SEIIN. SERVICIOS DE INCLUSIÓN INTEGRAL A.C.
(SEIINAC)

Ejercer la ciudadanía sexual para prevenir el embarazo adolescente.

Informe del ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos en municipios de Hidalgo y Puebla.

SEIINAC PROEQUIDAD

Noviembre de 2016

Ejercer la ciudadanía sexual para prevenir el embarazo adolescente. Informe del ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos en municipios de Hidalgo y Puebla.

Informe de la implementación del proyecto:
Mujeres y Hombres Líderes Comunitarios
por la Prevención del Embarazo Adolescente, el VIH y las ITS.

Coordinación de la Edición y Revisión de Contenido
Diana Avilés Quezada
Guille Magaly Meneses Maqueda
Rafael Castelán Martínez

Coordinación Administrativa del Proyecto
David Eulises Ruíz Hernández

Colaboración
Angélica Itzel Cano López
Erika María Cano López
Guadalupe Damaris Contreras Jiménez
Maricruz García Martínez
Natalia Cortés Servín
Sylvia Rosales Chimal
Ulrike Richter
Yazmin Berenice Juárez

Diseño de arte y edición
Paulina Herrera Villegas

Fecha: Noviembre 2016
ISBN:
Número de ejemplares: 1000

Este material se realizó con recursos de la Décima Quinta Emisión del Programa PROEQUIDAD del Instituto Nacional de las Mujeres, empero, éste no necesariamente comparte los puntos de vista expresados por las (os) autoras (es) del presente trabajo.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS 6
Introducción 8
Capítulo I. Antecedentes
La Red de Mujeres y Hombres Líderes 11
Ciudadanía Sexual y VIH: Realidades de Juventudes en Hidalgo 11
Mujeres. Derecho a la salud, Identificación de la
Violencia Sexual y Prevención del VIH 12
Redes de Esperanza: Mujeres y Hombres Líderes por la
Identificación de la Violencia Sexual y el VIH 13

Capítulo II. Política para la Prevención del Embarazo Adolescente en México y sus Marcos Jurídicos
Marco Normativo y Jurídico de los Derechos Sexuales
y Reproductivos de las y los Adolescentes 16
Marco Jurídico Internacional 16
Marco Jurídico Nacional 18
La Política Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente 22
El Modelo de Atención Nacional para la prevención 23
del Embarazo en Niñas y Adolescentes
Derechos Sexuales y Reproductivos de la Adolescencia y Juventud. 27

Capítulo III.- Metodología de la Intervención del Proyecto
Objetivos del proyecto 31
Actividades y estrategias realizadas en Hidalgo y Puebla 31
Recopilación de información 33

Capítulo IV.- Ciudadanía Sexual y Reproductiva y Embarazo Adolescente en 4 Municipios de Hidalgo y 2 de Puebla, Resultados de la Intervención
Contextualización de los municipios participantes en el Proyecto 36
Hidalgo y su contexto 36
Pachuca de Soto: 37
Tenango de Doria: 38
Tula de Allende: 38
Tulancingo de Bravo: 39

Contextualización de Puebla 39
Huauchinango: 40
Pahuatlan del Valle: 41

Percepciones y Ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Municipios de Hidalgo y Puebla 41
Información general de las personas participantes: 42
Derechos Reproductivos 45
Embarazo Adolescente 47
Derechos Sexuales 54
Masculinidades 56

Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones
Estrategias propuestas por integrantes de la Red 61
Recomendaciones y Conclusiones generales 62

BIBLIOGRAFÍA 64

ANEXOS 69

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el apoyo y facilidades brindadas para la realización del presente trabajo:

Al Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), Delegación Hidalgo.

A la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Campus Huauchinango.

A la Escuela Superior de Atotonilco de Tula.

A las Instancias Municipales de la Mujer de los Municipios de:
Pachuca de Soto y Pahuatlán del Valle.

A la Fundación Cruz Azul Pro Comunidades A.C.

Al Centro de Salud de San Francisco la Laguna, Tenango de Doria.

A la familia Luqueño Ibarra por su hospitalidad y calidez.

Al equipo de SEIINAC por su congruencia y trabajo

A la Red de Mujeres y Hombres Líderes Comunitarios, por su confianza y compromiso.

A las personas de las comunidades por su participación y entusiasmo.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (2015), México ocupa el primer lugar de embarazos en adolescentes, donde existen 456 mil nacimientos en mujeres menores de 20 años y 10 mil 880 en menores de 15 años (Consejo Nacional de Población, CONAPO, 2009).

En México, uno de cada seis nacimientos, es decir el 16.1%, acontece en jóvenes de 15 a 19 años, los estados de México, Chiapas, Veracruz, Hidalgo y Puebla presentan índices alarmantes en cuanto a embarazos adolescentes no planeados. En Hidalgo durante 2015 se registraron 54 mil 124 nacimientos, de los cuales 15 mil 555 fueron de mujeres menores de 24 años y en Puebla durante el mismo año se registraron 141 mil 121, de los cuales 43 mil 169 fueron de mujeres menores de 24 años.

El estado mexicano, para combatir esta problemática creó la Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes (ENAPEA, 2015), que busca disminuir a cero los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y para 2018, lograr cifras de 63.1 por cada mil mujeres de 15 a 19 años.

Se ha observado que el incumplimiento de los Derechos Sexuales (DDSS) y Derechos Reproductivos (DDRR) es un factor que se relaciona de manera estrecha con el fenómeno de embarazos en adolescentes, un ejemplo de esto, es la falta de acceso y obstaculización de información, así como a los servicios de salud sexual y reproductiva (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW, 2012).

En este sentido, Servicios de Inclusión Integral A.C. (SEIINAC) y Red de Mujeres y Hombres Líderes Comunitarios identificaron la necesidad de aplicar acciones educativas en materia de DDSS y DDRR con hombres, mujeres, niñas, niños y adolescentes, ya que el desconocimiento de estos genera consecuencias a nivel físico, psicológico, económico; en el ámbito individual y social; entre las que se encuentran el riesgo de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o embarazos adolescentes no deseados, llegando a convertirse en un problema de salud pública.

La importancia de la aplicación del presente proyecto radica, por una parte, en la significación para la población beneficiada, ya que las actividades desarrolladas y la
información sobre el ejercicio de DDSS y DDRR es completa, científica y laica; están adaptadas a las edades y contextos de las personas a las que va dirigida, además de ser impartidas con un enfoque de género, llegando a población en contextos rurales y urbanos; por otra parte, las estrategias aplicadas son generadas a través de las necesidades, observaciones y recomendaciones de personas que integran la Red de Mujeres y Hombres Líderes.

CAPITULO I

Antecedentes

La Red de Mujeres y Hombres Líderes

La Red de Mujeres y Hombres Líderes Comunitarios es un colectivo de personas, impulsadas por SEIINAC que día con día realizan propuestas en sus localidades o escuelas para la promoción de los DDSS y DDRR, organizan jornadas para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) con la aplicación de Pruebas Rápidas de Anticuerpos al VIH (PAV ITS) y pláticas sobre sexualidad, embarazo adolescente, el uso correcto del condón y otros métodos anticonceptivos. La Red se integró en 2014, con el nombre de "Red de Mujeres Líderes Comunitarias por la Prevención de la Violencia Sexual, el VIH y las ITS". Pero su historia se remonta a la aplicación de diversos proyectos, que se detallan a continuación, actualmente los temas que en ella se tratan se han diversificado en el conjunto de los DDSS y DDRR.

Ciudadanía Sexual y VIH: Realidades de Juventudes en Hidalgo

En 2014 SEIINAC implementó el proyecto "Red de Jóvenes por la prevención de las ITS y el VIH", financiado por el Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y el sida (CENSIDA) con el objetivo de contribuir a la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/sida en juventudes del Estado de Hidalgo, a través de la formación de grupos para la promoción de los DDSS y DDRR en instituciones de nivel medio superior y superior, sus resultados se sistematizaron en el informe "Ciudadanía Sexual y VIH: Realidades de Juventudes en Hidalgo".

El proyecto se llevó a cabo en nueve regiones geográficas del estado de Hidalgo: Altiplano, Comarca Minera, Cuenca de México, Huasteca, Sierra Alta, Sierra Baja, Sierra de Tenango, Valle de Tulancingo y Valle del Mezquital.

Las actividades se realizaron en torno a la promoción y educación de los DDSS y DDRR, así como la prevención de ITS y VIH/sida, mediante estrategias de educación integral de la sexualidad, bajo las siguientes líneas de intervención:

1. Intervención con las juventudes, a partir de pláticas para la prevención de las ITS y el VIH/sida; talleres regionales para la capacitación en Educación Integral de la Sexualidad; y una capacitación estatal.

2. Intervención con docentes, administrativos y directivos de las instituciones educativas, mediante reuniones y talleres para su capacitación en educación integral de la sexualidad.

3. Dentro de las actividades se aplicó un cuestionario sobre sexualidad, DDSS, DDRR y participación de las juventudes en políticas públicas; entre los principales resultados se encontraron los siguientes:

El 34% ya había iniciado su vida sexual, de los cuales el 18% no utilizó métodos anticonceptivos, de quiénes sí lo hicieron, el 29.1% usó el condón masculino, coito interrumpido el 12.6% y la Pastilla de Anticoncepción de Emergencia (PAE) un 11.5%. El 66% no tenía acceso a servicios de salud. El 83.95% de las juventudes no ejercía ningún tipo de participación ciudadana, el 16% que sí lo hizo, participó a través de programas como: Oportunidades, talleres, pláticas y conferencias de parte de la Secretaría de Salud de Hidalgo, en sus escuelas y eventos deportivos sobre la lucha contra el VIH.

A partir de este proyecto, se formó la Red de Juventudes en Hidalgo, las y los integrantes replicaron en sus escuelas la información que obtuvieron a partir de pláticas, capacitaciones y talleres, se comprometieron a seguir trabajando en red para la promoción de los DDSS y DDRR.

Mujeres. Derecho a la Salud, Identificación de la Violencia Sexual y Prevención del VIH

EN 2014 se aplicó el proyecto “Fortalecimiento de Mujeres Líderes Comunitarias en la Prevención de la Violencia sexual, el VIH/sida y las ITS” se derivó en el informe “Mujeres. Derecho a la Salud, Identificación de la Violencia Sexual y Prevención de VIH”, Financiado con recursos del CENSIDA. Participaron mujeres de los municipios de Pachuca de Soto, Tenango de Doria, Tula de Allende, Tulancingo de Bravo en el Estado de Hidalgo, en el municipio de Huauchinango en Puebla y en Huayacocotla en Veracruz.

Este proyecto se implementó con la finalidad de contribuir a la generación de una cultura de prevención entre las mujeres, a partir de un enfoque de género y del acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Las principales actividades del proyecto consistieron en pláticas y capacitaciones sobre los tipos de violencia, la importancia del uso del condón para la prevención del VIH, otras ITS y la relación de estas con la violencia sexual. Para poder implementar las actividades se contó con personas aliadas en los municipios, provenientes de diferentes instancias, principalmente de las mujeres y de instituciones educativas como la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) Campus Huauchinango y el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE).

Se generó un diagnóstico sobre las situaciones de violencia a las que se enfrentaban las mujeres en estos municipios, el ejercicio de sus DDSS y DDRR, conocimientos generales sobre el VIH/sida y el proceso que se debe seguir para la denuncia de alguna situación de violencia.

En este diagnóstico se identificó que el 34% de las mujeres participantes conocían casos de violencia sexual, el 20% de las mujeres en alguna o varias ocasiones consideraban que no debían pedir el uso

del condón en sus relaciones sexuales, el 30% consideró que el VIH y el sida son lo mismo y el 65% de las mujeres no supieron a dónde acudir en caso de violencia sexual.

Durante dichas actividades las mujeres que estaban interesadas en el tema fueron invitadas a participar en un Foro Regional con la finalidad de fortalecer la identidad comunitaria y abordar aspectos sobre género. Como resultado del foro las mujeres elaboraron estrategias para replicar la información que habían recibido en las pláticas y capacitaciones del proyecto, dichas estrategias las realizaron tomando en cuenta las necesidades y contextos específicos de sus comunidades.

Con la propuesta para la implementación de dichas estrategias se conforma la "Red de Mujeres Líderes Comunitarias por la Prevención de la Violencia Sexual, el VIH y las ITS", de igual manera generan recomendaciones y peticiones para el futuro trabajo en estas temáticas, de las que se destacan dos de ellas: la inclusión de los hombres en las actividades, ya que es necesaria la participación de ellos para poder generar cambios en sus ideologías y conductas en diferentes contextos, en el familiar, escolar, laboral, etc.,; y dar seguimiento a las estrategias que se habían generado en el foro.

Redes de Esperanza: Mujeres y Hombres Líderes por la Identificación de la Violencia Sexual y el VIH

La aplicación del proyecto: "Fortalecimiento de una Red de Mujeres Líderes Comunitarias por la Identificación de la Violencia Sexual y el VIH", financiado por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) a través del Programa PROEQUIDAD, desarrollado durante el 2015, tuvo como resultado el informe "REDES DE ESPERANZA: Mujeres y Hombres Líderes por la Identificación de la Violencia Sexual y el VIH", en el que participaron hombres y mujeres líderes de los municipios de Pachuca de Soto, Tenango de Doria, Tula de Allende y Tulancingo de Bravo, en el estado de Hidalgo y de los municipios de Huauchinango y Pahuatlán del Valle del estado de Puebla.

El objetivo de este proyecto fue fortalecer las estrategias elaboradas por las mujeres de la Red en el año anterior, darles seguimiento y generar nuevas estrategias a partir de las primeras experiencias, incluyendo la perspectiva de género. Tomando en cuenta las observaciones de las mujeres en el proyecto "Fortalecimiento de Mujeres Líderes Comunitarias en la Prevención de la Violencia sexual, el VIH/sida y las ITS": se incluyó el trabajo con hombres, abriendo las convocatorias de las actividades a ambos sexos.

Las principales actividades en este proyecto fueron reuniones en cada municipio para dar a conocer las actividades planeadas, se llevaron a cabo pláticas y talleres sobre prevención e identificación de violencia de género y una capacitación regional para desarrollar habilidades de la promoción e

implementación de estrategias. Al igual que en el primer proyecto se contó con personas aliadas de diferentes instancias e instituciones educativas, y principalmente las mujeres integrantes de la Red, quienes abrieron nuevos espacios en otras comunidades para llegar a nuevas poblaciones.

En la capacitación surgieron siete estrategias, las cuales fueron socializadas en un encuentro regional, en donde las y los integrantes pudieron compartir sus experiencias e intercambiar conocimientos para mejorar las futuras réplicas de dichas sesiones.

Durante el desarrollo de las actividades se realizó la campaña: #SocidedadesSinViolencias, la cual consistió en la difusión de mensajes audiovisuales (carteles y spots de radio) para la promoción de la identificación de violencia sexual, prevención de VIH y sobre las órdenes de protección; fueron difundidos en periódicos y estaciones de radio representativas de los estados de Hidalgo y Puebla.

Se aplicó un cuestionario, cuyos resultados permiten visibilizar de manera general las situaciones de las mujeres frente a la violencia en sus municipios, principalmente sobre violencia sexual por parte de su pareja y conductas sexuales de riesgo. Entre los resultados se destaca que el 100% de las mujeres indicó haber sido víctima de algún tipo de violencia alguna vez en la vida y alrededor del 20% de las mujeres han tenido relaciones sexuales sin condón; en el caso de los hombres el 100% reconoce haber ejercido algún tipo de violencia contra las mujeres alguna vez en la vida.

A partir de este momento se integraron las personas de la Red de jóvenes y la Red de mujeres, dando paso a la integración de la Red de Mujeres y Hombres Líderes por la Prevención del VIH y las ITS. En su último encuentro las personas decidieron que uno de los temas necesarios a retomar era el embarazo en adolescentes.

CAPITULO II

Política para la Prevención del Embarazo Adolescente en México y sus Marcos Jurídicos

Marco Normativo y Jurídico de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las y los Adolescentes

Marco Jurídico Internacional

El reconocimiento de los DDSS y DDRR de las y los jóvenes como derechos humanos a nivel internacional, ha tenido un largo transitar en la historia de la humanidad.

El reconocimiento de los temas de sexualidad como una necesidad inalienable de todo ser humano desde el nacimiento hasta la muerte, es el resultado de ahondar en la exigencia y respeto de los derechos de las mujeres, jóvenes y de las personas que viven con VIH.

Otro elemento importante en la definición de DDSS y DDRR ha sido la separación de la función reproductiva de la sexual, lo que implica disfrutar una vida sexual sin necesidad del matrimonio, ni de marcos heterosexuales, como parte del derecho a la libertad de decisión.

Si se realiza un recorrido histórico por los instrumentos internacionales en materia de Derechos Humanos, en la búsqueda de los DDSS y DDRR, será propiamente hasta la Conferencia de los Derechos sobre la Mujer (1975) celebrada en México con motivo del Año Internacional de la Mujer, donde se aborda el tema desde el derecho a la integridad corporal y el control de las mujeres sobre la capacidad reproductiva, pero es hasta 1994, en el Cairo que la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) conceptualiza los derechos reproductivos, los cuales consisten en el derecho de las mujeres y los hombres a tener control respecto de su sexualidad; a decidir libre y responsablemente sin coerción, sin discriminación y sin violencia sobre su sexualidad; el derecho a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijas e hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello, así como a alcanzar el nivel más adecuado de salud sexual y reproductiva.

Los antecedentes de los DDSS y DDRR, se encuentran en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH, 1948), que a la letra menciona: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. En esta misma declaración se encuentra la universalidad de derechos para todas las personas, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier condición, se incluye a niñas, niños y juventudes.

Respecto a la maternidad y la niñez, se encuentra que se tiene derecho a cuidados y asistencia especiales y deben ser para todas las niñas y niños, nacidos dentro o fuera del matrimonio, tienen derecho a igual protección social (DUDH,1948).

En 1975 se ratifica la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, que prohíbe y busca la eliminación de la discriminación racial y además, el goce particularmente de los siguientes derechos: igualdad de tratamiento en los tribunales y órganos administradores de justicia, derecho a la seguridad personal y a la protección del estado contra todo acto de violencia o atentado contra la integridad de las personas, en este se incluye la violencia sexual.

El primer tratado internacional que consagra y protege los Derechos Humanos y libertades de las mujeres es la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW, 1979), primer instrumento en cuyo interior se reconocen las condiciones de desventaja de las mujeres a lo largo de la vida, definiendo las diversas formas de discriminación que viven y establece medidas para combatirlas, derechos civiles, derechos económicos, sociales y culturales.

Respecto a la igualdad en derechos y dignidad humana, que tienen todas las personas, existen algunos instrumentos que aunque no explícitamente, por ser Derechos Humanos protegen los DDSS y DDRR, se mencionan a continuación por su importancia:
El 23 de marzo de 1981 México se adhiere al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en el reconocimiento y la necesidad de gozar de los derechos económicos, sociales y culturales, civiles y políticos para lograr el ideal de la libertad de las personas sin distinción alguna por motivos de color, idioma, sexo, opinión política o de otra índole y proclama que nadie será sometido a tortura ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

La Convención de los Derechos del Niño (CDN, 1989) es ratificada por México en 1990 y entra en vigor en octubre del mismo año, en su interior plantea el reconocimiento de la dignidad y la igualdad de derechos de todas las personas miembros de la humanidad, incluidas niñas, niños y jóvenes, sin distinción por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, además, en su Artículo 24° brinda protección a la salud y a los DDSS y DDRR de la niñez y la juventud, requiriendo a los gobiernos otorguen servicios de planificación familiar y educación. Reconoce el derecho a la vida, a la intimidad y a la información, derechos consagrados en anteriores instrumentos internacionales. Condena la explotación, el abuso, la violencia sexual y prácticas dañinas para niñas y mujeres (mutilación genital femenina, principalmente).

La principal característica de la CDN es el reconocimiento de niñas, niños y jóvenes como personas sujetas de derecho y eso, constituye una forma de aceptar que pueden decidir y asumir compromisos y que sus actos implican responsabilidades, que no son sujetas de tutela, sino que también son individuos con deseos, necesidades y responsabilidades, que pueden y deben vivir sus derechos (CDN, 1990).
Ya en 1999 la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS), en el marco del 14° Congreso Mundial de Sexología realizado en Hong Kong el 26 de agosto de 1999, aprobó la Declaración Universal de los Derechos Sexuales, misma que define los

derechos referidos a la sexualidad como derechos humanos universales que se basan en la libertad inherente, dignidad e igualdad para todas y todos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual es un derecho humano básico que debe ser promovido, protegido, garantizado y defendido (WAS, 1999: 1).

La salud sexual es resultado de una sociedad que reconoce, respeta y ejerce los Derechos Sexuales, derechos humanos universales y fundamentales, mismos que se indican a continuación: 1. El Derecho a la Libertad Sexual, 2. El Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y Seguridad del Cuerpo Sexual, 3. El Derecho a la Privacidad Sexual, 4. El Derecho a la Equidad Sexual, 5. El Derecho al Placer Sexual, 6. El Derecho a la Expresión Sexual Emocional, 7. El Derecho a la Libre Asociación Sexual, 8. El Derecho a Hacer opciones Reproductivas, 9. El Derecho a Información Basada en el Conocimiento Científico, 10. El Derecho a la Educación Sexual Comprensiva y 10. El derecho al Cuidado de la Salud Sexual (WAS, 1999: 1-2).

Marco Jurídico Nacional

En la legislación mexicana, los DDSS y DDRR como Derechos Humanos se encuentran protegidos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917) y por las leyes emanadas de ella. México se ha comprometido con los diversos tratados, convenciones y pactos a nivel internacional, mencionados anteriormente, ya que a partir de la reforma al Primero constitucional de 2011 los vuelve obligatorios y los eleva al mismo rango:

> Artículo 1. En los estados unidos mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta constitución y en los tratados internacionales de los que el estado mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta constitución establece (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2015).

Por tanto, el gobierno mexicano en los niveles: federal, estatales y municipales se ve obligado a promover, proteger, respetar y asegurar los DDSS y DDRR de todas las personas en el país, sin distinción motivada por origen, edad, género, discapacidad, condiciones de salud, religión, condición social o cualquier otra. Específicamente sobre los DDSS y DDRR, de su Artículo 4o se rescata la igualdad ante la ley de mujeres y hombres, además del derecho a decidir libremente, responsable y con la información necesaria el número y espaciamiento de sus hijos, y a la protección de la salud (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2015).

Se presentan cronológicamente las leyes nacionales y sus reglamentos que protegen y deben garantizar los DDSS y DDRR:

La Ley General de Salud (1984; última reforma en 2016) reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen las personas. Entendiendo como salud el *"estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"* para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida y que todo ello contribuya al desarrollo social (Ley General de Salud, 1984).

En la Ley General de Salud (1984) se da carácter de prioridad a la planificación familiar y menciona que el país debe incluir información y educación a adolescentes y jóvenes; para disminuir el riesgo reproductivo a temprana edad, se debe informar sobre las situaciones a las que se enfrentan las personas que se embarazan antes de los 20 años o bien, después de los 35. Además, se debe fomentar y apoyar la investigación en materia anticonceptiva, infertilidad, planificación y reproducción humana.

El Reglamento de la Ley General de Población, publicado en el año 2000 (Reformado en 2012) en el Diario Oficial de la Federación, establece *"el ejercicio del derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos*" (Reglamento de la Ley General de Población, 2000). Los programas y políticas que se creen para garantizar este derecho, deben ser a partir de información general e individualizada sobre sus objetivos, métodos y consecuencias, para que las personas determinen el número y esparcimiento de sus hijas e hijos.

De los artículos 15o al 20o se encuentra de manera específica lo relativo a la planificación familiar: los servicios de salud, salud reproductiva, educación, seguridad social e información pública y otros destinados a lograr el bienestar de las personas, deberán ser integrados y

coordinados con la planificación familiar, con enfoque de género y gratuitos por parte de instituciones del sector público; deberá proporcionarse la información suficiente para garantizar a las personas la libre decisión del uso de métodos anticonceptivos y queda estrictamente prohibido obligar a las personas a utilizar algún método contra su voluntad (Reglamento de la Ley General de Población, 2000).

En la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV, 2007), se plantea el objetivo de establecer coordinación entre los estados y los municipios a nivel nacional para prevenir, sancionar y erradicar los tipos y modalidades de violencia en contra de las mujeres, incluidas mujeres jóvenes y niñas del territorio mexicano, sin discriminación alguna. Se establece la violencia del tipo sexual, definiéndola como: *"cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima..."* (LGAMVLV, 2007) y que atenta contra sus derechos humanos, su libertad, dignidad e integridad física, además de ser una expresión de abuso de poder que la denigra y le concibe como un objeto.

El estado de Hidalgo y el estado de Puebla, en lo particular, también cuentan con sus respectivas leyes de acceso: la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Hidalgo (2007) y la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia del Estado de Puebla (2012).

En 2013 se publica la Ley General de Víctimas (reformada en marzo del mismo año), en ella se encuentra la protección de víctimas en las leyes expedidas por el congreso y en los instrumentos internacionales de los que México sea parte, se aplicará la que más favorezca a la persona, todas las autoridades deberán conducirse con igualdad y no discriminación, sin distinción exclusión o restricción, ejercida por sexo, raza, color, orígenes étnicos, sociales, nacionales, de lengua, religión, opiniones políticas, ideologías, género, edad, condiciones de salud, orientación sexual o cuales quiera.

Para 2014 después de un proceso de presión por organismos de la sociedad civil y de cooperación internacional, se expidió la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) y se reforman diversas disposiciones de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, acción que presentó un parteaguas para el estado mexicano, Niñas, Niños y Adolescentes (NNA) son sujetos titulares de derechos y no sujetos de tutela como anteriormente se les consideraba.

De sus artículos 36o al 38o señala que NNA tienen igualdad de derechos y de trato, es así

que las autoridades deben transversalizar la perspectiva de género en las políticas públicas y programas en pro de la niñez, para garantizar el acceso y oportunidades iguales de alimentación, educación (incluida la educación sexual y reproductiva) y atención médica (LGDNNA, 2014).

Para dar respuesta a una de las recomendaciones del Comité por los Derechos del Niño a México, por tener uno de los mayores rezagos en materia de derechos de NNA en equidad y prevención de la violencia contra las mujeres y niñas, su artículo 45o establece los 18 años como edad mínima para contraer matrimonio en todo el país (LGDNNA, 2014).

De los artículos 50o al 52o se retoma el derecho a la protección de la salud y seguridad social. NNA tienen derecho a recibir servicios de salud gratuitos y de calidad, en relación a DDSS y DDRR, prevención del embarazo, parto, puerperio y acceso a métodos anticonceptivos, se prohíbe la esterilidad forzada. En sus artículos 60° y 61° se les reconoce el derecho a educación de calidad, con enfoque de derechos humanos, a la educación sexual y educación en derechos humanos, deberán ser protegidos contra regímenes de vida, estudio o reglas no acordes a su edad. El artículo 76° resguarda el derecho a la intimidad personal y familiar. El Estado mexicano debe impulsar el conocimiento, respeto y promoción de los derechos de NNA, otorgando especial atención a grupos que se encuentren en situación de vulnerabilidad: alta marginación, grupos originarios, con discapacidad, migrantes, en situación de calle, NNA que vivan con VIH u orientación sexual distinta a la heterosexual (LGDNNA, 2014).

En materia de normatividad en México, se cuenta con la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por el VIH, la que contiene la obligatoriedad para los órganos competentes de la prevención del virus, a través de la educación para la salud, la promoción de la salud y la participación de la sociedad, orientando a formar conciencia y autorresponsabilidad de las personas, familias y grupos sociales, con el objetivo de colaborar activamente en el cuidado de la salud y el cuidado de la infección, mediante capacitación y el apoyo de los servicios de salud, dirigida al personal de las instituciones y a los grupos que se encuentran en mayor riesgo de adquirir el virus.

La Norma NOM-046-SSA2-2005 habla de la existencia de la atención médica de violencia familiar y sexual, la cual define como: “el conjunto de servicios de salud que se proporcionan con el fin de promover, proteger y procurar restaurar el grado máximo posible la salud física y mental, de las y los involucrados en situación de violencia familiar y/o sexual” (García, Et al, 2014: 35).

Para los casos de violencia en específico, tiene su base en los indicadores de violencia física, de violencia psicológica y de violencia sexual. Además, impone la responsabilidad a la persona prestadora de servicios de salud de proporcionar la atención médica, orientación y consejería a las personas involucradas en situaciones de violencia familiar o sexual, debiendo referirlos en caso de ser necesario, a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutiva (en caso de requerirlo, a un refugio establecido por las instituciones especializadas en dar atención integral a la mujer), esto con la finalidad de lograr mayor atención.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida (2016), menciona los criterios y procedimientos para la prestación de los servicios por parte de las instituciones de salud: mejores prácticas médicas, para la atención a la mujer durante el embarazo, así como para la persona recién nacida, especialmente, en cuanto a cuidados prenatales, atención oportuna, calidad durante el parto y atención a la persona recién nacida durante los primeros 28 días.

Como se observa son diversas leyes las que en México enmarcan la garantía, protección e incluso promoción de los derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, la aplicación correcta y exigencia de estos derechos siguen vigentes ya que su violación es constante y recurrente en el país.

La Política Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente

Debido a los datos y recomendaciones de organismos internacionales sobre el embarazo en adolescentes, en México se impulsa una estrategia conjunta entre diversas instituciones, con el fin de erradicar o disminuir este fenómeno y que las niñas y adolescentes presenten las mismas oportunidades de desarrollo que todas las personas.

La Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes en México

En México los índices de embarazo adolescente han ido en aumento año con año, es por eso que prevenir su ocurrencia y erradicar el embarazo infantil son objetivos
estratégicos del gobierno de la república, de la cual surge la necesidad de plantear una estrategia basada en la normatividad nacional e internacional, en el respeto a los derechos

humanos y la perspectiva de género.
La estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes, surge del trabajo conjunto de 13 dependencias del gobierno federal: Gobierno de la República, Secretaría de Gobernación (SEGOB), Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Secretaría de Salud, Secretaría de Educación Pública (SEP), Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), Consejo Nacional de Población (CONAPO), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), así como de la consulta a diversas Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC).

Esta estrategia se compone de objetivos específicos que buscan promover el desarrollo humano de las y los adolescentes; crear un entorno que favorezca las decisiones libres y acertadas sobre el proyecto de vida y el ejercicio de su sexualidad; incrementar la oferta y la calidad de la información y de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como una educación integral de la sexualidad en todos los niveles educativos, de gestión pública o privada.

La ENAPEA se estructura con criterios basados en la intersectorialidad y corresponsabilidad. Es acompañada de una investigación y evaluación que permite darle seguimiento a la implementación de la misma buscando que para el 2030, la tasa actual de embarazo se reduzca a la mitad, entre las adolescentes mexicanas de 15 a 19 años de edad y erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años.
Esta estrategia nacional es una herramienta que tiene como compromiso garantizar los derechos de las y los adolescentes mexicanos, siguiendo el artículo primero de la constitución de los estados unidos mexicanos.

El Modelo de Atención Nacional para la Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), creó en 2015 el "*Modelo de Atención y Prevención de Embarazo en Niñas y Adolescentes"*, el cual tiene como objetivo que *"niñas y adolescentes de 8 a 18 años de edad incumplidos, en riesgo de embarazo, en estado de gestación o maternidad; fortalecidas en su desarrollo acorde a su edad y circunstancias de vida, a través de servicios interdisciplinarios, contribuyendo a la cultura de derechos de la infancia y adolescencia"* (DIF, 2015).

Para el cumplimiento de sus objetivos el Modelo de Atención está divido en 5 capítulos, capítulo 1: Población Objetivo, capítulo 2: Principio Teórico, capítulo 3: Marco Jurídico, capítulo 4: Acciones Sustantivas para la Prevención y Atención del Embarazo en Niñas y Adolescentes y capítulo 5: Evaluación, que a través de ellos propone una atención integral a niñas y adolescentes con recursos básicos que promuevan la salud física, emocional y bienestar, formación comunitaria acerca de causas y efectos del embarazo en niñas y adolescentes, personal formado para la operación del modelo los sistemas DIF estatales y municipales, Gestión Institucional sistemas DIF articulados para la operación del modelo y conformación de redes de apoyo familiar y social.

La necesidad de realizar el modelo de atención surge a partir de que México se posiciona en el primer lugar en embarazo de jóvenes de 15 a 19 años, de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). De acuerdo con un reporte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011 (ENSANUT), la tasa de fecundidad de las mujeres de 12 a 19 años de edad fue de 37.0 nacimientos por cada 1,000 mujeres, superior a la observada en 2005 para la ENSANUT 2006 de 30.0 nacimientos por cada 1,000 mujeres.

El Sistema Nacional DIF reconoce a través de este modelo de atención, que el embarazo en adolescentes es considerado un problema de salud pública y social vinculado tanto a trastornos orgánicos y emocionales propios de la condición fisiológica de la madre adolescente, como a múltiples factores económicos, educativos y socioculturales, que ponen en alto riesgo a la madre y a su hija o hijo e identifica algunos de los factores (Ver tabla 1) que desencadenan una situación de embarazo infantil o adolescente.

Dejar de hablar de la sexualidad con tabúes o mitos, permitirá a la humanidad estar informada sin prejuicios, ser conscientes de las decisiones que una personas tenga en relación a su cuerpo y respetar a las y los demás, siempre teniendo en cuenta el contexto en el que se desarrollan las niñas y adolescentes, y así disfrutar plenamente de los DDSS y DDRR.

La infancia es reconocida como una etapa del desarrollo humano, donde se presenta, la niñez y la adolescencia, que de acuerdo a la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA, 2014) se consideran niñez quienes sean menores de doce años, y adolescentes las personas entre 12 años cumplidos y menores de 18 años; cada una de estas etapas se presenta un proceso de desarrollo físico, social y emocional específico.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), en la niñez se encuentra la primera infancia (de 0 a 6 años), en esta etapa se desarrollan las capacidades y condiciones esenciales para la vida, la segunda infancia (6 a 12 años) es una etapa en la que consolidan

Factores Socio Culturales	Factores Familiares
● Violencia social ● Usos y costumbres ● Falta de educación sexual veraz y oportuna ● Desinformación intergeneracional ● Explotación sexual infantil y adolescente ● Influencia de las redes sociales y medios cibernéticos	● Violencia intrafamiliar ● Comunicación familiar deficiente ● Recursos económicos limitados en la familia ● Desintegración familiar ● Niñas y adolescentes en situación de calle
Factores Individuales	**Factores Políticos y de Desarrollo**
● Indiferencia ante los riesgos ● Deseo de pertenecer a un grupo ● Influencia del patrón materno ● Idealización de un proyecto de vida	● Ausencia de política de salud sexual integral ● Falta de accesibilidad a servicios de salud amigables ● Comunidades marginadas ● Ignorancia o poco empoderamiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes

Tabla 1.Factores asociados al embarazo adolescente. Fuente: Modelo de Atención Nacional para la Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes, 2015.

capacidades físicas, aprenden los modos de relacionarse con los demás y van dando forma a su identidad y afirman su autoestima.

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se caracteriza por transformaciones biológicas, psicológicas y sociales; de acuerdo a la OMS, se puede dividir en tres etapas: adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años), adolescencia intermedia (de los 15 y 19 años) y adolescencia tardía (de los 20 y 24 años).

Entre los cambios existentes en el periodo de adolescencia están los procesos hormonales, sociales e identitarios; es esta etapa se experimentan deseos, sentimientos, e ideas, aumenta la atracción sexual, donde se buscan relacionarse con sus pares, muchas veces sin información que les permita medir los riesgos, o bien existe un miedo e intolerancia a preguntar sobre los cambios físicos y psicológicos que están experimentando, entre las consecuencias de la escasa información es un embarazo adolescente o embarazo.

De acuerdo a la Revista de Posgrado de Medicina (2001), el embarazo a temprana edad se define como: *"el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por*

tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen"; si bien NNA son conscientes de las decisiones que toman, y tienen derecho a decidir sobre su cuerpo, es importante reflexionar junto con esta población, la problemática que representa un embarazo a temprana edad, no un sentido de regaño o represión, sino de autocuidado y respeto a su derecho de vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo; las niñas y adolescentes que ya están en una situación de embarazo pueden presentar efectos en su salud física, siendo la más grave la muerte materna, se encuentran también enfermedades agudas o crónicas, embarazo de alto riesgo, riesgo de irrupción del embarazo en condiciones inapropiadas y las hijas e hijos pueden presentar nacimiento prematuro, malformaciones congénitas (Issler, 2001).

Además de traducirse en falta de oportunidades escolares, personales y laborales, así como desventajas sociales y económicas, es importante reconocer que esta problemática debe ser vista desde una perspectiva de género, la cual constituye una forma de mirar y entender las relaciones entre mujeres y varones en los distintos ámbitos de la vida social, además debe incluirse al hombre ya que, por lo general cuando se habla de embarazo se piensa en la mujer, olvidando al hombre como parte de la responsabilidad que tiene en este; es reconocido que desde temprana edad, las niñas viven desventajas sociales, culturales y económicas que desmoralizan su autonomía, pero con los niños se vive una situación diferente ya que, se les educa para tener el poder o ventajas de toma de decisiones o acciones; en una situación de embarazo a temprana edad es común que el hombre se desligue de su responsabilidad pasando la crianza total a las mujeres, provocando que las niñas o adolescentes se aíslen socialmente y trunquen proyectos personales, en caso de que exista una paternidad reconocida, el adolescente atiende a las demandas sociales de proveer a la familia, orillando a tomar cualquier trabajo en condiciones no adecuadas, lo cual trunca sus estudios y debe buscar la independencia familiar, si bien no vive problemas físicos sí representa problemas emocionales.

Por lo tanto el trabajo de prevención de embarazo adolescente debe ser desde una perspectiva de género que permita sensibilizar a los adolescentes para reconocer la igualdad entre hombres y mujeres, además de solidarizarse con las mujeres y empezar a cuestionar su masculinidad, así tomar acciones para vivir en una sociedad democrática, justa e igualitaria, esto contribuiría a que las mujeres dejen estar en una posición de subordinación y que los hombres dejen de vivir en un estrés social para cumplir con una demanda social y entender que en ningún sentido es lucha de poderes, solo es el reconocimiento de derechos de las personas que tiene cada una. Además de sumar a esa sensibilización con enfoque de derechos a los personas adultas para dejar de educar con prejuicios y estereotipos.

Sexualidad es todo aquello que un ser humano puede causarle placer o displacer que favorecerá o desfavorecerá a la construcción de la identidad del sujeto, reconociendo a las personas como seres psicosociales que requieren de su entorno para un mejor desarrollo. Desde la bioética es la experiencia integral del dimorfismo sexual que involucra aspectos físicos, psicológicos, emocionales, éticos y espirituales fundamentales de la condición y existencia humana (Jair García 2007); y Eusebio Rubio (1994) considera que existen cuatro componentes que integran la sexualidad humana como la reproductividad, no como sinónimo de reproducción sino como una dimensión compleja de hacer crecer o dejar en otros parte de su subjetividad, el segundo componente es el género, que se refiere a la composición social de lo que debería ser un hombre o una mujer, el erotismo es la reacción física del cuerpo ante el placer humano, y el cuarto es el vínculo afectivo, que son las relaciones que las personas pueden adquirir a lo largo de su vida; entendiendo la complejidad del hombre y la mujer, y únicamente la sexualidad, debe dejarse de ver como algo vinculado a las relaciones sexuales en una persona adulta.
Para la prevención y atención del embarazo adolescente debe existir una educación integral de la sexualidad, entendida como el proceso de enseñanza-aprendizaje de formación e información que comprenda todas las edades con un enfoque holístico, basados en el enfoque de Derechos Humanos.

Derechos Sexuales y Reproductivos de la Adolescencia y Juventud

Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente sobre su cuerpo y vivir plenamente su sexualidad

> "Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR) no son más que los Derechos Humanos interpretados desde la sexualidad y la reproducción". Es por eso que a nivel internacional se reconocen 13 Derechos Sexuales y Reproductivos.

1. Derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad.

Las y los adolescentes tienen derecho a que se respeten las decisiones que toman sobre su cuerpo y su vida sexual. Son responsables de las decisiones y actos que llevan a cabo, nadie debe presionar, condicionar ni imponer sus valores particulares sobre la forma en que cada uno decide vivir su sexualidad.

[1]Los 13 Derechos Sexuales y Reproductivos fueron tomados de la Cartilla que formó parte de la campaña nacional por los Derechos Sexuales de las y los jóvenes "Hagamos un Hecho nuestros Derechos" en 2013, esfuerzo de diversas Organizaciones de la Sociedad Civil y de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual.

Derecho a vivir cualquier experiencia o expresión sexual o erótica que las y los jóvenes elijan, siempre que sea lícita. Nadie puede, presionar, discriminar, inducir al remordimiento o castigar por no ejercer o no actividades relacionadas con el disfrute de su cuerpo y vida sexual.

1. Derecho a manifestar públicamente mis afectos.

Derecho a que ejerzan su libertad individual de expresión, manifestación, reunión e identidad sexual y cultural, independientemente de cualquier prejuicio. expresar sus ideas y afectos sin que se les discrimine, coarte, cuestione, chantajee, lastime, amenace o agreda verbal o físicamente.

2. Derecho a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad.

Decidir libremente con quien quieren compartir su vida, sexualidad, emociones y afectos. Nadie debe obligar a las y los adolescentes a contraer matrimonio o compartir con quien no quieran su vida no su sexualidad.

3. Derecho al respeto de mi intimidad y mi vida privada.

Derecho a que sean respetados sus espacios privados y a la confidencialidad en todos los ámbitos de su vida, incluyendo el sexual.

4. Derecho a vivir libre de violencia sexual.

Seguridad jurídica y a la integridad física y psicológica, nadie debe abusar, hostigar o explotar sexualmente a las y los adolescentes.

5. Derecho a la libertad reproductiva.

Como mujer u hombre tienen derecho a decidir tener o no hijas o hijos, cuántos, cuándo y con quien.

6. Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad.

Derecho a un trato digno y equitativo y a gozar de las mismas oportunidades de desarrollo personal integral.

7. Derecho a vivir libre de toda discriminación.

No ser discriminados por su edad, género, sexo, preferencia, estado de salud, religión, origen étnico, forma de vestir, apariencia física o por cualquier otra condición personal.

8. Derecho a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad.
Derecho a recibir información veraz, no manipulada o sesgada. En cuanto a los temas relacionados con sexualidad se debe incluir todos sus componentes, género, erotismo, vínculos afectivos, reproducción y diversidad.

9. Derecho a la educación sexual.

Derecho a recibir una educación sexual sin prejuicios que fomente la toma de decisiones libre e informada, la cultura del respeto a la dignidad humana, igualdad de oportunidades y equidad.

10.Derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva.

Derecho a recibir servicios de salud sexual gratuitos, oportunos, confidenciales y de calidad. El personal de los servicios de salud pública no debe negarme información o atención bajo ninguna condición y estas no deben estar sometidas a ningún prejuicio.

11.Derecho a la participación en las políticas públicas de sexualidad.

Derecho a participar en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva.

CAPITULO III

Metodología de la Intervención del Proyecto

Objetivos del proyecto

El objetivo general de este proyecto fue contribuir a la disminución de embarazos adolescentes en seis municipios: Pachuca de Soto, Tenango de Doria, Tula de Allende, Tulancingo de Bravo, en el estado de Hidalgo y Huauchinango y Pahuatlán del Valle en el estado de Puebla, a través del fortalecimiento de la Red de Mujeres y Hombres Líderes Comunitarios, mediante una educación integral de la sexualidad.

Para cumplir con el objetivo general se establecieron tres objetivos específicos:

1. Fortalecer las capacidades de la Red de Mujeres y Hombres Líderes Comunitarios para la promoción y difusión de los DDSS y DDRR, así como en prevención de e embarazos adolescentes.
2. Involucrar a hombres y comunidad en general en la prevención de embarazos adolescentes e ITS mediante los DDSS y DDRR.
3. Generar espacios de debate entre los habitantes de la comunidad sobre la percepción y ejercicio de los DDSS y DDRR así como del embarazo en la adolescencia.

Actividades y estrategias realizadas en Hidalgo y Puebla

De acuerdo a estos objetivos se establecieron diversas actividades para realizar en los municipios establecidos, dichas actividades se describen a continuación:
Para iniciar las actividades se llevaron a cabo 6 reuniones con las personas integrantes de la Red, con el objetivo de monitorear y dar seguimiento a la aplicación de las estrategias que fueron elaboradas durante 2015, dentro de estas reuniones también se desarrollaron pláticas sobre lenguaje incluyente y micromachismos.

Con la finalidad de fortalecer el trabajo propuesto en las estrategias aplicadas por las personas integrantes de la Red, se realizó una capacitación con el objetivo de desarrollar habilidades y sensibilizar a las y los integrantes sobre la importancia de la prevención del embarazo adolescente, mediante conferencias brindadas por expertos, además de dotarles materiales didácticos (rotafolio y folletería). Las temáticas de las conferencias fueron las siguientes:

- Estrategia Nacional sobre la Prevención del Embarazo en Adolescentes.
- Estrategias y experiencias sobre el trabajo en redes y en colectivo, para el beneficio de la comunidad.
- Incidencia en políticas públicas.

Otra actividad del proyecto fue el desarrollo de dos tipos de pláticas, 7 de ellas dirigidas específicamente a hombres, en las cuales se abordó el tema de masculinidades y DDSS y DDRR; el propósito de estas pláticas fue que los hombres pudieran cuestionar y deconstruir sus ideas y creencias sobre lo que implica ser hombre y partiendo de éstas identificar cuáles son sus actitudes respecto al reconocimiento y ejercicio de sus DDSS y DDRR y los de las mujeres, su responsabilidad ante la prevención de embarazos adolescentes o no planeados, así como su involucramiento con la crianza de las hijas o los hijos.

El segundo tipo de pláticas fueron dirigidas a hombres y mujeres (se impartieron 14) donde se abordaron las siguientes temáticas: periodo de adolescencia y las principales problemáticas que se enfrentan en esta etapa, enfatizando el inicio de la vida sexual y la importancia del uso de métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos en esta etapa, además del uso correcto del condón interno (femenino) y externo (masculino) para la prevención de VIH y otras ITS.

Se realizaron 14 talleres con hombres y mujeres en los que se explicó la teoría de los holones de la sexualidad, se establecieron los aspectos que conforman la sexualidad, se discutían y visibilizaban diferentes factores que influyen para que las y los adolescentes tengan un embarazo en este periodo de desarrollo, así como los impactos y cambios que se generan a partir de este hecho. Después de realizar el análisis se relacionaban el acceso y ejercicio de sus DDSS y DDRR, principalmente dos de ellos: el Derecho a la libertad reproductiva y el Derecho a la información completa científica y laica sobre sexualidad, finalmente se explicó la importancia y el uso correcto de los condones internos y externos para la prevención de VIH y otras ITS.

Una de las actividades en el proyecto que brindó información sobre el conocimiento, promoción y respeto de los DDSS y DDRR fueron las sesiones de cine-debate (se realizaron 17), se utilizó la proyección de videos para generar una crítica hacia la información que se difunde en los medios de comunicación y para generar habilidades en la solución de los problemas a partir de situaciones hipotéticas. Se proyectaron dos videos, los cuales fueron seleccionados en dos líneas de análisis:

- 1. **“Hablemos de sexo”** (Bautista & Carvajal, 2015), proyectado con la finalidad de generar espacios de análisis del respeto a los DDSS y DDRR de las juventudes así como conocer las opiniones y posturas de poblaciones con diferentes rangos de edad y diferentes contextos sobre el inicio de la vida sexual, la promoción del uso de métodos anticonceptivos en la familia y en espacios de salud y las actitudes hacia el embarazo adolescente.

- 2. “**Dos tipos de cuidado”** (Negrete & Rodríguez, 1952), con la finalidad de generar análisis mediante el cuestionamiento de las prácticas antiguas y actuales de las masculinidades en aspectos de las relaciones de pareja, desde el cortejo (cómo es vista si la inician los hombres o las mujeres, las posturas asumidas entre los sexos, etc.), la toma de decisiones respecto al cuidado de la salud sexual y reproductiva (pedir el uso del condón o decidir qué método anticonceptivo usar), hasta las actividades ejercidas por los hombres hacia el cuidado y la crianza de las hijas o hijos.

Al finalizar la aplicación de las pláticas, talleres y sesiones de cine-debate en todos los municipios y comunidades participantes, se llevó a cabo un encuentro en el que acudieron las personas integrantes de la Red y quienes asistieron a las actividades, el cual tuvo como objetivo compartir experiencias de liderazgo comunitario en la promoción de los DDSS y DDRR, para la creación de nuevas estrategias y dar comunidad al trabajo en red, desde un enfoque de género en la incidencia en políticas públicas. Las actividades fueron impartidas por personas expertas en los temas:

- Taller de incidencia en política pública
- Métodos anticonceptivos
- Planeación de estrategias

La última actividad realizada en el encuentro fue la construcción de estrategias a partir del fortalecimiento respecto a la prevención del embarazo adolescente.

Recopilación de información

El presente proyecto se realizó a partir de un enfoque metodológico mixto, ya que las técnicas utilizadas brindan información cualitativa y cuantitativa (con mayor tendencia a esta última), lo cual permite obtener un análisis más amplio sobre el conocimiento y ejercicio de los DDSS y DDRR, así como de la percepción del embarazo adolescente, el uso de métodos anticonceptivos y las masculinidades.

Para la recolección de información cuantitativa, se aplicó un cuestionario conformado por cinco apartados: datos generales, DDSS, DDRR, embarazo adolescente y masculinidades, los cuales fueron procesados y graficados con el programa de Excel de la paquetería de Office 2016.

Para la recolección de información cualitativa se analizaron los discursos y comentarios realizados por las personas en todas las actividades (pláticas, reuniones, talleres, capacitaciones y encuentro). Las sesiones de cine-debate fueron un elemento principal para el análisis cualitativo, a estructura fue la siguiente: Se proyectó un video por sesión, al terminar se planteaban preguntas detonadoras respecto a las temáticas de cada video para generar el debate, finalmente se generaba una retroalimentación de los comentarios a partir de la presentación de los DDSS y DDRR.

CAPITULO IV

Ciudadanía Sexual y Reproductiva y Embarazo Adolescente en 4 Municipios de Hidalgo y 2 de Puebla, Resultados de la Intervención

Contextualización de los municipios participantes en el Proyecto

El Proyecto “Red de Mujeres y Hombres Líderes Comunitarios para la prevención del embarazo adolescente, el VIH y las ITS” se desarrolló en los estados de Hidalgo y Puebla, en cuatro y dos municipios respectivamente. En este apartado se expondrán las principales características sobre embarazo adolescente así como geográficas, sociales y culturales a manera de contextualización y conocimiento general de los mismos.

Hidalgo y su contexto

El estado de Hidalgo representa el 1.1% de la superficie del país; su ciudad capital es Pachuca de Soto y cuenta con un total de 84 municipios. Colinda al norte con Querétaro, San Luis Potosí y Veracruz de Ignacio de la Llave; al este con Veracruz de Ignacio de la Llave y Puebla; al sur con Puebla, Tlaxcala y Estado de México; al oeste con México y Querétaro. (Anuario Estadístico y Geográfico de Hidalgo, 2014).

Cuenta con una población total de 2 millones 858 mil 359 personas, lo cual representa el 2.4% del total del país, de esta 1 millón 369 mil 25 son hombres y 1 millón 489 mil 334 son mujeres. El 52% de la población total vive en zona urbana y el 48% en zona rural (INEGI, 2015).

En Hidalgo la mortalidad infantil total durante 2015 es de 538 casos, de la cual la mortalidad neonatal precoz fue de 216, mortalidad neonatal 113 y postneonatal de 209 (INEGI, 2015). El 29.3% de embarazos se ubica en las adolescentes de 15 a 19 años (CONAPO, 2012).

Según la encuesta intercensal del INEGI (2015), el 36.21% de la población se considera indígena, principalmente Náhuatl, Otomí y Tepehua, el 14.22% de la población mayor de tres años habla una lengua indígena.

En lo que respecta al nivel educativo, el grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de 8.7, lo que equivale a poco más de segundo año de secundaria. A nivel nacional, la población de 15 años y más tiene 9.1 grados de escolaridad en promedio, lo que significa un poco más de la secundaria concluida. De cada 100 personas de 15 años y más en el estado, 6.7% no tiene ningún grado de escolaridad, 56.9% tiene la educación básica terminada, 20.3% finalizó la educación media superior, 14.9% concluyó la educación superior y 1.2% no lo ha especificado, en cuanto a analfabetismo 8 de cada 100 personas de 15 años y más no saben leer ni escribir (INEGI, 2015).

Económicamente entre la población de 12 años y más, el 47.2% es económicamente activa, 34.4% mujeres y 65.6% hombres. El 52.5% no es activa económicamente, 31.5% estudiantes, 48.1% dedicadas al hogar, 3.5% jubilados, 4.0% tiene una discapacidad que les impide trabajar y 12.9% se dedica a otras actividades no económicas (INEGI, 2015).

En cuanto a servicios de salud el 82.45% de la población está afiliada a un servicio de salud, lo que significa que un 17.55% de la población no cuenta con este servicio. De la población afiliada 68.4% es seguro popular, 23.3% IMSS, 7.7% ISSSTE, 1.4% Seguro privado, 1.2% PEMEX, Defensa o Marina y 0.6% otra (INEGI, 2015).

Como se puede apreciar, Hidalgo es un estado con muchas carencias y desigualdades, principalmente para la población del medio rural, sin embargo, la violación estructural a sus derechos humanos, es un elemento asociado al acceso a la salud, educación y al empleo, entre otros.

Pachuca de Soto:

Es la ciudad capital del estado de Hidalgo, colinda al Norte con Mineral del Chico y con Mineral del Monte, al Sur con Zempoala y Zapotlán de Juárez, al Este con Mineral de la Reforma y con Epazoyucan y al Oeste con San Agustín Tlaxiaca (Gobierno del Estado, 2015).

La ciudad cuenta con una población total de 277 mil 375 habitantes, de los cuales 131 mil 708 son hombres y 146 mil 237 son mujeres, ocupando así el primer lugar de población en el estado con un 11.74% de la población total (INEGI, 2010). Durante 2015 se registraron 5 mil 111 embarazos, de los cuales 2 mil 125 fueron de mujeres menores de 24 años (INEGI, 2015).

Respecto a la población mayor a 5 años, 8 mil 101 personas hablan alguna lengua indígena, predominando los Nahuas y Otomíes (INEGI, 2010).

De un total de 266 mil 305 habitantes mayores de 3 años, el 31.88% asiste a la escuela y el 67.96% no asiste y de la población mayor a 15 años (212,760 habitantes) el 2.05 % analfabeta (INEGI, 2015).

Según la encuesta intercensal del INEGI (2015), de la población total, 64.53% cuenta con servicio médico, 49.45% IMSS, 22.28% ISSSTE, 1.48% ISSSTE Estatal, 23.09% PEMEX, Defensa o Marina, 3.7% Seguro privado, 1.28% Seguro Popular y el 0.89% otra.

Tenango de Doria:

El municipio colinda al norte con los municipios de San Bartolo Tutotepec y Huehuetla; al este con el municipio de Huehuetla y el Estado de Puebla; al sur con el Estado de Puebla y el municipio de Metepec; y al oeste con los municipios de Metepec y San Bartolo Tutotepec.

En el municipio habitan un total de 18 mil 766 habitantes, de esta 8 mil 699 son hombres y 10 mil 067 son mujeres; durante 2015 se registraron 374 embarazos, de los cuales 178 fueron de mujeres menores de 24 años (INEGI, 2015); el porcentaje de población de 5 años y más, que habla lengua indígena es del 30%, principalmente la Otomí (INEGI, 2015).

De un total de 17 mil 607 habitantes mayores de 3 años, el 32.49% asiste a la escuela y el 67.4% no asiste y de la población mayor a 15 años (12,549 habitantes) 80.05% es alfabeta y 18.73% analfabeta (INEGI, 2015).

Según la encuesta intercensal del INEGI (2015), de la población total el 8.32% no cuenta con ningún servicio de salud, el 84.7% cuenta con algún servicio médico, de estos: 7.16% IMSS, 5.15% ISSSTE, 90.77% PEMEX, Defensa o Marina, 0.06% Seguro privado y 0.85% otra.

Tula de Allende:

El Municipio de Tula de Allende se ubica en la región del Valle del Mezquital, colinda al norte con Chapantongo, Tepetitlán y Tezontepec de Aldama, al sur con Tepeji de Ocampo, al este con Atotonilco de Tula, Atitalaquia y Tlaxcoapan y al oeste con el Estado de México. (Gobierno del estado, 2011).

En el municipio habitan un total de 109 mil 093 habitantes, de esta 52 mil 404 son hombres y 56 mil 689 son mujeres; durante 2015 se registraron 1 mil 891 embarazos, de los cuales 882 fueron de mujeres menores de 24 años (INEGI, 2015). En el municipio habitan un total de 581 personas que hablan alguna lengua indígena, predominando el Otomí y el Náhuatl (INEGI, 2015).
De un total de 103 mil 855 habitantes mayores de 3 años, el 29.7% asiste a la escuela y el 70.37% no asiste y de la población mayor a 15 años (81,210 habitantes) 96.15% es alfabeta y 2.82% analfabeta (INEGI, 2015).

Según la encuesta intercensal del INEGI (2015), de la población total, 29.57% no tienen ningún tipo de servicio de salud, 0.99% no respondió y el 69.42% tienen algún servicio médico, de estos:

el 53.14% IMSS, 4.78% ISSSTE, 0.14% PEMEX, Defensa o Marina, 10.65% Seguro Popular, 2.83% Seguro privado y 0.66% otra.

Tulancingo de Bravo:

El municipio colinda al norte con el municipio de Metepec, al este con Acaxochitlán y Cuautepec y a oeste con Acatlán y Singuilucan. El municipio es considerado como una de las ciudades y zonas metropolitanas más importantes dentro del Estado de Hidalgo (Gobierno del estado, 2011).

En el habitan un total de 161 mil 069 habitantes, de los cuales 76 mil 322 son hombres y 84 mil 747 son mujeres, considerándose la segunda ciudad y municipio más poblado del estado; durante 2015 se registraron 3 mil 133 embarazos, de los cuales 1 mil 453 fueron de mujeres menores de 24 años (INEGI, 2015); el porcentaje de población de 5 años y más que hablan lengua indígena es del 4.5%, con respecto a la población total, las lenguas que más se practican son el Náhuatl y el Otomí. (INEGI, 2015).

De un total de 153 mil 185 habitantes mayores de 3 años, el 31.40% asiste a la escuela y el 68.34% no asiste y de la población mayor a 15 años (116,252 habitantes) 93.92% es alfabeta y 5.48% analfabeta (INEGI, 2015).

Según la encuesta intercensal del INEGI (2015), de la población total el 29.57% no cuenta con ningún servicio de salud, 69.42% cuentan con alguno de los siguientes servicios médicos: 42.41% IMSS, 11.33% ISSSTE, 0.45% ISSSTE Estatal, 44.37% PEMEX, Defensa o Marina, 0.81% Seguro privado y 0.92% otra.

Contextualización de Puebla

El estado de Puebla representa el 1.7% de la superficie del país, su ciudad capital es la heroica Puebla de Zaragoza y cuenta con un total de 217 municipios. Colinda al norte con Hidalgo y Veracruz de Ignacio de la Llave; al este con Veracruz de Ignacio de la Llave y Oaxaca; al sur con Oaxaca y Guerrero; al oeste con Guerrero, Morelos, Estado de México, Tlaxcala e Hidalgo (Anuario Estadístico y Geográfico de Puebla, 2014).

Cuenta con una población total de 6 millones 168 mil 883 personas, lo cual representa el 5.2% del total del país, de esta, 2 millones 243 mil 667 son hombres y 3 millones 225 mil

206 son mujeres. El 72% de la población total vive en zonas urbanas y el 28% en zona rural. Puebla ocupa el quinto lugar a nivel nacional por su población total, por debajo de la Ciudad de México y Veracruz.

En Puebla la mortalidad infantil total durante 2015 fue de 1 mil 688 casos, de los cuales la mortalidad neonatal precoz fue de 662, mortalidad neonatal 317 y postneonatal de 709 (INEGI, 2015).

Según el censo de población y vivienda 2010 hay 601 mil 680 personas mayores de 5 años que hablan alguna lengua indígena, lo que representa 11% de la población de la entidad, entre las principales lenguas indígenas están Náhuatl, Totonaca, Popoloca.

En lo que respecta al nivel educativo el grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de 8.5, lo que equivale a poco más de segundo año de secundaria, por debajo del promedio nacional que es de 9.1.

De cada 100 personas de 15 años y más en el estado; 7.9% no tiene ningún grado de escolaridad, 56.2% tiene la educación básica terminada, 19.0% finalizó la educación media superior, 16.5% concluyó la educación superior y 0.4% no lo ha especificado, en cuanto a analfabetismo 8 de cada 100 personas de 15 años y más no saben leer ni escribir (INEGI, 2015).

En cuanto a servicios de salud el 79.8% de la población está afiliada a un servicio de salud, lo que significa que un 19.8% de la población no cuenta con este servicio. De la población afiliada 69.4% es Seguro Popular, 23.5% IMSS, 5.7% ISSSTE, 2.2% Seguro privado, 0.5% PEMEX, Defensa o Marina, y 0.9% otra (INEGI, 2015).

Huauchinango:

El municipio se localiza al noroeste del estado de Puebla, colinda al norte con los municipios de Xicotepec de Juárez y Juan Galindo, al sur con Ahuazotepec y el estado de Hidalgo. El 25 de septiembre del 2015 se le da el reconocimiento de Pueblo Mágico (Gobierno Del estado de Puebla, 2015).

Cuenta con una población total de 103 mil 509 habitantes de los cuales, el 48 mil 672 son hombres y el 54 mil 807 corresponde a la población de mujeres; durante 2015 se registraron 2 mil 352 embarazos, de los cuales 1 mil 68 fueron de mujeres menores de 24 años (INEGI, 2015).

De un total de 97 mil 611 habitantes mayores de 3 años, el 35.06% asiste a la escuela y el 64.81% no asiste y de la población mayor a 15 años (70,913 habitantes) el 9.91 % es analfabeta (INEGI, 2015).

Según la encuesta intercensal del INEGI (2015), de la población total, 84.54% cuenta con servicio médico, 74.83% Seguro Popular, 8.91% IMSS, 11.05% ISSSTE, 2.97% PEMEX, defensa o marina, 1.77% seguro privado y 1.17% otra.

Pahuatlan del Valle:

El municipio forma parte de la Sierra Norte de Puebla, colinda al norte con el estado de Hidalgo, al noroeste con Chila Honey, al sur con Huauchinango, al este con el municipio de Naupan y al noroeste con Tlacuilotepec. El 22 de marzo del 2012 se convierte en Pueblo Mágico por su cultura ancestral y su misticismo predominante (Gobierno del estado de Puebla, 2015).

Cuenta con una población total de 22 mil 002 habitantes de los cuales 10 mil 260 son hombres y 11 mil 742 son mujeres; durante 2015 se registraron 522 embarazos, de los cuales 277 fueron de mujeres menores de 24 años (INEGI, 2015).

De un total de 20 mil 559 habitantes mayores de 3 años, el 33.88% asiste a la escuela y el 65.80% no asiste y de la población mayor a 15 años (14,518 habitantes), 78.36% es alfabeta y 20.49 % analfabeta (INEGI, 2015).

Según la encuesta intercensal del INEGI (2015), de la población total 92.59% cuenta con servicio médico, 93.70% Seguro Popular, 9.65% IMSS, 2.61% ISSSTE, 0.05% PEMEX, Defensa o Marina, 0.81% Seguro privado y 0.10% otra.

Del total de la población, 45.11% habla alguna lengua indígena (9,927), principalmente Náhuatl y Otomí (SNIM, 2010).

Percepciones y Ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Municipios de Hidalgo y Puebla.

Los resultados obtenidos a partir de la aplicación del cuestionario y la recuperación de los discursos y experiencias en las actividades se plasman en los siguientes apartados:

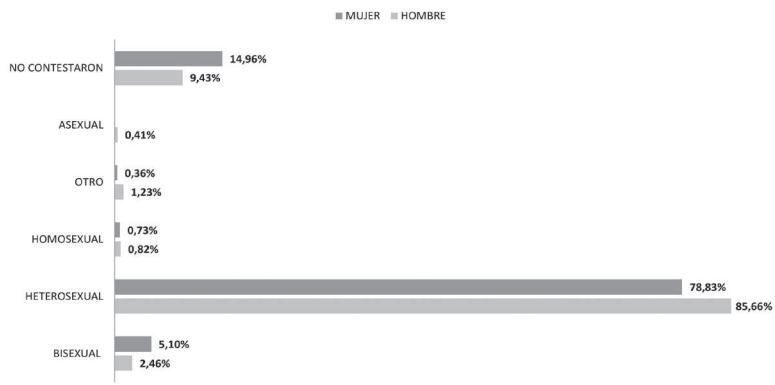
- Datos generales
- Derechos Sexuales (DDSS)
- Derechos Reproductivos (DDRR)
- Embarazo adolescente
- Masculinidades

En las gráficas se rescata el porcentaje de la respuesta “No contestó”, aunque en otro tipo de estudio se omite, este informe lo presenta ya que, por la naturaleza de los temas abordados y a partir de la experiencia, se puede afirmar que las personas tienden a omitir información cuando se habla de sexualidad. Esto permite identificar y visibilizar las necesidades que la población tiene respecto al conocimiento sobre su sexualidad y/o el ejercicio de los DDSS Y DDRR.

Información general de las personas participantes:

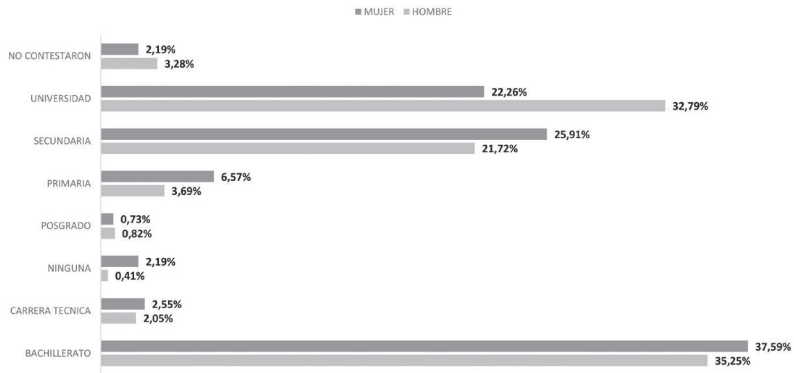
El cuestionario fue contestado por 519 personas, 274 mujeres (53%), 244 hombres (47%), una persona no contestó cuál era su sexo. Las edades de las personas participantes estuvieron entre los 11 y 58 años, con un promedio de edad de 31.7 años, el promedio de edad de hombres es de 18.años y de las mujeres de 21.5 años.

En cuanto a la orientación sexual el 3.86% se asume bisexual, el 82.05% como heterosexual. El 0.77% se identifica como homosexual, el 0.19% se percibe asexual, el 13.13% contestó con otro tipo de respuestas o prefirieron no contestar (Gráfica 1). El 79.34% son personas solteras, el 6.76% son casadas, el 8.69% vive en unión libre, el 2.52 no contestó, el 0.58% son mujeres viudas, el 0.19% son divorciadas, el 1.93% contestó otro.



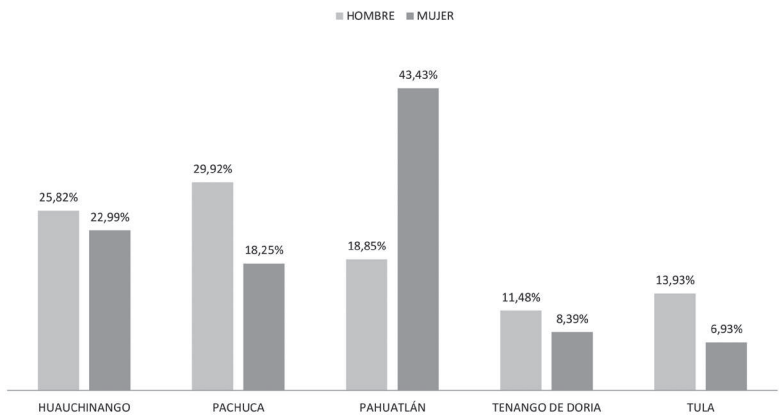
Gráfica 1. Sexo y orientación sexual de las personas participantes

El 1.35% de las personas que contestaron el cuestionario no tienen estudios, el 5.21% estudió hasta la primaria, el 23.93% estudió secundaria, el 36.49% estudió hasta bachillerato, el 2.32% hasta carrera técnica, el 27.22% hasta universidad, el 0.77% hasta posgrado y el 2.70% no contestó. Se observa que las mujeres presentan mayor porcentaje en la educación básica y media superior, pero los hombres aumentan en porcentaje en universidad y posgrado, lo cual podría ser un factor que pone en desventaja a las mujeres en los sectores familiares, sociales y laborales (Gráfica 2).



Gráfica 2. Escolaridad de las personas participantes

Las personas encuestadas pertenecen a distintas localidades de Hidalgo (43.93%) en los municipios de Pachuca de Soto 23.70%, Tenango de Doria 9.83%, Tula de Allende 10.40 %, y en municipios de Puebla (56.06%), en Huauchinango 24.28% y Pahuatlán del Valle 31.79% (Gráfica 3). El 13.13% habla alguna lengua indígena, 11.89% de los hombres y 14.23% de las mujeres y el 5.41% no contestó si hablaba alguna lengua indígena.

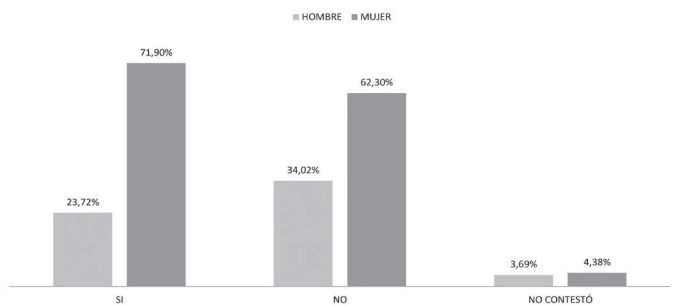


Gráfica 3. Origen de las personas participantes

Como se desarrolló en el capítulo sobre el marco legal nacional e internacional, el gobierno mexicano se ha comprometido a nivel internacional y nacional a proteger, respetar, promover y garantizar los DDSS y DDRR, uno de ellos es el de la información completa, científica y laica sobre sexualidad, es por eso que uno de los cuestionamientos fue si las personas conocían estos derechos, las respuestas fueron las siguientes:

De las personas que participaron el 67.37% ha escuchado sobre los DDSS y DDRR, sin embargo, aunque ya se ha trabajado en estos municipios desde el 2014, el 28.57% de las personas que contestaron el cuestionario no han escuchado sobre estos derechos (Gráfica 4); de las personas que han escuchado el 62.68% afirma que ha sido en instituciones educativas, y el 13.96% en otros procesos formativos, únicamente el 9.97% ha escuchado de estos derechos en espacios de atención en salud pública, el 6.55% los ha escuchado en los medios de comunicación. Se debe destacar que las mujeres son quienes más tienen conocimientos sobre estos derechos en comparación a los hombres, esto podría ser debido a que los programas de planificación familiar y salud sexual y reproductiva están mayormente dirigidos a las mujeres, lo cual contribuye a reforzar el rol de las mujeres como cuidadoras y responsables de usar métodos anticonceptivos.

El promedio de edad de inicio de la vida sexual en los hombres es de 15 años y de las mujeres a los 18 años, sin embargo, se observa que hay quienes, tanto hombres como mujeres, iniciaron su vida sexual a temprana edad (8 años), lo cual plantea dos situaciones, la primera es, que existen estudios como la ENAPEA (2015) que afirman que los embarazos en adolescentes (con ello el inicio de la vida sexual) principalmente en menores de 12 años, están relacionados con violaciones sexuales, sin embargo, no debe descartarse la idea de que fue el inicio de la vida sexual consentida; por otra parte hay quienes iniciaron después de los 30 años. Mediante estos datos se observa la necesidad de garantizar la educación sexual y reproductiva desde edad temprana, para que las personas y en especial las y los jóvenes ejerzan su derechos a decidir de forma libre sobre su cuerpo y sexualidad, con los elementos que componen la sexualidad como género, erotismo, vínculos afectivos, reproducción y diversidad, con contenidos de acuerdo a su edad.



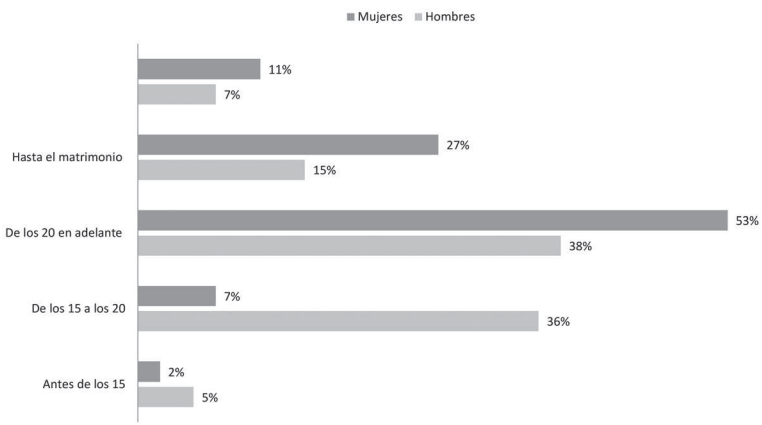
Gráfica 4. Personas que han escuchado sobre DDSS y DDRR

Derechos Reproductivos

En este apartado se presentan los resultados sobre el ejercicio y los conocimientos que tienen las personas sobre los DDRR a partir de diferentes situaciones como edad ideal para embarazarse, personas que tienen hijas o hijos y cuántos tienen, estos son datos que contextualizan algunas percepciones sobre reproductividad.

El 46% de participantes considera que la edad ideal para embarazarse es a partir de los 20 años, sin embargo, el 5% de los hombres y el 2% de mujeres consideran que la edad ideal sería antes de los 15 años, por otra parte el 27% de las mujeres y el 15% de los hombres consideran que, independientemente de la edad, el momento ideal para embarazarse es hasta el matrimonio.

Estos datos dan lugar a sugerir dos situaciones, la primera es que hay personas, tanto mujeres como hombres, que apoyan o normalizan el matrimonio infantil, por otra parte se mantiene la creencia de que al presentarse un embarazo existe el concepto de matrimonio de por medio, estas dos ideas podrían reforzar los embarazos en una etapa temprana u obligar a las y los adolescentes a casarse debido a embarazos no planeados (Gráfica 5).

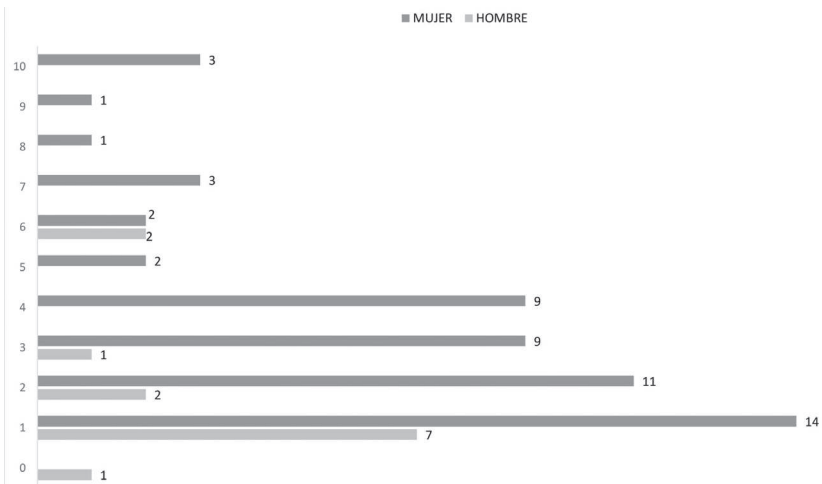


Gráfica 5. Edad considerada ideal para embarazarse por las personas participantes

El 85.10% de las personas encuestadas no tienen hijas o hijos, es decir el 94.09% y el 76.95% de los hombres y las mujeres, respectivamente; el 14.90% tienen hijas o hijos, es decir, el 5.91% de hombres y el 23.05% de mujeres. Respecto al número de hijas o hijos que tienen, 21 personas dijeron tener uno, pero existen mujeres (12) que tienen entre cinco y diez, sin embargo, los hombres mencionaron tener entre uno y tres, solo uno de ellos mencionó tener 6

hijas o hijos (Gráfica 6). Estos datos muestran que son las mujeres quienes tienen más hijas o hijos en comparación a los hombres, lo cual sugiere que son los hombres en comparación a las mujeres, quienes podrían tener un mayor ejercicio de sus DDRR, por ejemplo en el mayor acceso a métodos anticonceptivos al ser menos los prejuicios hacia ellos cuando hacen público el ejercicio de su vida sexual, conducta que si es ejercida por las mujeres, ellas son más criticadas y estereotipadas.

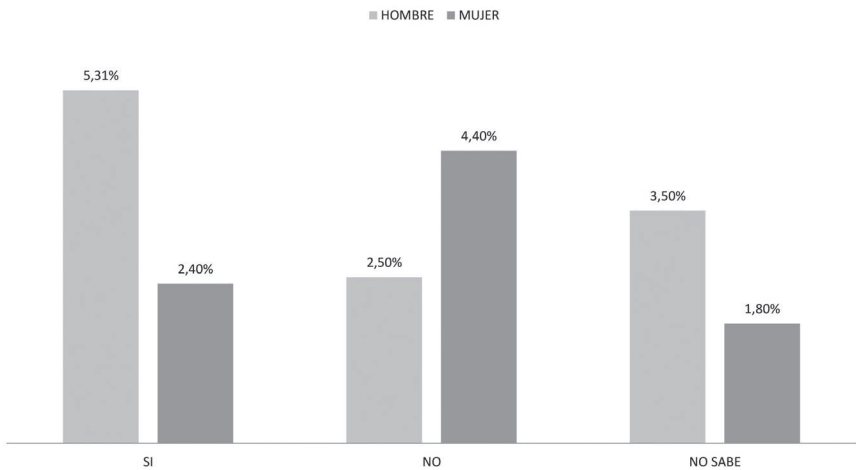
Esta idea es planteada a partir de los comentarios y actitudes realizadas en las sesiones de talleres y cine-debates, cuando se planteaban preguntas como: ¿Es lo mismo que una mujer comente en público el tener una vida sexual activa en comparación a los hombres?, las mujeres responden en conjunto "no", o en situaciones como pasar a poner el condón, los chicos hacen comentarios en tono de burla hacia las chicas que pasan dirigidos en dos extremos como "pasa tú ya tienes experiencia, sí sabes (sic)" o "ella ni siquiera sabe (sic)". Otra situación observada constantemente, fue que al ofrecer insumos de protección (condones y lubricantes) los hombres tomaban y pedían mayor cantidad en comparación con las mujeres.



Gráfica 6. Número de hijas o hijos de las personas participantes

También se preguntó si les gustaría tener hijas o hijos, el 15.5% de las personas dijeron que no, el 60.72% dijo que sí y el 23.78% no lo sabe, de estos datos debe destacarse que el 10.19% y el 5.31% de las mujeres y hombres, respectivamente, no quieren tener hijas o hijos (Gráfica 7), a partir de esto se observa que son más las mujeres que no quieren, es una situación que se contrapone con el porcentaje de mujeres (23.05%) que menciona tener hijas o hijos (Gráfica 6)

esto también da pie a sugerir que en algunos casos las mujeres podrían ser obligadas a terminar embarazos, aun cuando no lo desean, ante esta situación debe fortalecerse y respetarse el derecho de elegir si quieren o no tener hijas o hijos, principalmente de las mujeres.



Gráfica 7. Personas participantes que quieren o no tener hijos

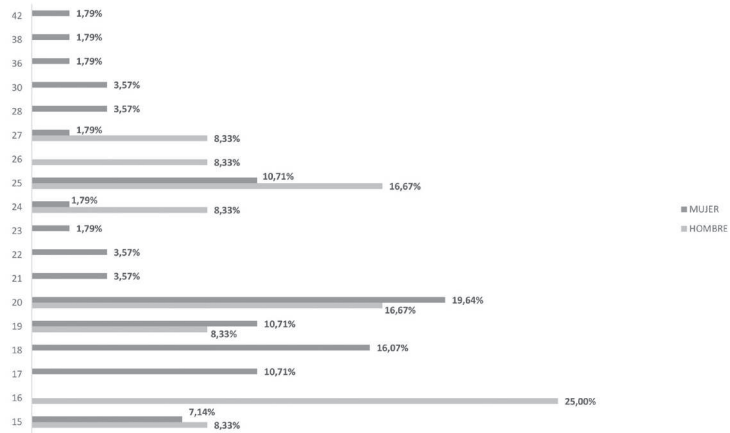
De todas las personas participantes que se han embarazado, el 9% pensó en interrumpir el embarazo, del cual el 2% son hombres y el 7% son mujeres, el 91% no pensó en interrumpir un embarazo, del cual el 17% son hombres y el 74% son mujeres. El 86% de los hombres y el 78% de las mujeres no han tenido ningún aborto, pero el 14% de los hombres y el 22% de las mujeres, sí han vivido esta situación. Debido a estos datos es necesario que se le de atención integral y seguimiento adecuado por parte de los servicios de salud a las personas que piensan en la interrupción de su embarazo, informarles sobre las causales que existen, sin posturas o fundamentalismos religiosos, únicamente promoviendo el derecho a decidir de las mujeres.

Embarazo Adolescente

En este apartado se presentan los resultados sobre situaciones específicas en el embarazo adolescente como: la edad en la que tuvieron la primera hija o hijo, cuántos embarazos han tenido, sentimientos y percepciones del primer embarazo, apoyo recibido, etc., los datos presentados son de las personas que tuvieron el primer embarazo entre los 15 y 17 años.

De 62 personas que tienen hijas o hijos, el 48% de las personas lo tuvieron entre los 15 y 17 años y el 52% a partir de los 18 años.

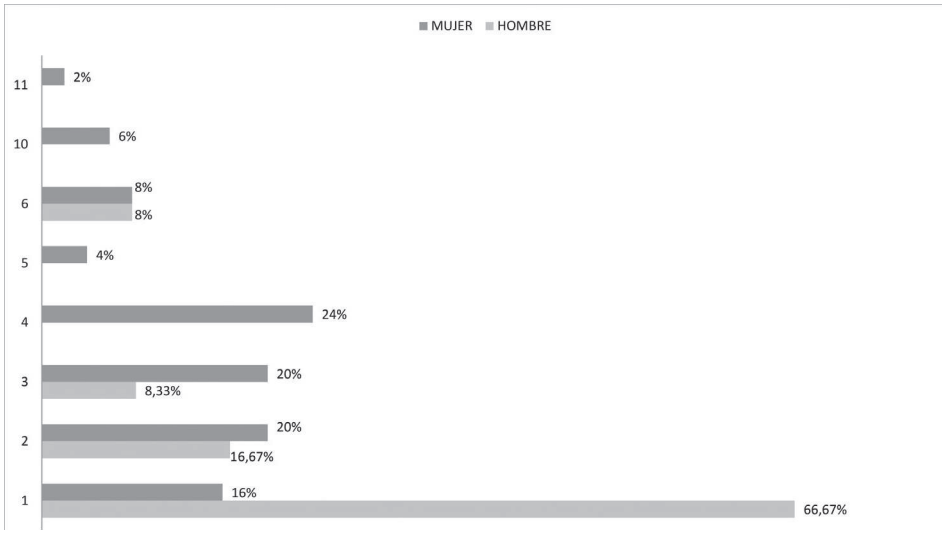
El 8.33% de los hombres y el 7.14% de las mujeres tuvieron hijas o hijos a los 15 años y el 25% de los hombres a los 16 años, es decir que en comparación con las mujeres, son más los hombres que tienen hijas o hijos a menor edad. Por otra parte el 1.79% de mujeres iniciaron la maternidad a los 42 años pero no se observa que los hombres inicien su paternidad después de los 27 años (Gráfica 8). El hecho de que los hombres no tengan hijas o hijos en algunas edades podría ser por la educación sexual que han recibido, así como el reforzamiento de estereotipos hacia ellos, como la idea de que los hombres que tienen una vida sexual activa son más valorados respecto a su virilidad, por lo que podría ser normal que un hombre utilice métodos anticonceptivos como el condón, brindándoles más ventajas para decidir tener o no hijas o hijos.



Gráfica 8. Edad en la que tuvieron a la primera hija o hijo las personas participantes

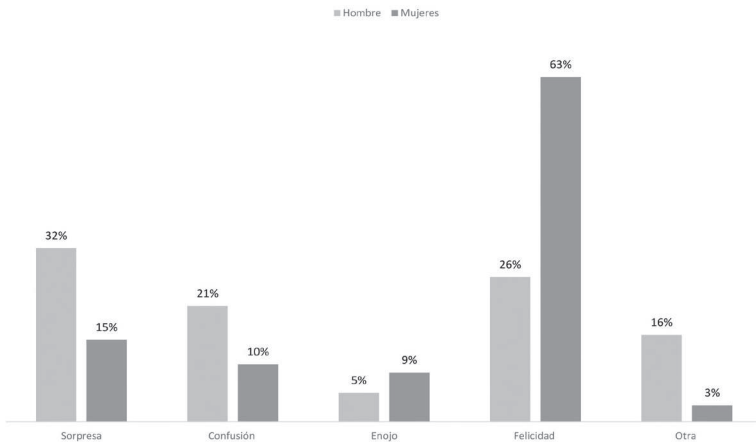
Se planteó el término de “embarazados” hacia los hombres, ya que este proceso se considera compartido cuando se involucra el hombre en los cuidados de salud durante el embarazo y no únicamente un proceso que pueden o deben vivir las mujeres.

El 91.67% de los hombres han tenido un embarazo y sólo el 8% ha tenido seis, mientras que el 16% de las mujeres han tenido un embarazo, indicando que el 84% de ellas han tenido entre dos y once embarazos (Gráfica 9). Lo cual refuerza el supuesto de que los hombres tienen un mayor ejercicio de sus DDRR.



Gráfica 9. Número de embarazos que han tenido las personas participantes

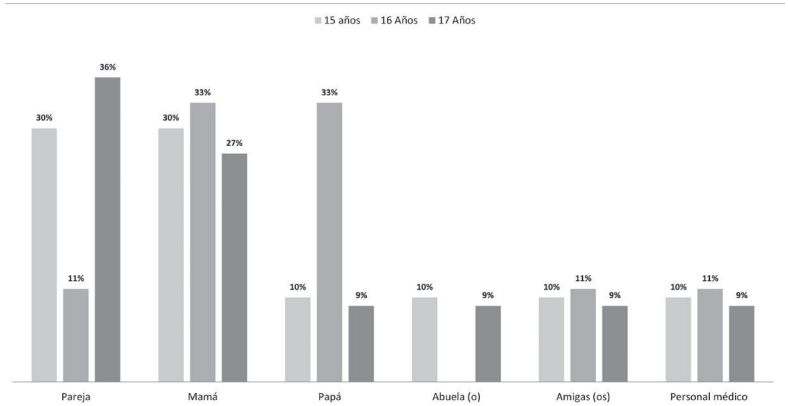
Como se menciona en el apartado de DDRR, son más los hombres, en comparación con las mujeres, que sí quieren tener hijos, sin embargo, se observa en la gráfica 10, que son menos los hombres (26%) que sienten felicidad durante el primer embarazo, en comparación a las mujeres (63%), también son ellos quienes tienen más sentimientos de sorpresa y confusión. Una explicación podría ser que los hombres son reprimidos o es menos permitido socialmente que sientan o expresen felicidad, sin embargo son más las mujeres (9%) quienes sienten enojo durante su primer embarazo, lo cual podría ser por la obligación de tener que llevar a cabo un embarazo aun cuando no está planeado.



Gráfica 10. Sentimientos experimentados durante el primer embarazo de las personas participantes

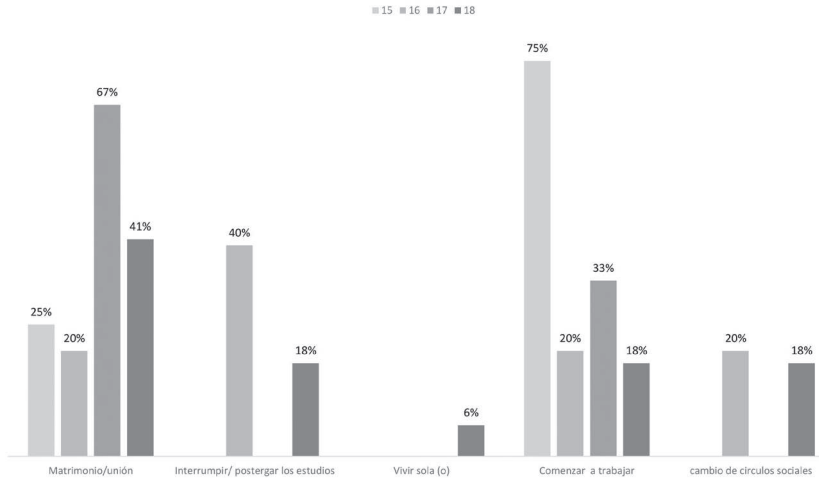
El 76.92% de los hombres dijeron que no estaban preparados para su primer embarazo y el 56% de las mujeres dijeron que sí estaban listas, estos datos difieren en que son las mujeres quienes menos desean tener hijas o hijos, ello contribuye al supuesto de que los estereotipos hacia los hombres los obligan a no expresar sus deseos de ser padres y las mujeres adoptan el destino de ser madres, que de acuerdo al sistema patriarcal es el nivel máximo de felicidad que pueden vivir las mujeres (Lagarde, 2013).

Las personas que se embarazaron durante la adolescencia, de quienes más apoyo percibieron fue de la mamá (32%), de la pareja (27%) , del papá (16%), del personal médico (14%), de amigas o amigos (7%) y de la abuela o abuelo (5%). Se observa que en general las y los adolescentes de 15 y 16 años reciben más apoyo de otras personas en comparación con su pareja, mientras que a los 17 años se destaca el apoyo de la pareja (36%). Lo cual refuerza la idea de que a menor edad menos recursos se tienen para llevar a cabo un proceso de embarazo (Gráfica 11).



Gráfica 11. Personas que apoyaron a las y los adolescentes en el embarazo

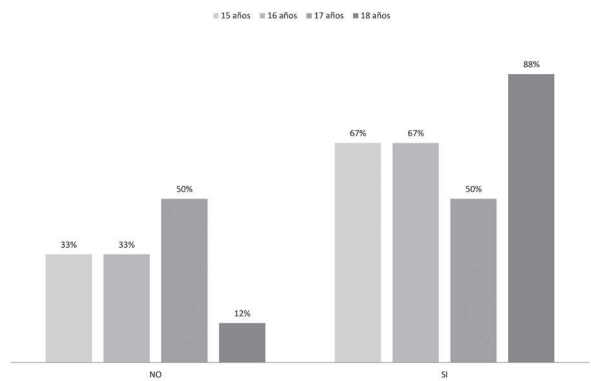
A partir de que una mujer y un hombre presentan su primer embarazo, sus condiciones de vida cambiaron ya que, de las personas de 15 años, el 75% inician a laborar, de las personas de 17 años el 67% tuvo un matrimonio o unión libre, y el 40% interrumpió o postergó sus estudios a los 16 años (Gráfica 12); al presentarse un embarazo en edad temprana modifica el plan de vida de un hombre o una mujer, ya que se enfrentan a responsabilidades que posiblemente no esperaban y anterior al embarazo no se enfrentaban, pero los cambios económicos, sociales y familiares, que presentan reducen oportunidades educativas y laborales que les permita tener una mejor calidad de vida, tanto de las personas embarazadas como del niño o niña que nace, por lo que se debe hacer énfasis en la planificación familiar y disfrute y goce de su sexualidad que les garantice todos sus derechos, además de implementar acciones para evitar los matrimonios infantiles, ya que reduce aún más que mujeres tengan oportunidades de desarrollo personal y profesional.



Gráfica 12. Cambios a partir de un embarazo en las y los adolescentes

A partir de los siguientes resultados se incluyeron a las personas que tuvieron su primer embarazo a los 18 años, ya que se encontraron resultados con diferencias significativas en comparación con el rango de los 15 a los 17 años.

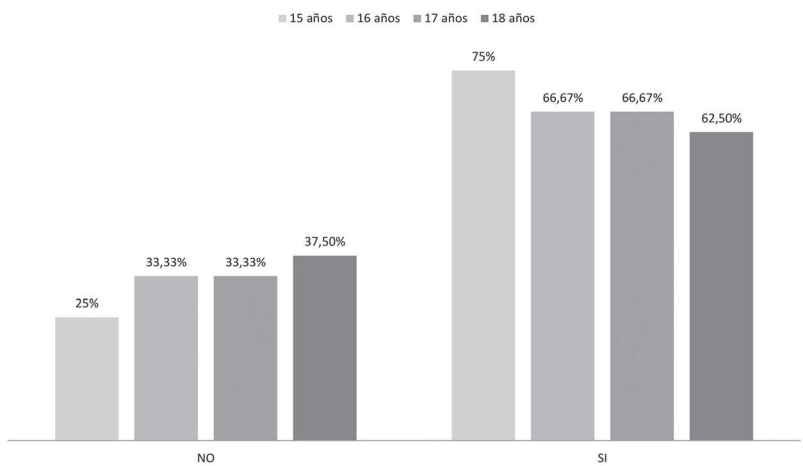
El 12% de las personas de 18 años no contó con información durante su primer embarazo, el 33% de 15 y 16 años respectivamente, y el 50% de 17 años tampoco recibieron información. Se observa que mientras menos edad tengan las y los adolescentes, menos informadas se encuentran, ante esto se debe reconocer que las personas menores de 18 años también son sujetas y sujetos de derechos. El derecho al acceso de la información, es fundamental para tomar decisiones oportunas y libres, en tanto la información debe ser integral y de alternativa para decidir sobre el embarazo (Gráfica 13).



Gráfica 13. Edades en las que recibieron información durante el primer embarazo

El 32% de las personas mencionaron que el personal de salud es quien les proporcionó información durante el embarazo, seguido de mamá y papá con el 18% y el 14% respectivamente, el 11% de maestras y maestros, el 11% del internet, y el 7% de amistades. A partir de estos datos es necesario prestar atención al porcentaje de personas que obtienen información de internet, ya que existe gran cantidad de información falsa que puede generar confusión y una toma de decisiones no consiente ni informada, además debe destacarse la importancia de que las personas jóvenes cuenten con información científica, completa y laica para llevar a cabo una orientación y acompañamiento adecuado entre pares. El personal de salud es quien proporciona la información durante el embarazo, por lo que se les debe profesionalizar con un enfoque de Derechos Humanos.

Es importante señalar que aun cuando las personas de 18 años recibieron mayor información durante el embarazo (88%), fueron quienes tuvieron menos control prenatal (37.50%) en comparación con el 75% de jóvenes de 15 años, el 66.67% de 16 y 17 años que sí tuvieron control prenatal (Gráfica 14). Esto puede deberse al mayor riesgo que presentan las mujeres más jóvenes que están en un proceso de embarazo, como: preeclampsia, eclampsia, anemia, aborto, infecciones en las vías urinarias, infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH; en cuanto al producto, puede nacer de manera prematura, tener bajo peso, retardo en el desarrollo cognitivo y/o desarrollo físico, además del incremento en la morbilidad y mortalidad materno infantil (De la Garza, 1997).



Gráfica 14. Control prenatal durante el primer embarazo por rango de edad

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida (2016) menciona los criterios y procedimientos para la prestación de los servicios por parte de las instituciones de salud: mejores prácticas médicas, para la atención a la mujer durante el embarazo, así como para la persona recién nacida, especialmente, en cuanto a cuidados prenatales, atención oportuna y de calidad durante el parto y atención a la persona recién nacida durante los primeros 28 días.

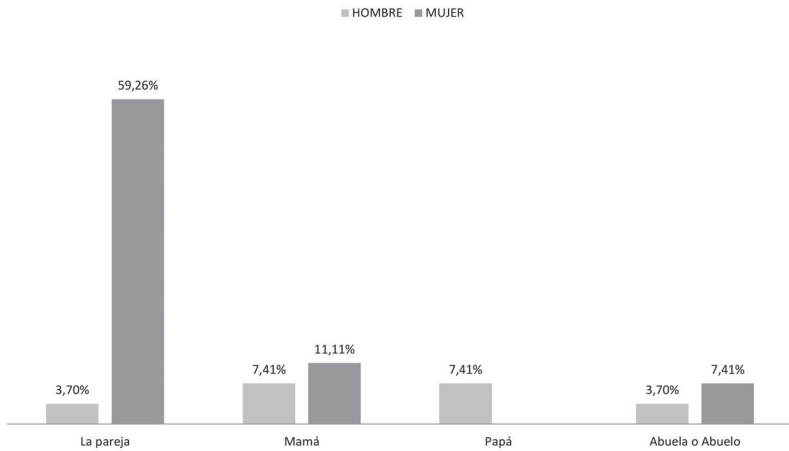
Por lo cual se evaluó la eficiencia del servicio médico durante el embarazo (proceso de embarazo, parto y puerperio), las respuestas fueron las siguientes: El 41% de las personas dijeron haber recibido un servicio adecuado en el parto, el 38% en el proceso de embarazo y el 21% durante el puerperio (postparto o cuarentena). Quienes perciben menos atención eficaz y adecuada durante las tres etapas son las personas de 15 años (33% en cada una de las etapas). En todas las edades, el porcentaje donde se concentra menor satisfacción es durante el puerperio.

En relación al tipo de servicio de salud al que acudieron las personas de entre 15 y 18 años, el 62% acudió a servicios públicos y el 38% a servicios privados.

Los maltratos durante el proceso de embarazo, y/o puerperio fueron percibidos durante los 18 y 17 años (9.52% y 4.76%, respectivamente), esto podría relacionarse con las personas que recibieron menos atención durante el embarazo, ya que al ser maltratadas preferían no regresar al servicio. Las situaciones de maltratos que mencionaron fueron: regaños y petición de acudir al servicio con un familiar o persona adulta.

En cuanto a la toma de decisiones durante su primer embarazo, el 87% de las personas afirmaron ser ellas quienes decidían, sin embargo, el 8.7% (mujeres) mencionó que su familia tomaba las decisiones y el 4.35% (hombres) percibió que quienes tomaban las decisiones, era personal del sector salud. Se preguntó si alguna de las mujeres había sido medicada durante el proceso de embarazo, parto o puerperio sin causa justificada, una mujer dijo que sí.

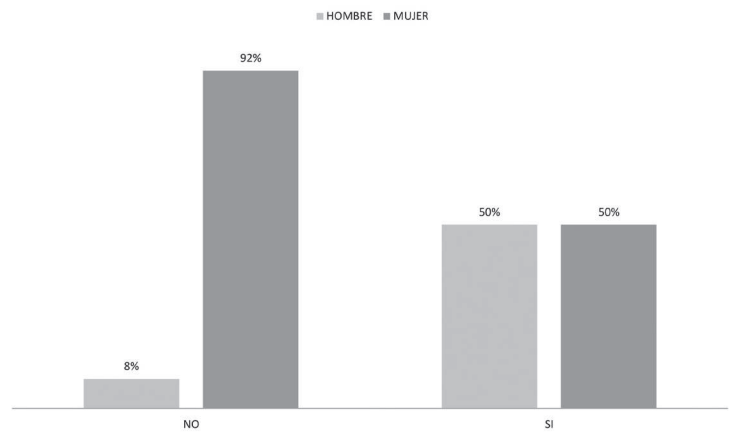
En el cuestionamiento sobre quién se hizo cargo de la persona recién nacida, el 37% afirmó que fueron otras personas (mamá, papá o abuelos) y no la pareja (Gráfica 15). Lo cual podría relacionarse con los factores propios de su edad, temor sobre cómo enfrentar la situación, principalmente por los cambios que genera en el proyecto de vida: las posibles respuestas de la pareja, la familia, las amistades y las instituciones; el posible abandono escolar, matrimonio forzado, salida de círculo de amistades, entre otras.



Gráfica 15. Percepciones sobre quién cuidó a la persona recién nacida durante el primer embarazo

Derechos Sexuales

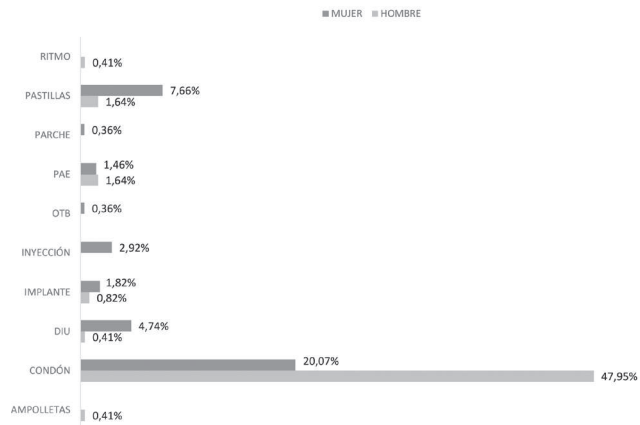
Respecto a DDSS, se preguntó a las personas que ya tenían hijos sobre el disfrute de su sexualidad antes del primer embarazo, el 50% de las mujeres no disfrutaban de su sexualidad, mientras que el 92% de los hombres sí disfrutaban de su sexualidad (Gráfica 16). Esto puede deberse al imaginario patriarcal de que las mujeres no "deben" disfrutar la sexualidad, ya que la función principal que se tiene es la realización y la felicidad es ser madre y esposa, "Madresposa" (Lagarde, 2013).



Gráfica 16. Disfrute de la sexualidad antes del embarazo

En el apartado del uso de métodos anticonceptivos, el 40.66% de las personas no usan ninguno, el 30.74% son hombres y el 49.64%; el 7.9% de las personas los utilizan a veces y el 15.61% no contestó. De manera general, México se ha visto obligado a generar políticas públicas sobre DDSS y DDRR, porque no existe una cultura de prevención desde un punto de vista de los Derechos Humanos y la equidad de género, esto se observa en los embarazos adolescentes como problema de salud pública, además de las conductas sexuales de riesgo que se presentan en esta etapa de desarrollo.

De quiénes sí utilizan algún método, el 33.14% de las personas mencionan utilizar condón en sus relaciones sexuales, 47.95% de los hombres y 20.07% de las mujeres, mencionan el uso de este método. El 12.62% usan otros métodos como: ampolletas, DIU, implante, inyección, OTB, pastilla de anticoncepción de emergencia, parche, pastillas y ritmo (Gráfica 17).



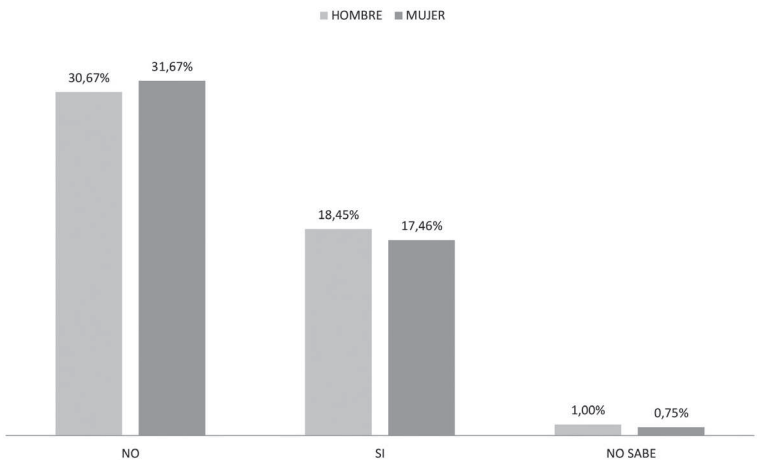
Gráfica 17. Porcentaje de Personas por tipo de sexo y métodos anticonceptivos que usan o han usado

Sobre la especificación de métodos anticonceptivos usados, el 46.72% de los hombres y el 60.58% de las mujeres no contestaron, esto puede deberse a las siguientes razones: no tiene relaciones sexuales, no le gusta, la pareja o la misma persona no está de acuerdo con su uso, quieren tener hijas o hijos, no conocen ningún método, para evitar reacciones secundarias, por tener relaciones con personas del mismo sexo o por pena.

De acuerdo al derecho del acceso a la información completa, científica y laica, es necesario evaluar los conocimientos que tienen las personas sobre ITS, principalmente el VIH y sida, ya que a partir de esto podrían aumentar o disminuir las prácticas sexuales de riesgo; por lo cual en el cuestionario se preguntó sobre si existe diferencia entre VIH y sida y cuáles serían las

diferencias, se obtuvieron los siguientes resultados:

El 35.91% de las personas consideran que son lo mismo, de los hombres el 18.45%, un punto porcentual más que las mujeres; este resultado podría deberse a que las mujeres están más cercanas a los temas de salud sexual. Es importante mencionar que el 62.34% considera que no son lo mismo (Gráfica 18) y que sus diferencias pueden ser varias, de acuerdo a los testimonios en los talleres, una mujer comentó: “el VIH es el virus y el sida la enfermedad desarrollada;; uno es el virus, el otro la enfermedad” (sic) sin embargo, se identifican dudas y desconocimiento sobre la diferencia, ya que de ese total, el 34% no contestó y el 14.8% contestó de forma incorrecta, con respuestas principalmente como: “se contagian de diferentes formas, una da por relaciones sexuales y otra por jeringas infectadas, uno es por herencia de la madre desde el nacimiento, son diferentes infecciones, uno es contagioso el otro no, el sida es la enfermedad permanente” (sic). Estos datos permiten reconocer que aunque han accedido a información para saber que el VIH y el sida son diferentes, no les ha quedado claro en qué consisten y cuáles son las formas de transmisión.



Gráfica 18. Personas que afirman que VIH y sida es lo mismo

Masculinidades

Cuando se habla de embarazo adolescente en distintas campañas, se hace énfasis en las mujeres adolescentes, pero el fenómeno también está relacionado de manera directa con los hombres, “La igualdad de mujeres y hombres es un principio jurídico, ético y político universal, enraizado en nuestra sociedad, que está presente en las relaciones interpersonales, y además está reconocido

también en diversos textos internacionales sobre derechos humanos" (Victoria Gasteiz 2008).

Por lo cual se contempló un apartado sobre cómo ellas y ellos consideran su sexualidad y el ejercicio de la reproducción, desde sus creencias sobre masculinidad. Los resultados (Anexo 2) indican que 1 de cada 3 personas que participaron consideran que la hombría está relacionada con la rudeza, son las mujeres quienes lo consideran, por un punto porcentual, más que los hombres.

En las comunidades donde se trabajó el proyecto se ha iniciado la deconstrucción de esa masculinidad asociada al sistema sexo-género, en la que los hombres son, de acuerdo al género, quienes presentan características de rudeza, fortaleza, etc. cuando se les cuestionó sobre la reacción que tendrían cuando alguien les insulta un 83.27% contestó que no defendería su reputación y mucho menos con la fuerza. Sin embargo, aunque la deconstrucción se asocia a la fuerza, aún persiste un imaginario del hombre como el tomador de decisiones, dueño incluso de las decisiones de las mujeres, así, el cuestionario reveló que casi el 50% de las personas están de acuerdo en que el hombre debe ser quien tiene la última palabra en las decisiones importantes del hogar y un 32.66% está parcialmente de acuerdo con esta afirmación.

Lo anterior coloca en duda la deconstrucción de la masculinidad, más bien afirma la hegemonía patriarcal que se tiene en los hogares, donde existe un acto de reproducción de padres a hijos, esta reproducción mantiene este sistema sexo-genérico, "el cual hace referencia a las formas de relación establecidas entre mujeres y hombres, en el seno de una sociedad. Analiza las relaciones producidas bajo un sistema de poder que define condiciones sociales distintas para mujeres y hombres en razón de los papeles y funciones que les han sido asignados socialmente y de su posición social como seres subordinados o seres de poder sobre los principales recursos" (Aguilar S/A).

Este sistema sexo-género, también ha obligado a mantener una distancia entre las mujeres y una gran solidaridad entre los hombres, esta solidaridad se ha llamado fraternidad, el cuestionario muestra que un 67.42% de las personas manifiestan estar de acuerdo en que para un hombre es importante tener un amigo con quien hablar de sus problemas, el 21.35% de las personas afirman que los hombres deben saber qué le gusta a la pareja durante el sexo, el 13.22% está de acuerdo en que los hombres siempre deben estar dispuestos a tener sexo y el 15.7% está parcialmente de acuerdo.

Con las estadísticas anteriores, desagregadas por sexo, una vez más son las mujeres quienes manifiestan estar de acuerdo o parcialmente de acuerdo, por un punto porcentual más que los hombres.

El imaginario social que se hace de los hombres los posiciona en lugares privilegiados, pero también en situaciones de riesgo, de acuerdo a esto el cuestionario indicó que 1 de cada 3 personas están entre total y parcialmente de acuerdo en que los hombres no hablan de sexo, sólo lo practican, dando pie a situaciones de riesgo, por ejemplo cuando los hombres presentan algún problema de salud, como disfunción eréctil, el 86% dijo estar de acuerdo en que los hombres deberían sentirse avergonzados, lo que fortalece la concepción de la masculinidad como sinónimo de fuerza y virilidad, ideas que son de riesgo al presentarse enfermedades o no protegerse al tener relaciones.

Respecto a las relaciones sexuales protegidas el 6% de las personas aseguran que para proponer el uso del condón la responsabilidad debe ser de una de las dos personas, aunque por medio este cuestionario no es posible precisar cuál es el sexo que debería proponerlo. En este aspecto la población sí está más sensibilizada, puesto que un 86.27% está de acuerdo en que no son las dos personas que deben proponer el uso del condón en una relación sexual.

Desde luego el embarazo adolescente no deseado ha resultado un fenómeno que vulnera los derechos de las mujeres al limitar su desarrollo académico, social e incluso personal, en este sentido, el 87% de las personas está de acuerdo en que un embarazo es responsabilidad de la pareja y el 12.62% supone que es responsabilidad de una de las partes, podría afirmarse a partir de los comentarios en las pláticas y talleres, que generalmente es hacia las mujeres.
Uno de los DDRR enunciados en el Art. 4 de la Constitución Política, es el de elegir cuándo, cuántos y con quién tener hijas o hijos, en este sentido, el 68.79% está en desacuerdo que las hijas e hijos se tienen que planear con la pareja, este dato llama la atención ya que supone que las personas de manera individual, tienen que decidir cuándo y cuántos hijos tener, sin embargo, en ocasiones esta decisión es tomada por los hombres.

Siguiendo el tema de las masculinidades y la responsabilidad al decidir tener o no hijas o hijos, el 79.22% de los hombres y 73.26% de las mujeres están de acuerdo en que es responsabilidad de las mujeres evitar quedar embarazadas. En este punto se observa la construcción machista heteropatriarcal, instalada tanto en hombres como en mujeres, donde si bien el embarazo se desarrolla en una mujer, la responsabilidad tendría que ser compartida, ya que el derecho a cuándo tener hijas o hijos, también incluye con quién tenerlos, por lo que la decisión tendría que ser compartida.

La maternidad atribuida a las mujeres exclusivamente, es una forma de violencia hacia ellas, que se materializa en diversas formas, principalmente en su empoderamiento, llama la atención

que sean las mujeres las que también contribuyen a esta forma de pensar; se preguntó si era importante que el padre estuviera con los hijos, aun cuando la pareja está separada, el 70.78% de las mujeres dijeron no estar de acuerdo en que es importante, esta afirmación se fortalece al indagar sobre las funciones atribuidas a hombres y mujeres cuando se tienen los hijos, en este sentido, el 23.72% de las personas afirmaron estar de acuerdo que es responsabilidad de las mujeres cambiar pañales, bañar y alimentar a niñas y niños.

Lo anterior pone en evidencia que la división familiar del trabajo, no es una opción elegida para las mujeres, es una atribución realizada desde la hegemonía del patriarcado y el machismo, que aún persiste y aunque 1 de cada 2 hombres piensa ambos son responsables de los cuidados del bebé, el 42.72% está de acuerdo y parcialmente de acuerdo en que el rol más importante de la mujer, es cuidar de su hogar y cocinar para su familia.

Como se puede apreciar, aunque la masculinidad se ha comenzado a deconstruir en muchos aspectos, aún es persistente la idea de que las mujeres son las responsables de la prevención, del embarazo y del posterior cuidado y crianza de las hijas o hijos. Por esto se vuelve necesario, mirar a los hombres, trabajar con ellos estrategias que conlleven a construir nuevas masculinidades de relación equitativa, mirar el poder conjunto entre hombres y mujeres, sólo así se podrá eliminar la violencia hacia las mujeres en los ámbitos familiares y sociales.

CAPITULO V

Conclusiones y Recomendaciones

Es importante tomar en cuenta que para contribuir a la erradicación el embarazo en niñas y adolescentes es necesario mirar todos los factores que interactúan a manera de generadores y que a su vez mantienen y refuerzan el fenómeno. Ante esta situación SEIINAC identifica y presenta los principales resultados y recomendaciones que surgen de la intervención.

Estrategias propuestas por integrantes de la Red

Como resultado del proyecto, las personas participantes de la "Red de Mujeres y Hombres Líderes Comunitarios" plantearon 4 estrategias que llevarán a cabo en sus regiones durante 2017:

1. XIMAI RADIO "SPOTS DE RADIO" (Hidalgo): Esta estrategia tiene como objetivo sensibilizar a la población sobre el embarazo adolescente y embarazos no planeados, con los mensajes se pretende alcanzar la difusión a 20 mil personas (niñas, niños, jóvenes, comunidad en general) aproximadamente, serán transmitidos durante el lapso acordado con la estación de radio, la cual también es transmitida vía web.

2. "Epidemia de información" (Puebla): Esta estrategia tiene el objetivo de prevenir el embarazo adolescente a través de la sensibilización por medio de una difusión de información masiva en pequeños comercios, mediante mensajes en los productos básicos que sean repartidos, rompiendo esquemas tradicionales de información. Está dirigida a población en general en dos momentos, el primero a nivel local y después municipal.

3. "Carnaval sexual" (Hidalgo): Su objetivo es promover información sobre el disfrute de una vida sexual saludable a través del arte, mediante un convenio con los municipios para generar una campaña de difusión; dicha campaña consistirá en concursos, exposición de fotografías y obras de teatro. La estrategia está dirigida principalmente a la población adolescente, se brindarán insumos de protección.

4. "Intervención artística" (Hidalgo y Puebla): su objetivo es prevenir el embarazo en las y los adolescentes a través de procesos de intervención artística, con la finalidad de exaltar y evidenciar sus capacidades y habilidades creativas. La actividad está dirigida para una población estudiantil de secundarias. Se identificarán estudiantes líderes y serán capacitadas y capacitados en la temática.

Para llevar a cabo las estrategias planteadas es necesaria la participación de las comunidades y los municipios, es por eso que desde los gobiernos estatales y municipales se deben crear estrategias integrales para apoyar las iniciativas de la comunidad en general y de las personas líderes, quienes conocen las condiciones de las comunidades y proponen acciones desde la experiencia y que se miran como parte de las problemáticas, para un ejercicio de participación ciudadana. Además de generar acciones dirigidas a toda la población con especial énfasis en las niñas, niños y adolescentes pero sin dejar de mirar a sus familias y grupos cercanos.

Recomendaciones y Conclusiones generales

De acuerdo a la legislación internacional y nacional, la educación debe promover y difundir los DDRR y dotar de información sobre planificación familiar. La difusión y promoción de los DDSS es una actividad básica para que las y los adolescentes se empoderen y ejerzan sus derechos, como saber que la información que reciban debe ser completa, laica y científica, o que es su derecho que los servicios de salud les brinden insumos de protección de ITS, como el condón, o algún otro método anticonceptivo; esta difusión debe ser reforzada ya que los resultados indicaron que hay población que desconoce los DDSS y DDRR. También se debe reforzar la promoción de los DDSS y DDRR desde el sector salud ya que debe ser de las principales instituciones en difundirlos. Los resultados indican que sólo el 9.97% los conoce a través de esta institución.

Otro medio fundamental que debe ser monitoreado y mirado como un aliado estratégico son los medios de comunicación, ya que la población indica que es uno de los lugares en los que se ha escuchado información sobre educación sexual y reproductiva.

Se debe hablar de sexualidad desde la infancia, por lo que debe incluirse en las estrategias de educación, con información de acuerdo a su edad, para erradicar las ideas erróneas y limitantes sobre esta temática. En ese sentido NNA deben ser informados de sus DDSS y DDRR, utilizando las metodologías acordes a su desarrollo para hacer llegar la información adecuada.

Un embarazo en edad temprana es causal de circunstancias desfavorables para un desarrollo pleno, por lo que debe atenderse de manera inmediata, con políticas, acciones y programas que atiendan de manera eficaz, haciendo un trabajo coordinado entre gobierno, sociedad en general, niñez y adolescencia, para obtener mejores resultados.

Se debe reforzar el derecho de igualdad de oportunidades para hombres y mujeres ya que

los resultados indican que son más las mujeres que estudian hasta el nivel medio superior, sin embargo al llegar al nivel superior son los hombres quienes ingresan y se mantienen en este nivel.

Es necesario que se proporcione atención integral y seguimiento adecuado por parte de los servicios de salud a las personas que piensan en la interrupción de su embarazo, informarles sobre las causales que existen, sin posturas o fundamentalismos religiosos, únicamente promoviendo el derecho a decidir de las mujeres.

El cuestionario indica que hay personas, tanto hombres como mujeres, que apoyan o normalizan el matrimonio infantil, por otra parte se mantiene la creencia de que al presentarse un embarazo existe el concepto de matrimonio de por medio, estas dos ideas podrían reforzar los embarazos en una etapa temprana u obligar a las y los adolescentes a casarse debido a embarazos no planeados. En México a partir de la proclamación de la LGDNNA se prohíben los matrimonios antes de los 18 años, ahora es necesario que se materialice en la realidad de niñas y jóvenes.

Es importante seguir trabajando para erradicar los prejuicios y estigmas vigentes sobre sexualidad y el ejercicio de los DDSS y DDRR, principalmente los que existen hacia las mujeres, ya que se identifica que las mujeres aún no pueden vivir su sexualidad de manera libre, sin que se les señale.

Los resultados encontrados respecto a la concepción y ejercicio de masculinidad muestran el trabajo y compromiso que debe tener el estado para lograr una estructura social de igualdad entre hombres y mujeres, ya que aun cuando se han creado acciones y estrategias (día naranja, LGAMVLV, etc.) se sigue considerando que las mujeres son quienes deben encargarse de los cuidados de la casa, de la hijas o hijos. Datos identificados a partir de la intervención, valiosos para confirmar y evidenciar la brecha que existe para alcanzar la igualdad en el ejercicio de los derechos. Se debe tener claro y reconocer que faltan herramientas, estrategias y voluntad para abordar asuntos más complejos como lo es la trata de personas, la desaparición, la prostitución y los feminicidios.

A partir de esta experiencia se reconoce que para erradicar los embarazos no planeados en la adolescencia, es necesario realizar acciones integrales comprometidas desde los tres ámbitos de gobierno (Federal, Estatales y Municipales) con la participación de las personas involucradas: personas líderes, organizaciones de la sociedad civil, medios de comunicación, grupos de hombres, niñas, niños, adolescentes y comunidad en general.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Mundial de Sexología, Asamblea General de la, WAS. “Declaración del 13avo. Congreso Mundial de Sexología”. (26 de agosto de 1999 en el 14o Congreso Mundial de Sexología) Disponible en: **http://joveneslectores.sems.gob.mx/extras/interactivos/sexualidad/doc/Derechos_sexuales .pdf**

Avilés, D., Galindo, D., Martínez, S., & Rosales, S. (2014). Ciudadanía Sexual y VIH: Realidades de Juventudes en Hidalgo. Proyecta, Diseño e Impresión. México: DF.

Avilés, D., González, Y., Meneses, M., & Vargas, F. (2015). Redes de Esperanza: Mujeres y Hombres Líderes por la Identificación de la Violencia Sexual y el VIH. Proyecta, Diseño e Impresión. México: DF.

Bautista, L., Carvajal A. (Productora ejecutiva). (2015). Lo que callamos las mujeres. Rompiendo el silencio [Programa de televisión]. México. **https://www.youtube.com/watch?v=exsvF4rlZs8&t=23s**

Castelán, R., García, L., González, Y., & Meneses, G. (2014). Mujeres, derecho a la salud, identificación de la violencia sexual y prevención del VIH. Proyecta, Diseño e Impresión. México: DF.

Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH y sida, CENSIDA (2016). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 3er. Trimestre de 2016.

CEDAW. (2012). Informe sobre la situación de los derechos reproductivos de niñas, adolescentes y mujeres en México. Nueva York.

Diario Oficial de la Federación. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. México. 4 de diciembre de 2014. Disponible en: **http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA_041214.pdf**

Diario Oficial de la federación. Ley general de salud.Mexico. 7 de febrero de 1984. Disponible en: **http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_010616.pdf**

Diario Oficial de la Federación. Ley general de Víctimas.México. 9 de enero de 2013. Disponible en: **http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf**

Diario oficial de la federación. Reglamento de la Ley General de Población.México.14 de abril de 2000. Disponible en: **http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGP.pdf**

Consejo Nacional de Población, CONAPO. (2009). Principales indicadores de salud sexual y reproductiva de adolescentes por entidad federativa. México.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer,
García Guerrero Jair. (2007). Biótica de la sexualidad. 03 de noviembre de 2016, de Slide Share Sitio web: **http://es.slideshare.net/jairgarcia/bioetica-de-la-sexualidad**

Garza de la, C. (1997). Primigesta Adolescente. Revista de Ginecología y Obstetricia, (65).
Gobierno de la República (2015), Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo Adolescente. Recuperado el 22 de noviembre 2016 en: **http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf**

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2015). Conjunto de Nacimientos. México.
Instituto Nacional de las Mujeres. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México. 1 de febrero 2007.Disponible en: **http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/Resource/295/1/images/ley-general- acceso-mujeres-vida-libre-violencia.pdf**

Issler. Juan R. (agosto 2001). Embarazo en la Adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa, 107, 11-23.

Lagarde, M. (2003) Los cautiverios de las Mujeres. Madresposas, Monjas, Putas, Presas y Locas. UNAM. México: DF.

Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia del estado de Hidalgo. México. 31 de diciembre de 2007. Disponible en: **http://www.ordenjuridico.gob.mx/Publicaciones/CDs2009/CDSegSoc/pdf/HGO02.pdf**

Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia del estado de Puebla. México. 28 De Marzo De 2012. Disponible en: **http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/5_LegislacionNacionalInternacional/zLegislacion/Estatal/Puebla/C/Ley%20de%20acceso%20de%20las%20mujeres%20a%20u na%20vida%20libre%20de%20violencia.pdf**

Naciones Unidas, Asamblea General “Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes”. Nueva York. (26 de junio de 1987). Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/libro/InstrumentosConvencion/PAG0833.pdf

Naciones Unidas, Asamblea General “Conferencia de los Derechos de la Mujer” México. (1975). Disponible en: **www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental- support/world-conferences-on-women**

Naciones Unidas, Asamblea General “Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial”. (21 de diciembre de 1965). Disponible en: **http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx**

Naciones Unidas, Asamblea General “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”. Nueva York. (18 de diciembre de 1979). Disponible en: **http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100039.pdf**

Naciones Unidas, Asamblea General “Convención sobre los Derechos del Niño”. (20 de noviembre de 1989).Disponible en: **http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx**

Naciones Unidas. Declaración Universal de los derechos Humanos. Geneva. (1948). Disponible en: **http://www.un.org/es/documents/udhr/**

Naciones Unidas, Asamblea General “Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos”. Nueva York, EUA. (16 de diciembre de 1966). Disponible en: **http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx**

Naciones Unidas, Asamblea General “Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo”. El Cairo. (13 de septiembre de 1994). Disponible en: **http://www.un.org/popin/icpd2.htm**

Negrete, D. (Productor), Rodríguez, I. (Director), (1952) Dos tipos de cuidado [película cinematográfica]. México: Cinematográfica Tele Voz S.A.

Rubio E. (1994) Introducción al estudio de la sexualidad humana: Conceptos básicos en sexualidad humana. En: Consejo Nacional de Población, “Antología de la Sexualidad Humana”. Tomo I. Consejo Nacional de Población- Miguel Ángel Porrúa. México.

Secretaria de Salud. (1998) Informe sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del área Metropolitana de la Ciudad de México. México: DF.

Secretaria de Salud (2000) Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para La Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. **Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/010ssa23.html**

Secretaria de Salud (2000) Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Disponible en: **http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5087256&fecha=16/04/2009**

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario utilizado en la intervención

Este cuestionario tiene como finalidad conocer las diferentes situaciones y dificultades que las personas viven respecto a algunos de los derechos sexuales y reproductivos, como parte del proyecto "Mujeres y Hombres líderes comunitarios por la prevención del embarazo adolescente, el VIH y las ITS", financiado por el Instituto Nacional de las Mujeres a partir del programa PROEQUIDAD 2016. La información proporcionada es confidencial y será tratada con fines de investigación.

1. Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre Otro_____ **2. Edad:** _____

3. Orientación sexual: ☐ Bisexual ☐ Heterosexual ☐ Homosexual Otro_____

4. Estado civil: ☐ Soltera(o) ☐ Casada(o) ☐ Viuda (o) ☐ Divorciada (o) ☐ Unión Libre Otro_____

5. Escolaridad: ☐ Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato ☐ Carrera Técnica ☐ Universidad ☐ Posgrado

6. Localidad: _____ **7. Municipio:** _____

8. Hablas alguna lengua indígena? ☐ Sí **8.1. ¿Cuál?**_____ ☐ No

9. ¿Has escuchado hablar sobre derechos sexuales y reproductivos?
☐ Sí **9.1 ¿En dónde?**_____ ☐ No

10. ¿Tienes vida sexual activa? ☐ Sí **10.1 ¿A qué edad iniciaste?**_____ ☐ No

11. ¿Utilizas o has utilizado algún método anticonceptivo?
☐ Sí **11.1 ¿Cuál?**_____ ☐ A veces
☐ No, **11.2 De las siguientes situaciones selecciona porque no los utilizas:**

- ☐ No tienes relaciones sexuales
- ☐ No te gusta
- ☐ No estás de acuerdo con su uso
- ☐ Tu pareja no está de acuerdo con su uso
- ☐ Por tener relaciones con personas del mismo sexo
- ☐ No conoces ninguno
- ☐ Para evitar reacciones secundarias
- ☐ Por pena
- ☐ Porque quieres procrear
- ☐ Otro, ¿Cuál?_____

12. ¿Cuándo consideras que se debería iniciar la vida sexual?

☐ Antes de los 15 ☐ De los 15 a los 20 ☐ De los 20 en adelante
☐ Hasta el matrimonio ☐ Otra_____

13. ¿Tienes hijas (os)? ☐ Sí **13.1 ¿Cuántas (os)?**_____ ☐ No **(pasa a la pregunta 34)**

14. ¿A qué edad tuviste tu primer hijo (a)?_____

Instrucciones: La siguientes preguntas pueden contestarlas mujeres y hombres, si eres hombre contesta de acuerdo a lo que viviste con tu pareja, puedes seleccionar más de una opción en donde lo consideres.

15. ¿Han estado embarazados? ☐ Sí **15.1 ¿Cuántas veces?**_____ ☐ No

16. ¿Qué sintieron cuando se enteraron que estaban embarazados?

☐ Sorpresa ☐ Confusión ☐ Enojo ☐ Felicidad ☐ otra_____

17. ¿Consideran que estaban preparados para tener una hija(o)?

☐ Sí ¿Por qué?_____
☐ No ¿Por qué?_____

18. ¿De quién recibieron apoyo durante su embarazo?

☐ Pareja ☐ Mamá ☐ Papá ☐ Abuela/lo ☐ Amigas/os ☐ Personal médico
☐ Otro _____

19. ¿Han tenido alguna pérdida o aborto? ☐ Sí **19.1 ¿Cuántos?**_____ ☐ No

20. ¿Antes del embarazo disfrutaban plenamente de su sexualidad? ☐ Sí ☐ No

21. ¿Pensaron en interrumpir el embarazo? ☐ Sí ☐ No

22. ¿Si pensaron en interrumpirlo y no lo hicieron cual fue el motivo?

_____
_____

23. ¿Qué cambios hubo en su vida a partir del primer embarazo?

☐ Matrimonio/Unión
☐ Interrumpir/postergar los estudios
☐ Vivir sola (o)
☐ Comenzar a trabajar
☐ Cambio de círculos sociales
☐ Otro_____

24. ¿Recibieron información durante el embarazo?

☐ Sí **24.1 ¿Quién se las proporcionó?** ☐ No

☐ Mamá ☐ Papá ☐ Amigas(os) ☐ Maestros
☐ Personal de salud ☐ Internet ☐ Otro_____

25. ¿Tuvieron control prenatal durante su primer embarazo?

☐ Sí ☐ No

26. ¿Tuvieron atención médica oportuna y eficaz en los siguientes momentos?

☐ Proceso de Embarazo ☐ Parto ☐ Puerperio (cuarentena)

27. ¿Cuántas veces acudieron a los servicios de salud durante el primer embarazo?_____

28. Los servicios de salud fueron: ☐ Públicos ☐ Privados

29. ¿Percibieron algún tipo de maltrato del sistema de salud durante el proceso de embarazo, parto y/o puerperio? ☐ Sí ☐ No **29.1 ¿De qué manera?**

☐ Les regañaban ☐ Les pedían llevar un familiar o persona adulta
☐ Les exigieron estar casados ☐ Otro_____

30. ¿Quién o quienes tomaban las decisiones durante su embarazo?

☐ Ustedes ☐ La familia de la mujer ☐ El sector salud ☐ Otro_____

31. ¿Les dieron medicamentos sin causa justificada durante el proceso de embarazo, parto y/o puerperio? ☐ Sí ☐ No

32. ¿Quién se ha hecho cargo del cuidado de tu primer hija (o)?

☐ Nosotros ☐ Mamá ☐ Papá ☐ Abuelos
☐ Hermanos ☐ Tios ☐ Amigos ☐ Otros

33. ¿Planeaste tus embarazos posteriores? ☐ Sí ☐ No

34. ¿Te gustaría tener hijos? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

35. ¿Qué métodos conoces para prevenir ITS?

_____

_____

36. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?

_____

_____

37. ¿El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es lo mismo que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA? ☐ Sí ☐ No, 37.1 ¿Cuál es la diferencia?

Contesta si estás de acuerdo, parcialmente de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes oraciones:

	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo
38. Para ser un hombre de verdad hay que ser rudo			
39. Si alguien me insulta, voy a defender mi reputación, con la fuerza si es necesario			
40. El hombre debe ser quien tiene la última palabra en las decisiones importantes del hogar			
41. Para un hombre es importante tener un amigo con quien hablar de sus problemas			
42. Un hombre debe saber qué le gusta a su pareja durante el sexo			

43. Los hombres están siempre dispuestos para tener sexo			
44. Los hombres necesitan tener más sexo que las mujeres			
45. Los hombres no hablan sobre sexo, sólo lo practican.			
46. Los hombres deberían sentirse avergonzados si no son capaces de tener una erección durante una relación sexual			
47. Tanto la mujer como el hombre puede proponer el uso de condón (preservativo)			
48. Si un hombre embaraza a una mujer, el hijo es responsabilidad de los dos			
49. Una pareja debe decidir en conjunto si quieren tener un hijo			
50. Es responsabilidad de la mujer evitar quedar embarazada			
51. Es importante que el padre esté presente en la vida de sus hijos, incluso si ya no está con la madre			
52. Cambiar pañales, bañar y alimentar a los niños o niñas es responsabilidad de la madre			

53. El rol más importante de la mujer es cuidar de su hogar y cocinar para su familia			

Anexo 2. Tabla de resultados sobre las ideas de mujeres y hombres sobre masculinidad

Pregunta	De Acuerdo			Parcialmete De Acuerdo			en Desacuerdo		
	H %	H %	TOTAL%	H %	M %	TOTAL%	H %	H %	TOTAL%
Para ser un hombre de verdad hay que ser rudo	28. 99	30. 00	29. 52	36. 97	30.77	33.73	34.03	39.23	36.75
Si alguien me insulta, voy a defender mi reputación, con la fuerza si es necesario	9.75	2.69	6.05	14.83	6.92	10.69	75.42	90.38	83.27
El hombre debe ser quien tiene la última palabra en las decisiones importantes del hogar	49. 16	40. 31	44. 56	30. 25	34 .8 8	32. 66	20. 59	24. 81	22. 78
Para un hombre es importante tener un amigo con quien hablar de sus problemas	67. 95	66. 93	67. 42	18. 80	17 .32	18. 03	13. 25	15. 75	14. 55
Un hombre debe saber qué le gusta a su pareja durante el sexo	18. 34	24.18	21. 35	43. 67	25.00	34. 04	37. 99	50.82	44. 61

Pregunta	De Acuerdo			Parcialmete De Acuerdo			en Desacuerdo		
Los hombres están siempre dispuestos para tener sexo	12.93	13. 49	1 3 . 22	19. 83	11 .9 0	15. 70	67. 24	74.60	71. 07
Los hombres necesitan tener más sexo que las mujeres	13.04	15.42	14.26	25.65	21.67	23.62	61.30	62.92	62.13
Los hombres NO hablan sobre sexo, solo lo practican	15. 79	16.73	16.28	24.56	11.02	17.55	59. 65	72. 24	66. 17
Los hombres deberían sentirse avergonzados SI NO son capaces de tener una erección durante una relación sexual	88. 31	83. 72	8 5 . 89	7.7 9	11.24	9.61	3.90	5.04	4.50
Tanto la mujer como el hombre pueden proponer el uso de condón (preservativo)	89. 22	83. 59	8 6 . 27	6.90	8.59	7.79	3.88	7.81	5.94
SI un hombre embaraza a una mujer, el hijo es responsabilidad de los dos.	88. 74	86. 15	8 7 . 37	8.6	10.38	9.57	2.60	3.46	3.05
Una pareja debe decidir en conjunto Si quieren tener un hijo	12. 55	16. 80	1 4 . 78	18. 61	14.45	16.43	68. 83	68. 75	68. 79
Es responsabilidad de la mujer, evitar quedar embarazada.	79.22	73.26	76.07	14.72	17.05	15.95	6.06	9.69	7.98

Pregunta	De Acuerdo			Parcialmete De Acuerdo			en Desacuerdo		
Es importante que el padre esté presente en la vida de sus hijos, incluso si ya NO está con la madre.	11.64	20.08	16.09	15.52	10.81	13.03	72.84	69.11	70.88
Cambiar pañales, bañar, y alimentar a los niños o niñas es responsabilidad de la madre.	19.48	27.52	23.72	23.38	15.50	19.22	57.14	56.98	57.06
El rol más importante de la mujer, es cuidar de su hogar y cocinar para su familia.	19.48	27.52	23.72	23.38	15.50	57.06	57.14	56.98	19.22