

Ser madre adolescente: “una experiencia bonita, pero complicada”. Estudio de casos en Barinas, 2012

Teenage motherhood, “a nice, but a complicated experience. Studies in Barinas, 2012

Recibido: julio de 2014

Aceptado: abril de 2015

*MsC. Yenisei Bombino Companioni**

*MsC. Livia Quintana Llanio***

Resumen

Se presentan resultados de un estudio cualitativo desarrollado durante 2012, en comunidades con condiciones socioeconómicas desfavorables, del estado de Barinas en la República Bolivariana de Venezuela. Su propósito fue diagnosticar las condiciones del contexto social próximo e individuales incidentes en la toma de decisiones en torno a la reproducción en la adolescencia. Se aplicaron entrevistas en profundidad, individuales y grupales, a un grupo de adolescentes madres, embarazadas y madres del barrio.¹ Se identificó un escaso uso de los servicios de atención primaria de salud disponibles en relación con condicionantes culturales, político-ideológicos y de organización del sistema de salud que limitan las acciones educativas y preventivas del comportamiento sexual, en particular del embarazo en la adolescencia. La educación de la sexualidad se produce de manera no incidental; según las entrevistadas, en las escuelas persisten creencias erróneas que restringen las posibilidades de las adolescentes embarazadas para continuar los estudios. La menarquia y el inicio de las relaciones sexuales ocurren tempranamente. Estas últimas tienen lugar con hombres de 5 a 15 años mayores que ellas. Las edades más frecuen-

tes del primer embarazo son entre 10 y 16 años. En general, no usan métodos de protección en las prácticas sexuales. Cuando lo hacen, es irregular y de manera incorrecta. Reconocen condiciones asociadas al embarazo en la adolescencia que incrementan su riesgo de experimentar este evento. De manera general se constató que el restringido acceso y uso de servicios básicos, la reproducción de creencias erróneas en torno a la sexualidad, la reproducción y la parentalidad, sustentados en concepciones patriarcalistas, propician inequidades de género, que repercuten en los embarazos de adolescentes y sus vulnerabilidades.

Palabras clave

Maternidad, adolescencia, toma de decisiones, reproducción.

Abstract

Presentation of results of a qualitative study conducted in 2012, in communities with low socioeconomic status, state of Barinas in the Bolivarian Republic of Venezuela. Its purpose was to assess the conditions of the immediate social context and individual incidents in making decisions about reproduction in adolescence. Individual and group

* Investigadora agregada, Grupo de Estudios de Juventud, Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS), Cuba.

** Profesora auxiliar, Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), Universidad de La Habana, Cuba. livia@cedem.uh.cu

¹ Las Madres del Barrio constituye una Fundación Misión cuya constitución fue impulsada por el gobierno revolucionario de la República Bolivariana de Venezuela, como movimiento social emanado de las mujeres pertenecientes a los estratos sociales pobres de la sociedad venezolana.

in depth interviews were applied, to a group of teenage mothers, pregnant women and mothers from the neighborhood. It was identified a low use of available primary health services regarding political, ideological and cultural determinants of health system organization that limit educational and preventive measures of sexual behavior, particularly teen pregnancy. Sexuality education occurs not incidentally; according to respondents, school erroneous beliefs, that restrict the chances of pregnant teenagers to continue their studies, persist. Menarche and the beginning of sexual relations occur early. The latter occur in with men who are 5-15 years older than them. The most common age of first pregnancy is between 10 and 16 years. In general, they do not use protection methods in sexual practices. When they do, it is irregular and incorrect. They recognize conditions associated with teenage pregnancies that increase the risk for this event. In general it was found that the restricted access and use of basic services, the reproduction of erroneous beliefs about sexuality, reproduction and parenting, supported by patriarchal conceptions, foster gender inequalities that impact on teenage pregnancy and their vulnerabilities.

Key words

Motherhood, adolescence, decision making, reproduction.

Introducción

En 2012 el Estado venezolano consideraba el embarazo adolescente como el segundo problema de salud sexual, y las complicaciones obstétricas, como la tercera causa de muerte de las mujeres de 15 a 19 años.² Estas problemáticas se presentan asociadas al inicio precoz de las relaciones sexuales

sin la información necesaria sobre anticoncepción y a la no regularización de las interrupciones de embarazo en el país, lo que expone a las muchachas a realizarlo en condiciones inseguras y a las consecuencias derivadas de estas prácticas. Reconocía además que este es resultante de la búsqueda de una alternativa para evadir los problemas familiares y se convierte en un círculo recurrente de reproducción del desamparo, la pobreza y la exposición a la violencia para estas muchachas y su descendencia. (Fundación Escuela de Gerencia Social [FEGS], 2006; Vilella, 2010).

Resulta preocupante el comportamiento sostenido de estos indicadores a pesar de las políticas desplegadas por el gobierno venezolano³ y los proyectos sociales humanistas centrados en el mejoramiento de las condiciones de vida de los sectores en desventaja social. De este modo se develó la necesidad de profundizar en la comprensión de las condiciones asociadas a esta situación por su repercusión social, al limitar el bienestar social y el proyecto de vida de las mujeres, en particular.

En este contexto, el Ministerio del Poder Popular para la Mujer e Igualdad de Género de la República Bolivariana de Venezuela solicitó al Centro Nacional de Educación Sexual de la República de Cuba (CENESEX), realizar la investigación «Proyecto piloto de prevención y atención del embarazo adolescente: estudio de casos en Cuba y Venezuela, 2011-2012», en el marco de los convenios de cooperación binacionales.

Teniendo en cuenta datos disponibles de 2009, del Ministerio de Salud, se seleccionaron los estados de Barinas y Zulia en territorio venezolano, por sus elevadas tasas específicas de fecundidad adolescente. Estas superaban la media del país, en Barinas hubo 31 nacidos por cada mil adolescentes y en Zulia 28.4, mientras en el país se encontraba

² Según datos registrados por el Instituto Nacional de Estadísticas de Venezuela (2010), la tasa de fecundidad adolescente, en 2009, alcanzó un valor de 89.4 madres por cada 1000 mujeres menores de 19 años. El análisis de la mortalidad materna en los años 2008 y 2009, según datos del Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna e Infantil, refleja que en el país fallecieron 42 adolescentes entre 12 y 17 años cada año, por esta causa, lo que representó 10.9%, en el primero y 10.6 % en el último. En el 2011 esta cifra se incrementó a 62, para 15.6 % del total del país (Castellanos, 2012).

³ El Ministerio de Salud de Venezuela cuenta con el Programa Nacional de Atención Integral al Niño y al Adolescente (PANNA), y con lineamientos estratégicos para su atención. En 1993 se reactivó la Comisión Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz. En el ámbito normativo cuenta con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), la Ley Orgánica de Protección Integral del Niño y el Adolescente (LOPNA) (1998) y la Resolución 1762 del MED (1996), que prohíbe la exclusión de las adolescentes embarazadas de los planteles escolares (FEGS, 2006).

alrededor de 25 hijos por cada mil mujeres menores de veinte años. El trabajo tuvo un enfoque cuanti-cualitativo y se realizó en dos etapas.

Este artículo se centra en mostrar la información relativa a la segunda etapa del estudio, en comunidades del estado de Barinas, en la que se enfocó cualitativamente por investigadoras cubanas al considerar la necesidad de profundizar en la comprensión de los determinantes próximos de la fecundidad adolescente, a través de un estudio exploratorio con adolescentes madres y embarazadas que viven en condiciones socioeconómicas muy desfavorecidas. Se realizaron entrevistas, individuales y grupales, a adolescentes y mujeres adultas pertenecientes a la Fundación Misión Madres del Barrio, quienes aportaron valiosos datos sobre la problemática en sus comunidades y sirvieron como porteras para acceder a las adolescentes. A estas últimas se les aplicó, además, la técnica de los diez deseos, diseñada por el Dr. C. Diego González (2008). En el procesamiento de la información cualitativa se utilizó el análisis de contenido del discurso.

Objetivo

Diagnosticar las condiciones del contexto social próximo e individuales incidentes en la toma de decisiones en torno a la reproducción en un grupo de adolescentes de cuatro comunidades seleccionadas con situaciones socioeconómicas desfavorables en el estado de Barinas, República Bolivariana de Venezuela, en 2012.

Métodos

Se aplicaron entrevistas en profundidad, individuales y grupales, a adolescentes madres y embarazadas, y madres del barrio de las comunidades: Rómulo Gallegos⁴ en Pedraza, ciudad Tavacares,⁵

⁴ Rómulo Gallegos, Pedraza, es una comunidad semiurbana con muy bajos recursos sociales y económicos, lo que se evidencia no solo en su infraestructura, sino también en el nivel educacional de las personas. Cuentan con Centros de Diagnóstico Integral y consultorios ambulatorios.

⁵ El complejo habitacional Ciudad Tavacares, Barinas, es resultado de los acuerdos del Gobierno bolivariano con Chi-

urbanización Las Palmas⁶ de Barinas y parroquia Libertad de Barinas, en Rodas. Para la identificación de las entrevistadas adolescentes se utilizó la técnica de “bola de nieve”.

Se entrevistó a veinte personas. De ellas, diez eran adolescentes embarazadas cuyas edades oscilaron entre 16 y 17 años, tres eran madres entre 17 y 15 años, y siete madres del barrio. La totalidad de las informantes provenían de familias con bajos ingresos y condiciones socioeconómicas desfavorables. Las madres del barrio fueron entrevistadas de modo grupal.

Resultados

La exploración del contexto social próximo

Servicios de salud, escuela y la familia

En los territorios se identificaron dificultades comunitarias generadoras de malestar: la extrema pobreza en que viven debido a que «muchos no cuentan con recursos para satisfacer sus necesidades alimenticias e higiénicas diarias»; insuficientes fuentes de recreación, información y empleo;⁷ mal estado de las viviendas; frecuentes actos de abuso sexual, y presión familiar o de las propias condiciones de vida que las conduce a establecer y a formalizar relaciones de pareja con hombres delincuentes o mayores de 50 años de edad.

Carecen de instituciones o servicios especializados de atención a la salud sexual y reproductiva. Solo disponen de las consultas de control prenatal pautadas para el periodo gestacional y poco em-

na. Actualmente se están construyendo 7 300 viviendas.

⁶ La urbanización Las Palmas, situada en el municipio Barinas, constituye una comunidad construida hace aproximadamente diez años por el actual Gobierno bolivariano; la mayoría de sus habitantes vivía en condiciones socioeconómicas de pobreza. Presenta adecuadas condiciones habitacionales en las viviendas y dispone de un módulo para la atención médica ambulatoria.

⁷ Las oportunidades de empleo más frecuentes son los proyectos socioproductivos que promueve el gobierno del país, los cuales benefician en mayor medida a las mujeres, mientras que los hombres se desempeñan en obras de construcción. La mayoría de ellos se mantienen desempleados o dedicados a actividades ilegales como el tráfico y/o consumo de drogas.

pleadas por la población. Además, los controles prenatales no cuentan con una elevada demanda en la población, fundamentalmente entre las adolescentes, quienes muestran resistencia a los mismos, debido a los conflictos personales o familiares para la aceptación del embarazo.

Sobre las familias de las adolescentes embarazadas y/o madres

La mayoría de las familias de las adolescentes entrevistadas viven en condiciones con bajos ingresos que dificultan el uso y acceso a una adecuada alimentación y nutrición, vestimenta, higiene, recreación saludable, oportunidades de educación y cuidado de la salud. Algunas que no se han beneficiado de la Gran Misión Vivienda Venezuela,⁸ aún no disponen de una vivienda digna. Predominan las familias de tamaño mediano o grandes, bi o trigeneracionales, extensas y uniparentales. En muy pocos casos las familias son biparentales. En su mayoría, la figura paterna la representan los padrastos, en familias reensambladas.

El patrón de reproducción familiar refleja una tradición de embarazos precoces, maternidad soltera (en un principio, aunque después reensamblan sus familias) y multiparidad. Existe una historia de desempeño doméstico de las mujeres.

La carencia o ausencia de comunicación en la familia sobre temas de sexualidad ha ocasionado conocimientos insuficientes y distorsionados que pueden provocar las mismas consecuencias que se desea evitar.

Las temáticas abordadas mantienen el enfoque sermoneador, prejuicioso, formalista e incriminador de la conducta sexual que logran permear a las adolescentes con tales representaciones. Las acciones familiares más recurrentes en el abordaje de la sexualidad con los hijos e hijas, son:

- Consejos, por lo general de las madres, orientados a la planificación de los embarazos para

edades posteriores a la adolescencia con la culminación de los estudios, la independencia económica y el establecimiento de una relación de pareja estable.

- Prohibiciones a la iniciación sexual. En las primeras edades de la adolescencia prohíben el establecimiento de relaciones de noviazgo, y durante toda la adolescencia desaprueban las relaciones sexuales coitales y el desarrollo de prácticas sexuales en los hogares de ellas.
- Evitación de explicaciones respecto al desarrollo sexual, a las prácticas sexuales y al uso de la anticoncepción, pues tanto los padres como las madres, según refirieron las mujeres estudiadas, asocian la planificación de las relaciones y la anticoncepción con la proyección de la prostitución.

Ante la ocurrencia del embarazo previo a la culminación de al menos los estudios de bachiller, la familia tiende a manifestar su rechazo o decepción, evidenciados mediante agresiones verbales o físicas hacia las adolescentes o expulsiones del hogar. En este sentido, se muestran profundamente afectados por la asociación de la iniciación sexual y el embarazo precoz con la vida «indecente», la interrupción de los estudios y de las posibilidades de independencia económica. Esta actitud provoca temor en las adolescentes, sobre todo en los casos en que la pareja no asume su responsabilidad, por lo que en ocasiones ocultan la identidad de estos.

Se apreciaron manifestaciones de rechazo a las interrupciones de embarazo, percibidas como asesinato; si se practican, las madres amenazan a las hijas con la ruptura de la relación materno-filial. Presionan para que se asuma la maternidad bajo los argumentos: «... si te lo haces, a mí no me hablas más. Si tienes los pantalones para tener relaciones, tienes que tenerlos para tener a tu hijo».

Para las familias, en sentido general, la aparición de un embarazo en hijas adolescentes representa el arribo de un nuevo miembro al que deberán mantener, lo que genera malestares y conflictos. A partir de este evento, las madres apoyan la idea de que el embarazo pautó el límite entre la adolescencia y la adultez: «ya no se les debe tratar como niñas, sino como mujeres».

Para las madres del barrio, la familia es responsable de la ocurrencia del embarazo adolescente por la falta de exigencias y control: «las muchachas están toda la noche en la calle y se dan a la mala

⁸ En abril de 2011 nace la Gran Misión Vivienda Venezuela. Consiste en un registro sistematizado de gran impacto social, mediante el cual las comunidades, haciendo eje-cutorio el principio de la corresponsabilidad, realizan una autogestión y muestra de organización ciudadana para indicarle al Ministerio del Poder Popular para la Vivienda las prioridades reales de la población para la asignación de viviendas de bajo costo, pero confortables.

vida», «incluso las madres que son profesionales descuidan a sus hijas».

Valoran que la escuela se erige como una de las pocas fuentes de obtención de información respecto a la sexualidad. Los temas más abordados son el embarazo precoz y la anticoncepción, los cuales exponen mediante charlas de carácter formal y tecnicista. Consideran que los consejos brindados en las escuelas y las familias no son suficientes para prevenir un embarazo. Desconocen de qué manera podría influirse en las adolescentes para modificar los comportamientos de riesgo (relaciones sexuales precoces y sin protección), aunque insisten en la necesidad de desarrollar acciones con este objetivo.

Las amistades y otros grupos en los que se insertan las adolescentes emergen como fuentes de obtención de información sobre sexualidad y regulación del comportamiento sexual y reproductivo.

¿Qué cuentan las adolescentes sobre sus condiciones?

Proceden de hogares en los que predomina la jefatura femenina, sea por abandono o fallecimiento del padre. Algunas entrevistadas, a partir de que el embarazo fue reconocido, han ido a vivir con la familia de su pareja, en ocasiones, por la carencia de recursos en la vivienda de origen para asumir los cuidados de salud o porque fueron expulsadas de su familia consanguínea.

La mayoría se desvinculó del estudio previamente a que se produjera el embarazo. Muchas refirieron encontrarse trabajando en actividades poco remuneradas: labores agropecuarias, domésticas o apoyando negocios familiares. Algunas lo hicieron para compensar los ingresos procedentes de sus parejas, otras para aportar a las economías familiares, pues los ingresos eran muy bajos y las familias numerosas, por lo general en los hogares hay un elevado número de hijos, entre tres y cinco.

Historia sexual y de pareja

La edad promedio de la menarquia fluctuó entre los 10 y 14 años, y el inicio de las relaciones sexuales coitales entre los 10 y 15 años, motivadas por la curiosidad, el deseo de experimentar y las demandas de las parejas, sin tener una preparación previa. Reconocieron que se iniciaron más temprano que sus progenitoras o hermanas mayores.

No es posible definir un patrón de selección de las parejas con las que iniciaron las relaciones sexuales: «carajitos de la misma edad», «hombres que saben lo que quieren y desean formalizar una relación». La mayoría de las entrevistadas mencionó a hombres que presentan conductas anti-sociales, consumidores y/o comercializadores de drogas o pandilleros: «Generalmente una tiende a buscar hombres mayores, que son vagos (...) son más atractivos para la sociedad, porque si pagan moto (...) te llevan de rumba todos los días. Es como que una se crece cuando anda con ellos» (embarazada, parroquia Libertad de Barinas), «Son vagos (...) Parece contradictorio, pero entre más vagos, nos llaman más la atención, son más light (...) vagos porque no trabajan, fuman, roban» (madre, ciudad Tavacares). La atracción por este modelo parece responder a la representación de que ellos cuentan con un estatus social elevado en las comunidades por lo que les aportarán reconocimiento social y beneficios económicos. Al parecer, identifican el vínculo con estos hombres como un modo de ascender socialmente en sus comunidades. Sin embargo, ¿el uso de estos mecanismos conduce al alcance de estos propósitos de movilidad social?

Entre ellas también se identificó, con frecuencia, el inicio en las relaciones sexuales por violación. En otros casos, estuvieron motivadas por resolver demandas familiares más que personales, porque lo utilizan como vía de satisfacción de necesidades económicas de la familia.⁹ De lo que se puede considerar que estos comportamientos no estuvieron guiados en primer orden, por motivaciones hacia la búsqueda del placer erótico-afectivo en el vínculo con estas parejas sexuales, sino que han sido resultantes de diferentes expresiones de la violencia, asociada a sus vulnerabilidades individuales y familiares.

Las primeras relaciones sexuales se produjeron con hombres entre 5 y 15 años mayores que ellas, con quienes establecieron vínculos estables u ocasionales durante las fiestas o salidas con amigas.

⁹ Esta situación se evidenció en la comunidad “Rómulo Gallegos”, donde son aceptadas las relaciones entre mujeres adolescentes y adultos medios o mayores que se desempeñan como empresarios –fundamentalmente de PDVSA–, ingenieros o comerciantes, con independencia del tipo de nexos que establecen.

Los principales lugares en que se iniciaron fueron: hoteles, casas de las familias de ellos en ausencia de los padres, lugares donde hacían actividades festivas, en los baños y canchas deportivas de los liceos.

Todas refirieron que fueron los hombres quienes planificaron la experiencia y tomaron la decisión, con frecuencia utilizando argumentos sugestivos para lograr su propósito: «te llevan a sus casas con la excusa de ver películas». Este mecanismo provoca en las adolescentes la sensación de haber sido engañadas o usadas: «Para tener relaciones uno se deja pisotear, manipular por los demás» (comunidad Rómulo Gallegos, en Pedraza).

La actitud femenina ante la propuesta de iniciación sexual tendió a ser de aceptación. En caso de negarse, reconocieron que los hombres pueden responder con agresiones físicas o verbales, violencia sexual, ofensas o provocan la ruptura de la relación.

Se evidencia así la falta de agencia en las adolescentes como una condicionante de sus experiencias de iniciación en las relaciones sexuales y otros eventos conducentes a la maternidad precoz que experimentaron.

La agencia es la capacidad de las mujeres para fijarse metas, luchar por conseguirlas y decidir entre los planes de vida que tienen motivo de valorar. La mujer puede quedar embarazada debido a falta de agencia (al seguir las normas existentes por presión de sus compañeros, o por contar con un poder de negociación demasiado bajo en su relación, siendo incapaz de lograr que su pareja acepte utilizar anticonceptivos). (Banco Mundial, 2012, p. 14)

Las edades más frecuentes, según se observó entre las entrevistadas y refirieron las madres del barrio, en las que ocurre el primer embarazo, son entre 10 y 16 años, poco tiempo después de que ocurra la menarquia. Valoran de muy poco frecuente que se produzca después de los 20. Esta situación se ha asociado a una normalización de la maternidad precoz y ha provocado que las mujeres que deciden la maternidad con más edad, experimenten la sensación de inadecuación respecto a la edad elegida para ser madres.

Entre los factores conducentes al embarazo en la adolescencia reconocieron: falta de protección (depositaron la responsabilidad en las mujeres), conducta imitativa hacia otras adolescentes ma-

dres, rebeldía hacia los padres, vulnerabilidad por ser mujeres, deseo de conocer y experimentar la maternidad, las falsas creencias de que pueden conservar la relación de pareja («amarrar al marido»), además, asociaron la convivencia en pareja con la libertad: «cometen el error de pensar que si se van con la pareja van a tener libertad... es mentira, te vas a amarrar más, más nunca vas a ir a una fiesta si no es con tu marido y si él no quiere que tú bailes con nadie, no vas a bailar, o si el niño no quiere, tampoco bailas con nadie. Te cohibes de todo» (embarazada, Las Palmas).

No reconocieron el desconocimiento y/o no uso de los métodos anticonceptivos como un elemento asociado a la ocurrencia de una gestación.

En algunas de las entrevistadas, los embarazos ocurrieron en relaciones formales (noviazgo) los que con posterioridad devinieron en uniones consensuales. En otras, fueron el resultado de uniones fortuitas, e incluso una adolescente desconocía la paternidad de la criatura. Aquellas que tenían uniones estables recibieron la aceptación de sus parejas y familiares.

Consideraron que el temor al rechazo o la discriminación social, así como la prohibición recibida de parte de sus madres, funcionan como mecanismos sociales para el control del comportamiento sexual y reproductivo de algunas adolescentes, lo que se ajusta a los métodos que tradicionalmente ha empleado la sociedad para educar la sexualidad.

Conocimiento y uso de anticonceptivos

En general, no usaron anticonceptivos en las prácticas sexuales y, cuando lo hicieron, fue de manera irregular o incorrecta: «Nos embarazamos no por desconocimiento de los anticonceptivos, es porque le hacemos caso omiso a los consejos, aunque ves que le ocurre a otras, piensas que a ti no te va a pasar, hasta que te toca», «A los 16 años tuve mi primera relación sexual, yo veía a mi mamá y a mis hermanas tomando las pastillas y comencé a tomarlas. Pero pensé que con una era suficiente para no embarazarme y la tomé solo un día y me embaracé».

Los métodos más conocidos fueron los condones, las píldoras, inyecciones y dispositivos intrauterinos. Respecto al preservativo manifestaron que protege de ITS y embarazos no deseados. Se constataron prejuicios en la población masculina que

limitan su uso: «disminuye las sensaciones de placer», las muchachas arguyeron: «se rompen». Las adolescentes manifestaron que sienten vergüenza de llevarlos consigo a la relación y proponer su uso.

Según refirieron, las tabletas son los métodos a los que recurrieron con mayor frecuencia y llegaron a ellas a través de amigas o familiares, en particular se refirieron a las primas. Se constató que el conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos era parcial y no les permitía hacer un uso adecuado para protegerse de las infecciones de transmisión sexual y gestaciones no deseadas: «Yo aprendí en la escuela, porque una vez dieron una charla que existe el sida y los chancros, pero eso a mí no me preocupa, porque yo nunca he tenido una enfermedad de esas, nomás las infecciones que le dije antes» (embarazada, 16 años); «Yo empecé a utilizar anticonceptivo por una amiga que me dijo. Lo compré para usarlo pero no supe cómo tomarme las pastillas porque tomándolas fue que salí embarazada» (embarazada, 14 años).

Aunque lo incluyeron en el grupo de los métodos abortivos, mencionaron el Postinor (método anticonceptivo de emergencia) y plantearon que es uno de los más usados. Identificaron que los hombres lo portan y una vez terminada la relación sexual las obligan a ingerirlo. Esto representa un acto de violencia, en tanto son presionadas por la pareja al empleo indiscriminado del método.

En todos los casos responsabilizaron a las mujeres de la obligación para tomar las precauciones necesarias durante la relación sexual para prevenir el embarazo. En este sentido, reconocieron que las adolescentes no cuentan con recursos propios para costearse los anticonceptivos, y no involucran a sus padres en la adquisición de estos métodos de planificación y protección porque la mayoría oculta a los adultos de la familia la iniciación de relaciones. Las parejas, por su parte, les refieren no desear hijos/as pero aun así no asumen la gestión del uso de los anticonceptivos.

Algunas reconocieron la fidelidad como una forma de protección de la pareja, lo que una vez logrado eliminaría la necesidad de usar condón en sus relaciones: «No, yo era la que me cuidaba. La verdad que a él no le gustaba y me decía que no había problemas porque era solo conmigo que se acostaba» (embarazada, 15 años).

Interrupciones voluntarias de embarazos

Las representaciones acerca de la interrupción del embarazo giraron en torno a que es una práctica inadecuada y, una vez que surge el embarazo, este no debe interrumpirse, pues «se estaría asesinando a una persona». Señalaron que en todo caso las precauciones deben tomarse en el momento de la relación sexual y no después de esta.

Contrastaron la posibilidad de interrumpir el embarazo con la de no poseer las condiciones socioeconómicas adecuadas para satisfacer las necesidades de los hijos/as, y manifestaron que la segunda debería ser siempre la opción de preferencia: «si uno no quiere tener un niño para qué se pone a buscarlo, si malo es traerlo para que venga a sufrir, más malo es botarlo» (adolescente embarazada, comunidad Rómulo Gallego).

En las familias las representaciones no siempre fueron de rechazo, en algunas los propios familiares recomendaron e insistieron en esta práctica dada la imposibilidad de asumir un nuevo miembro en los hogares. La responsabilidad de decidir la interrupción o continuación del embarazo la otorgaron a la mujer: la adolescente y su mamá, aunque refirieron que los hombres insisten en la práctica de la interrupción una vez que reciben la noticia.

La práctica abortiva más conocida y empleada fue el Cytotec¹⁰ y es frecuente el empleo de los métodos caseros como las infusiones de canela y cebollín.

Comunicación con los padres sobre sexualidad

En algunas familias la menarquia pautó el inicio de la comunicación intrafamiliar en temas de sexualidad. Esta se había desarrollado de forma insuficiente mediante explicaciones ambiguas, reproducción de temores, encubrimiento de informaciones necesarias o la imposición de criterios relacionados con las prácticas sexuales y reproductivas. En este sentido recomendaban el autocuidado sin explicar modos de hacer; evitaron conversar acerca de eventos paranormativos, como son los

¹⁰ Se constató el empleo indiscriminado de esta droga anti-inflamatoria indicada para el tratamiento y prevención de úlceras gástricas, duodenales y lesiones hemorrágicas.

abusos sexuales; estimularon y presionaron la aceptación de relaciones de pareja con delincuentes y adultos medios o mayores; así como la interrupción de embarazos sin valorar la opinión de la adolescente y su pareja.

Imaginario social de la sexualidad y la maternidad

Consideraron que las transformaciones psicológicas asociadas a los cambios corporales adquiridos con la pubertad: crecimiento de las mamas, el ensanchamiento de las caderas y la menarquia, generan atracción sexual en los hombres y provocan mayor riesgo de iniciación sexual y, en consecuencia, los embarazos.

Identificaron la maternidad como uno de los cambios más significativos e intensos vivenciados en esta etapa, desde la gestación, en tanto está acompañado de la exigencia inevitable de reorganizar los estilos de vida y –en particular– los hábitos y las formas de emplear el tiempo: «ya uno tiene (...) que sentar cabeza, y no andar por ahí loqueando» (madre adolescente, comunidad Rómulo Gallegos).

Además, representa nuevas responsabilidades y obligaciones de cuidado, manutención y dedicación exclusiva a la formación de los/as hijos/as: «uno tiene que tener responsabilidad, uno tiene que velar por su niño o niña, ya todo tiene que ser pa’ él, tiene que ver que él esté bien» (madre, comunidad Rómulo Gallegos); «*ser madre es una experiencia bonita pero a la vez complicada, porque por lo menos yo en mi casa no tengo quien me dé, yo me ayudo con lo que me da mi mamá y con lo que gano que es muy poco y a veces a mi hijo no tengo qué darle y me siento mal*».

Ante el primer embarazo algunas experimentaron vergüenza y temor a las críticas sociales. La asimilación de la maternidad con apoyo suficiente o sin él provocó, en muchos casos, la postergación o suspensión de actividades individualmente significativas, como los estudios: «yo dejé de estudiar porque el niño estuvo casi dos meses hospitalizado, estudiar era lo que más yo quería, y por eso me sentí muy triste pero tuve que hacerlo» (madre, urbanización Las Palmas).

Refirieron que el embarazo incide en la modificación del proceso de toma de decisiones en la pareja: en un principio son los hombres quienes deciden sobre las relaciones sexuales y el empleo

de anticoncepción, pero una vez embarazadas, las mujeres se ven en el rol decisor y deben optar, con frecuencia, por la continuación de este, aun sin apoyo de la pareja.

La experiencia del embarazo provocó conflictos al interior de las familias, lo que agravó en las adolescentes los malestares asociados a la contradicción producida entre las crecientes necesidades del embarazo o los/as hijos/as y la inexistencia de recursos propios para satisfacerlas: «a veces me pongo a llorar porque mi mamá me da a mí y yo no puedo buscar por él, a veces ella me dice cosas y con razón porque vivo arrimada en su casa y no tengo qué darle al niño».

Establecieron una relación de causalidad entre el cumplimiento de las funciones maternas y la autorrealización filial, de modo que el futuro y realización personal de los/as hijos/as dependerán del “adecuado” desempeño del rol de madre: «no puedes andar por ahí, ya tiene que ser todo pa’ él, tienes que sentar cabeza pa’ que ya él un día sea alguien importante» (madre, comunidad Rómulo Gallegos).

A la paternidad, por su parte, asociaron la responsabilidad de cuidar y mantener al hijo/a, de enorgullecerse de la condición de padre y brindarle afecto a la familia, así como el deber de convivir con la madre de su hijo/a. Además, en el posicionamiento desde el *deber ser*, incluyen la participación en la vida afectiva, material y educativa/formativa de los/as hijos/as. Destacan asimismo la importancia que tiene para los/as hijos/as la presencia del padre.

Consideraron que padres y madres comparten las mismas tareas, aunque a la madre le corresponde, en mayor medida, la función educativa-formativa: promover valores morales adecuados y garantizar la incorporación a la escuela y la culminación de los estudios. La principal diferencia en las funciones de la paternidad respecto a la maternidad, fue relacionada con la irresponsabilidad con que muchos padres la asumen.

Ideal reproductivo y condiciones necesarias para la reproducción

Consideraron que acceder a un trabajo estable para la satisfacción de las necesidades básicas de sus hijos/as es la única condición para ser madres: «un trabajo estable para que el niño no pase

hambre, tenerle su comidita, su pañalito...» (madre adolescente, comunidad Rómulo Gallegos).

Valoraron que los 20 años es la edad ideal para iniciar la convivencia en pareja y que estas relaciones deberían basarse en el respeto mutuo (evitar infidelidades) y la cooperación (proponerse metas comunes).

Refirieron que el número ideal de hijos para una mujer es entre dos y cuatro. El argumento radicó en la potenciación de la red de apoyo familiar, en este sentido dada por las posibilidades de relacionarse y realizar actividades en común (por ejemplo, el juego), que se generan entre los/as hermanos/as. Según manifestaron, el número de hijos deseados es inferior al que alcanzan, pues están teniendo cinco o más hijos. Esta diferencia devela una carencia en el ejercicio de los derechos reproductivos. Dichas evidencias se corresponden con el análisis de Rodríguez y Perpétuo (2011), cuando señalaron:

La fecundidad no deseada, como se sabe, es un indicador de la ausencia de medios para implementar las preferencias reproductivas. Además, suele ser bastante diferenciado según estrato socioeconómico reconociéndose que son las mujeres más vulnerables quienes a menudo presentan las más altas proporciones de embarazos no deseados. (Rodríguez y Perpétuo, 2011, p. 48)

La minoría planteó que su ideal es uno, justificado por criterios de vínculo afectivo, sobre la creencia de que cuando se tiene más de un/a hijo/a el afecto se fragmenta y se hacen perceptibles las diferencias entre hermanos/as.

También señalaron que el número de hijos debe corresponder con las posibilidades reales de manutención: «uno debe tener los hijos por lo cual uno los pueda ayudar». «Si hay una mujer que tiene con qué darle, ella puede tener dos o los que quiera» (adolescente madre, comunidad Rómulo Gallegos).

Algunas opinaron que la edad ideal de las mujeres para tener el primer hijo/a es en el rango de 18 a 20 años, y otras, después de los 20 años. En ambos casos aluden que durante los periodos señalados, la mujer alcanza el mayor grado de madurez, lo que les permite asumir las responsabilidades inherentes a la maternidad. El grupo que identificó

la edad posterior a los 20 años, reconoce que en ese periodo se tienen garantizadas una profesión y relación de parejas estables. Identifican que estos criterios inciden, además, en la disminución del riesgo de provocar interrupciones de embarazos.

Valoraron que la cantidad ideal de hijos para los hombres es entre tres y cinco, para lo cual requerirían las siguientes condiciones: poseer una vivienda, un trabajo estable, cumplir con las necesidades de alimentación de la familia y asumir la responsabilidad paterna. La edad ideal para ser padres fue entre los 20 y 25 años de edad, en la que –al igual que las mujeres– habrán alcanzado mayor madurez y capacidad para responsabilizarse con el hogar.

Se apreciaron diferencias en sus percepciones sobre las edades de maduración social de mujeres y hombres. Consideraron que en la actualidad, la mayoría de los hombres no cumplen con este ideal, pues muchos tienen sus hijos/as sin límites de edad, no asumen la paternidad o, aun cuando han creado familias, mantienen estilos de vida desorganizados, no coherentes con el rol de padres («invierten sus ingresos en drogas o relaciones de pareja extraoficiales») que los conducen a abandonar la función parental.

Las condiciones necesarias para tener hijos fueron: en primer lugar, tener una pareja estable como sustento económico y estructural que garantice la completa educación de los/as hijos/as; en segundo, disponer de trabajo; seguido por una vivienda como espacio físico para la creación del hogar y la vida en familia.

Perspectivas de futuro

Las expectativas planteadas sobre su futuro mediato fueron expresadas en tono melancólico y pesimista, centradas en la tenencia de un hogar compartido con sus hijos/as, en la crianza de su descendencia y en menor medida en alcanzar una carrera universitaria.

Una de las metas futuras inmediatas fue continuar los estudios y hacer carreras universitarias u oficios que les permitieran autonomía económica, aunque no se evidenció claridad en el desarrollo de estrategias elaboradas para lograrlo. Con frecuencia proyectaron las perspectivas de futuro en función de la continuidad de las tareas relativas al rol de madres.

Los diez deseos

Las adolescentes entrevistadas expresaron necesidades personales socialmente significativas. Algunas hicieron mención a deseos de estudiar, dos en la actualidad y dos en un futuro. La mayoría refirió en sus aspiraciones mejorar las condiciones económicas de vida y la posesión de dinero como medio para garantizarlas. Además, expresaron deseos de contacto con la familia de origen y la que han conformado.

Conclusiones

El uso y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva por las adolescentes constituye un reto importante para el diseño de políticas sociales. Se destaca la necesidad de implementar estrategias integradas que rompan las barreras culturales que obstaculizan el acceso de las adolescentes a estos servicios y logren resolver las desarticulaciones existentes en el funcionamiento del sistema de salud pública, y con otros sistemas que proveen servicios básicos, como la educación, y las organizaciones civiles de la sociedad.

La asociación entre las condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, la permanencia en el sistema educativo y los márgenes estrechos en las motivaciones que den sentido a la vida y, en consecuencia, orienten a la población adolescente, es un reto que debe ser superado en cualquier estrategia que se trace para modificar el panorama del embarazo en la adolescencia en las comunidades estudiadas.

La familia de estas adolescentes, grupo primario en que se deposita la función de protección social ante el embarazo en esta etapa, carece de las condiciones y recursos para asumir este proceso, por lo que requiere de estrategias que involucren de forma activa a la comunidad y las localidades en estrecha interconexión.

Las inequidades de género están en la base de muchos de los embarazos en estas adolescentes; se expresan desde la iniciación en las relaciones sexuales que tienen lugar sin un proceso de negociación previa para su ocurrencia, ni de las condiciones en que se producen, en las que tampoco suelen tener posibilidades de pactar el uso de métodos de protección con los compañeros sexuales

y transcurren, no en pocas ocasiones, bajo violencia psicológica y física. Se apreció que las/los adolescentes reproducen creencias erróneas en torno a la sexualidad, la reproducción y la parentalidad, sustentadas en concepciones patriarcalistas.

Bibliografía

- Banco Mundial (2012). *Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y El Caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos*. Washington DC.: Banco Mundial. Recuperado de <http://www.redetis.iipe.unesco.org/wp-content/uploads/2014/01/embarazo-adoles-y-oport-en-ALyC-BID.pdf>. Consultado: marzo de 2015.
- Castellanos, D. (abril de 2012). La situación del embarazo adolescente en Venezuela. En Seminario Internacional *Buenas prácticas y lecciones aprendidas para el diseño de un modelo de intervención en la prevención y atención del embarazo a edad temprana y en adolescentes*. Venezuela, Caracas.
- Freitez A., Di Brienza, M. y Zúñiga, G. (2000). *Embarazo adolescente en Venezuela y los supuestos de un problema. Temas de coyuntura*. Caracas: Instituto de investigaciones económicas y sociales. Universidad Católica Andrés Bello. Recuperado de [http://www.AAE3219_42\(1\).PDF](http://www.AAE3219_42(1).PDF) (SECURED). Consultado: agosto de 2012.
- Fundación Escuela de Gerencia Social (FEGS) (2006). *Embarazo en Adolescentes*. Caracas. Recuperado de <http://www.gerenciasocial.org.ve>. Consultado: agosto de 2011.
- González, D. J. (2008). Registro de la actividad y método directo e indirecto. En *Psicología de la Motivación* (pp. 205-261). La Habana, Cuba: Editorial ECIMED.
- Pantélides, E. A. (2003). *Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina*. Recuperado de <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/22069/lcg2229-p1.pdf>. Consultado: 10 de agosto de 2011.
- Rodríguez, J. (2008). *Reproducción adolescente en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción* (Coordinación General: Secretaría General Organización Iberoamericana de Juventud [OIJ]). Santiago de Chile: Gráficas Romero.
- Rodríguez, L. y Perpétuo, I. (2011). La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo-1994. *Serie*

Población y Desarrollo, 102. Santiago de Chile: CELADE.

Vilella, P. (2010). La iniciación sexual a los 12 y 14 años de edad Venezuela, el país con mayor tasa de embarazo adolescente de Sudamérica. Recuperado de <http://www.elmundo.es/america/2010/01/29/noticias/1264779274.html>. Consultado: 22 de agosto de 2011.

UNFPA (2010). *The case for investing in Young people as part of a national poverty reduction strategy* (Second Edition). Recuperado de http://www.curtain-consulting.net.au/download_controlled/Youth%20&%20Development/Investingin-YoungPeopleCurtain14Oct04.pdf. Consultado: 20 de agosto 2011.