

MATERNIDAD TEMPRANA Y VULNERABILIDAD SOCIAL EN EL ESTADO DE CHIHUAHUA

A pesar de que la fecundidad en México ha venido en descenso desde hace ya varias décadas, la fecundidad adolescente se ha incrementado para años recientes. En el 2009 México presentaba una Tasa Global de Fecundidad¹ de 2.25, para el 2014 esta se encontraba en 2.21, mientras que la fecundidad adolescente² se situaba en 69.2 y 77.04, respectivamente (CONAPO, n.d.). De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el 2014, la tasa media mundial de fecundidad adolescente era de 49 por cada mil mujeres en ese grupo de edad, situándose la tasa de fecundidad adolescente en México en un nivel mayor que el de la tasa media mundial (OMS, 2014).

Carlos Welti, demógrafo de la UNAM, señala que en años recientes las tasas de fecundidad adolescente han repuntado en el norte del país y en los estados donde existe mayor violencia, así como en zonas urbanas (Gómez, 2016). Entre 1990 y 2010, la tasa de fecundidad adolescente en Chihuahua venía en descenso, ya que pasó de 88.9 a 72.5. Sin embargo, para el 2014 Chihuahua se posiciona como el segundo estado del país con la mayor tasa de fecundidad adolescente, sólo después de Coahuila, con un valor de 86.2 (UNICEF, 2015), incrementándose en un 18.9% en menos de 5 años.

El embarazo adolescente se considera problemático por las desventajas sociales y complicaciones en la salud que conlleva para la madre y el bebé (como un mayor riesgo de muerte prenatal o neonatal y un mayor riesgo de bajo peso al nacer³). También

¹ Tasa global de fecundidad: Es el número promedio de hijos que tendría una mujer a lo largo de su vida reproductiva (CONAPO, n.d.).

² Tasa de fecundidad adolescente o tasa de fecundidad específica para el grupo de 15 a 19 años es el número de nacidos vivos de las mujeres de 15 a 19 años en un año y área específica, dividido entre la población de mujeres de 15 a 19 años estimada a mitad del periodo en esa área. El resultado se multiplica por mil, de modo que se interpreta como el número de nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años de edad.

³ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se considera bajo peso al nacer cuando el bebé pesa menos de 2,500 gramos. El bajo peso al nacer incrementa el riesgo de morir en los primeros meses y años de la vida de un niño. Quienes sobreviven tienen más probabilidades de sufrir problemas de

se considera que el embarazo adolescente contribuye al círculo de enfermedad y pobreza. Un embarazo no planeado obligará a las adolescentes y sus familias a lidiar con una serie de dificultades económicas, psicológicas y sociales para las cuales pudieran no estar preparados. Para las adolescentes de nivel socioeconómico bajo podría implicar dejar la escuela y probablemente ingresar al mercado laboral informal, lo cual limitará su capacitación para la vida y para el trabajo productivo (Reyes-Pablo, Navarrete-Hernández, Canún-Serrano, y Valdés-Hernández, 2015) y repercutirá en su bienestar y en el de su hijo/a en el corto y largo plazo. Villalobos-Hernández et al. (2015) señalan que el rezago educativo está vinculado al embarazo en la adolescencia y puede ser un factor para la reproducción de la pobreza.

Los estudios sobre el tema en esta región han explorado variables relacionadas con la sexualidad en la población juvenil general (ICHIMUJ, 2012) y en población universitaria (Staines et al., 2009); los que se han enfocado en las madres adolescentes se han realizado con muestras pequeñas y han abordado variables distintas a las sociales ((Acosta-Varela y Cárdenas-Ayala, 2012). Como vemos son pocos los que abordan este problema en el estado

Perspectiva teórica

Uno de los ejes teóricos en esta investigación es la teoría de la interseccionalidad (Crenshaw, 1991) aplicado a la salud (Hankivsky, 2012)(Hankivsky, 2012). La interseccionalidad se enfoca en examinar cómo interactúan las estructuras sociales macro y micro para delinear las experiencias de los individuos. Este enfoque implica reconocer las jerarquías y sistemas de dominación que permean en una sociedad, por ello presta atención al poder y los procesos sociales en los niveles macro y micro social

salud, de tener menores habilidades cognitivas y coeficiente intelectual en el curso de sus vidas, así como menor fuerza muscular y una mayor incidencia de diabetes y problemas del corazón (UNICEF, 2016).

que han dado lugar a la formación de los sujetos. No sólo ayuda a mejorar nuestro entendimiento sobre los grupos en desventaja social, sino que en general ayuda a conocer cómo las estructuras sociales delimitan nuestras vidas (Hankivsky, 2012). En este trabajo se intenta utilizar este abordaje teórico-metodológico al incorporar variables sociodemográficas del hogar y del individuo.

Stern (2004), propone el concepto de vulnerabilidad social, para explicar por qué el embarazo ocurre más en unos contextos que en otros y señala que es cuando se dan un conjunto de circunstancias que tienen que ver con la estructura social, que sitúan a ciertos grupos de población en situaciones de menores recursos de diversa índole (sociales, económicos, culturales y de capital social), con mayor dificultad para la resiliencia luego de situaciones adversas, la falta de aspiraciones académicas y la alta valoración por el matrimonio y la maternidad relativamente tempranos, que es cuando es más probable que ocurra un embarazo adolescente.

Los factores que inciden en la maternidad temprana podrían agruparse en 3 categorías, de acuerdo a (León, Minassian, Borgoño, y Bustamante, 2008):

1. Factores de riesgo individuales: menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

A ello se agregan otros como la desigualdad social, la falta de oportunidades, la falta de información y acceso adecuado a métodos anticonceptivos (Vignoli, 2014), la pobreza, conductas de riesgo como el uso de alcohol y drogas, los estereotipos de género que dificultan la asertividad de las mujeres para decidir sobre su vida sexual y

reproductiva (Díaz-Sánchez, 2003; Stern, 2007) y, en algunos contextos, el abuso sexual (Varea, 2008).

Metodología

Este es un estudio descriptivo, en el cual los datos de la muestra de la Encuesta Intercensal 2015 para el estado de Chihuahua son la fuente de información para este trabajo. La población objetivo fueron las madres adolescentes y jóvenes que no han debutado en la maternidad, cuya edad fluctúa entre los 15 a 19 años, así como sus hogares, y que además viven con alguno de los padres. De esta manera, se elaboró el perfil de las madres adolescentes y de sus hogares a partir de los datos sociodemográficos disponibles en la muestra censal 2015.

Procedimientos

Identificamos a las madres adolescentes a partir de las variables de edad y las pregunta ¿cuántos hijos vivos ha tenido? ¿vive la madre de... en este hogar? y la identificación de la madre referida a la pregunta anterior.

La vulnerabilidad social se define como:

“i) eventos, procesos o rasgos que entrañan adversidades potenciales para el ejercicio de los distintos tipos de derechos ciudadanos o el logro de los proyectos de las comunidades, los hogares y las personas; ii) La incapacidad de respuesta frente a la materialización de estos riesgos; y iii) la inhabilidad para adaptarse a las consecuencias de la materialización de estos riesgos.” (CELADE, 2002, p. 21)

En esta investigación la vulnerabilidad social se evalúa mediante un índice, basados en la propuesta de González (2015), donde se valorará la presencia o no de las siguientes variables: piso de tierra, hacinamiento, escolaridad del jefe del hogar menor que secundaria, prestaciones laborales del jefe del hogar, adulto mayor en el hogar, persona con discapacidad en el hogar, más de una madre adolescente en el hogar, e

ingreso mensual igual o menor a cuatro salarios mínimos per cápita. A la presencia de estas variables se le dará un valor de uno y un valor de 0 a quienes no la tengan, el máximo valor será 8 y el menor 0. Se sumarán las variables y el total se dividirá entre 8. Un resultado de 1 se considera el de mayor vulnerabilidad y uno de 0 el de menor vulnerabilidad. Se graduará el nivel de vulnerabilidad en cuatro categorías bajo un criterio normativo. De 0 a 0.25 se considerará sin vulnerabilidad, de 0.26 a 0.50 se considerará de baja vulnerabilidad, de 0.51 a 0.75 se asignará como alta vulnerabilidad y de 0.76 a 1 de muy alta vulnerabilidad.