleó el marco normativo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Se operativizó el análisis por medio de la propuesta cualitativa de Glaser y Strauss (1967) denominada teoría fundamentada.

4.1 Metodología

Se realizaron siete entrevistas en profundidad a adolescentes embarazadas de 10 a 14 años que acudieran al Instituto Nacional de Perinatología para su atención prenatal, las cuales se analizaron en el software Atlas Ti. Este trabajo se efectuó bajo el enfoque de género, y el referente teórico que sirve como sustento para el análisis de los resultados obtenidos en las entrevistas a profundidad es el marco normativo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como la teoría fundamentada, la cual permite realizar elaboraciones teóricas a partir de analizar el discurso de las sujetas. Las preguntas que guiaron el estudio son:

- ¿Cómo significan las adolescentes que se embarazan antes de los 15 años y que acuden al INPer, la interrupción del embarazo y el aborto y cuáles son los significados y prácticas asociados al mismo?

- ¿Cuáles son las situaciones y condiciones que enmarcan el que en una ciudad donde la interrupción del embarazo sea legal, determinadas adolescentes menores de 15 años no lo ejercen?

Supuesto

- Las adolescentes embarazadas menores de 15 años no cuentan con información sobre el servicio gratuito de la ILE, debido a lo aprendido en sus núcleos familiares tradicionales.

Objetivos de la investigación

General:

- Analizar los significados y prácticas asociadas al aborto y a la interrupción legal del embarazo en adolescentes embarazadas antes de los 15 años que asisten al Instituto Nacional Perinatología (INPer); a partir de entrevistas en profundidad; con la finalidad de ampliar en conocimiento en torno al tema.

Específicos:

- Explorar los significados que le otorgan las adolescentes embarazadas antes de los 15 años que acuden al INPer tanto al aborto, como a la interrupción legal del embarazo.
- Describir las prácticas en torno a la interrupción legal del embarazo de aquellas que la han realizado o pensaron en ella como una opción.

4.2 Las sujetas de estudio

A continuación, las informantes serán descritas a través de un breve bosquejo de su historia de vida. Los nombres presentados son pseudónimos elegidos para resguardar la confidencialidad de las entrevistadas.

Cuadro no. 1 Datos sociodemográficos de las entrevistadas

Nombre	Edad a la entrevista	Edad de ego al primer embarazo	Edad del progenitor de su hijo	Lugar de residencia	Condición de pareja	Último nivel de escolaridad alcanzado o que está estudiando	Ocupación	No. de gestas
Angélica	13	13	22	Edo. Méx.	Unión libre	Primaria trunca	Hogar	1
Estrella	13	13	15	Edo. Méx.	Unión libre	Secundaria trunca	Hogar	1
Lourdes	14	13	18	CDMX	Soltera (la pareja se fue)	Secundaria	Estudiante secundaria	1
Anahí	15	14	16	Edo. Méx.	Soltera (la pareja se fue)	Secundaria trunca	Hogar	1
Brenda	15	14	18	CDMX	Soltera con pareja	Preparatoria	Estudiante preparatoria en línea	1
Xóchitl	15	14	16	CDMX	Soltera (acababa de concluir la relación)	Secundaria trunca	Hogar	1
Vianey	16	13	18	Edo. Méx.	Unión libre	Secundaria	Hogar	2 gestas, 1 aborto

Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a las informantes en el INPer, Ciudad de México.

Las entrevistas de Brenda, Vianey y Anahí se realizaron en su domicilio, mientras que las de Angélica, Lourdes, Estrella y Xóchitl fueron aplicadas en el INPer. Brenda, Lourdes y Xóchitl residen en la Ciudad de México, mientras que Angélica, Vianey, Anahí y Estrella habitan en el Estado de México. Dos de las adolescentes continuaban estudiando, en tanto que las otras cinco se dedicaban al hogar.

Tres de las informantes eran solteras: Lourdes, Anahí y Xóchitl y no contaban con el apoyo del progenitor de sus hijos, en tanto que Brenda vivía con sus padres, pero mantenía una relación de noviazgo con el padre de su hijo; las otras tres (Angélica, Estrella y Vianey) vivían en unión libre. Todas cursaban por su primera gesta, excepto Vianey que se encontraba embarazada por segunda vez al momento de la entrevista.

4.3 ¿Quiénes son las adolescentes entrevistadas?

En este apartado se presenta una breve síntesis de la historia de vida narrada por las informantes en las entrevistas a profundidad.

Angélica: Contaba con 13 años al momento de realizar la entrevista, y a punto de cumplir cinco meses de embarazo. Siempre había vivido en el Estado de México en casa de

su abuela materna y bajo su cuidado, sus padres habitaban en una casa a parte. Angélica inició la primaria hasta los ocho años por múltiples cambios de escuelas y problemas con su documentación, a los 12 años, cuando cursaba el quinto año de primaria, abandona la escuela porque sus padres se separan. A raíz de esto, su madre regresa a la casa familiar a vivir con ella y con su abuela y comienza a trabajar. Angélica no regresó a la escuela porque ya no le gustaba asistir pues recibía agresiones físicas de sus maestras, pero le gustaría volver a estudiar por su bebé, para poder ayudarlo en su educación. Hasta el momento de la entrevista nunca había trabajado.

La adolescente conoció al padre de su hijo a los 12 años, por una amiga en común que los presentó, él tenía 22 años y fue su primer novio. Seis meses después de iniciar la relación, él le propuso vivir juntos, ella sí quería unirse en pareja desde muy chica, y la propuesta la hizo sentir bien y le ocasionó emoción. La madre de Angélica aceptó esta unión, no opinando nada sobre la edad del joven ni de su hija, sólo le dijo que se cuidara mucho, su única preocupación fue que él le pegara. En un inicio, Angélica se fue a vivir a casa de su suegra, estuvo ahí sólo dos meses y regresó con su madre y abuela, cuando ya unida supo de su embarazo, la razón se debió a motivos de seguridad física, porque la casa de su pareja se encontraba en un cerro.

Para Angélica su primera relación sexual no fue una experiencia agradable, y es un tema del que siempre la ha dado pena hablar. Inmediatamente al comenzar la unión, su pareja le propuso tener un hijo, por ello nunca hicieron uso de métodos anticonceptivos. La propuesta de tener hijos fue de su agrado, porque su sueño siempre fue tener un hijo. A pesar de eso, ella no creía que la unión se haya dado en un momento adecuado, tampoco el embarazo, tanto por su edad, como porque la vida en pareja le parecía complicada por las responsabilidades en el hogar.

Angélica afirmó llevarse bien con su pareja; como actividad cotidiana salían de paseo. Pero que cuando él se enojaba se alteraba mucho: también pasaba demasiado tiempo en el teléfono. Su embarazo era algo muy bonito, aunque había tenido amenazas de aborto porque su matriz aún era muy pequeña. Angélica sentía apoyo de su madre, de su abuela y de sus hermanas, también de su pareja. En un futuro le gustaría dedicarse a la repostería o estudiar una licenciatura, le gustaría continuar con su pareja y tener un hijo más.

Estrella: Fue entrevistada con la compañía de su madre, lo cual fue complejo porque muchas de las preguntas eran contestadas por la madre y no por la informante. Conoció al

padre de su bebé a los 12 años, quien en ese entonces tenía 14. Se conocieron porque ella y su familia practicaban fútbol y formaron un equipo al cual el joven se integró. Actualmente él trabaja con el padre de Estrella como recolector de basura. Ella se dedica al hogar, abandonó la escuela en su segundo año de secundaria porque ella y su pareja decidieron unirse conyugalmente.

La madre de Estrella platicó que no quería que su hija se juntara con su novio, pero por temor a que se fuera y de no volver a verla, permitió la unión conyugal. La entrevistada y su novio querían casarse, pero en el Registro Civil les explicaron que ya no estaba permitido el matrimonio a menores de edad. En un primer momento, vivieron en casa de la familia de su novio, pero después de una discusión con él, ella se cortó el cuello. Estrella estaba diagnosticada con distimia, un tipo de depresión, por lo que había sido atendida en el Hospital Psiquiátrico Juan Navarro desde antes de vivir en pareja. A raíz de ese suceso, la madre de Angélica decide llevársela a su casa junto con su pareja.

El primer encuentro sexual de Estrella fue cuando ya vivía con su pareja conyugal, los dos decidieron no usar métodos anticonceptivos porque querían ser padres, desde el noviazgo lo habían planeado. La noticia del embarazo agradó mucho al joven, lloró de la alegría, para ella fue la mejor noticia de su vida. Estrella se encontraba feliz con su embarazo, pero ya no sentía mucho entusiasmo de vivir con él, porque era muy empalagoso y a ella eso ya no le causaba alegría. Aun así, en un futuro le gustaría estar casada por la iglesia, independizarse y tener otro bebé.

Lourdes: Se embarazó a los 13 años, y al momento de ser entrevistada continuaba estudiando la secundaria escolarizada, pero desde su casa, ya que a partir de los cinco meses de embarazo la institución educativa ya no la dejó asistir. Lourdes siempre ha vivido en Iztapalapa en casa de sus padres.

Su primer novio lo tuvo a los 13 años, lo conoció en un gimnasio a donde tomaba clases de box, él era instructor y en ese momento tenía 17 años. Las familias de ambos estuvieron de acuerdo con el noviazgo. Con él tuvo su primera relación sexual, para ella fue extraña puesto que fue el primer encuentro de ambos y no tenían experiencia alguna. En esa ocasión usaron condón, pero éste se rompió, razón por la que ese mismo día decidió tomar las pastillas del día siguiente, él estaba muy nervioso y le decía a Lourdes que no quería ser papá.

Para Lourdes los siguientes encuentros fueron más placenteros a causa de que ya tenían más tiempo de novios y convivían más. Durante el tiempo que mantuvieron su vida sexual activa se cuidaban con condón y pastillas del día siguiente. Lourdes no confirmó su embarazo hasta los cinco meses. Ella siempre había tenido un periodo irregular y no presentó ningún síntoma como mareo o vómitos, pero comenzó a subir de peso y no podía bajar aún con la actividad deportiva que seguía practicando, por esa razón comenzaron las sospechas de sus padres, quienes la interrogaron sobre si ya había iniciado su vida sexual y sobre si es que estaba embarazada, a lo que ella tuvo que responderles afirmativamente.

Sus padres le programaron una cita en el INPer, y le garantizaron su apoyo en caso de que la pareja no quisiera apoyarla con el bebé. Cuando ella comentó a su novio sobre el embarazo él se puso muy serio, triste y cortante, después quedaron en verse y ese día él terminó la relación, diciéndole que él no se haría responsable del bebé. Gracias al apoyo que anteriormente le habían externado sus padres, Lourdes se sintió protegida y con confianza, por lo que ya no quiso volver a buscarlo, ni tampoco a la familia de éste.

La entrevistada deseaba continuar estudiando, ya sea gastronomía o veterinaria. También le gustaría en un futuro tener una relación formal, pero no está convencida de querer volver a embarazarse, a menos de que encuentre a una pareja que desee ser padre.

Anahí: Nació en Naucalpan Estado de México, y toda su vida ha vivido ahí. Estudió un año de kínder y vagamente recordaba haber cursado el primero y segundo año de primaria, hubo varios cambios por los que dejó de asistir, es hasta los 10 años que regresa a la primaria formalmente, la adolescente desconoce las razones por las cuales no estudió de forma consecutiva, los motivos nunca se los preguntó a sus padres. Durante los años en que no asistió a la escuela, su mamá y papá le enseñaban en casa. Al regresar a la primaria le revalidan algunos años y la concluye a los 12 años, después ingresa a la secundaria, y antes de terminar el segundo año se entera de que estaba embarazada y decide abandonar la escuela por complicaciones médicas.

Tuvo tres noviazgos antes de conocer al padre de su bebé, a éste lo conoció en la colonia donde vivía y le gustaba su relación porque él era una persona detallista que pasaba mucho tiempo con ella. Con él inició su vida sexual a los 14 años, él tenía 16 y no usaron ningún método anticonceptivo. En encuentros posteriores llegaron a usar el condón porque Anahí temía embarazarse o contraer alguna infección, pero en su último encuentro no se

cuidaron. Para ella no fue ideal la edad en que inició su vida sexual, pues le pareció algo inesperado y no planeado.

Sus padres no estaban de acuerdo con la relación y discutían bastante porque pensaban que él no era una buena persona para ella, debido a que siempre estaba en la calle. Anahí le planteó la situación a su novio, quien le dijo no querer terminar la relación, pero lo aceptó. Como al momento de la separación Anahí ya estaba embarazada, él le preguntó por el futuro de él y del bebé, por lo que los padres de Anahí quisieron hablar con la familia del joven; cuando eso pasó, él ya no estaba con ellos y la familia no quiso dar explicaciones sobre qué había pasado o en dónde se encontraba.

Anahí se da cuenta de su embarazo porque se sentía muy cansada y con mucho sueño, por ello se realiza una prueba de embarazo casera, una semana después lo comenta con su mamá, quien la lleva a realizarse una prueba de sangre. Anahí sentía vergüenza de contarle a su padre. Al hacerlo, éste le dio las opciones de tener al bebé o de abortar, pero finalmente decidió ser madre por sentir culpa, y por pensar que le quitaba la vida a alguien. Sus padres estuvieron de acuerdo con la decisión, pero exhortaron a la adolescente de que una vez que naciera el bebé, ella continuara con sus estudios.

Su pareja también le había sugerido el aborto, pero ante la negativa de ella, él se molestó, aun así, le dijo que sí la apoyaría. Sin embargo, el joven desapareció sin dar explicación; para ella la pérdida de su pareja fue dolorosa, porque tenía la ilusión de tener una vida con él. Por la responsabilidad de criar a su bebé sola, quería continuar estudiando y terminar una carrera y obtener un trabajo con el cual salir adelante, su familia le externaba apoyo para continuar con esos planes.

Brenda: Tenía quince años y estaba embarazada al momento ser entrevistada. Vivía con sus padres y su hermano mayor en la delegación Cuajimalpa. Desde su infancia cambió varias veces de domicilio por problemas familiares, por conflictos con los arrendadores, y por motivos de seguridad cuando vivía cerca de una carretera, por esos motivos también asistió a diferentes escuelas. Nunca tuvo que interrumpir sus estudios, pero en la entrevista expresó que, al saberse embarazada, decidió estudiar la preparatoria en línea por temor a burlas por parte de docentes y compañeros; le preocupaba que éstos la trataran mal o la excluyeran por asistir a clases durante el embarazo.

Brenda tuvo algunos noviazgos antes de conocer al padre de su bebé. Cuando ella tenía 13 años conoce a su actual pareja de 16 años, él se dedica a trabajar, entre semana de

jardinero y los fines de semana en un negocio de hamburguesas. Su primer encuentro sexual fue con su actual novio y fue planeado, ellos hablaron sobre las consecuencias de iniciar su vida sexual, entre ellas el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, por lo que decidieron hacer uso del condón. Para Brenda ese primer encuentro fue algo grato que fortaleció la relación; a partir de ese momento continuaron con su vida sexual activa, pero en una ocasión no contaban con el preservativo.

Un retraso en su periodo, inició las sospechas del embarazo, por lo que su pareja le dio dinero para comprar una prueba casera que salió positiva. La entrevistada no planeaba ser madre a esa edad, pero el aborto nunca pasó por su mente como una opción, además de que la noticia le causó alegría y emoción, al grado de ponerse a llorar. Ese mismo día comunicó la noticia a su novio, a él también le provocó alegría. Posteriormente habló con su madre, quien la cuestionó sobre el no haberse cuidado con un anticonceptivo, pero la ayudó a dar la noticia a su padre, quien tiene un carácter más fuerte y por lo que temía a su reacción; el padre de Brenda se molestó con la noticia y le dejó de hablar algunos días, pero después habló con ella sobre sus planes a futuro, la adolescente aún se sentía muy chica para comenzar a vivir con su pareja, por lo que cada quien vive en casa de sus padres. Poco después, las dos familias se reunieron para establecer acuerdos sobre los gastos y el servicio médico. La madre de la pareja de Brenda fue quien sugirió acudir al INPer, puesto que conocía la Clínica para adolescentes.

Su embarazo fue algo positivo, porque tanto ella como su pareja dejaron de consumir marihuana, ella contó que su pareja fue a quién más se le dificultó dejar la adicción por tener más tiempo de consumirla. Brenda externaba bastante apoyo de su familia y de su pareja, así como de su mejor amiga, quién la seguía frecuentando, también de sus tías quienes le resolvían dudas sobre el embarazo y la maternidad. Dentro de sus planes a futuro estaban terminar la preparatoria y obtener un trabajo relacionado con la informática, le gustaría obtener una casa propia y tener un hijo más, respecto a su pareja, le gustaría seguir con él y casarse.

Xóchitl: Ya había tenido a su hija al momento de ser entrevistada. Durante la secundaria tuvo muchos problemas porque prefería salir con sus amigas y novios a estudiar, debido a ello reprobó muchas materias. En una ocasión le encontraron activo en su mochila, razón por la que fue expulsada, después ingresó a otra escuela, pero le dijo a su madre que ya no le veía caso a continuar con sus estudios, ella prefería trabajar para ganar dinero, su

madre se molestó ante esa decisión, pero le permitió abandonar definitivamente la escuela. Cuando Xóchitl dejó la escuela, también comenzó su vida laboral en trabajos como taquerías, fondas y ventas de accesorios, al momento de la entrevista se dedicaba al hogar y no vivía en pareja.

La primera relación sexual de Xóchitl fue a los 11 años, este encuentro no fue planeado ni consensuado, un joven de su misma edad la invitó a su casa, en donde le dio una pastilla, al despertar ella no recordaba nada. Los siguientes encuentros sexuales de Xóchitl también se dieron bajo situaciones de violencia, con distintas parejas, en fiestas y bajo la influencia del alcohol, muchos de ellos sin uso de preservativos.

A los 14 años conoció al padre de su bebé, en ese momento él estaba por cumplir 16 e iba en la misma secundaria que ella, a esa misma edad se fueron a vivir juntos. Ellos utilizaban el condón, pero no funcionó. Xóchitl veía en el embarazo una forma de retener a su pareja, ella se sentía muy atraída por él físicamente y por su forma ser, pero al confirmar el embarazo pensó que debió haber esperado más tiempo para ser madre y tuvo en consideración no continuar con el embarazo, tanto porque era muy joven, como porque quería continuar saliendo con sus amigos y asistir a fiestas. La adolescente cambió de opinión sobre el aborto al hablar con sus padres, y llegó la conclusión de que éste era algo inhumano.

Al principio de su embarazo, como no sospechaba de él, seguía consumiendo alcohol y cigarrillos, ella atribuye a que, si el bebé no tuvo complicaciones, era un indicio de que debía ser madre para dejar atrás sus adicciones. La noticia del embarazo no fue de mucho agrado para la familia de la pareja de Xóchitl. Además, ella no quería hablar con su madre sobre el embarazo, porque le propuso llevarla a ponerse el dispositivo, a lo que la entrevistada se había negado.

El principal temor de Xóchitl era que su pareja la abandonara al salir embarazada, ella imaginaba una familia con él, pero después de múltiples peleas e infidelidades decidió terminar la relación. Ella sentía que a su expareja y a la familia de éste, no les interesaba su bebé, porque nunca las visitaban. En el futuro a Xóchitl le gustaría ser independiente de sus padres, tener un departamento, así como otra pareja y otro bebé.

Vianey: Al momento de la entrevista vivía en la Ciudad de México, pero había vivido tres años en Estados Unidos cuando era muy pequeña, por la búsqueda de sus padres de una mejor vida. Vianey asistió a natación durante la primaria, actividad que abandonó por cuestiones de horarios en su escuela. La secundaria fue una etapa que le agradó bastante, en

ella se sentía con mayor libertad que en la primaria y podía arreglarse, pero en cuanto a las clases le parecían aburridas.

A los 13 años conoció a un joven de 18, el cual se convirtió en su primer novio, con quien también tuvo su primera relación sexual, sin embargo, esta fue una situación forzada, pues él la presionó hasta que logró que ella accediera, a partir de ese encuentro quedó embarazada. Vianey platicó que él siempre le insistía en tener relaciones sexuales, las cuales no eran algo en lo que ya estuviera interesada, pero por tanta presión decidió aceptar, poniendo como condición el uso del preservativo, el cual su novio no quería usar, este fue un evento que le provocó tristeza y nostalgia. A los pocos días del primer encuentro, su pareja le llevó unas pastillas del día siguiente diciendo que: “había tenido un accidente” lo cual la hizo sentir muy molesta. Poco después, la madre de Vianey notó que ya no le había llegado el periodo, por lo que la llevó por una prueba que dio positiva.

La entrevistada se sentía muy presionada porque su madre sí hablaba con ella sobre cuidados para evitar un embarazo, su mamá comenzó a hablarle de esos temas porque andaba con un hombre de mayor edad, el cual nunca fue de su agrado. Vianey también sentía mucho temor por la reacción de su padre, quien se molestó bastante con la noticia.

Cuando la adolescente preguntó a su pareja qué pasaría en caso de un embarazo no planeado, él le dijo que debería abortar porque no quería ser padre, a lo cual le recordó que por eso ella le había pedido usar un método anticonceptivo. Vianey jamás quiso interrumpir su embarazo, pero el médico le dijo que su cuerpo era muy pequeño para soportar el continuar con él.

Vianey se estaba atendiendo en el INPer en ese primer embarazo, y de ahí la canalizaron al hospital Inguarán para interrumpirlo, ella detalló su experiencia en la clínica, las pruebas que le hicieron y los grupos próvida que se encontró fuera para hacer desistir a las usuarias. Por las semanas que tenía de gestación, la programaron para la interrupción por aspiración, ella señaló que el procedimiento fue rápido y sin dolor.

Su pareja terminó la relación después del aborto y difundió el acontecimiento a personas cercanas ellos en la secundaria a la que ambos asistían, a partir de eso, la entrevistada comenzó a sufrir ataques y burlas de sus compañeros, por lo que decidió cambiarse de secundaria. Ella refirió haberse deprimido por todos estos problemas; sobre todo por el hecho de haber perdido su embarazo. En la nueva secundaria se sintió mejor, porque fue comenzar de nuevo, sin nadie que conociera su pasado.

En esa escuela inició otra relación, la cual finalizó de forma definitiva cuando él se fue del país. A los 15 años, al terminar la secundaria, decide trabajar, ahí conoció su actual pareja. Vianey fue seleccionada en una preparatoria después de realizar el examen del COMIPEMS, asistió a unas cuantas clases, pero al ya estar viviendo con su pareja decidió desertar.

Cuando Vianey inicia su vida sexual con su actual pareja, se sentía segura con él, razón por la que decidió no usar anticonceptivos. Solamente usaron el preservativo por una infección que ella tuvo en algún momento. A los 15 años confirma su segundo embarazo, del cual su pareja se alegró mucho, sus padres también tomaron la noticia con tranquilidad, porque ya tenía una relación formal con el padre del bebé.

La adolescente desea que su pareja sea muy respetuosa en cuanto a la crianza del bebé, que no haya discusiones, ella expresa que él es muy mal hablado y no quiere que su hijo vea esa situación. Vianey quiere terminar la preparatoria y estudiar maquillaje, le gustaría vivir en un lugar aparte, con su pareja e hijo y tal vez en un futuro casarse.

4.4 Categorización de la información

En este apartado se comienza el análisis de los casos encontrados a partir de la teoría fundamentada. Ésta invita a realizar una codificación, en este caso, de las entrevistas realizadas en el INPer. Se trata de una teoría que se construye a partir de los datos recopilados y analizados de manera sistemática mediante un proceso de investigación que rompe el dogma del sistema hipotético-deductivo, ya que en la construcción de sus hipótesis se abandonan los presupuestos a priori (Wagenaar, 2003 en García y Manzano, 2010).

La propuesta metodológica de la teoría fundamentada consiste en la construcción de conceptos organizados en esquemas teóricos que explican el fenómeno estudiado con la finalidad de comprender el significado de dicho fenómeno en la vida cotidiana de las personas (Glaser y Straus, 1967 en García y Manzano, 2010). De acuerdo con Glaser y Straus, (1967) para analizar e interpretar los datos y realizar una codificación teórica se deben realizar tres procedimientos:

1. La codificación abierta que consiste en fragmentar las entrevistas y asignar a cada fragmento una etiqueta, la cual será el código.

2. La codificación axial que es una serie de procedimientos por medio de los cuales los datos son organizados a partir de las categorías que se consideran relevantes a partir de la pregunta de investigación.
3. La codificación selectiva que tiene como objetivo crear una categoría central en torno a la cual se van articulando todas las demás categorías y subcategorías.

El propósito de incluir la teoría fundamentada en esta investigación es que con ella se puede lograr un acercamiento a la experiencia social de las adolescentes, lo cual ayudará a conocerlas a profundidad y a partir de ello, desarrollar propuestas de Trabajo Social que apunten el reconocimiento de sus derechos.

4.4.1 Codificación abierta

Al realizar las codificaciones abiertas de las siete entrevistas a profundidad, se obtuvieron 27 códigos.

- | | |
|---|---|
| 1. Aborto | 15. Familia y embarazo |
| 2. Actividades de la pareja | 16. Formalizar la relación |
| 3. Adicciones | 17. Maternidad |
| 4. Amistad | 18. Negociación sobre las relaciones sexuales |
| 5. Autoestima | 19. Relaciones afectivas |
| 6. Cambios a partir del embarazo | 20. Residencia |
| 7. Derechos sexuales y reproductivos | 21. Salud mental |
| 8. Dinámica familiar | 22. Salud y embarazo |
| 9. Embarazo | 23. Separaciones de noviazgos |
| 10. Paternidad | 24. Temor a burlas |
| 11. Escolaridad | 25. Valoración de las relaciones de pareja |
| 12. Expectativas a futuro | 26. Vida laboral |
| 13. Experiencias sobre su vida sexual | 27. Violencia |
| 14. Familia y derechos sexuales y reproductivos | |

Como se puede observar, entre los temas que se codificaron, no salió como tal la ILE, en cambio las entrevistadas refieren tener nociones acerca del aborto, a pesar de su temprana edad.

4.4.2 Codificación axial

En este procedimiento se agruparon los 27 códigos en siete categorías, las cuales fueron nombradas con un título que reflejara de qué tratan los códigos que contiene cada una.

Cuadro No 2. Códigos y categorías

Categoría	Códigos
Aborto	Derechos sexuales y reproductivos Aborto Experiencias sobre su vida sexual Familia y derechos sexuales y reproductivos Maternidad Negociación sobre las relaciones sexuales Relaciones afectivas
Embarazo	Embarazo Cambios a partir del embarazo Familia y embarazo Temor a burlas
Salud	Salud mental Salud y embarazo Adicciones
Relaciones afectivas	Formalizar la relación Negociación sobre las relaciones sexuales Relaciones afectivas Separación de noviazgos Valoración de las relaciones de pareja Actividades de la pareja
Vida cotidiana	Residencia Escolaridad Vida laboral Dinámica familiar Amistad
Percepción sobre su vida	Autoestima Expectativas a futuro
Aspectos negativos de la vida cotidiana	Adicciones Violencia

Elaboración propia

4.4.3 Codificación selectiva

Se eligió como categoría central el “aborto” al ser la más vinculada con los objetivos de esta investigación y a partir de ella se realiza la construcción de la historia del fenómeno, en tanto que el término de ILE se emplea en este análisis cuando se refiere al término jurídico que permite que en la ciudad de México se pueda interrumpir el embarazo antes de las 12 semanas, más no como un concepto aprehendido por las entrevistadas.

En este apartado se presentan los relatos de las adolescentes, de sus parejas y de sus familiares en torno al aborto, algunos de ellos en contra y otros a favor y se observa cómo ellas llegan finalmente a privilegiar su embarazo. En sus narraciones no aparece el

conocimiento sobre la ILE, aunque sus familiares y algunos médicos, llegaron a proponerles el interrumpir su embarazo, sin que se les explicara en profundidad en qué consistiría dicho procedimiento.

4.5 Significados asociados al aborto

Ella no me pidió nacer

En las narrativas de las adolescentes se aprecia que están alejadas de una posición liberal, pues le otorgaban prioridad al proyecto de vida intrauterino, sobre el de ellas. Ello pudiera entenderse como una visión puramente biológica, porque el embrión es un principio de vida, carente de todo tipo de conciencia e incapaz de vivir fuera del útero. Ello provoca que no se le dé prioridad a los derechos de la persona existente, en este caso, las adolescentes (Valdés, 2001 en Lerner, Guillaume y Melgar, 2016).

Pues nadie planea ¿no? (ser madre). Esto, pero ya después... nunca tampoco fue en mi mente de quererlo abortar, ni nada. Pues sí me lo mencionaron (el aborto) pero pues yo no, nunca... tuve la idea de que si un día quedaba embarazada yo iba a abortar. Sí, pero pues yo nunca fui de la idea de abortar, ni nada (Brenda, 15 años, CDMX, 1 gesta).

Las razones que exponen las adolescentes para no ver el aborto como una opción viable están cargadas de concepciones religiosas, tales como que 1) el embrión ya tiene vida desde la concepción, 2) que es un bebé, 3) que ya es un ser humano y 4) que éste siente dolor. Esta negación a considerar la posibilidad de interrumpir el embarazo puede llegar a devenir del temor de sentirse rechazadas por las personas cercanas a ellas que condenan al aborto.

Pues porque siento como feíto, siento que... cuando abortan, pues lastiman al bebé y eso, no sé, siento que ya aun estando ahí pues ya es un ser humano ¿no? Pues nunca me gustó la idea del aborto (Brenda, 15 años, CDMX, 1 gesta).

Otras esgrimen que el embarazo les sucedió por una razón específica, tal como dejar de drogarse o para comenzar a ser responsables. Una frase común en este tema es que el futuro ser no tiene la culpa de los “errores” de ellas. Con lo cual, las mismas adolescentes asumían la responsabilidad del embarazo casi de manera exclusiva, a la par que las personas que les dijeron esta frase invisibilizan la corresponsabilidad tanto de la pareja en el embarazo, como de las instituciones del Estado, principalmente las escuelas y el sistema de salud, mismas que están fallando en proveerles de información, consejería y métodos

anticonceptivos con perspectiva de género para que puedan vivir una sexualidad protegida y puedan decidir en qué momento desean comenzar su reproducción.

Pues porque este sentí feo de quitarle la vida a una personita que no tenía la culpa y si vino, yo creo fue por una razón muy, muy buena, tal vez porque me estaba comportando mal o como tal vez fue mi estate quieto para mí (Anahí, 15 años, Edo. Méx., 1 gesta).

En el relato de Anahí también se detecta el sentimiento de culpa, ya que su madre, al no poder volver a embarazarse, asumía esa responsabilidad, trasladaba el sentimiento de su madre a ella misma.

En otra porque mi mamá ahorita, yo me, a mí me hubiera gustado tener otro hermanito, y pues mi mamá ahorita no, no puede tener otro bebé, y pues por eso mismo, porque si mi mamá no pudo, pues no me gustaría quitarle la vida a un bebé, por eso le dije a mi mamá que no que yo sí lo quería tener (Anahí, 15 años, Edo. Méx., 1 gesta).

Para algunas como Angélica de 13 años, el aborto era más bien visto como un riesgo médico, una situación que podría presentarse y hacerla perder la posibilidad de tener a su bebé, fue visto como una solución ante el embarazo. Esto es lo que responde al preguntarle sobre el aborto:

La verdad no (no pensó interrumpir su embarazo). Porque de ahí que él no estaba enterado (su pareja de 22 años de edad), la mamá (de él) es la que me acompañaba a las consultas y ahí nos dijeron que tenía amenazas de aborto, pero, y ya me dijeron que no comiera chocolate, que no comiera nuez, que no comiera té, porque como la canela es muy caliente y el chocolate también y fue como me dijeron que con eso tenía amenazas de aborto (Angélica, 13 años, CDMX, 1 gesta).

4.6 De la consideración de abortar a la aceptación del embarazo

Yo al principio la verdad es que no quería a la niña

Si bien la mayoría de las entrevistadas decidió continuar con su embarazo, algunas de ellas en un primer momento pensaron en interrumpirlo, viviendo una serie de cuestionamientos y reflexiones sobre qué hacer en esos momentos.

El caso de Xóchitl recorre diferentes aspectos, porque en un principio veía en el embarazo una forma de retener a su pareja, pero al confirmar el embarazo percibe que el ser madre sería un impedimento para continuar con su vida cotidiana de salir con sus amigos,

asistir a fiestas y consumir sustancias. También pasa por sentimientos de odio y rechazo al producto, lo que muestra que no todas las mujeres tienen un “instinto maternal” nato.

En una siguiente reflexión, Xóchitl expresa culpa y rechazo al aborto por sentir responsabilidad sobre el producto, la cual solo recaería sobre ella “al 1000%” que puede referirse a aspectos como cuidados, educación y manutención, sin el apoyo de la pareja.

Cuando estaba embarazada, ya cuando me enteré, me enteré que estaba embarazada, bien, dije: “No puedo seguir siendo tan posesiva con él, porque ahora depende de mí alguien al 100%” ¿no? Entonces... fue más que nada, yo al principio la verdad es que no quería a la niña, o sea, yo cuando estaba embarazada decía: “¡Ay, te odio!” Le decía un montón de cosas a mi niño cuando estaba en el estómago, estaba chiquita, entonces no sé, ya cuando lo empecé a pensar y, y dije: “Bueno, ella depende de mí, pobrecita, ella no pidió nacer” entonces fue cuando cambié de opinión (Xóchitl, 15 años, CDMX, 1 gesta).

Para Xóchitl en un principio la mejor opción era recurrir al aborto, para ello buscó informes sobre clínicas clandestinas, nunca pensó en una clínica de interrupción legal que le brindara un procedimiento profesional y sin riesgos, aquí se puede ver que los servicios de interrupción están muy alejados de las adolescentes, que la información no llega para todos y que, al momento de buscar información, no saben cómo encontrarla ni a quién acudir. En este momento sus familiares, profesores y los prestadores de servicios de salud debieran ser sus figuras significativas y brindarles apoyo y orientación para poder tomar las mejores decisiones, basadas en evidencias científicas y con apego al respeto de los derechos reproductivos de las mujeres.

En el relato de Xóchitl nuevamente vuelve a quedar al descubierto la concepción que tiene acerca de que aun en las primeras semanas de gestación el producto es un ser humano, por lo que interrumpir el embarazo es un acto en contra de ello, es decir “inhumano”. Sin embargo, la adolescente, embarazada a los 14 años, refiere sentirse “chiquita” para ser madre y no querer tenerla. En su relato no parece haber una figura significaba con la cual dialogar y poderle exponer sus dudas, incluso su propia pareja parece dejarla sola con su dialogo interno, por lo que ella debe responderse a sí misma a través de lo que pudieran ser sus marcos normativos de referencia en torno a la vida y los hijos.

Sí, eh... cuando le dije a él que yo estaba embarazada, pues sí él me dijo. Él me lo comentó y yo se lo confirmé ¿no? Le dije: “¿Sabes qué? Sí voy a ir a abortar, porque yo no quiero un hijo a esta edad (14 años), estoy muy chiquita, no quiero”. Yo me negaba porque yo quería seguir en mí, en mi despapaye. Mmm, entonces... sí lo pensé alguna vez, sí busqué alguna clínica

donde abortar, clandestina ¿no? Pero pues ya después de mucho tiempo de pensarla dije: “No, ¿no puedo!” Es muy inhumano el aborto, mucho muy inhumano, ella no me pidió nacer, entonces, por qué le iba a quitar la vida a alguien que no la pidió (Xóchitl, 15 años, CDMX, 1 gesta).

La adolescente significa al aborto como un acto inhumano y como el quitarle la vida a alguien, entonces para ella el procedimiento es un crimen y una situación que ninguna otra mujer debería realizar. Aun así, se puede ver en su relato que mucho de este significado negativo al aborto se da por temor a enfrentarse a su madre y decir abiertamente que no desea ser madre a esa edad. Aparecen incluso por momentos, referencias a haber pensado en suicidarse, las cuales son relativizadas por la propia adolescente mediante la risa.

¡Ya se arruinó mi vida!... Eso fue lo que pensé (al momento de enterarse del embarazo), lo primero que me llegó a la mente fue: “Ya se arruinó mi vida, ya no puedo hacer nada más, ya no quiero”, en algún punto yo decía: “ya no quiero ni vivir ¡Ya mátame Dios, llévame!” (risas). Pero después, le digo empecé a ver que era inhumano quitarle la vida a alguien que no, no pidió venir. Y pues dije: “No ¿Sabes qué? No puedo”, no, no tenía la fuerza para revelarme con mi mamá, pero no tenía la fuerza para matar a alguien, o sea, es alguien, es una persona ¿no? Es un ser humano, no tenía la fuerza para ir a abortar (Xóchitl, 15 años, CDMX, 1 gesta).

4.7 El papel de la pareja en el embarazo y el aborto

*¡O sea, estás muy chico para ser papá,
pero no para las acciones que haces de adulto!*

En la mayoría de los casos, cuando las adolescentes supieron de su embarazo, su pareja fue la primera persona a la que comunicaron la noticia. Sus reacciones y opiniones les permitieron comenzar a planear su futuro. Las posturas de los progenitores de sus hijos se dividieron entre quienes aceptaron continuar con el embarazo y apoyarlas en el proceso, y entre quienes propusieron a sus parejas abortar, esgrimiendo que tanto ellos eran muy jóvenes para ser padres, como ellas para ser madres. Entre los primeros casos se encuentran el de Angélica, Estrella y Brenda, a quienes su pareja nunca les mencionó abortar. Al contrario, casi inmediatamente asumieron la idea de ser padres y comunicaron el hecho a sus familiares.

No, tampoco, él dijo que no (su pareja de 18 años), que eso no (el aborto), y entonces pues ya, dijimos nada más eso y ya luego, luego fue a decirle, como a los cinco minutos a su mamá, ya su mamá habló con nosotros y eso... (Brenda, 15 años, CDMX, 1 gesta).

Por el contrario, a Xóchitl, a Vianey y a Anahí es la pareja quien plantea el aborto a modo de exigencia por no querer ser padre, en tanto que la pareja de Lourdes da por terminada su relación ante la noticia del embarazo.

Le comenté (al progenitor de su primer embarazo), pero antes de eso él se había venido, él sabía, yo le había preguntado y qué pasa si, si estaba embarazada y él me decía ¡que iba a abortar, que iba a abortar porque no quería ser papá, que estaba muy chico! Y me acuerdo que yo sí fue algo que le dije: “¡o sea, estás muy chico para, para ser papá, pero no para las acciones que haces de adulto!” le digo: “eso ya me suena algo inútil” y me dijo: “es que no, entiéndelo tú también estás bien chica” y le digo: “¡porque tú no entendiste eso!” y se quedaba callado y ya (Vianey, 16 años, CDMX, 2 gestas, 1 aborto).

Vianey, al haber iniciado su vida sexual a los 13 años bajo presión de su pareja de 18, en un momento en el que aún no mostraba interés por experimentar, le molestó el poco apoyo de él. Sentía que si el joven ya quería iniciar su vida sexual, debía de actuar de una forma más responsable. Sin embargo, al saber que la sujeta de estudio interrumpió el embarazo, la ataca, sin averiguar que lo realizó por prescripción médica. Este aspecto hace notar que para los hombres adolescentes el aborto también es un tema complejo, en el que se puede llegar a mezclar tanto el no deseo de la paternidad, como también el enojo y rechazo por este acto, depositando en ambos casos, la responsabilidad en la mujer.

Sí, sí, sí supo (su pareja) y hasta me dejó de, me dejó de hablar, pero yo dije: “si primero no te querías hacer cargo ¡cómo es posible que ahorita te importe! (el aborto)” dije, entonces me dejó de hablar, hablar, empecé a perder comunicación con él y se terminó nuestra relación (Vianey, 16 años, CDMX, 2 gestas, 1 aborto).

En el caso de Anahí, su pareja pensaba en el aborto, pero ante la negativa de ella, él aceptó continuar el embarazo.

Pues ya fue cuando tenía yo dos, no, no, un mes y medio, fue cuando yo le platicué a él (su pareja), y ya me dijo que por qué no le había dicho antes, que tal vez yo podía interrumpir el embarazo y así, y yo le dije que sí, mis papás me habían comentado que si yo quería abortar, pero pues yo le dije que no, que el bebé no tenía la culpa de, de nuestras cosas, que él, que yo lo iba a tener y sí, a mí me daba igual si él quería estar conmigo o quería formar una vida conmigo, y él como que sí se molestó, pero ya a la vez nos dejamos de hablar y ya fue cuando él ya, yo creo fue pensando las cosas y se quiso quedar conmigo pero pues no sé qué pasó y desapareció (Anahí, 14 años, Edo. Méx, 1 gesta).

Luego de tal discusión, la pareja de Anahí siguió en contacto con ella, pero la abandonó al poco tiempo sin dar más explicaciones ante la decisión de ella por continuar su embarazo. Cuando ella lo buscó en compañía de su familia, la de él les dijo que se había ido. Tal parece que él prefirió no encararla para concluir la relación, más bien optó por huir y olvidarse del futuro ser, lo cual se le facilitó por el hecho de que el embarazo no sucede en su cuerpo, además de que tal vez su familia lo apoyaba en su decisión y que él consideró que, alejándose, este evento se resolvería por sí mismo.

Las parejas de las adolescentes embarazadas reflejan el poco acercamiento que tienen hacia los derechos sexuales y reproductivos, porque no ven el uso de métodos anticonceptivos como una forma, no solo de protegerse de infecciones de transmisión sexual, sino como un medio para protegerse de un embarazo y de tener que responsabilizarse de un futuro ser y tener que involucrarse en una vida familiar propia.

Ellos también muestran una marcada violencia hacia sus parejas, porque en un primer momento no quieren hacer uso de métodos anticonceptivos, pero al confirmarse los embarazos, reaccionan de manera negativa, en algunos casos culpando y dejando toda la carga y responsabilidad en las entrevistadas.

4.8 Nociones e influencias de la familia en torno al aborto

*Mi mamá fue una persona que nos enseñó que nos
hiciéramos responsables de lo que hiciéramos*

Cuando dan la noticia a sus familiares, las adolescentes se encuentran nuevamente con dos posibilidades: aquellos que les proponen interrumpir y quienes por ningún motivo están a favor de finalizar el embarazo, a pesar de que ellas tienen entre 13 y 14 años. En ese sentido, para Lourdes las enseñanzas remarcadas y tradicionales de la familia, hicieron que el aborto no fuera una opción.

Mmmm, no, no, ¡eso sí no! (risas). Mmmm, no, siempre mi mamá fue una persona que nos enseñó que, pues nos hiciéramos responsables de lo que hiciéramos, entonces no, el aborto nunca fue una opción para mí (Lourdes, 14 años, CDMX, 1 gesta).

En el caso de Xóchitl, quien tanto ella como su pareja pensaron interrumpir el embarazo, su familia y la de él se negaron. Así también la entrevistada tiene ideas inexactas acerca de cómo se practica una interrupción, quizá dadas por su familia, las cuales le

generaban miedo y preocupación por el dolor, ello parece haber contribuido a que ella desistiera. Ella relata un procedimiento poco profesional y doloroso, tanto para la mujer a quien se le realiza, como para el producto, al que imagina como un niño (a).

Al principio él quería (abortar), pero ya cuando sus papás se enteraron, ya... como sus papás decían “No, pues sí están muy chiquitos”, nos dieron la regañiza de nuestra vida, pero... “¡Pero no vas a abortar!” Ellos fueron los que no me dejaron, mi mamá tampoco me dejó abortar, sobre todo porque corre, corro riesgos también yo ¿no? O sea, meten un gancho y te jalan la bolsita, pues no, no está padre. Entonces cuando, vi toda esta situación de cómo era el procedimiento me dio miedo, no quise, yo decía, pobre niña, pobre niño, no quise (Xóchitl, 15 años, CDMX, 1 gesta).

Xóchitl buscó ayuda de su abuela para conseguir el dinero para interrumpir su embarazo, pues no quería que su madre se enterara, porque no quería recibir su ayuda, pero también porque buscaba evitar el regaño. Ante la disyuntiva entre abortar o no, tanto la madre de ella, como su abuela y tía buscan apoyarla para que no lo haga y prosiga con el embarazo, para ello le proveen de diferentes tipos de ayuda: dinero, albergue, ropa y consejo. En ningún momento le brindan un espacio para externar sus dudas y deseos y para discutir las distintas opciones por las que podría optar a fin de tomar la decisión que a ella más conviniera y convenciera.

Cuando apenas empezaba a sentirme mal fui con mi abuelita, porque le digo que yo quería ir a abortar, entonces fui con mi abuelita para pedirle dinero, porque yo ya no tenía trabajo, yo le dije que me iba a hacer unos estudios, pero yo quería ir a abortar, me dio dinero y este y le dije ¿sabes qué abue? es que pienso que estoy embarazada pero no le voy a decir a mi mamá. Entonces me dijo: “Sí, está bien hija, cuídate mucho, que Dios te bendiga” y ya me fui. Y como a los dos días me marca mi mamá: “¿Sabes qué? Estoy afuera de la casa de Noé (el progenitor), sal por favor” y dije: “¡Ay, Dios mío!” y ya me metí al coche y me dijo: “Mira ¿sabes qué? tu abuelita se puso muy mala porque tú estás en la calle y sé que estás embarazada” ¡Ay, sentí, así como que se me bajó el corazón a los pies! Y pues sí... era inevitable que se enterara, mi abuelita estaba muy nerviosa de que yo embarazada estuviera en la calle a las 12, una de la mañana. Se puso muy mal, le dijo a mi mamá: “Vela a buscar, porque está embarazada y cómo la vas a tener en la calle”, ya después de ahí mi mamá me quería brindar su ayuda, pero yo negada le dije que no, que me quedaba con él, que yo me quedaba con mi tía, para ese entonces me quedaba a vivir con una de mis tías, porque yo ya no iba a vivir ahí con ellos... (con su pareja y su familia). Entonces, me llevé toda mi ropa para la casa de mi tía, mi tía muy amable me dio su casa, me dio un techo, ropa, entonces... fue un proceso muy largo, muy tedioso, muy cansado, muy penoso, sobre todo penoso (Xóchitl, 15 años, CDMX, 1 gesta).

Otras adolescentes, como Anahí, recibieron el apoyo de sus padres para proseguir con el embarazo y con la escuela, aun antes de saber si su pareja la apoyaría o no. Ella es hija única y en su relato se aprecia tanto el interés que tanto la entrevistada, como los padres tienen por tener un bebé en casa, si no como hermano de ella, ante la imposibilidad de su madre por embarazarse, sino como hija y nieta como la posibilidad de interrumpir el evento reproductivo.

Sí, es a mi mamá, y ya después mi mamá me dijo que platicáramos con mi papá y pues sí me dio pena, bueno, no pena sino miedo de decirle a mi papá, y mi mamá me dijo que iba a platicar con él para ver cómo tomaba las cosas, y mi papá me dijo que nos sentáramos, nos sentamos a hablar yo y mi mamá y mi papá y platicamos y me dijeron que, que estaba embarazada, y que ahora qué quería hacer yo, me habían dicho que si lo quería tener o lo quería abortar, y pues yo le dije a mi mamá que sí, que yo sí lo quería tener y ya fue cuando me dijo mi papá que estaba bien, que no había problema de que lo tuviera pero que ya después de que ya naciera, que yo siguiera estudiando y que mi mamá me iba a cuidar a la niña (Anahí, 14 años, Edo. Méx, 1 gesta).

Mientras que Vianey recibió el apoyo y orientación de su madre, primero para usar anticonceptivos, ya que a los 13 años era novia de un hombre de 18 años y luego para interrumpir el embarazo, aunque ella misma se confronta entre hacerlo o no.

Este mi mamá era la de la idea que ¡abortara, que abortara! Ajá y este y yo... pues no, iba con decisión de que me atendieran, me aceptaran, me empezaran a ver, pero dije: “si ya me lo dijo un doctor es por algo ¿no? y por algo mi mamá marcó a este instituto a decir que tenía 13 años la persona que estaba embarazada” porque mi cita era hasta el 12 diciembre y yo este, era en septiembre cuando marcó, entonces en el mes de diciembre ya no se podía hacer nada más que seguir el embarazo, dije: “bueno, por algo mi mamá marcó y le dijeron tráiganla, por algo el doctor me lo está diciendo” (Vianey, 16 años, CDM, 2 gestas, 1 aborto).

4.9 Vianey: Un caso paradigmático

Ya vengo decidida y es por algo

En este apartado se describe a detalle la historia de Vianey, quien es un caso paradigmático en esta investigación, al ser la única adolescente que tuvo acceso a una ILE en su primer embarazo; ella relata su experiencia, desde la sugerencia de la interrupción por parte de su madre y del médico que la atiende, debido a su edad (13 años), hasta los ataques que sufrió

cuando personas cercanas a ella se enteraron. Ella deseaba continuar con su embarazo a pesar del abandono de su primera pareja.

Yo sí lo quería, decía: “bueno, pues no voy a estar abortando, no lo voy a hacer” y me decían: “es que tienes un cuerpo muy chico” porque estaba más chica, decían: “no vas a aguantar” y yo les decía: ¡este que sí, sí voy a aguantar! hasta que de repente me tocó en perinatología mi cita, fui y este, y el doctor N, el que en ese tiempo atendía a, a las (adolescentes) me dijo, nos vio a mi mamá y a mí y dijo “a ver” habló y le dijo a mi mamá: “¿usted es la embarazada? pásale” y le dijo: “no, no, es mi hija” y sé me quedó viendo me dijo “no” dice: “tú qué haces, no deberías de estar aquí”, dice: “tú deberías estar en la escuela, estudiando, haciendo otras cosas” y yo le dije: “no” ... nada más me quedaba callada, creo que sí, y ya después el doctor me empezó a decir de cosas, qué probabilidades había de que mi bebé naciera muy mal, mi bebé este, fuera prematuro, apenas si en pleno embarazo se me venía, este... las complicaciones, entonces me dijo: “yo te recomiendo, la verdad, que interrumpas tu embarazo” (Vianey, 16 años, CDM, 2 gestas, 1 aborto).

Vianey accedió a interrumpir su embarazo y narró toda su experiencia dentro de la clínica y cómo supo de los servicios. Destaca el hecho de que no recibe más orientación por parte del personal médico para saber a dónde acudir y en qué consiste el procedimiento, así como los costos y horarios; es más bien por su madre que ella logra llegar al servicio de ILE, y va conociendo el proceso conforme éste se va presentando. La madre más que saber exactamente a dónde acudir, entrevisté los lugares, primero el INPer y posteriormente las clínicas de la ciudad de México.

Yo creo que la mejor opción ahora sí que es interrumpir mi embarazo, entonces nos fuimos al hospital de... a un hospital general, ahí en Ticomán. (Supimos del) hospital, porque era una de las rutas que tomaba para ir a dejar a mi hermana, este, me decía (su madre), hay una camioneta de, de aborto, entonces dice: “para mí que ahí han de practicar el aborto, porque la camioneta era “di no al aborto”” y entonces ¡cosas así! Entonces cuando mi mamá va a pedir informes le dicen lo que tengo que llevar y todo, y al día siguiente voy, y todas las ni, las chavas, niñas que estamos ahí esperando a las cinco de la mañana formadas es para interrupción del embarazo (Vianey, 16 años, CDMX, 2 gesta, 1 aborto).

Una vez llega a la clínica que brinda el servicio de ILE se encuentra con grupos ProVida que buscan hacerlas desistir; estos grupos parecen estar en las diversas clínicas que brindan este servicio, sin que haya una autoridad que regule su actividad y supervise la información tergiversada que suelen proporcionarles, violando su derecho a recibir información científica y veraz en torno a la gestación y la ILE para que las mujeres de todas

las edades que llegan a considerar este procedimiento puedan decidir de manera informada y de acuerdo a sus necesidades.

Ajá y se empiezan a acercar unos chavos a decirte que este, que te pueden ayudar con un, con dispensa para que tu bebé esté bien, para que tú no abortes, entonces por eso también nos dimos cuenta (Vianey, 16 años, CDMX, 2 gesta, 1 aborto).

Para acceder a las clínicas las mujeres deben tener la capacidad de ubicarlas y de esquivar a estos grupos; muchas veces deben acudir muy temprano, a horas en que el personal médico aún no ha arribado y en algunos casos deben recurrir a una siguiente clínica para completar el procedimiento; pareciera que se requiere de una férrea voluntad para lograrlo. Dentro del hospital, a las usuarias se les hace un procedimiento que permite determinar las semanas de gestación y con base en ello, determinar si la ILE se realizará el procedimiento por medicamentos o por aspiración.

Y este, adentro te hacen ¡todo un procedimiento! Te quitan sangre, te toman tus signos vitales, te dan pláticas, te hacen ultrasonido, y dependiendo de cuántas semanas tengas es de... ¡Qué es lo que te van a hacer! si te lo dan, si vas a abortar por vía medicamento o te van a hacer aspiración o el degrado, entonces en ese hospital, yo ya tenía las 10.2 semanas, tenía 10.2 semanas y me dijeron que ahí no practicaban el, la aspiración porque no tenían los... ¡Métodos suficientes! Dice: “entonces te vamos a canalizar al hospital del Inguarán, en ese hospital este... te van a hacer lo mismo de aquí, pero ya te van a hacer allá la aspiración”, entonces al día siguiente me fui a ese hospital. Estando ahí (en el hospital de Inguarán) igual otra vez a las cinco de la mañana, y esa misma camionetita que estaba en de Ticomán está en ese hospital y se acercan y te dicen otra vez y pues, tú o sea, dices: “No, o sea ya vengo decidida y es por algo” (Vianey, 16 años, CDMX, 2 gesta, 1 aborto).

Luego de la ILE, salió del hospital con un método anticonceptivo, en este caso con el implante. Las adolescentes reciben la información médica y el acceso gratuito a los métodos anticonceptivos una vez dado el embarazo, no antes de él como una forma de prevenir embarazos tempranos. Al ser atendida en el sistema de salud, ella intercala los términos de aborto e interrupción para referirse al mismo tema:

Ya tenía el implante, y más aparte como tenía miedo de que no funcionara, este, condón. El condón. Terminando mi aborto, mi interrupción, ese mismo día me lo pusieron (el implanté) (Vianey, 16 años, CDMX, 2 gesta, 1 aborto).

Vianey manifiesta que durante toda la secundaria sufrió burlas y acoso por parte de sus compañeras. La situación se potencializó cuando su expareja divulgó la interrupción del embarazo. Estas tres situaciones: el hostigamiento escolar prolongado, la ruptura de pareja y sobre todo la pérdida de su embarazo hicieron mella en su estado de ánimo, al grado de deprimirse y llegar a situaciones de violencia física con sus compañeras. Esto es lo que responde ante la pregunta de si se sintió afectada por esta situación:

Este pues entre sí y no, porque yo empecé a salir mucho, mucho, mucho, mucho y, bueno primero entré en depresión, por todo lo que había pasado, ya después, eso fue en tercero, a principio de tercero. Porque no quería hacer nada, me sentía muy, muy, muy, muy mal, o sea. No ponía atención (en la escuela), ya me quería ir a mi casa, me quedaba dormida, no me sentía bien conmigo, y aparte toda la escuela se enteró de lo que a mí me había pasado.

Ajá, sí, (él) se lo comentó a sus amigas, sus amigas después comenzaron con, con a decirlo, el chiste es que se dieron cuenta, y ya después me empezaron a atacar otra vez las niñas, entonces como yo ya estaba muy frustrada y más con esto, o sea, yo ya había llegado a mi tope. Ya fue de empezarme a agarrar a golpes con la niña, con Mara, me molesté mucho y le empecé a pegar a ella, este, todo mundo me caía mal porque era de “o sea, ¡gente tonta! porque no sabe lo que es la situación y les gusta estar hablando, por una persona que las está manipulando”, pero dije: “bueno, yo con mis dos amigas” que tenía en ese entonces estaba bien, o sea ellas sabían la verdad y con ellas me bastaba (Vianey, 16 años, CDMX, 2 gesta, 1 aborto).

Es interesante ver cómo Vianey comienza a tener una postura más liberal respecto al aborto, al decir “gente tonta”, ya que con ello parece manifestar que la violencia hacia ella, por parte de sus compañeros, se debe a la falta de información y sensibilidad, a raíz del desconocimiento sobre las situaciones particulares y vivencias de las mujeres que han abortado.

Ante su malestar y frustración buscó refugio en el alcohol, por el cual comentó sentir agrado, al provocarle una sensación de alegría que la hacía olvidar las dificultades que se le estaban presentando:

Por mi aborto, me empecé a deprimir y cuando yo tomaba me sentía muy feliz, muy, se me iba todo y me sentía bien, era algo, y aparte de que el alcohol ¡me gusta mucho! (Vianey, 16 años, CDMX, 2 gesta, 1 aborto).

A raíz de estas situaciones, Vianey decide, con apoyo de su madre, cambiar de secundaria; con ello logra dejar atrás dichos problemas y retomar su vida.

Sí, mi mamá se daba cuenta porque empezó a ir por mí, entonces se daba cuenta de todo y mi mamá se ponía triste, que yo pasara por este tipo de cosas, se, este, trataba de hacer lo más posible para que lo dejaran de hacer, pero, pues no, o sea, las niñas de plano no entendían, les gustaba molestarte. ...Dije: “quiero ser una nueva persona, no quiero que me estén criticado de la misma manera” o sea, llegando ahí (la nueva secundaria) nadie sabe nada de ti, absolutamente, es así como eres nueva y tu vida ha sido perfecta. Entonces este yo me, yo no comenté nada, no quería comentar nada, porque decía: “tú hablas y le caes mal, y en realidad tú le caes mal, pues lo va empezar a divulgar”, entonces dije: “tú callada” y este, empecé ahí nuevas amistades, nuevas este, relaciones y, y ¡todo era normal!, o sea, todo era bien (Vianey, 16 años, CDMX, 2 gesta, 1 aborto).

La ILE permitió que retrasara su maternidad tres años hasta que conoció a su actual pareja y progenitor de su segundo embarazo, con el cual comenzó a vivir al mes de conocerse y desde antes de embarazarse. La maternidad y la unión conyugal, más que el estudio o el trabajo, aparecieron muy temprano en su horizonte de posibilidades, a pesar de recibir apoyo emocional e información sobre métodos anticonceptivos por parte de su madre. Este caso permite reflexionar cómo para determinadas adolescentes la maternidad es un ideal que antes o después, pero siempre dentro del periodo de la adolescencia, habrán de alcanzar aun a pesar de que el primer embarazo no se haya logrado.

Como puede observarse, las historias de las adolescentes que tuvieron un acercamiento al uso de métodos anticonceptivos como el caso de Anahí, Brenda, Lourdes, Xóchitl y Vianey, no fue suficiente para retrasar el evento reproductivo, las entrevistadas antes mencionadas vivieron su maternidad a una edad similar a los casos de Angélica y Estrella quienes no hicieron uso de métodos anticonceptivos porque tanto ellas como sus parejas deseaban el embarazo.

En ambas situaciones, como la búsqueda de un embarazo, que fueron solo dos informantes, como en la mayoría (5 entrevistadas), que temían quedar embarazadas, entraron dentro de las estadísticas de la tasa de fecundidad adolescente al vivir un embarazo teniendo menos de 19 años.

4.10 Propuesta de intervención de Trabajo Social

A partir de la experiencia de las adolescentes en los servicios de salud a los que acudieron, se propone que, en todos los hospitales, centros de salud y clínicas públicas de la Ciudad de

México, cada que llegue una menor de edad embarazada, trabajadoras sociales les informen, por protocolo, sobre los servicios gratuitos de interrupción legal del embarazo.

Brindando una asesoría cara a cara con las adolescentes en donde se les resuelvan sus dudas, inquietudes y temores sobre la noticia del embarazo. Así como brindar información científica, real y libre de prejuicios sobre el aborto, en donde en conjunto se tome la mejor decisión de acuerdo a los deseos reales de la menor. Esta información y orientación debe ser brindada por personal de Trabajo Social, quienes deben ser sensibles y capacitados en materia derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes.

Conclusiones

Si bien algunas de las adolescentes entrevistadas llegaron a contemplar la posibilidad de interrumpir su embarazo al considerar que no tenían la edad suficiente para embarazarse y ejercer la maternidad, se enfrentaron con la negativa por parte de sus familiares, quienes no parecieron haberles brindado un espacio para que ellas pudieran dialogar y externar su sentir, sus dudas e inquietudes y, en compañía de ellos, haber elegido la opción más adecuada para ellas.

En otros casos, fueron las parejas quienes les insistieron abortar, y al no lograr convencerlas, ellos prefirieron huir, algunos más regresaron cuando el hecho se había consumado y comenzaron a acosarlas por haber interrumpido. En otros casos, el embarazo fue deseado y esperado, ya que incluso se encontraban viviendo en unión libre, lo que denota la presencia de uniones conyugales infantiles, aun cuando en la legislación de la Ciudad de México éstas se encuentran prohibidas.

La mayoría prosiguió con su embarazo al considerar que el aborto equivalía a “quitarle la vida a un bebé que no la pidió”. En sus relatos y acciones parece percibirse que ellas no se visualizaban como poseedoras de derechos reproductivos, ya que ni el embarazo ni el aborto parecieran haber sido realmente considerados como opciones reproductivas que les posibilitaran ejercer el derecho a decidir cuándo, con quién y bajo qué circunstancias comenzar su reproducción. Es más bien que ante el ejercicio sexual, sucede el evento reproductivo y ellas, bajo sus marcos ideológicos y la orientación, acompañamiento o ausencia de sus parejas y familiares, es que se decantan por continuar el embarazo, algunas como una consecuencia lógica de su ejercicio sexual y del hecho de que viven en unión conyugal, pero otras deben asumirlo aun cuando hubieran preferido contar con mayores elementos para efectuar una decisión informada, fuera en uno u otro camino, además de percibirse como pequeñas para ser madres. Ni en los embarazos, ni en los casos en que hubo una unión de pareja, las adolescentes y sus familias parecieron realmente poner énfasis en la edad que ellas tenían cuando realizaron tales transiciones: 13 o 14 años.

En sus descripciones está ausente la escuela como pilar para informarles sobre el proceso de gestación y sobre las fases de la vida intrauterina, mucho menos aborda los derechos sexuales y los derechos reproductivos y, al saberse embarazadas, no vieron en ella un espacio para solicitar su guía. Es importante reforzar su papel, pues es entre el primero y el segundo grado de la secundaria en que, en su gran mayoría, sucedió el embarazo. La

ENFaDEA reporta una edad mediana de abandono escolar previo al embarazo, ubicada en 16.2 años.

En contra parte, la ILE se concretó en una de ellas, más que por la insistencia de la pareja y de la madre, por el consejo del médico que la atendía en su primera consulta prenatal. La voz médica, emitida mediante una recomendación, es quien logra hacerse escuchar sobre las intenciones de la adolescente de 13 años por continuar su embarazo, quien ignora que una gestación a tales edades pone en riesgo su salud y la del producto y tampoco contempla lo complejo del proceso de la maternidad.

Aun cuando hay elementos que pudieran haberse mejorado para brindar una adecuada asesoría en el consultorio médico, explicando en profundidad en qué consiste dicho procedimiento, este hecho permite destacar que las instituciones de salud pueden jugar un papel importante en la detección temprana de estos casos, así como en la orientación oportuna sobre riesgos obstétricos, situación que podría trabajarse desde un equipo multidisciplinario compuesto por medicina, enfermería, psicología y trabajo social para orientar a la adolescente y a su familia sobre las opciones que tienen ante este hecho.

Si bien en este caso no sucedió una violación, si se observaron rasgos de presión, chantaje y violencia sexual por parte de la primera pareja sexual de Vianey. Los embarazos antes de los 15 años debieran ser manejados con un protocolo que permitiera detectar o descartar violaciones, abuso sexual o algún otro tipo de violencia. De igual forma, ellas debieran ser informadas sobre ILE y sobre métodos anticonceptivos para prevenir un siguiente embarazo; dicha orientación debe ser brindada por personal sensible, preferentemente por enfermeras (os) y trabajadoras (os) sociales, con base en el respeto a los derechos reproductivos de los y las adolescentes, a fin de que puedan tomar las decisiones que mejor conciernen a su salud reproductiva, integridad y dignidad en compañía de sus familiares y/o figuras significativas.

A lo largo de las narraciones se encontraron algunos temas necesarios de profundizar porque pueden dan cuenta del porqué de las posiciones tan conservadoras de las adolescentes, así como del papel que juegan instituciones como los servicios de salud, las escuelas y la familia en la vida de las adolescentes. Las entrevistadas no expresaron abiertamente tener alguna postura religiosa o mandamiento familiar que les negara ver el aborto como un derecho o una opción para continuar con sus planes, pero en su discurso se refleja que el

aborto es un acto impensable y que el ser madres es un evento natural por el cual tienen que transitar por el simple hecho de ser mujeres, mismo al que deben llegar antes o después.

En el discurso de las adolescentes se pudo notar que sus familias las tratan de forma ambigua, en ocasiones como adultas y en otras como menores bajo su tutela, protección y cuidado. Es decir, algunas familias las llegan a infantilizar, como el caso Estrella en el que la mamá habla por ella, pero permitió que se uniera teniendo 13 años de edad. Las uniones de las menores con hombres mayores fueron común en las entrevistas, al ocurrir esto, las familias comienzan a verlas como sus pares adultos, con una vida independiente y sin necesidad de consejo o apoyo y límites en cuanto a la toma de decisiones reproductivas.

Sería interesante explorar en qué momento se rompe el ejercicio de la maternidad y paternidad de los responsables de estas menores ¿se da a partir de que deciden iniciar su vida sexual, eso ya las hace parte de la adultez? ¿Se deja de ser niña cuando hay una vida sexual activa? Estas son líneas que quedan expuestas para futuras investigaciones.

El contexto influye totalmente en la vida, en las prácticas y en los valores de las adolescentes entrevistadas. En el caso de Vianey, todo lo que experimentó al practicarse el aborto estuvo en buena medida determinado por las burlas, el acoso y la mirada punitiva que se centraba en ella, lo cual tuvo que vivir en su propia escuela y de personas de las que debía haber recibido apoyo y comprensión, como el caso de su pareja y sus compañeras; además, la escuela a la que asistía tenía que haber puesto un alto al acoso escolar que sufrió. Otra cuestión interesante es cómo a pesar de que su vivencia estuvo influenciada por las acciones de los demás, ella la experimentó como algo íntimo y personal, en forma de culpa, invisibilizado la responsabilidad de su pareja tanto por el embarazo no planeado, como la violencia y el abandono que él ejerció hacia ella.

En la Ciudad de México es común encontrar este mismo discurso, por lo que las familias buscan que sus hijas lleven a término el embarazo, sin pensar en si las adolescentes desean ser madres, o si cuentan con los recursos emocionales y económicos y de redes apoyo para cuidar a sus futuros hijos, o si tienen posibilidades de continuar estudiando o de obtener un empleo digno.

Las adolescentes refieren aspectos que no tienen claros, como los mitos en torno a cómo se practican los abortos y en cuanto al momento en que un feto se considera viable para sobrevivir fuera del útero. Las entrevistadas, por motivo de su edad, tienen incertidumbre sobre su futuro, sobre qué camino tomarán sus vidas, si buscarán una nueva pareja, si

continuarán con sus estudios o si comenzarán a trabajar, pero tienen muy internalizado el discurso provida al referir culpa y la noción de asesinar a un ser humano al considerar el aborto.

Aunque las adolescentes hayan decidido continuar con el embarazo y se hayan reconciliado con la idea de la maternidad, al momento de preguntarles sobre si fue el mejor momento para ser madres, todas respondieron que no, aun así, cuando se les cuestionaba sobre cuál era su edad ideal, sólo aumentaban uno o dos años de retraso al evento reproductivo. Para ellas la edad adecuada para ser madre es a los 16 o 17 años.

En ese sentido también se observa que sus temores y pensamientos se centran en su pareja conyugal, buscando el apoyo y cuidado en él, ya que su familia parece estar muy alejada para brindarles acompañamiento y protección.

A partir de lo narrado por las entrevistadas, se observa que no existen condiciones para reconocer el aborto como un derecho político de las mujeres, porque las instituciones de salud siguen siendo muy cautelosas para hablar abiertamente sobre la interrupción del embarazo y métodos anticonceptivos; toda esa carga y responsabilidad la dejan sobre las clínicas especializadas, para ello se excusan diciendo que ya existen dichas clínicas, no hay un discurso donde se note su interés real por que el servicio se generalice en todos los niveles de atención médica.

Para las entrevistadas el aborto es sólo una opción médica sugerida por los médicos en razón de la edad en que sucedió su embarazo o también es un acto en contra de sus valores y de las enseñanzas aprendidas en su familia.

En ninguna de las narraciones las adolescentes posicionaron el aborto como algo a lo que tenían derecho, tanto para proteger su salud, como para tomar una decisión que las ayude a continuar con sus estudios o los planes que tenían futuro. Dentro de sus relatos, las entrevistadas conocían del aborto, pero lo veían como un procedimiento no solo cruel para el futuro ser, sino como algo doloroso y riesgoso para ellas. Así también hablaban del aborto en prácticas clandestinas, ninguna sabía de las clínicas gratuitas de la Ciudad de México.

Las adolescentes conocieron e hicieron uso de los servicios de salud como el INPer porque necesitaban de él debido a la edad en que ocurrió su embarazo. No fueron a servicios de salud que les brindaran prevención, información o conocimiento. No todo el peso sobre la falta de información y discurso provida recae en la familia, los servicios de salud sexual y reproductivas están ocultos para estas adolescentes y parecieran inexistentes, ellas no

tuvieron información científica sobre métodos anticonceptivos hasta que llegaron a una institución de salud embarazadas, no hubo información previa sobre planeación familiar, enfermedades de transmisión sexual y embarazo, ellas solo contaban con la información incompleta brindada por su familia.

Para finalizar estas reflexiones no hay que perder de vista que las sujetas de estudio en esta investigación tenían una posición social vulnerable al tener un bajo nivel escolar, que como pudo observarse también en este trabajo, el embarazo temprano no es causa de deserción escolar, sino es un proceso más complejo en el que entran otros factores como querer trabajar, adiciones o problemas familiares.

Estas adolescentes también se afrontan el abandono de su pareja, quienes las dejan solas con la responsabilidad de cuidados, manutención y crianza. Las jóvenes también se enfrentan a la ausencia de posibilidades de negociar el uso de anticonceptivos, a la falta de provisión de los mismos por parte del Estado y de quienes implementan la política pública, así como la información deficiente y parcial que reciben por parte de la escuela y del sistema de salud, además de las escasas oportunidades laborales y educativas y el contexto de violencia en el que frecuentemente se desenvuelven, son elementos estructurales que condicionan el surgimiento del embarazo en la adolescencia.

Si bien las entrevistadas se reconcilian con la idea de ser madres, es notoria la desigualdad que existe por su falta de información, ya que los servicios de salud sexual y reproductiva, en específico los servicios de interrupción legal del embarazo parecen estar escondidos, el único lugar donde se puede obtener información sobre él es a través de su página en internet, si estas adolescentes tenían ideas inexactas sobre el aborto y limitado conocimiento y uso de métodos anticonceptivos ¿cómo podrían considerar el aborto como una opción segura y sin riesgo de muerte? Como señala Facio (2008), los derechos sexuales y reproductivos están pensados para personas de clase económica alta, dentro de países desarrollados.

El INPer es una institución federal de salud de tercer nivel, que aunque se encuentra en la Ciudad de México, no brinda servicios de interrupción de embarazo, pero al tener una Clínica de la adolescente, a donde acuden menores de edad, se debería de informar sobre la ILE como una opción en caso de no querer ser madres en ese momento de su vida, orientando sobre que no existen riesgos ni dolor por la práctica, agregando que todos los embarazos en

menores son de alto riesgo y las adolescentes tienen altas probabilidades de perder la vida por un embarazo y no por una ILE.

Anexos

Anexo 1 Cédula de identificación

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN

Llenado exclusivo de la entrevistadora:

Folio: _____ Entidad: _____

Fecha de entrevista: _____ Entrevistadora: _____

La Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en conjunto con instituciones de salud, se encuentra desarrollando la investigación “Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente (ENFaDEA). Hacia la comprensión de los elementos sociales, familiares y personales asociados al embarazo adolescente y la elaboración de propuestas de intervención”. La investigación surge de la necesidad de profundizar y comprender los factores sociales, culturales, familiares y personales que posibilitan que determinadas mujeres y hombres jóvenes vivan un embarazo antes de cumplir los 20 años, a fin de identificar los aspectos en los que es necesario incidir. De antemano le agradecemos su participación. Los datos que nos proporcione son confidenciales y serán utilizados con fines académicos, por lo que no se revelarán de manera individual.

Indicaciones para la entrevistadora:

Cada pregunta se debe contestar marcando la opción de respuesta adecuada o escribiendo en las preguntas abiertas. En las preguntas cerradas se incluye la opción de “otro, especificar” en donde se tiene que registrar las expresiones de los informantes. Es importante tener en cuenta que se incluyen algunas preguntas de opción múltiple, por lo que se requiere de su atención para que la cédula sea contestada de forma adecuada.

I. Datos de identificación de la o el informante

Indicaciones: En este apartado te realizaré algunas preguntas sobre tus datos personales.

1. ¿Cuántos años cumplidos tienes? _____
2. ¿Actualmente estás estudiando?
 - a) Sí, ¿En qué grado y nivel escolar? _____ **(Pasar a la pregunta 4)**
 - b) No
3. ¿Cuál es tu último nivel de estudios concluido?
 - a) Sin estudios
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Carrera Técnica ¿Cuál? _____
 - e) Preparatoria
 - f) Licenciatura
 - g) Posgrado
 - h) Otro (especificar): _____
4. ¿Realizas alguna actividad remunerada?
 - a) Sí, ¿Cuál? _____
 - b) No

5. ¿Cuál es tu religión?
- a) Católica
 - b) Cristiana
 - c) Testigos de Jehová
 - d) Judía
 - e) Mormona
 - f) Ninguna
 - g) Otra (especificar): _____
6. ¿Cuentas con algún seguro médico (Seguro Popular, IMSS, ISSSTE, Privado, otros)?
- a) Sí, ¿Cuál? _____
 - b) No (**Pasar a la pregunta 8**)
7. ¿Por parte de quién tienes seguro médico (padres, pareja, empleador, escuela, por sí misma(o))? _____
8. ¿Cuentas con algún apoyo gubernamental (Prospera, Oportunidades, becas, apoyos para madres solteras, jóvenes emprendedores, otros)?
- a) Sí, ¿Cuál? _____
 - b) No
9. ¿Hablas otro idioma o lengua aparte del español?
- a) Sí, ¿Cuál? _____
 - b) No
10. ¿La vivienda en la que actualmente vives es?
- a) Rentada
 - b) Prestada ¿Quién se la prestó? _____
 - c) Propia
 - d) Hipotecada
 - e) Otro (especificar): _____
11. ¿La vivienda en la que actualmente vives es?
- a) Casa
 - b) Departamento
 - c) Cuarto en casa de alguien más
 - d) Otro (especificar): _____
12. ¿De qué material es la mayor parte del techo de tu vivienda?
- a) Material de desecho
 - b) Lámina de cartón
 - c) Lámina de asbesto o metálica
 - d) Madera
 - e) Teja
 - f) Losa de concreto, tabique, ladrillo o terrado con vigería
 - g) Otro (especificar): _____
13. ¿De qué material es la mayor parte del piso de tu vivienda?
- a) Tierra
 - b) Cemento o firme
 - c) Madera, mosaico u otros recubrimientos
 - d) Otro (especificar): _____
14. ¿Cuáles de los siguientes espacios y objetos tienes en tu casa y cuántos de cada uno de ellos?
- a) Cuartos, ¿cuántos? _____
 - b) Focos, ¿cuántos? _____
 - c) Automóvil

II. Servicios públicos y establecimientos en la localidad

Indicaciones: En este apartado te realizaré algunas preguntas sobre los servicios públicos y algunos establecimientos que están presentes en tu localidad –colonia, barrio, comunidad- y a los que tienes o no acceso.

Recordatorio para la entrevistadora: Es importante que para las y los adolescentes de 15 a 19 años las preguntas sean tratadas en presente. Para las y los jóvenes de 20 a 24 años se evocará el recuerdo a la adolescencia.

15. ¿Recuerdas si en la adolescencia, **en tu localidad** estaban disponibles los siguientes servicios de salud? ¿Tenías acceso a ellos? **(Puedes marcar más de una opción)**

Servicios de Salud	Disponibilidad	Has usado el servicio
a) Centros de Salud	Sí No	Sí No
b) Clínicas del IMSS o ISSSTE	Sí No	Sí No
c) Hospitales públicos o del IMSS/ISSSTE	Sí No	Sí No
d) Medicina privada	Sí No	Sí No

16. ¿Recuerdas si en la adolescencia, **en tu localidad** estaban disponibles los siguientes servicios de educación? ¿Tenías acceso a ellos? **(Puedes marcar más de una opción)**

Servicios de Educación	Disponibilidad	¿Cursaste ahí tus estudios?
a) Secundarias públicas	Sí No	Sí No
b) Preparatorias y/o Bachilleratos públicos	Sí No	Sí No
c) Universidades públicas	Sí No	Sí No

17. ¿Recuerdas si en la adolescencia, **en tu localidad** estaban disponibles los siguientes establecimientos? ¿Tenías acceso a ellos? **(Puedes marcar más de una opción)**

Establecimientos	Disponibilidad	¿Has asistido a este lugar?
a) Parques, deportivos o áreas verdes	Sí No	Sí No
b) Bibliotecas	Sí No	Sí No
c) Casas de cultura	Sí No	Sí No
d) Grupos de jóvenes afiliados a alguna iglesia	Sí No	Sí No
e) Cines	Sí No	Sí No
f) Cafeterías/Bares	Sí No	Sí No
g) Lugares para bailar	Sí No	Sí No

18. ¿Durante la adolescencia tuviste algún trabajo remunerado **en tu localidad**?

- a) Sí, ¿En qué? _____
 b) No, ¿Por qué? _____

III. Conformación familiar

Indicaciones: En este apartado te realizaré algunas preguntas sobre los integrantes de tu familia y/o personas con las que vives actualmente.

19. ¿Cuál es tu estado civil actual?
- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| a) Soltera(o) | f) Divorciada(o) |
| b) Unión Libre | g) Separada(o) de un matrimonio |
| c) Casada(o) civil y religiosamente | h) Separada(o) de una unión libre |
| d) Casada(o) sólo religiosamente | i) Viuda(o) |
| e) Casada(o) sólo civilmente | j) Otro (especificar): _____ |
20. ¿Con quién vives actualmente?
- | | |
|--|---|
| a) Con mi pareja | f) Con la familia de mi pareja |
| b) Con mi pareja e hijos | g) Con la familia de mi pareja, mi pareja e hijos |
| c) Con mis padres/hermanos | h) Con la familia de mi pareja e hijos |
| d) Con mis padres/hermanos, pareja e hijos | i) Otro (especificar): _____ |
| e) Con mis padres/hermanos e hijos | |
21. ¿Con cuántas personas vives actualmente? _____
22. ¿Cuál es la escolaridad de tu mamá?
- | | |
|----------------------------------|------------------------------|
| a) Sin estudios | e) Preparatoria |
| b) Primaria | f) Licenciatura |
| c) Secundaria | g) Posgrado |
| d) Carrera Técnica, ¿Cuál? _____ | h) Otro (especificar): _____ |
23. ¿Cuál es la escolaridad de tu papá?
- | | |
|----------------------------------|------------------------------|
| a) Sin estudios | e) Preparatoria |
| b) Primaria | f) Licenciatura |
| c) Secundaria | g) Posgrado |
| d) Carrera Técnica, ¿Cuál? _____ | h) Otro (especificar): _____ |
24. ¿Tu mamá actualmente realiza alguna actividad remunerada?
- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| a) Sí, ¿En qué? _____ | (Pasar a la pregunta 26) |
| b) No | |
25. ¿Tu mamá tuvo una actividad remunerada mientras estuvo casada o unida?
- | |
|-----------------------|
| a) Sí, ¿En qué? _____ |
| b) No |
26. ¿Tu papá actualmente realiza alguna actividad remunerada?
- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| a) Sí, ¿En qué? _____ | (Pasar a la pregunta 28) |
| b) No | |
27. ¿Tu papá tuvo una actividad remunerada mientras estuvo casado o unido?
- | |
|-----------------------|
| a) Sí, ¿En qué? _____ |
| b) No |
28. ¿Cuántos hijos tuvo tu mamá? _____
29. ¿Tu mamá a qué edad tuvo su primer hijo? _____
30. ¿En total cuántos hermanos tienes, contando a los hijos de tu padre y de tu madre?

31. Me puedes indicar el sexo, la edad, el último grado de estudios y la ocupación actual de cada uno de tus hermanos, comenzando con el de mayor edad y terminando con el menor.

Sexo	Edad de cada hermano(a)	Último grado de estudios: a) sin estudios; b) primaria; c) secundaria; d) carrera técnica (cuál); e) preparatoria; f) licenciatura; g) posgrado; h) otro (especificar)	Ocupación actual

32. ¿Tienes hermanas que ya se hayan embarazado?

- a) Sí
- b) No (**Pasar a la pregunta 34**)

33. ¿A qué edad tu hermana (o hermanas) se embarazaron la primera vez?

Posición de hermana (mayor o menor)	Edad al primer embarazo

IV. Datos de la pareja actual de la o del informante

Indicaciones: En este apartado te realizaré algunas preguntas sobre los datos personales de tu pareja.

34. ¿Actualmente tienes una relación de pareja?

- a) Sí
- b) No (**Fin de la aplicación, agradecer por su participación**)

35. ¿Cuántos años cumplidos tiene tu pareja actual? _____

36. ¿Vives con tu pareja?

- a) Sí
- b) No

37. ¿Qué tipo de relación guardas con tu pareja actual?

- a) Noviazgo
- b) Amigo(a)
- c) Pareja ocasional
- d) Pareja conyugal
- e) Amante
- f) Otro (especificar): _____

38. ¿Desde cuándo es tu pareja? _____ Años y/o _____ Meses

39. ¿Actualmente tu pareja está estudiando?

- a) Sí, ¿En qué grado y nivel escolar? _____ **(Pasar a la pregunta 41)**
 b) No
40. ¿Cuál fue el último nivel de estudios concluido de tu pareja?
 a) Sin estudios e) Preparatoria
 b) Primaria f) Licenciatura
 c) Secundaria g) Posgrado
 d) Carrera Técnica, ¿Cuál? _____ h) Otro (especificar): _____
41. ¿Cuál es el estado civil actual de tu pareja?
 a) Soltera(o) f) Divorciada(o)
 b) Unión Libre g) Separada(o) de un matrimonio
 c) Casada(o) civil y religiosamente h) Separada(o) de una unión libre
 d) Casada(o) sólo religiosamente i) Viuda(o)
 e) Casada(o) sólo civilmente j) Otro (especificar): _____
42. ¿Cuál es la principal actividad remunerada de tu pareja? _____
43. ¿Tu pareja cuenta con algún seguro médico (Seguro Popular, IMSS, ISSSTE, Privado, otros)?
 a) Sí, ¿Cuál? _____
 b) No
44. ¿Tu pareja cuenta con algún apoyo gubernamental (Prospera, Oportunidades, becas, apoyos para madres solteras, jóvenes emprendedores, otros)?
 a) Sí, ¿Cuál? _____
 b) No
45. ¿Tu pareja habla otro idioma o lengua aparte del español?
 a) Sí, ¿Cuál? _____
 b) No
46. ¿En qué estado nació tu pareja? _____
47. ¿Dónde vive actualmente tu pareja (estado y ciudad)? _____
48. En los últimos 5 años ¿tu pareja ha vivido por más de 3 meses en otra ciudad?
 a) Sí, ¿Dónde vivió? _____
 b) No

Cierre: Te agradecemos tu tiempo y que nos haya respondido estas preguntas.

OBSERVACIONES (espacio exclusivo para la entrevistadora)

Anexo 2 Formulario de trayectorias

FORMULARIO DE TRAYECTORIAS						
Folio: _____	Fecha de entrevista: _____	Institución: _____	Entidad: _____	Entrevistadora: _____		
1. Fecha y edad	2. Lugar de residencia	3. Escolaridad	4. Empleo	5. Inicio de la vida sexual y uso de métodos anticonceptivos	6. Parejas	7. Historia de embarazos
1.1. ¿En qué mes y año naciste?	2.1. ¿En qué municipio viviste a partir de tu nacimiento?	3.1. Dime todos los periodos durante los cuales asististe a la escuela y en qué grado ibas	4.1. ¿Alguna vez has trabajado? 01. Si, 02. No	5.1. (Sólo para las mujeres) ¿A qué edad comenzaste a menstruar?	6.1. Me puedes señalar cuántas relaciones de pareja has tenido: _____ (Se incluyen parejas con las que no se tuvo vida sexual). El total de parejas se retona de la trayectoria, sólo en caso de duda AL FINAL se corrobora con la o el informante.	7.1. Ahora te voy a preguntar sobre tus embarazos -o los embarazos de tu(s) pareja(s)- ¿Cuántos embarazos has tenido (contando las pérdidas: abortos, mortinatos)?
2.2. ¿En qué estado de la república o país viviste a partir de tu nacimiento?	2.2. ¿En casa de quién vivas? 01. Familia de descendencia, 02. Otros parientes (abuelos, tíos), 03. Amigos, 04. Sol(a), 05. Pareja, 06. Hijos, 07. Pareja e hijos, 08. Pareja, hijos y parientes, 09. Otro (especificar) _____	3.2. Dime todos los periodos durante los cuales asististe a la escuela y en qué nivel ibas	4.2. ¿Qué edad tenías cuando comenzaste a trabajar?	5.2. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?	6.2. Me puedes indicar qué tipo de relación tenías con cada pareja (no vizgo, pareja ocasional, amigo(a), amante, pareja conyugal, entre otras)	7.2. Me podrías decir ¿Cuántos hijos nacieron vivos ya fallecieron, aunque sólo hayan vivido por poco tiempo? _____
2.3. ¿En casa de quién vivas? 01. Familia de descendencia, 02. Otros parientes (abuelos, tíos), 03. Amigos, 04. Sol(a), 05. Pareja, 06. Hijos, 07. Pareja e hijos, 08. Pareja, hijos y parientes, 09. Otro (especificar) _____	2.4. Además del lugar donde viviste a partir de tu nacimiento, ¿has vivido en forma continua en otros municipios o estados? 01. Si, 02. No (Pasar a pregunta 3.1)	3.3. Para cada año de asistencia, ¿esta escuela fue pública, o privada? 01. Pública, 02. Privada	4.3. ¿Podrías decirme el nombre del oficio, puesto o cargo que has desempeñado en cada uno de tus empleos? ¿cuál? _____	5.3. ¿Qué edad tenía la persona con la que tuviste tu primera relación sexual? _____	6.3. En caso de uniones conyugales preguntar ¿A qué edad te uniste por primera vez? _____ (Si es el caso preguntar por la edad en las siguientes uniones conyugales)	7.3. ¿Cuántos de tus hijos que nacieron vivos ya fallecieron, aunque sólo hayan vivido por poco tiempo? _____
2.5. Podrías decirme el nombre de todos los municipios y estados donde has vivido después de (municipio donde viviste a partir de tu nacimiento) de forma continua, la edad que tenías o el año cuando llegaste a estos lugares y precisar con quién vivas.			4.4. ¿Has recibido remuneración económica en estos trabajos? 01. Si, 02. No	5.4. Después de tu primera relación sexual ¿Has mantenido una vida sexual activa (VSA)? 01. Si, 02. No	6.4. De ser el caso ¿qué edad tenías cuando te separaste por primera vez? _____ (Si es el caso preguntar por la edad en las siguientes separaciones)	7.4. ¿Cuántos hijos nacidos muertos tuviste? _____
				5.5. Me puedes indicar los periodos en que mantuviste tu VSA	6.5. Si se separó ¿Fue una separación 01. Temporal, 02. Definitiva?	7.5. ¿Cuántos abortos has tenido -o cuántos abortos ha(n) tenido tu(s) pareja(s)-? _____
				5.6. Durante estos periodos de VSA ¿Usaste algún método anticonceptivo, especificame cuál (condón, pastilla de anticoncepción de emergencia, DIU, inyecciones, pastillas, implantes subdérmico, parche, ritmo, coito interrumpido)?	6.6. Indicame los periodos en los que has permanecido en pareja y si hubo separación especificar si fue: 01. Temporal	7.6. ¿Qué edad tenías cuando te embarazaste por primera, segunda, tercera... ocasión -o qué edad tenías cuando embarazaste a tu(s) pareja(s) por primera, segunda... ocasión-?
						7.7. ¿Cómo terminó el primer, segundo... embarazo? 01. Parto, 02. Cesárea, 03. Aborto, 04. Actualmente embarazada
						7.8. ¿En qué tipo de institución te atendiste -o se atendió tu pareja(s)-? 01. Pública, 02. Privada
						7.9. Para el caso de aquellos embarazos que terminaron en parto o cesárea preguntar ¿Cuál es el sexo de cada uno de tus hijos? 01. Mujer, 02. Hombre
						7.10. ¿Me puedes indicar la edad actual de tu(s) hijo(s)? (Si es que ya falleció se indica la edad a la que murió y se coloca una cruz enseguida)

Anexo 3 Guion de entrevista para mujeres

GUIÓN DE ENTREVISTA PARA MUJERES

Folio: _____	Entidad: _____
Fecha de entrevista: _____	Entrevistadora: _____

Indicaciones para la entrevistadora:

Antes de iniciar la entrevista, es importante que la entrevistadora tenga presente las respuestas de la informante en los otros instrumentos –cédula de identificación, formulario de trayectorias y familiograma- pues así puede dirigir y personalizar la sesión de entrevista: reconocer temas que ya se abordaron suficientemente y aquellos en los que es necesario profundizar, recuperando así los marcos explicativos, las representaciones sociales y los procesos de significación.

1. Primera relación sexual

- a. Tipo de relación
 - Establecimiento
 - Circunstancias
 - Se planeó
 - Lugar
 - Cuidados
- b. Placer y afecto
- c. Valoración ¿Momento adecuado? ¿Cómo esperaba que fuera?

2. Otras relaciones erótico-amorosas

- a. Tipo de relación
 - Establecimiento
 - Circunstancias
 - Se planeó
 - Lugar
 - Cuidados
- b. Placer y afecto

3. Uso de anticonceptivos (ver formulario de trayectorias)

- a. Conocimiento sobre anticonceptivos
- b. Cuidados para no embarazarse. ¿Por qué esos cuidados?

- c. No cuidarse ¿Por qué?
- d. ¿Embarazo? Miedos, deseos, indiferencia

4. Primera Unión

- a. Relatar cómo se conocieron
- b. Condiciones afectivas de ella
- c. Qué expectativas tenía de él, ¿cómo pareja?
- d. Evaluación de la relación de pareja: aspectos positivos y dificultades, qué te gusta o disgusta de tu pareja

5. Embarazo, parto y puerperio temprano (último embarazo, parto y puerperio)

- a. Condiciones que propiciaron su experiencia de embarazo
- b. Pensamientos, ilusiones y temores ante la noticia
- c. Expectativas
- d. Atención médica, consultas, estudios y ultrasonidos
- e. Relato del parto: inicio y hospitalización
- f. Relato de puerperio temprano (alimentación del bebé –lactancia-, salud, cuidados, enfermedades, dificultades, alegrías, miedos, organización de la familia)

6. Aborto

- a. ¿Posibilidad?
- b. Experiencia

7. Familia de origen

- a. Reacción ante el primer embarazo
- b. Tipo de apoyo
- c. Dificultades, conflictos, control y violencia
- d. Calidad de las relaciones antes y después del primer hijo. ¿Por qué?
- e. Personas significativas (positiva y negativamente)

8. Familia política

- a. Reacción ante el primer embarazo
- b. Tipo de apoyo
- c. Dificultades, conflictos, control y violencia
- d. Calidad de las relaciones antes y después del primer hijo. ¿Por qué?
- e. Personas significativas (positiva y negativamente)

9. Otros hijos

- a. ¿Más hijos?
- b. Evaluación de tener varios hijos. ¿Número ideal de hijos?

- c. Satisfacciones
- d. Dificultades
- e. Expectativas en relación con los hijos

10. Maternidad

- a. Identidad de madre-esposa. Expectativas y valoración de la realidad
- b. Aprendizaje
- c. Actividades, dificultades y qué te gusta

11. Paternidad

- a. Expectativas y valoración de la realidad
- b. Actividades en las que se involucra
- c. Aspectos positivos y dificultades

12. Valoración del trabajo y estudios

- a. Cómo se sintió al dejar la escuela
- b. Cómo se sintió al dejar el trabajo

13. Expectativas a futuro

- a. ¿Cómo te gustaría verte en 10 años?

14. Cierre

- a. Una vez que se concluya la entrevista se indaga si la informante desea compartir algo más en relación con lo que se ha conversado: ¿Hay algo que quisieras comentarme sobre tu experiencia que no te haya preguntado? ¿Quisieras profundizar en algo de lo que hemos platicado?

Indicaciones finales para la entrevistadora:

- a) Apagar la grabadora de forma evidente y nuevamente preguntar si la informante quiere compartir algo más sobre lo que se ha conversado. Sí es positiva su respuesta la entrevistadora tendrá que tomar notas breves, que funcionen de recordatorio, para una vez que finalice la sesión pueda realizar el registro en su diario de entrevista.
- b) Agradecer a la informante por su participación en el proceso de investigación, se señala que es la última actividad que se realizará con ella.

Anexo 4 Familiograma

FAMILIOGRAMA

Folio: _____	Entidad: _____

Fecha de entrevista: _____	Entrevistadora: _____

Materiales y equipo para elaborar el familiograma

1. Círculos y rectángulos de seis colores, marcadores, lápices, sacapuntas, goma, masking tape o pritt tak y hojas de rotafolio o cartulina.
2. Grabadora y cámara fotográfica o cámara del teléfono celular

Indicaciones para la entrevistadora

1. Explicar el uso de la simbología para que la o el informante pueda realizar su familiograma.
2. A partir de preguntas detonadoras la entrevistadora provoca el relato del informante en relación con la composición de su red familiar; la cualidad de las relaciones y las formas en qué se concretan los apoyos, los conflictos y las relaciones de poder con la familia de origen y la familia política (sobre todo cuando se compartió la residencia).
3. Se le reitera al informante que durante la elaboración de su familiograma **se grabará su relato**.
4. Se tomará una fotografía de su familiograma ya que este material posteriormente será analizado. Asimismo, la entrevistadora se quedará con el familiograma a menos que la o el informante lo desee conservar.

Indicaciones para la o el informante

1. *Uso de la simbología y de los materiales para elaborar el familiograma:*

- 1.1. Los círculos representan a las mujeres y los rectángulos a los hombres.
- 1.2. Al interior de las figuras se escribirá el parentesco o afinidad con el informante, la edad y si algunas de las mujeres incluidas en el familiograma están embarazadas (o se embarazaron en la adolescencia).
- 1.3. Para indicar el tipo de relación entre la o el informante con las personas incluidas en su familiograma, ésta se representará con un círculo o rectángulo de un color específico que denotará cómo es la relación: muy estrecha, cercana, distante, entre otras (el color se indica más adelante en este documento).
- 1.4. Para señalar las relaciones entre las personas incluidas en el familiograma se marcarán con líneas según la simbología que se presenta más adelante en este texto, por ejemplo: si hay matrimonio, uniones libres, separaciones, defunciones, entre otros.
- 1.5. En una hoja de rotafolio se irán colocando –pegando- los integrantes de la familia y se establecerán las relaciones entre todos aquellos que se incorporen a la red familiar.

2. *Instrucción para comenzar: Ahora vamos a hacer un esquema para ver cuáles son las personas que conforman tu familia y son importantes para ti.*

- 2.1. ¿Me puedes señalar cómo está conformada tu familia (tus padres, tus hermanos, entre otros)? Indagar la relación de parentesco, edad, sexo del familiar, fecundidad de las mujeres más cercanas –madre, hermanas, primas-.
- 2.2. ¿Cómo te llevas con ellos? ¿Quiénes son los que te apoyan y de qué forma lo hacen, en qué momentos te apoyan? ¿Con quiénes tienes dificultades, por qué consideras que es así? Indagar sobre la existencia de violencia familiar y relaciones de poder.
- 2.3. Comprender la valoración que hace la y el adolescente y joven de sus relaciones familiares previo, durante y posterior al embarazo. ¿Cómo era la relación antes y durante el embarazo con tu familia? ¿Cómo fue a partir del nacimiento del bebé (si el embarazo no concluyo en aborto)? ¿Cómo es ahora la relación con tu red familiar?

Simbología:

Mujer	○
Hombre	□
Matrimonio	—
Unión libre	~
Divorcio	//
Separación	/
Embarazo	△
Muerte	○ □
Aborto	●
Gemelos	○ ○
Adopción	┌┐

Relaciones (colores):

- Informante (verde)
- Muy estrecha (azul claro)
- Muy estrecha pero conflictiva (azul fuerte)
- Cercana (rosa)
- Distante (amarillo)
- Mala relación, conflictiva y ruptura (rojo)

OBSERVACIONES (espacio exclusivo para la entrevistadora)

Bibliografía

- Adami R. (2018). *Las mujeres que dieron forma a la Declaración Universal de Derechos Humanos*. Naciones Unidas.
- Arango, M. (2013). *Derechos sexuales y reproductivos*. En Lacrampette, N. Editora, *Derechos Humanos y Mujeres: Teoría y Práctica* (pp. 211-250). Universidad de Chile, Centro de Derechos Humanos.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal, VII Legislatura. (2017). *Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México*. Gaceta Oficial del Distrito Federal.
- Asociación Mundial de Sexología. (1999). *Declaración aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología*. Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong.
- Campero, L., Atienzo, E., Suárez, L., Hernández, B., y Villalobos, A. (2013). *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas*. Gaceta Médica de México.
- Carmona, N. (2013). *El matrimonio infantil en México y sus implicaciones en las niñas y adolescentes*. Revisado de http://equidad.scjn.gob.mx/wpcontent/uploads/2014/06/ensayo_matrimonio_infantil_concurso-1.pdf.
- Carrillo, A. (1984). *Las conferencias de población de Bucarest y México*. Comercio Exterior, vol. 34, núm. 7.
- Casas, M y Cabezas, G. (2016). *Los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de género en América Latina: entre el control y la autonomía*. Universidad de Chile, Centro de Derechos Humanos.
- Chávez, J. (2004). *Perspectiva de género*. Universidad Nacional Autónoma de México, Plaza y Valdés, México.
- Climent, G. (2009) (a). *Entre la represión y los derechos sexuales y reproductivos: socialización de género y enfoques de educación sexual de adolescentes que se embarazaron*. Universidad de Guadalajara. Revista de estudios de género. La ventana. núm. 29, 236-275.

- Climent, G. (2009) (b). *Representaciones sociales sobre el embarazo y el aborto en la adolescencia: perspectiva de las adolescentes*. Universidad de Buenos Aires. Cuadernos FHyCS-UNJu, No. 37:221-242.
- Comisión de derechos humanos del Distrito Federal. (2018). *CDHDF llama al Presidente de la República a vetar la reforma de la Ley General de Salud*. Pronunciamiento 5/2018. Revisado de <https://cdhdf.org.mx/2018/03/cdhdf-llama-al-presidente-de-la-republica-a-vetar-la-reforma-de-la-ley-general-de-salud/>.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2016). *Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes*. México.
- Consejo Nacional de Población. (2018). *Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres de sus hijos(as), a partir de las estadísticas del registro de nacimiento, 1990-2016*. Secretaría de gobernación.
- Consejo Nacional de Población. (2018). *Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años*. Infografía. Secretaría de gobernación.
- De Miguel, A. (2003). *El Movimiento feminista y la construcción de marcos de interpretación: El caso de la violencia contra las mujeres*. Revista Internacional de Sociología (RIS). Tercera Época, N° 35, pp. 127-150.
- DHpedia. (2018). *Conferencias internacionales sobre la población y el desarrollo de las Naciones Unidas*. Recuperado de <http://dhpedia.wikispaces.com/Conferencias+internacionales+sobre+la+poblaci%C3%B3n+y+el+desarrollo+de+las+Naciones+Unidas>
- Dirección General de Comunicación por los Derechos Humanos. (2018). *CDHDF llama al presidente de la república a vetar la reforma de la ley general de salud*. Pronunciamiento 5/2018.
- Facio, A. (2008) *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2004). *Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. UNFPA.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal. (2012). Ciudad de México. No. 1377.

- García, G y Manzano, J. (2010). *Procedimientos metodológicos básicos y habilidades del investigador en el contexto de la teoría fundamentada*. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades. UAM Iztapalapa.
- García, G. (2016). *Mi hijo, lo mejor que me ha pasado en la vida: una aproximación a los significados de las trayectorias sexuales reproductivas de madres adolescentes en contextos de pobreza*. México: Instituto Mexicano de la Juventud, Universidad Autónoma Metropolitana
- Glaser, B. y Strauss A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine, Chicago.
- Grupo Interdisciplinario de Información sobre Reproducción. (2014). *Recupera una Oportunidad. Llamado a prevenir y atender el embarazo adolescente*. GIRE. Recuperado de <https://gire.org.mx/campaigns/recupera-una-oportunidad/>.
- INEGI. (2014). *Encuesta Nacional de la Dinamia Demográfica*. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/resultados_enadid14.pdf.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2008). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. Costa Rica, San José: IIDH.
- Juárez, L. (2009). *Apropiación de derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: dimensiones de la ciudadanía*. Guadalajara, La ventana vol.4 no.30 Guadalajara.
- Lacrapette, N. y Lagos, C. (2013). *Los sistemas internacionales de protección de derechos humanos*. En Lacrapette, N. Editora, *Derechos Humanos y Mujeres: Teoría y Práctica* (pp. 69-112). Universidad de Chile, Centro de Derechos Humanos.
- Lamas, M. (1996). La antropología feminista y la categoría “género”. En PUEG, *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 97-125). México, CDMX: PUEG/ UNAM.
- Lamas, M. (2017). *La interrupción legal del embarazo. El caso de la Ciudad de México*. México, FCE, UNAM, CIEG.
- Lamas, M. (s/f). *La perspectiva de género*. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Recuperado de https://www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/genero_perspectiva.pdf
- Lerner, S., Guillaume, A., y Melgar, L. (2016). *Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos*. El Colegio de México.

- Márquez, A (2010). “*Aborto y derechos reproductivos: leyes y debates públicos*” en Ana María Tepichin, Karine Tinat y Luzelena Gutiérrez (coord.) VIII relaciones de género, El Colegio de México.
- Meneses, E y Ramírez, M. (2018). *Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres de sus hijos(as), a partir de las estadísticas del registro de nacimiento, 1990-2016*. CONAPO.
- Momtaz, D. (2009). *La proclamación de Teherán*. Librería de las Naciones Unidas.
- ONU. (1968). *Proclamación de Teherán. Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán*. Recuperado de <http://dhpedia.wikispaces.com/file/view/Proclamaci%C3%B3n%20de%20Teher%C3%A1n%20%281968%29.pdf/151432195/Proclamaci%C3%B3n%20de%20Teher%C3%A1n%20%281968%29.pdf>.
- ONU. (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. Naciones Unidas.
- ONU. (2018). *Resultados sobre la población*. Naciones Unidas. Revisado de <http://www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml>.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para el sistema de salud*. OMS: Uruguay.
- Pérez, G. F. (2015). De la prevención del embarazo adolescente a la reflexión en torno de los derechos sexuales y reproductivos en la juventud. En L. Cano (coord.), *La problemática social en México. Una visión regional desde Trabajo Social* (pp. 125-136), México: ENTS-UNAM.
- PNUD. (2004). *La mujer y el derecho internacional: Conferencias internacionales, Organización Internacional del Trabajo*. Secretaría de Relaciones Exteriores. UNIFEM.
- Rodríguez, L. (s/f). *Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos*. Fondo de Población de Naciones Unidas.
- Romero, C y Muro, A. (2015). *Derechos sexuales y reproductivos*. Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad. N° 9, pp. 273-288.

- Salazar, M. (2013). *Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en México en el Marco Jurídico Internacional*. Mujeres, Derechos y Sociedad, núm. 18.
- Schiavon, R y Gonzáles de León, D. (2015). *Derecho a la vida, salud y derechos de las mujeres. Aportaciones desde México*. Ipas México. Documento en PDF.
- Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo (ILE). (2018). *Estadísticas Abril del 2007 - 28 de Febrero de 2018*. Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Recuperado de <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadisticas-2007-2017-6-de-agosto-2018-.pdf>
- Stern, C. (2007). *Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México*. Estudios Sociológicos. El Colegio de México. vol. XXV, núm. 73, pp. 105-129.
- Taylor, S.J y Bogdan, R. (2015). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. La búsqueda de significados. Paidós. España.
- Torres, I. (2003). Una lectura de los derechos reproductivos desde la perspectiva de género. En IIDH, *Promoción y Defensa de los Derechos Reproductivos: un nuevo reto para las instituciones de Derechos Humanos* (pp. 134-138). Costa Rica, San José: IIDH.
- Ubaldi, N. (2008). *El proceso de despenalización del aborto en la Ciudad de México*. México, CDMX: Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.
- Villanueva, D. (2018). *Senado aprueba objeción de conciencia para médicos y enfermeras*. El Economista. 23 de marzo de 2018. Formato electrónico. Revisado en <https://www.economista.com.mx/politica/Senado-aprueba-objecion-de-conciencia-para-medicos-y-enfermeras--20180323-0050.html>.
- Walti, Carlos. (2005). *Inicio de la vida sexual y reproductiva*. Papeles de población. Scielo vol.11, n.45, pp.143-176.
- Williamson, N. (2013). *Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).