

**ARTÍCULO ORIGINAL**

**La maternidad adolescente. Una realidad en contexto: los casos de Cuba y Angola.**

**Motherhood in Adolescence. A Reality in Context: Cuba's and Angola's ases.**

**REINA FLEITAS RUIZ,<sup>I</sup> VANESSA VÁZQUEZ SÁNCHEZ,<sup>II</sup> PEDRO DA CRUZ<sup>III</sup>  
Y ANAYANCI DAUDINOT VALDÉS<sup>IV</sup>**

I Facultad de Sociología, Universidad de La Habana, Cuba.

II Museo Antropológico Montané Facultad de Biología, Universidad de La Habana, Cuba.

III Educación Media-Superior en Sumbe, Angola.

IV Facultad de Biología, Universidad de La Habana, Cuba.

**RESUMEN**

Desde el siglo pasado la maternidad adolescente está considerada un problema de salud global. Las estadísticas internacionales reflejan su presencia en casi todas las naciones, aunque las regiones más afectadas son África y América Latina. El presente trabajo expone algunas ideas sobre las características que de este problema de género y salud se asume en Cuba y Angola. Se realiza un análisis comparativo que tiene en cuenta su ubicación en los contextos regionales y nacionales específicos. De ello se infieren algunas semejanzas y diferencias importantes.

**PALABRAS CLAVE:** maternidad adolescente, género, cultura patriarcal, y salud sexual y reproductiva.

**ABSTRACT**

Since last century, teenage motherhood is considered a global health problem. International statistics reflect its presence in almost all countries, though the most affected areas are Africa and Latin America. The present work presents some ideas on the characteristics of this gender and health problem in Cuba and Angola. A comparative analysis is performed which considers the location in specific regional and national contexts; with some similarities and differences.

**KEYWORDS:** teenage motherhood, gender, patriarchal culture, and sexual and reproductive health.

## Introducción

«La mujer sin comprensión de la maternidad (tenga o no hijos) sería una copia tosca del hombre, conformada según el modelo masculino, sin capacidad para alterar las reglas, sin poner en crisis el sujeto único» (Giulia Paola Di Nicola, 1991, p. 3). Aunque la cita anterior es de una investigadora a la cual respetamos por su obra, cabría preguntarse si la única razón de la mujer para poner en crisis al «sujeto único masculino» es la maternidad. Sobre todo si pensamos que el embarazo en edades inapropiadas ayuda más bien a lograr lo contrario, pues estas mujeres contribuyen por lo general a reproducir una cultura de dominación masculina y de dependencia, hipótesis que servirá de partida para la polémica que este trabajo quiere introducir.

Es cierto que la maternidad da sentido a la cultura femenina, pero no es esta la única meta posible en un proyecto de vida de plena realización para las mujeres y ni siquiera tiene que estar entre las primeras metas a lograr. Más bien el contexto internacional moderno sugiere que en las condiciones de un continuo dominio de la cultura patriarcal, cuando las mujeres desean realizarse como sujetos, pueden optar primero por otros objetivos. Por otra parte, cuando se trata de sobrevivir en un mundo en el que se perpetúa la feminización de la pobreza, no es una opción, sino un imperativo, desarrollar primero capacidades en educación y trabajo para proporcionar recursos necesarios para una maternidad con calidad de vida. Pero, ¿por qué las opciones de las mujeres tienen que estar encerradas siempre en el dilema entre lo público y la maternidad? ¿Por qué no resultan tan encasilladas las alternativas de los hombres?

Una segunda cuestión es que no es posible hacer valoraciones sobre la mujer y la maternidad adolescente sin tener en cuenta las herramientas teóricas y metodológicas que nos proporciona la perspectiva de género. En salud, muchos de sus estudiosos apenas logran recrear el tema en base a un enfoque biomédico y desde la teoría de los riesgos, y no ofrecen un análisis de sus determinantes sociales. La teoría de género es un instrumento útil para el análisis de las implicaciones sociales del fenómeno de la maternidad adolescente como problema social de salud, visión esta que en el presente trabajo se pretende privilegiar. Los enfoques psicológicos y médicos han estado centrados usualmente en la posibilidad de cambiar conductas en edades donde los actores son aún muy vulnerables y no son independientes. No obstante, sin el ánimo de discutir la necesidad de la importancia que puede tener incidir en la conducta sexual de las adolescentes, creemos que el problema fundamental se desplaza hacia las desigualdades y los contextos sociales, familiares y políticos en que ellas viven y que las presionan. Conviene entonces hacer una reflexión sobre la maternidad adolescente desde la sociología, la antropología de la salud y el género.

En el presente trabajo nos proponemos exponer mediante el método comparativo las semejanzas y diferencias entre los dilemas de la maternidad adolescente en Cuba y Angola, dos países que son distintos por su historia y modelos de desarrollo. Cuba, al contrario que Angola, está considerado un país de alto desarrollo humano. La prioridad que ha tenido la política social en Cuba no es igual a la que ha tenido en Angola y, además, esta última nación vivió a fines del siglo pasado una guerra devastadora cuyo impacto aún se refleja en sus indicadores sociales. Lo anterior no resta valor al hecho de que ambas naciones se acercan por sus lazos culturales y pertenecen al grupo de los países del sur con historias comunes de lucha contra la pobreza y el colonialismo.

### **Un problema de salud mundial**

Más de una década después de haber transcurrido el nuevo siglo los datos sobre fecundidad adolescente que ofrece Naciones Unidas sobre diferentes países son alarmantes, se afirma que a nivel global 20 000 niñas menores de 18 años dan a luz todos los días en países en desarrollo. Además, de los 7,3 millones de partos que se realizan en el mundo entre las mujeres de esas edades 2 millones son de niñas menores de 15 años (UNFPA, 2013, p. 4). Si bien las cifras preocupan, el problema mayor no es ese, sino su alta asociación a la pobreza y al reforzamiento de las desigualdades de género por una parte; y por otra, la carencia de políticas que sean más complejas en el abordaje a su solución, unido a la necesidad de enfrentar de manera diferenciada la solución al problema cuando se trata de fecundidad en edades tempranas y tardías de la adolescencia.

Desde la Conferencia del Cairo de 1994 la Maternidad Adolescente está considerada un grave problema de salud que exige atención por parte de los Estados a través de sus políticas sociales. Un balance reciente sobre su tratamiento arrojó deficiencias que pueden resumirse en: 1) no haber tenido en cuenta su relación con el género masculino; 2) haberse centrado en el grupo donde prevalece la maternidad, de 15 a 19 años, cuando las peores consecuencias están en edades menores; 3) no desarrollar en la investigación, ni en los enfoques de políticas, una visión compleja y holística sobre la intervención de las determinantes económicas, sociales, educativas y culturales (UNFPA, 2013, pp. 2-3).

Al mismo tiempo, la reducción en tres cuartas partes de la mortalidad materna, quinto objetivo del milenio a alcanzar para el 2015, dista mucho de lograrse para un grupo importante de países. El recuento que en 2013 se hizo sobre esos objetivos arrojó que dicha tasa se redujo solo en un 47 %, en 20 años se pasó de 400 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos en 1990, a 210 en 2010 (Naciones Unidas, 2013, p. 29). No solo estos valores todavía son altos y no llegan al 75 % de reducción, sino que no se producen los mismos avances en todas las regiones, debido a que no se han hecho iguales inversiones para mejorar la atención al embarazo y el parto o para facilitar el acceso a los métodos de planificación familiar. La maternidad adolescente aparece como un factor de alto riesgo que incide sobre el incumplimiento de este objetivo, entre otras razones porque ellas tienen más obstáculos para acceder a los servicios de salud reproductiva. El reconocimiento de la repercusión que este problema tiene sobre las desigualdades lo ha convertido en un indicador sensible para construir el índice sobre desigualdad de género que propone el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Las estadísticas mundiales no exoneran a ninguna región de vivir este fenómeno, aunque ellas por sí solas no revelan las diferentes complejidades regionales como problema de salud. Resulta de interés revelar que la fecundidad adolescente es un problema directamente conectado con el desarrollo, los países con más altos niveles de desarrollo humano ostentan el promedio más bajo de la tasa con 18,7 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, mientras que los de más bajo desarrollo poseen el valor más alto, 86 (PNUD, 2013, p. 159). El problema radica en que el fenómeno que se evalúa está determinado por las desigualdades de género, clase y raza que repercuten en los niveles de progreso que exhiben las diversas regiones y naciones.

Desde la perspectiva regional Asia Oriental y el Pacífico, con un valor de 18,5 por 100 000 nacidos vivos, y Europa y Asia Central con 23,1 son las que poseen los valores más bajos de su incidencia. Mientras, las dos regiones más

problemáticas son África Subsahariana, donde la reducción de la tasa se comportó de manera más débil y América Latina, ambas con los valores más altos que el resto. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) recoge en el 2012 una tasa promedio de fecundidad de mujeres entre 15 y 19 años, de 105,2 nacimientos por cada 1 000 mujeres para África Subsahariana y de 70,6 para América Latina y el Caribe (PNUD, 2013, p. 159). Los dos casos que aquí se abordan se encuentran enmarcados en esas regiones.

### **El caso de Angola**

África Subsahariana es la región con mayores problemas sociales y, en particular, de salud a nivel global. Allí están las situaciones más críticas en la transmisión del VIH/Sida, pues es donde las mujeres y los niños viven de manera más amenazante esta enfermedad transmisible. Es este también un territorio donde la pobreza y el hambre están más extendidas, así como las enfermedades nutricionales que de ellas se derivan. Además, allí se hallan los valores más altos de mortalidad infantil y materna, por lo que es más cuestionable el cumplimiento de los objetivos del milenio. El panorama de salud en esa región se ve afectado hoy por el ébola, una de las epidemias más mortales que existen, cuyo impacto no solo está determinado por el efecto fatal de la enfermedad, sino también por la catástrofe social que predomina en las naciones de esa región.

Desde nuestro punto de vista, el caso de Angola es uno de los más preocupantes. El IDH del 2013 anota que la tasa de fecundidad adolescente en esta nación fue de 148,1 nacimientos por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años, valor que se halla por encima del promedio regional y que solo es superado por tres países: Mali (168,9), República Democrática del Congo (170,6) y Níger (193,6). Estas cuatro naciones son las que más aportaron a la tasa de fecundidad adolescente en el 2012 a nivel global. Además, aunque no es la nación que tiene la mayor tasa de mortalidad materna, pues su valor es de 450 y está ligeramente por debajo del promedio regional, esta no deja de ser una cifra elevada (PNUD, 2013, pp. 158-159).

El estudio que a continuación se muestra, realizado por Da Cruz en 2014 en el municipio de Sumbe en la provincia Kuanza Sul, revela que existe una relación directa entre la alta tasa de fecundidad adolescente en el territorio y varios factores sociales, entre los cuales pueden citarse: la pobreza, las desigualdades de género y las debilidades en la política social con respecto a la salud educativa.

### **Contexto histórico actual de Angola**

La colonización portuguesa en Angola se extendió por casi 500 años desde 1482 hasta el 11 de noviembre de 1975, fecha en que el país conquistó su independencia. La guerra civil se extendió durante casi 30 años, lo que trajo como consecuencia fundamental la destrucción del país. En el contexto actual, Angola vive una paz donde aún se constatan los impactos que generó la guerra en diversos problemas sociales, particularmente en la situación de la familia y del género, que se pueden resumir en el bajo nivel de desarrollo humano y la prevalencia de desigualdades que aquejan al país. Hasta ahora, la política económica y social del gobierno no ha logrado superar tal situación.

Los principales problemas y avances de la economía angolana, según las más recientes informaciones del PNUD y de Informes del Gobierno de Angola apuntan que el 54 % de los angolanos viven por debajo del índice de la pobreza, pues Angola es uno de los países con menor IDH y con grandes diferencias en

la distribución de la riqueza (*Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População*, 2011). La tasa de alfabetización de adultos (mayores de 15 años) en el año 2010 era de 70,1 %, solo el 31 % de la población había terminado la educación secundaria y únicamente el 3,7 %, la preuniversitaria. Asimismo, existe un mayor abandono escolar por parte de las adolescentes y niñas que entre su par masculino; la calidad de la enseñanza es baja y la infraestructura es insuficiente (PNUD, 2013, p. 172); el sistema de atención a la salud es precario; la tasa de fecundidad es una de las más altas del mundo (5,9 hijos por mujer), al igual que las tasas de mortalidad infantil (82 por cada mil nacidos vivos) y la de mortalidad materna (450 por cada mil mujeres) (*Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População*, 2011).

A pesar de todo esto, la actuación de mujeres que han estado a la vanguardia de la lucha por la igualdad de género ha conseguido juntar criterios para cambiar prácticas discriminatorias y ha contribuido a la economía nacional, la educación, la cultura, la defensa y la dirección del país. El 38,2 % de los escaños parlamentarios están en manos femeninas y el 62,9 % de las mujeres económicamente activas participan o buscan puestos en el mercado laboral (PNUD, 2013, p. 172). Además, tienen derecho al voto a partir del año 1975 y sus derechos quedan respaldados en la Constitución de la República y en la Ley Contra la Violencia Doméstica. No obstante, la herencia patriarcal todavía es allí más que un fantasma.

Los problemas de pobreza que afectan a la familia son más acentuados en las zonas rurales, donde es mayor el analfabetismo, son más escasos los servicios básicos como el agua potable, los acueductos, alcantarillados, la electricidad y el transporte, entre otros. Igualmente se evidencian altos índices de fecundidad y persisten normas culturales, prácticas y tradiciones, así como actitudes patriarcales y estereotipos sobre los papeles y responsabilidades de mujeres y hombres. Permanece la violencia contra las mujeres, el matrimonio precoz, la poligamia, la mutilación genital femenina y el levirato.(1) Ejemplos de las prácticas culturales discriminatorias son el *alambamento*(2) y el viernes de hombre,(3) prácticas que todavía sobreviven en la familia angolana.

### **El municipio de Sumbe: un estudio sobre la maternidad adolescente.**

#### **Situación de la mujer(4)**

En Angola la maternidad precoz coloca en situación de vulnerabilidad a las adolescentes debido a su relación con el abandono escolar y las pocas posibilidades para encontrar empleo, lo que refuerza la pobreza en los hogares. La maternidad adolescente es una realidad y, sin embargo, no es un hecho tratado como problema social. El estudio empírico cuyos resultados aquí recogemos se basó en un diseño de corte transversal y en la metodología de estudios de casos. En él se recogen las historias de vida de 4 adolescentes madres, se realizaron encuestas a 57 adolescentes madres y a 50 de sus madres, y entrevistas en profundidad a 25 expertos. El sistema de muestreo fue no probabilístico e intencional, por el método de «bola de nieve».

#### **Perfil sociodemográfico de las madres adolescentes objeto de estudio en Sumbe**

Una de las primeras características que se hace notable en el estudio es que prevalecen los problemas en las edades intermedias. Aunque no pocas de las adolescentes encuestadas, 7 (12,2 %), tenía 14 años o menos cuando nació su primer descendiente; el mayor porcentaje lo representan aquellas que tenían entre

15 y 17 años, 35 (61,3 %), que si bien están algo más avanzadas en la adolescencia, su desarrollo síquico y mental carece aún de la madurez óptima para enfrentarse a la maternidad.

Del total de estas madres la mayor parte se encontraba entre las que solo habían concluido algún nivel de enseñanza primaria, 43 (75,3 %) y únicamente 14 (24,5 %) muchachas tenían terminado entre séptimo y décimo grado. Se pudo comprobar que no hay una evolución positiva importante entre la escolaridad de las adolescentes al tener su primer hijo y la que tenían al momento de la entrevista. A pesar de que la política educativa permite la reinserción de ellas a la educación, eso no sucede en una parte significativa de los casos.

La mayoría de ellas, 20 (35 %), no tenían ocupación al dar a luz, una cifra de 18 (31,5 %) cursaba estudios en el nivel primario y el resto se dedicaba a trabajar como: domésticas 8 (14 %), campesinas 7 (12,2 %) o negociantes 4 (7,1 %), es decir, vendedoras de artículos varios en mercados informales. En este punto resulta necesario recordar que en Angola la edad instituida legalmente para trabajar es 18 años, de ahí que, atendiendo a la estructura de edades de la muestra, la mayor parte de quienes trabajaban lo hacían sin que mediara un contrato formal.

Al comparar los puestos de trabajo de las muchachas a la hora del parto con su ocupación posterior se comprueba que disminuye significativamente el número de las que siguen sus estudios. Sumaban 18 las chicas que hacían vida escolar al momento de ser madres, y luego de iniciarse en la maternidad, solo 10 continuaron. El no desvincularse de la vida escolar parece estar condicionado, según declaraciones de las entrevistadas, por la ayuda familiar recibida para ello, en particular por el apoyo de la madre en los cuidados al bebé, y también por las contribuciones económicas para el sostenimiento de la nueva mamá y su hijo, aportadas por el padre de la criatura o algún otro pariente. Por su parte, aquellas que abandonaron los estudios coincidieron al referir que sus motivos fueron el tener que ocuparse del nacido y la necesidad de incorporarse a la actividad laboral para contribuir a su sustento y el de su familia.

En contraste con el descenso del número de adolescentes dedicadas a estudiar luego del parto, aumenta la cantidad de muchachas incorporadas al trabajo, a la vez que disminuye la cifra de trabajadoras del hogar, de 20 (35 %) a 12 (21 %). Aquellas quienes después de adentrarse en la maternidad decidieron no emplearse laboralmente, aludieron entre los motivos para ello: que no tenían con quién dejar al niño (41,66 %); que representaba mucha carga para ellas el llevar las tareas del hogar y del trabajo (25 %); que el bebé era enfermizo (16,6 %) y que era difícil llegar al trabajo debido a las dificultades con el transporte (8,3 %).

Estas mujeres en más de la mitad de los casos (56,1 %) cocinan con carbón o leña, igual cantidad de viviendas carecen de electricidad y entre los equipos electrodomésticos el más común es el radio. Asimismo, no llegan a la mitad (43,8 %) las viviendas donde el orden y la higiene son calificados como buenos. Por otra parte, aunque el 56,1 % de las viviendas disponía de dos habitaciones para dormir, en el 68,4 % de los casos vivían en ellas parejas que no disponían de cuartos para su intimidad, lo cual podría impactar de una u otra forma en las percepciones que sobre la sexualidad y reproducción podrían tener las muchachas que se aventuraron a ser madres apenas rebasada la niñez.

### **Rasgos socioculturales de género que caracterizan las prácticas sexuales y reproductivas de las madres adolescentes objeto de estudio**

La menarquía de estas muchachas ocurrió a los 14,4 años como promedio, aunque un 63,1 % tuvo su primer sangrado a los 15 años. Expertos en este tema coinciden

en asegurar que la menarquía generalmente acontece a una edad media de 12,5 años, pero que puede sobrevenir hasta los 16 años (Muzzo, 2007, p. 97). Sería recomendable reflexionar en el futuro, a raíz de estos resultados, sobre si esa menarquía acontecida como promedio a los 14,4 años pudiera estar relacionada con carencias nutricionales, ya que estas pueden incidir en un retardo del desarrollo.

Por otra parte, si bien la menarquía no tiene lugar a una edad temprana de acuerdo con los estándares internacionales, las adolescentes entrevistadas tuvieron, en su mayoría, su primera relación sexual precozmente, es decir, a los 14,1 años como promedio, durante la adolescencia temprana. Dicho indicador habla de un anticipo con respecto a la media internacional, la cual es de 15 años (UNFPA, 2013, p. 12). Además, el 91,3 % del total había dado inicio a su vida sexual antes de los 17 años. También es importante notar que la edad media de la primera relación sexual es menor que la edad promedio de la menarquía.

A pesar de que la edad de inicio de las relaciones sexuales marca un foco de atención, no sucede igual con el número de parejas sexuales que las muchachas encuestadas declaran haber tenido. El 87,6 % refiere haber tenido entre una y dos parejas, el resto, tres. Por tanto la promiscuidad no parece incidir en este problema, aunque hay que recordar que una cantidad apreciable se encontraba en la adolescencia temprana. Resulta distintiva, sin embargo, la falta de planificación de sus embarazos. Únicamente 9 (15,7 %) indicaron que su gestación había resultado de una planificación, en tanto 19 (33,3 %) se embarazaron sin proponérselo, pero deseándolo y 29 (50,8 %) no deseaban en lo absoluto el embarazo que las condujo a ser madres. Ello no parece distanciarse de lo que acontece en el África Subsahariana en general, y también en otras latitudes, donde la mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como no deseados y se atribuyen a la no utilización de métodos anticonceptivos.

De las 48 chicas que quedaron embarazadas sin planificación la mayor cantidad, 18 (37,5 %), declaró que había quedado embarazada porque olvidó usar el condón; 13 (27 %) no sabía cómo evitarlo; 11 (22,9 %) no pensó que podía quedar embarazada; 4 (8,3 %) no usó anticonceptivo «por lo inesperado de la relación» y 2 (4,2 %) no disponían de anticonceptivos. Dichos olvidos y desconocimientos revelan serios vacíos en la educación sexual y reproductiva sobre los que se debatirá más adelante.

### **Motivos del embarazo no planificado**

Al analizar los motivos del embarazo no planificado en la muestra no debe olvidarse que el 12,2 % de las adolescentes encuestadas estaban casadas al tener descendencia y el 33,3 % vivía en unión consensual, lo cual hace un 45,5 % cuya relación estable le permitió programar o aceptar sin exceso de conflictos el embarazo. Unido a los bajos niveles de escolaridad, se observa una deficiente educación sexual y reproductiva que incide en las prácticas sexuales de las adolescentes en Sumbe y las conduce a embarazos tempranos. Así lo prueban los resultados de la encuesta realizada, en la que el 21 %, casi la cuarta parte de las muchachas interrogadas, declaró no conocer ningún método anticonceptivo, el 61,4 % mencionó el condón, y un 17,5 %, la píldora. No obstante, el condón y la píldora se encuentran disponibles no solo en farmacias, donde los precios son muy asequibles, sino también en variados centros de salud, donde pueden acceder a ellos de manera gratuita. Aun identificando al condón o preservativo como una vía para impedir el embarazo, es interesante constatar que en un 77,1 % de los casos que conocen este método, responsabilizan a su compañero sexual por la compra y uso de él.

Se ratifica de esta manera uno de los criterios sustentados por el Fondo de Población de Naciones Unidas, en cuyo informe de 2013 sobre el estado mundial de la población queda apuntada, en segundo lugar, la desigualdad de género entre las ocho causas subyacentes para que cerca del 19 % de las jóvenes en países en desarrollo se embaracen antes de los 18 años de edad. Además de esta desigualdad, se indican como otras causas el matrimonio infantil, los obstáculos a los derechos humanos, la pobreza, la violencia, la coacción sexual, las políticas nacionales que restringen el acceso a anticonceptivos y a una educación sexual adecuada a la edad, la falta de acceso a educación y servicios de salud reproductiva, y la subinversión en el capital humano de las adolescentes (UNFPA, 2013).

### **Percepciones sexuales y reproductivas. Influencia de los patrones socioculturales de género de la familia. La figura de la madre**

Una segunda encuesta aplicada a las madres de las adolescentes que se iniciaban en la maternidad evidenció que las percepciones y conductas sexuales y reproductivas de las primeras eran copiadas por las segundas con escasas variaciones. Un 54 % de estas progenitoras, cuyas edades al tiempo de la entrevista oscilaban mayoritariamente entre los 27 y 42 años, había dado a luz a su primer hijo a los 16 años o menos. Aunque es necesario hacer resaltar que una de ellas parió a los 12 años, edad en que ninguna de las adolescentes estudiadas dio a luz. Es decir, se aprecia un ligero anticipo de las madres con respecto a las hijas, también perceptible si analizamos que un 32 % de las madres parió entre los 13 y 15 años, mientras que un 29,7 % de las hijas se vio en la misma situación.

Al analizar las estadísticas relacionadas con el nivel escolar vencido de las madres de las adolescentes al tener su primer hijo, se evidencia que el mayor porcentaje (56 %) se concentra en el tercer grado, seguido por las que terminaron el cuarto grado (32 %). Sin embargo, en el caso de las hijas adolescentes el mayor por ciento (36,8 %) de estas muchachas se concentra en las que terminaron el sexto grado, seguido por el de aquellas que concluyeron el quinto grado (33,3 %). De tales resultados puede inferirse que las chicas adolescentes, objetos de esta investigación, tenían un nivel escolar algo más elevado que sus madres en el momento de dar a luz. Se puede destacar también que el 10,5 % y el 5,2 % de estas muchachas habían vencido el séptimo y octavo grados respectivamente. Niveles no alcanzados por ninguna de sus madres, quienes solo en un 2 % consiguieron terminar el sexto grado. Sin embargo, queda identificado como tendencia para ambos casos que los bajos niveles de escolaridad acompañan la maternidad temprana.

La influencia de los patrones socioculturales de género en la familia se hace también evidente al constatar que en los dos casos analizados la mayoría era soltera. Un 68 % de las madres de las muchachas permanecía en soltería al dar a luz, el 20 % estaba casada y el 12 % mantenía una unión consensual. Lo anterior arrojó que era mayor la cantidad de solteras en el caso de las madres de las adolescentes.

Es también común que el mayor por ciento de unas y otras se encontrara al dar a luz en labores como trabajadoras del hogar con un 30 % para las madres y un 35 % para las hijas adolescentes. No obstante, una buena parte de las madres de las muchachas (28 %) estudiaba en ese momento; similar situación ocurre con sus hijas, que tuvieron que interrumpir sus estudios debido al embarazo en un 31,5 % de los casos.



Cuando se interrogó a las madres sobre si consideraban que debían continuar transmitiendo a sus hijos los valores con que fueron educadas en cuanto a sexualidad, el 94 % respondió afirmativamente. El total de estas mujeres calificaron de «normal» su reacción al saber del embarazo de la hija. En correspondencia con tales patrones, sus hijas tampoco dudaron al contestar que también asumieron su embarazo como algo normal. Tan «normal» es para unas y otras este acontecer, que la concepción de maternidad y del ser mujer aparece sesgada en estas jovencitas cuando se les inquiera al respecto. Para las adolescentes entrevistadas ser mujer significa en primera instancia (43,8 %) sentir amor por los hijos y el marido; en segundo lugar (22,8 %) apareció el rasgo que asociaba a la condición de mujer el tener responsabilidad familiar; y en tercero (15,7 %), el ser educadora de los hijos; todas vinculadas a la responsabilidad de la maternidad y del cuidado de la familia. Por otro lado, al interrogar a estas adolescentes madres sobre qué consideran que significa ser hombre, respondieron en primer lugar «ser el dueño de la casa» (43,8 %), a lo que le siguió ser trabajador (28 %), ser responsable y protector (15,7 %), y ser educador de la familia (12,2 %).

En la encuesta a las progenitoras de las muchachas –quienes por demás, del total de su descendencia el 63,3 % resultó del sexo femenino–, estas adultas declararon que, en caso de poder elegir entre un hijo y una hija a cuál de ellos le darían la oportunidad de continuar los estudios, privilegiarían a los varones en un 70 % de los casos, el 24 % a las hembras, y solo el 6 % decidió que invertiría en ambos. Dichas adultas, al verse ante la alternativa de indicar cuáles temas conversaban con sus hijas y cuáles con sus hijos, fueron claras al señalar que sobre todo hablaban con sus hijas acerca de la vida doméstica y la sexualidad, en tanto con los hijos departían fundamentalmente acerca de su futuro laboral y sus estudios.

Paradójicamente, a pesar de que las madres adolescentes declararon que repetirían en la formación de su descendencia los valores con que ellas fueron criadas, al evaluar la educación sexual que recibieron la calificaron mayoritariamente (47 %) como mala. Dicha aparente contradicción pudiera tener explicación si se infiere que hacían alusión a la educación sexual recibida fuera del ámbito hogareño, y muy especialmente, a la que reciben de los medios de comunicación. Mencionaron además, que no se sentían satisfechas porque los códigos con que ellas fueron formadas no son los que existen en la actualidad, en segundo lugar consideraron que los medios de difusión masiva deberían asumir mejor esta orientación, al igual que la escuela, a la cual responsabilizan en tercer lugar.

La ausencia de estadísticas y registros en el territorio de Sumbe, como en todo el país, no permitió determinar el comportamiento de la mortalidad entre las madres adolescentes. Los médicos entrevistados referían que este fenómeno es alto en el territorio, pero entre las adolescentes estudiadas no se encontraron casos de muertes infantiles, aunque sí la práctica generalizada de parir fuera de las instituciones de salud. Se puede presuponer que el más bajo desarrollo social que ostenta esta región pueda incidir en una alta vulnerabilidad de las mujeres jóvenes al embarazo y un mayor riesgo a la muerte o padecer enfermedades.

### **Una aproximación al caso de Cuba**

Aunque la maternidad adolescente es para Cuba un problema de género y salud la realidad dista mucho de parecerse a la de Angola. Si se analizan las tasas de fecundidad adolescente entre los países de la región Cuba tiene un valor, para el 2012, de 43,9 nacimientos por cada 1 000 mujeres en edades de 15 a 19 años,

por debajo del promedio regional, que la ubica en la séptima posición de la cifra más baja entre 30 países (PNUD, 2013, p. 156). No obstante resulta singular que Haití, que se encuentra entre los países de más bajo desarrollo humano, tenga una tasa menor que la de Cuba. En otras publicaciones, cuando hemos realizado estas comparaciones de datos en salud, hemos advertido que la precariedad de los registros en algunos países de la región podría revelar datos no confiables.

No siempre las estadísticas son certeras porque dependen de la manera en que se registran y se construyen, aunque también en los distintos valores de las tasas de fecundidad adolescente podrían incidir factores culturales como las tradiciones sobre el control de la sexualidad de las mujeres. Lo cierto es que todos los países que se hallan por debajo de Cuba en esa tasa son de la región del Caribe: Bahamas (28,3), Trinidad y Tobago (31,6), San Cristóbal y Nieves (33,2), Granada (35,4), Barbados (40,8) y Haití (41,3) (PNUD, 2013, pp. 156-158).

Para ese año fuentes de salud nacionales publicaban una tasa con un valor superior a la antes citada, de 53,6 nacidos vivos por 1 000 mujeres entre 15 y 19 años.(5) Lo más preocupante es que al comparar los datos nacionales en perspectiva evolutiva se observa que no se logra reducir de manera sensible y estable la tasa en más de 60 años de transformaciones profundas, a pesar de la fuerte inversión social realizada de cara a lograr la meta de igualdad de oportunidades favorable a las mujeres. Todos los estudios realizados en el país que valoran la progresión de la tasa declaran su variabilidad en diferentes decenios. El valor del 2013 es muy próximo al que recogían las estadísticas nacionales en la década del cincuenta, que era de 58.9 (Hernández, 1994). Luego de un decrecimiento en sus valores en el último decenio del siglo pasado, durante el presente milenio se manifiesta en el país una tendencia a su incremento: en 2000 se obtuvo una tasa de 49,6 por cada 1 000 mujeres en las edades entre 15 y 19 años; y en 2014, un valor de 54,8 (MINSAP, 2014, p. 22).

En Cuba hay una preocupación creciente entre investigadores sociales y salubristas sobre la relación entre el embarazo y el aborto a esas edades porque este último fenómeno tiene valores más elevados. Por otro lado, entre las estadísticas de fecundidad específica en Cuba no es relevante el grupo menor de 15 años, que en el 2012 representaba el 0,32 % de los nacimientos (ONEI, 2012).

### **Un estudio de caso sobre embarazo y fecundidad adolescente en el municipio Plaza de la Revolución**

Como se ha afirmado, la fecundidad en Cuba ha disminuido desde finales de los años sesenta del siglo XX y la población está por debajo del remplazo desde 1978. Sin embargo, a diferencia de muchos países con alto desarrollo humano y baja fecundidad, las cubanas tienen sus hijos a edades tempranas.

Uno de los primeros estudios demográficos llevados a cabo en el país fue la «Encuesta de fecundidad en la región Plaza de la Revolución», efectuado en 1972. En él se entrevistaron a 1 751 mujeres con edades comprendidas entre 15 y 54 años. Las tasas de fecundidad se compararon con las de diferentes ciudades de América Latina y se obtuvo que la fecundidad fue la más baja de todas las urbes analizadas (1,84 hijos por mujer entre 20 y 54 años), con la única excepción de Buenos Aires, que registró 1,49 hijos por mujer entre 20 y 54 años (Álvarez *et al.*, 1973, p. 35). En 1982 se efectuó otra pesquisa en la que también se ratificó el

descenso de la fecundidad en el municipio Plaza de la Revolución (Castellón y Catasús, 1984, p. 31). Su tasa de natalidad fue la más baja en algunos años seleccionados. Así, de 10,2 nacimientos por cada 1 000 habitantes reportados en 1997, la cifra bajó a 6,33 en el 2007, con lo cual se evidencia el decrecimiento de los nacimientos en el tiempo (ONE, 1998, p. 46; 2008, p. 48).

La Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) efectuó un análisis de la tipología de provincias y municipios según la tasa global de fecundidad en el trienio 2005-2007. La fecundidad de Plaza de la Revolución fue extremadamente baja, con un valor de 1,04 hijos por mujer, siendo la menor de toda Cuba (ONE, 2008, p. 12). Además, de acuerdo a los datos del censo del 2012, un 26,4 % de la población tiene más de 60 años, por lo que resulta el municipio más envejecido y de menor fecundidad (ONEI, 2014, p. 62).

No obstante, a pesar de ser un territorio urbano y de favorables condiciones socioeconómicas, se registran embarazos y fecundidad en la adolescencia, con un patrón que se transmite generacionalmente. Por ello, se efectuó un estudio de caso para comparar estos aspectos en madres e hijas residentes en el citado territorio.

### **Selección de la muestra**

La generación uno está conformada por 62 madres con edades entre 57 y 64 años nacidas en el período 1942-1950, entrevistadas por Vázquez (2010) entre marzo de 2007 y octubre de 2008. El método de muestreo utilizado para seleccionarlas fue intencional y el criterio de inclusión fue que tuvieran hijas que residieran en Plaza de la Revolución y con 45 años o más, para que estuvieran próximas al fin del período fértil. La generación dos son las 74 hijas, nacidas en el período 1957-1968, con edades entre 45 y 56 años, entrevistadas entre octubre de 2013 y febrero de 2014 (Daudinot, 2014, p. 57). La guía de la entrevista abarcó variables sociodemográficas y de historia reproductiva y fue igual para madres e hijas.

### **El «destino» del primer embarazo en madres e hijas**

De la primera concepción el 4,8 % de las madres tuvo aborto espontáneo; el 1,6 %, muerte fetal y hubo 93,5 % nacidos vivos. En las hijas las cifras fueron de un 4,2 %; 2,8 % y 54,9 % respectivamente. El 38 % de las hijas interrumpió voluntariamente su gestación mientras que ninguna madre lo hizo. Este elemento marca una diferencia generacional en cuanto a la decisión y posibilidad de abortar o parir, matizada por el contexto histórico, pues a partir de 1965 es que se produce la práctica de la interrupción de embarazos no deseados de manera legal, institucional y en condiciones seguras. Este hecho pudo haber influido en que las madres no interrumpieran su primera gestación, ya que tuvieron su primer hijo en la década de los sesenta, cuando recién se instauraba este procedimiento en el territorio nacional. En cambio cuando las hijas concibieron por primera vez ya el proceder médico del aborto provocado estaba más «afianzado» en el sistema de salud. De lo anterior resulta que del 67,2 % de las madres que tuvo su primer embarazo con menos de 20 años de edad, parió un 67,2 %. Mientras que del 41 % de las hijas en la misma situación solo el 19 % llegó a tener al hijo.

Asimismo más del 65 % de las madres encuestadas tuvo su primogénito en la adolescencia. Esto tuvo lugar en la década de 1960, cuando el descenso de la fecundidad cubana se produjo en todos los grupos etarios excepto en las adolescentes mayores de 15 años, pues para este grupo se exhibió un aumento de dicho parámetro (Álvarez *et al.*, 1973, p. 182). Además, en un estudio efectuado por

Fleitas (2002) sobre fecundidad adolescente en el municipio Plaza de la Revolución a fines de los 90, se obtuvo que el 47,3 % de las mujeres de la muestra reprodujeron este patrón de maternidad precoz (Fleitas, 2002, p. 105). Es decir, hay una semejanza entre madres e hijas en cuanto a un modelo de fecundidad en la adolescencia. Este fenómeno es más evidente en el presente estudio de caso donde del total de hijas primíparas adolescentes, el 75 % de sus madres también lo fue. La tabla 1 muestra el nivel escolar de 13 hijas primíparas en la adolescencia y de sus madres

**TABLA 1**

<b>NIVEL DE ESCOLARIDAD ACTUAL</b>	<b>% MADRES</b>	<b>% HIJAS</b>
Primaria incompleta	16,7	0
Primaria terminada	16,7	0
Secundaria terminada	41,7	23,1
Técnico medio	16,7	15,4
Preuniversitario	8,3	46,2
Universitario	0	15,4

Como es evidente el nivel de instrucción es mayor en las hijas respecto a sus progenitoras. Ninguna madre es universitaria, por lo cual podría pensarse en la maternidad adolescente como un obstáculo para la superación de estas mujeres. Dicho resultado también se repite en el estudio de Fleitas (2002) citado, donde las hijas tienen mayores niveles de escolaridad que sus madres.

Por otra parte, en la tabla 2 se reflejan las variables relacionadas con la historia reproductiva y matrimonial:

**TABLA 2**

<b>HISTORIA REPRODUCTIVA</b>	<b>MADRES</b>	<b>HIJAS</b>
Edad de menarquía como promedio (años)	12,41	10,76
Edad de primera relación sexual como promedio (años)	17,00	15,84
Edad al primer matrimonio o unión como promedio (años)	17,75	16,00
Promedio de embarazos	3,50	4,53
Promedio de hijos	2,58	1,84
Promedio de abortos provocados	0,58	2,23

Como se puede ver las hijas presentan mayor precocidad en cuanto a la edad de su primera menstruación, iniciación sexual y primer matrimonio o unión, evidenciándose cambios generacionales en cuanto a las concepciones relacionadas con la sexualidad y el matrimonio. Aunque estas presentaron mayor promedio de embarazos, la fecundidad fue menor, debido al mayor promedio de abortos provocados, que sobrepasa incluso al de hijos que tuvieron. El uso de la anticoncepción fue deficiente en ambos grupos, pues no emplearon ningún método antes del primer embarazo ni antes del primer matrimonio o unión.

Si bien las hijas tienen mayor escolaridad y menor fecundidad en la adolescencia que sus madres, destaca en las primeras la elevada recurrencia del aborto provocado y la precocidad en cuanto al inicio de las relaciones sexuales y la nupcialidad, factores que inciden en la maternidad y las interrupciones tempranas del embarazo en este municipio urbano de Cuba.

## Conclusiones

Sin lugar a dudas hay problemáticas de género que deben enfrentar las madres adolescentes angolanas y cubanas de cualquier territorio, sea rural o urbano. Estas dificultades las coloca a todas en situaciones de vulnerabilidad y desventaja social, en una posición subordinada dentro de una relación patriarcal, no solo dentro la pareja, sino también con respecto al sistema político, que es aún responsable de la reproducción de tales asimetrías por no incorporar el enfoque de género en la política social. En ambas partes del mundo se pueden encontrar, además, adolescentes madres que experimentan el impacto de la pobreza y otras discriminaciones sociales.

Sin embargo, la situación de las mujeres angolanas es mucho más precaria a causa de la debilidad de la política social en educación, salud, empleo y cultura, así como de las secuelas que dejó la guerra. Además, el menor nivel de desarrollo social es un factor decisivo en la reproducción de las desigualdades de género. Las cubanas, por su parte, tienen la ventaja de vivir en un país que a pesar de sus escasos recursos económicos mantiene una política social universal donde la superación de las desigualdades de género y la inversión sobre las mujeres ha sido priorizada. Las oportunidades en salud que tienen las madres adolescentes en Cuba y de seguimiento a su embarazo por el sistema de salud pública, reduce en gran medida el costo que genera vivir tal experiencia a esas edades.

El análisis de los estudios de caso presentados evidencia que a pesar de las diferencias económicas, políticas, sociales y de sistemas de salud antes mencionadas, hay elementos que asemejan el comportamiento de la maternidad adolescente en zonas urbanas tan distantes una de la otra como Plaza de la Revolución y Sumbe. Entre ellas se destaca la repetición del fenómeno de la maternidad temprana en madres e hijas, la precocidad de las relaciones sexuales y del comienzo de la vida en pareja, y el mayor nivel educacional en las generaciones más jóvenes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁLVAREZ, LUISA *et al.* (1973): «Encuesta de fecundidad en la región Plaza de la Revolución», Dirección General de Estadísticas, Ministerio de Salud Pública, La Habana.

ÁLVAREZ, LUISA (1985): *La fecundidad en Cuba*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.

BOMBINO, YENISEY y LIVIA QUINTANA (2012): «Maternidad adolescente en comunidades montañosas del Tercer Frente en Santiago de Cuba: resultados», *Revista Sexología y Sociedad*, n.º 50, pp. 21-32.

CASTELLÓN, RAÚL y SONIA CATASÚS (1984): «La fecundidad de las mujeres jóvenes en tres áreas encuestadas», *Publicaciones CEDEMI*, n.º 57, La Habana.

CRUZ, PEDRO DA (2014): «Maternidad adolescente desde la perspectiva de género en el Municipio Sumbe, provincia de Kuanza Sul, República de Angola», tesis de doctorado, Universidad de La Habana.

- DAUDINOT, ANAYANCI (2014): «Comparación de la historia reproductiva de madres e hijas residentes en el municipio Plaza de la Revolución, La Habana», tesis de diploma, Universidad de La Habana.
- FLEITAS, REINA (2002): «La identidad femenina en madres adolescentes», tesis de doctorado, Universidad de La Habana.
- FLEITAS, REINA *et al.* (2010): *50 años después: mujeres en Cuba y cambio social*, OXFAM, La Habana.
- HERNÁNDEZ, RAÚL (1994): *Aspectos relevantes de la transición demográfica*, CEDEM-UH, La Habana.
- INQUÉRITO INTEGRADO SOBRE O BEM-ESTAR DA POPULAÇÃO (IBEP)* (2011): Instituto Nacional de Estadística (INE), Luanda.
- MINSAP (2014): *Anuario estadístico de salud 2013*, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, La Habana.
- MOVIMIENTO PARA LA LIBERACIÓN DE ANGOLA (2013): *Programa municipal integrado de desenvolvimiento rural e combate a pobreza*, Sumbe.
- MUZZO, SALVADOR (2007): «Influencia de los factores ambientales en el tiempo de la pubertad», *Revista Chilena de Nutrición*, n.º 34, pp. 96-104.
- NACIONES UNIDAS (2013): «Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe 2013», Nueva York.
- NICOLA, GIULIA PAOLA DI (1991): *Reciprocidad hombre/mujer. Igualdad y diferencia*, Narcea S.A., Madrid.
- ONE (1998): «Indicadores demográficos por provincias y municipios 1997», Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEDPE), La Habana.
- ONE (2008): «Indicadores demográficos de la población cubana. Cuba y sus territorios 2007», Centro de Estudios de Población y Desarrollo, La Habana.
- ONE (2008): «Tipología de provincias y municipios según Tasa Global de Fecundidad del trienio 2005-2007», Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEDPE), La Habana.
- ONE (2012): «Anuario Demográfico de Cuba 2012», La Habana.
- ONEI (2014): «Censo de población y viviendas 2012. Informe nacional. Resultados definitivos de indicadores seleccionados en Cuba, Provincias y Municipios», Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEDPE), La Habana.
- OMS (2009): «Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo», *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, n.º 87, <<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>> [5/06/2013].

ONU-SIDA (2008): «Report on the Global AIDS epidemic», New York.

PNUD (2013): «Informe sobre desarrollo humano 2013. El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso», New York.

UNICEF (2013): «Angola. Contexto», <[http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/angola\\_502.html](http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/angola_502.html)> [4/07/2013].

UNFPA (2013): «Estado de la población mundial 2013. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes», Fondo de Población de las Naciones Unidas, New York.

VÁZQUEZ, VANESSA (2010): «Eficacia biológica de una muestra de población residente en el municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de la Habana», tesis de doctorado, Universidad de La Habana.

RECIBIDO: 23/4/2015

ACEPTADO: 14/6/2015

Reina Fleitas Ruiz. Facultad de Sociología, Universidad de La Habana, Cuba.  
Correo electrónico: [rleitas@ffh.uh.cu](mailto:rleitas@ffh.uh.cu)

Vanesa Vázquez Sánchez. Museo Antropológico Montané Facultad de Biología, Universidad de La Habana, Cuba. Correo electrónico: [vanevaz@fbio.uh.cu](mailto:vanevaz@fbio.uh.cu)

Pedro da Cruz. Educación Media-Superior en Sumbe, Angola. Correo electrónico: [jopeceze@hotmail.com](mailto:jopeceze@hotmail.com)

Anayanci Daudinot Valdés. Facultad de Biología, Universidad de La Habana, Cuba.

## NOTAS ACLARATORIAS

1. Institución cultural que obliga al hermano de quien murió sin hijos a casarse con la viuda.
2. Práctica mediante la cual se intercambia a la mujer por algo de valor para esa sociedad familiar; en algunas culturas es llamada dote.
3. Día de la semana en el que los hombres deciden disfrutar sin su pareja y que la cultura prevaleciente justifica.
4. Este estudio es parte de la tesis doctoral realizada por Pedro Da Cruz en 2014.

5. No es la primera vez que se observan diferencias entre los valores que publica el PNUD y los nacionales. Esto casi siempre tiene que ver con el uso de metodologías diferentes en la construcción del dato, aunque no parece que los distintos valores cambien en este caso. El razonamiento que se defiende aquí radica en que, a pesar de la preocupación nacional sobre la fecundidad adolescente como problema de salud, su repercusión es menor si se la compara con otros países de América Latina, o incluso de África.