



*Universidad de La Habana  
Facultad de Filosofía, Historia y Sociología  
Departamento de Sociología*

## ***TESIS DE DIPLOMA***

***Título: La Maternidad Adolescente en un contexto territorial:***

***San Agustín. La Lisa.***

***Autora: Laritza Solares Pérez.***

***Tutora: Dra. Reina Fleitas Ruiz.***

*Ciudad de La Habana*

*2011*

*Dedicatoria:*

*A mi mamá, mi papá y hermana, por ser lo más importante que tengo en la vida.*

*Y a mi abuela Paulita, que aunque no está presente,  
estaría muy orgullosa de mí.*



*Agradecimientos:*

*A mis padres por ser la luz que guían mis pasos, por todo su desvelo y amor.*

*A mi hermana Yary por tener siempre para mí, palabras de consuelo y cariño en esos momentos que sentí flaquear.*

*A mi tutora Dr. Reina Fleitas, por confiar en mí y ayudarme a construir este sueño.*

*A toda mi familia por aportar su granito de arena:*

*Mis tíos Margarita y Rubén, Mirelys y Elvis, Leonardo,*

*Mis abuelos Luis, Martín y Blanca Rosa (cariñosamente maminegra).*

*Mis primos Keyla, Suset y Rubencito, por estar pendientes de cada paso que doy.*

*Mi sobrinita Nataly, por ser mi fuente de inspiración.*

*A Victor por brindarme su mano en el mundo de la informática.*

*A Carlos y Melba por abrirme las puertas de su casa cuando más lo necesité.*

*A Miriam, Roberto y Eralda, por regalarme la alegría de contar con ellos.*

*A mis amigos Alina y Wency, por su apoyo incondicional y por compartir conmigo estos 5 años de esfuerzo constante.*

*A todos mis profesores, por transmitirme sus conocimientos y formarme como profesional.*

*A los expertos entrevistados, por su tiempo dedicado.*

*Y en especial a todas las madres adolescentes que me abrieron la puerta de sus casas, sin ellas hubiese sido imposible*

*A todos, Gracias...*

# INDICE

<u>Dedicatoria</u> .....	2
<u>Agradecimientos</u> .....	3
<u>Introducción</u> .....	6
<u>Desarrollo</u> .....	10
<b><u>Capítulo I: Presupuestos teóricos sobre el problema.</u></b>	
<i>Epígrafe I: El enfoque social en salud. El aporte de la Sociología.</i>	
1.1. Analizar la evolución de la comprensión social de la salud.....	10
1.2. Corrientes teóricas que legaron una explicación sociológica sobre la salud:	
<i>Estructural-Funcionalismo, Marxismo e Interaccionismo Simbólico.....</i>	14
<i>Epígrafe II: La reflexión teórica sobre los sexos en la Sociología.</i>	
2.1. Principales clásicos en los estudios sociológicos sobre familia.....	23
2.2. El Feminismo. Género, Salud y Familia.....	29
<i>Epígrafe III: Una aproximación a los estudios de maternidad adolescente.</i>	
3.1. Adolescencia y Maternidad.....	33
3.2. La maternidad adolescente en Cuba: estudios y realidad.....	39
<b><u>Capítulo II: Diseño de Investigación.</u></b>	
Problema.....	49
Objetivos.....	49
Preguntas Científicas.....	50
Definición de variables.....	50
Operacionalización.....	51
El universo y la muestra poblacional.....	52
Metodología.....	53
Plan de Análisis.....	54
Línea de tiempo.....	55
Recursos necesarios.....	55

**Capítulo III: Peculiaridades de la maternidad adolescente en un contexto territorial: San Agustín, La Lisa.**

*Epígrafe I: Caracterización sociodemográfica de las madres adolescentes y del padre de su hijo.....* 56

*Epígrafe II: Los problemas de salud en la madre adolescente y su hijo.....* 63

*Epígrafe III: Similitudes y diferencias entre las madres y sus hijas que viven una maternidad temprana.....* 66

*Epígrafe IV: Riesgos socioculturales que trae para el bienestar de las mujeres, la maternidad en la adolescencia.*

4.1: *Conducta sexual y reproductiva de las madres adolescentes.....* 68

4.2: *Percepciones de género que poseen las madres adolescentes.....* 72

**Conclusiones.....** 77

**Recomendaciones.....** 80

**Bibliografía.....** 81

**Anexos.....** 86

## *Introducción.*

La salud constituye un campo de interés para las investigaciones sociales, pues se encuentra íntimamente vinculada a la compleja estructura social, donde las instituciones, las clases sociales, la cultura, el territorio ejercen influencia en los procesos de salud-enfermedad y a su vez esos procesos son también influenciados por la forma de ser percibidos y organizados, pues el sector de salud no actúa aisladamente, sino en relación con el medio social.

Es por ello que la salud debe estudiarse con una visión integradora, pues para la Sociología, la sociedad no es solo un determinante de salud, sino que es el marco donde se construyen los sistemas y políticas de salud, se producen las enfermedades y se desarrolla el pensamiento sobre la salud, ya sea médico o popular. La salud, entendida como bienestar, es expresión de la calidad del entorno en que viven mujeres y hombres. Un desarrollo más equitativo y democrático del conjunto de la sociedad requiere la eliminación de los tratos discriminatorios contra cualquier grupo. En el caso específico de las mujeres; se estudiarán las condicionantes culturales, económicas y sociopolíticas que favorecen la discriminación femenina, condicionantes que no son causadas por la biología, sino por las ideas y prejuicios sociales, que se hallan entrelazadas al aprendizaje social y que afectan a su salud.

Por lo anterior debemos señalar entonces, que en la salud de la mujer intervienen factores sociales tales como: el lugar que ocupa la mujer en la estructura social, su papel en la familia, el rol asociado a lo femenino, etc., que son responsables en gran medida de la imagen que se conforman de sí mismas, y de las oportunidades que tienen dentro de la sociedad, las cuales suelen ser desventajosas en relación a las de los hombres.

Es necesario señalar que la salud de la mujer no se puede limitar al embarazo y puerperio, aunque la reproducción ha tenido un papel protagónico que le otorga una dimensionalidad particular, y sobre todo si se trata de la maternidad precoz, tema trascendente que afecta no solo a la adolescente sino también a su hijo, su familia y al entorno social que la rodea, por lo que su estudio resulta de vital importancia, sobre todo en el contexto cubano; ya que contradice la inversión que la Revolución ha hecho a favor de la independencia de las mujeres.

Sea alta la tasa para abortar o para contribuir al crecimiento de la natalidad, en ambos casos refleja la reproducción de una división sexual del trabajo (la mujer se convierte en subordinada), y trae también consecuencias como la mortalidad materna e infantil de enorme impacto social.

Lo anterior muestra por tanto, la importancia de desarrollar una investigación que aporte una visión integral sobre el comportamiento de la maternidad adolescente, con el objetivo de identificar los factores que lo determinan y trabajar en la formación de una conciencia, para que se conozcan los métodos anticonceptivos, se asuma con responsabilidad la reproducción sin que ello contradiga los intereses de las

mujeres a ser más libres; lo que significa cambiar el sentido cultural de una maternidad definida en un sistema patriarcal.

Históricamente el abordaje que ha hecho la medicina sobre la fecundidad adolescente ha sido variable. Se ha transitado del criterio de que la maternidad precoz podría ser una solución a supuestos males de salud que caracterizan a las mujeres (como se representaba antes la menstruación) a la percepción y demostración de que coloca a las mujeres y sus hijos en una situación de riesgo biológico, psicológico y social. Esta visión contemporánea es compartida por todas las ciencias sociales, cada una la documenta desde la perspectiva de su objeto de estudio, ofreciendo evidencias de las situaciones que viven las mujeres madres adolescentes en diferentes partes del mundo.

Es por lo tanto este, un tema muy trabajado por la ciencia social pero que aún no se ha agotado, debido a la incidencia que como fenómeno tiene en el perfil epidemiológico de la salud sexual y reproductiva de las mujeres de cualquier sociedad.

En las políticas y programas de salud la fecundidad adolescente es monitoreada sistemáticamente, dada su incidencia en el comportamiento de dos de los indicadores más importantes para la salud: la tasa de mortalidad materna y la mortalidad infantil. Hay que recordar que la reducción de ambas está contemplada como metas y objetivos del milenio.

La presente investigación pretende entonces, dada la relevancia del tema, estudiar:

¿Qué riesgos de salud desde la perspectiva de género, produce el fenómeno de la maternidad vivido por las adolescentes de San Agustín, La Lisa, en el año 2009?

Aunque el trabajo con los enfoques de dos disciplinas: la de Salud y Familia en la sociología, privilegia a la salud por ser esta un área de conocimiento que ha hecho importantes contribuciones a la comprensión de la salud como bienestar psíquico, biológico y social.

Varios objetivos orientaron la investigación. En primer lugar, se comenzó por analizar la evolución de la comprensión social de la salud a partir de los clásicos y su aporte a una visión íntegra del proceso. Un segundo objetivo está dirigido a considerar la representación androcéntrica que construyeron sobre la relación entre los sexos y la contribución del feminismo a una concepción más equitativa de la salud sexual y reproductiva, centrándonos en el tema de la maternidad. Los dos primeros sirven como marco teórico de referencia al tema de la maternidad adolescente en la sociedad cubana, aspecto este que constituye uno de los objetivos esenciales de la investigación, al estudiar el comportamiento de la maternidad adolescente, a partir de una muestra seleccionada en San Agustín, La Lisa.

La estructura de este trabajo consta de introducción, desarrollo (dividido fundamentalmente en tres capítulos), conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

El Capítulo I posee tres epígrafes teóricos. En el primero se abordan las nociones sobre salud; las cuales han ido evolucionando desde un enfoque puramente biológico a uno social. La autora pretendía con este recorrido, apropiarse del enfoque sociológico en salud que se intenta desarrollar con el estudio de la maternidad. Posteriormente, se examina críticamente el androcentrismo de la ciencia social y los aportes del feminismo al estudio de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género, que aplicada al campo de la salud sexual y reproductiva desarrolla una visión equitativa de salud; lo cual se intenta especificar en el tema de la maternidad adolescente. En un tercer momento se analiza la adolescencia, como etapa de importantes transformaciones en la vida de todo ser humano, y se realiza una aproximación a los estudios de maternidad adolescente. Esto es retomado y contextualizado en Cuba, al estudiar una serie de conceptos, que permiten cerrar el epígrafe con una caracterización nacional del fenómeno objeto de estudio.

El Capítulo II contiene el diseño de investigación, integrado por el problema a investigar, los objetivos, las preguntas científicas, la definición operativa de conceptos, la operacionalización de las variables, las técnicas a emplear, el universo de la población y la muestra, el plan de análisis, la línea de tiempo y los recursos necesarios para la investigación

Para la elaboración de este trabajo se empleó: el análisis de contenido, como técnica que me posibilita profundizar tanto en el campo cualitativo (fuentes procedentes de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud) como cuantitativo (análisis estadístico); y se aplicaron entrevistas a expertos, para conocer la valoración de estos profesionales sobre el tema de la maternidad adolescente a nivel nacional y territorial. También se realizaron encuestas, con el objetivo de monitorear variables demográficas en las madres adolescentes como: la edad, color de la piel, nivel escolar, ocupación, entre otros; datos que fueron enriquecidos mediante la técnica historia de vida, que se realizó partiendo de un relato enmarcado principalmente desde inicio de sus relaciones sexuales hasta la actualidad. Este relato tuvo como base una entrevista en profundidad, para tratar de captar: hechos pasados (experiencias), actitudes, conductas sexuales, percepciones que pudieron influir en su comportamiento, entre otras cuestiones de suma importancia, para la comprensión del fenómeno de la maternidad adolescente como problema social.

El Capítulo III revela las particularidades de la maternidad adolescente en un contexto territorial: San Agustín, La Lisa; a través de cuatro epígrafes. En el primero se realiza una caracterización sociodemográfica de la madre adolescente, con el objetivo de conocer su distribución según edad, color de la piel, nivel escolar, ocupación, situación conyugal, procedencia familiar, etc.; y cuáles son las características propias de los padres de sus hijos. En un segundo acápite se identifican las complicaciones de salud que durante el embarazo y parto presentaron estas madres precoces, y los problemas de salud padecidos por el niño al nacer y durante el primer año de vida. Seguidamente se realizó una comparación entre las madres adolescentes y sus progenitoras que reproducen un modelo de fecundidad precoz, con el fin de explorar las similitudes y diferencias existentes entre ambas generaciones. La autora pretende

finalmente indagar en cuáles son los riesgos socioculturales que trae para el bienestar de las mujeres, la maternidad en la adolescencia; y para ello se analizan las conductas sexuales y reproductivas que inciden en el embarazo precoz, y las percepciones de género que poseen estas madres adolescentes, que reproducen el imperante sistema patriarcal y que son asumidas de manera inherente al proceso de socialización que experimentan durante su vida.

Para llevar a cabo esta investigación, se consultaron diferentes fuentes como revistas, libros, artículos de Internet e impresos pertenecientes a la Escuela Nacional de Medicina, la Biblioteca Nacional y la biblioteca del Hospital “Hermanos Ameijeiras”. La exploración y análisis de toda la bibliografía, le permitió a la autora ponerse al tanto de las investigaciones y resultados más actuales respecto al tema; aunque debe señalarse que la mayoría de estas investigaciones están enmarcadas en los perfiles médicos y demográficos, lo cual evidencia la necesidad de estudiar este fenómeno con una mirada global, que enriquezca las visiones sociales que se tiene sobre el proceso salud-enfermedad y particularmente la maternidad adolescente como problema de salud sensible de ser estudiado por la Sociología.

## Desarrollo.

### Capítulo I: Presupuestos teóricos sobre el problema.

Epígrafe I: El enfoque social en salud. El aporte de la Sociología.

#### *1.1. Analizar la evolución de la comprensión social de la salud.*

A la Sociología de la Salud, le interesa conocer la importancia social que el proceso salud-enfermedad ha tenido en cada momento histórico, pues ambos son estados de la vida que han sido estudiados en todas las épocas, pero no siempre con una visión integral de la condición biológica-social y psicológica del hombre.

En las sociedades anteriores la medicina era entendida como mera lucha contra las enfermedades, y la salud solo era vista en términos biológicos. En la etapa primitiva se asociaban las enfermedades con maldiciones y castigos, creían que la enfermedad se producía cuando un agente externo tomaba posesión del cuerpo, con lo cual asumían explicaciones mágico-religiosas. Por lo tanto, el médico de la sociedad primitiva era a la vez médico, sacerdote y brujo.

La antigüedad greco-romana se caracteriza por admirar lo sano y perfecto, se considera a la salud el mejor bien, pues la enfermedad era vista como una gran maldición, al apartar al hombre de su estado de perfección y convertirlo en un ser inferior. En este período, la escuela hipocrática rompe con los cánones de explicación mítica-religiosa, pues comienzan a preocuparse por el medio material y social en el que se desenvuelve este proceso. Esto significó un importante avance, pues se buscó en lo externo las posibles respuestas a las enfermedades, reconociendo influencias tanto en factores internos al organismo como externos a él.

La llegada del cristianismo dio cuenta del nacimiento de los hospitales, pues la iglesia creó los primeros centros de atención para las clases más pobres. Revindicó una filosofía escolástica de interpretación del cuerpo humano; pero desarrolló la filosofía de la caridad con lo cual impuso nuevos criterios sobre la salud y la enfermedad. Por ello, cuidar al prójimo enfermo pasó a ser una obligación y beneficia el alma de quien practica esta buena acción. A comienzos de la Edad Media, la mayor parte de los médicos eran monjes y los patrones éticos eran determinados por la iglesia, la cual plantea que era deber del enfermo consultar un doctor y si evitaban el tratamiento era considerado pecado, pues el servicio médico es para preservar la vida y es deber de todo cristiano hacer lo posible para cuidar la morada de su alma.

Los tiempos modernos están marcados por la Revolución Industrial, período donde se les proporciona empleos a mujeres, hombres y niños, por lo que más gente recibía salarios pero también más multitud vivía insegura ya que dependía para subsistir del mercado laboral, sobre el cual no tenían control. Por ello F. Engels en su estudio sobre las condiciones de la clase obrera en Inglaterra, publicado por primera vez en 1845 (Engels, F. 1974), analiza las pésimas condiciones de higiene, hacinamiento y miseria en que vivían

los obreros, lo cual afecta su estado de salud, pero además no tenían los medios para darle a sus hijos una adecuada alimentación y no contaban con asistencia médica (factores que contribuyen al debilitamiento del organismo).

Es por lo antes expuesto que la obra de este autor se reconoce como un antecedente importante de la escuela marxista de salud tanto de la Sociología como de otras Ciencias de la Salud, pues su estudio sobre las condiciones de vida de los obreros, pone en el centro de atención el medio laboral, la vivienda, la higiene y el hambre, con lo cual se integran los factores externos a la explicación del proceso salud-enfermedad, y se concibe a la salud como un fenómeno estrechamente ligado a las condiciones de vida de la población, como un proceso inmerso en la dinámica social

En este contexto socio-histórico de la modernidad con la evidente pauperización (indigencia) de la clase obrera, es que se hace posible el nacimiento de la Salud Pública, como especialidad dentro de la medicina, que constata la relevancia de los factores procedentes del contexto social en que se es enfermo.

“La Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida, y fomentar la salud mental y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal, organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud” (Fariñas, T. 2005).

La Salud Pública se apoya en la Epidemiología, pues esta ciencia básica le permite identificar las principales causas que provocan, o facilitan la ocurrencia de los problemas de salud, con el objetivo de ofrecer soluciones para evitarlos, o eliminarlos según sea la naturaleza del problema y las posibilidades de actuar sobre ellos.

“La Epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de los sucesos y estados relacionados con la salud en poblaciones determinadas y en la aplicación de ese estudio para controlar los problemas de salud”. (Fariñas, T. 2005).

Su nacimiento como disciplina social deviene de la Grecia Clásica, donde se ocupaba de la salud de la población en relación con su ambiente de vida. Posteriormente el desarrollo de la bacteriología le dio un nuevo impulso a la epidemiología basado en la causa única e infecciosa de las enfermedades. Esta evolución del conocimiento de las enfermedades parasitarias, con el surgimiento de la profilaxis (desinfección) y los descubrimientos de Louis Pasteur con su teoría de los gérmenes, fue de gran importancia; pero a su vez retrasó el análisis epidemiológico y social de las enfermedades no infecciosas; por esto los epidemiólogos se demoraron en comprender la multicausalidad de los fenómenos salud- enfermedad, se tardaron en percibir que la epidemiología no es solamente un estudio biológico, sino preferentemente un análisis social; porque es en

las sociedades humanas, en su estructura y en su dinámica donde se originan los factores sociales que finalmente causan la alteración biológica de la salud y condicionan la enfermedad.

Por ello, lo verdaderamente importante en epidemiología es investigar el origen de los factores de riesgo que han sido creados históricamente por el hombre en su ambiente social, teniendo presente además que, la epidemiología permite vislumbrar a la sociedad como un todo, como un contexto integral en que se producen los fenómenos de salud.

El desarrollo de las ciencias médicas, se va produciendo con el nacimiento de la Epidemiología, de la Salud Pública y también de la Higiene Social. La Medicina Social (Higiene Social) es una disciplina médica cuyo objeto de investigación es el estudio de la influencia que ejerce sobre la salud las condiciones materiales de vida, determinadas por el sistema social y sobre las que se puede intervenir aplicando medidas sociales.

La configuración de esta disciplina especial, viene de la mano de Alfred Grotjahn, quien en 1912 en su obra *Patología Social*, planteó algunos principios que aún resultan fundamentales para el estudio de la enfermedad en el aspecto social. Según Grotjahn: “No solo muchas enfermedades tienen su origen primario en causas sociales, sino que un número mucho mayor son influidas decisivamente en su evolución, ya sea favorable o desfavorable, por circunstancias sociales” (Grotjahn, A. 1923). Por eso lo más conveniente es conocer si las condiciones sociales crean, intermedian o influyen en la evolución de las enfermedades.

La higiene social, en el transcurso de su desarrollo, ha estudiado las interrelaciones entre las condiciones sociales, la salud y la enfermedad de los hombres y para ello se ha servido, de enfoques y métodos demográficos, estadísticos, epidemiológicos, etc. y a este arsenal se le suman también los métodos sociológicos, lo cual reviste gran importancia para la higiene social, pues según K. Winter: “La higiene social siempre ha cultivado la colaboración de distintas ciencias particulares. También los sociólogos tendrán que funcionar, desde ahora, en un conjunto que hasta el momento integraban, entre otros, economistas y estadísticos” (Winter, K. 1954).

Lo antes expuesto nos evidencia como la concepción acerca de la salud ha comenzado a variar, donde los aportes de las ciencias sociales, han permitido comprender el proceso de salud-enfermedad con un enfoque multifactorial, pues el hombre interactúa en un espacio que constantemente está siendo transformado y mediado por factores (económicos, políticos, históricos y sociales) que a su vez influyen en su salud.

La medicina ha de tener entonces una meta social: no se trata solo de curar una enfermedad y restaurar un organismo, su objetivo también es mantener al hombre adaptado a su ambiente, como un miembro útil de la sociedad.

A partir del siglo XX se consolida la influencia de las ciencias sociales en las ciencias de la salud. Henry Sigerist fue uno de los primeros en definir la salud en un sentido social, cuando en 1941, en su libro sobre medicina y bienestar humano, plantea que: “un individuo sano es aquel que presenta un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente, y se halla bien ajustado a su entorno físico y social; controla plenamente sus

facultades físicas y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales y contribuye al bienestar de la sociedad según su capacidad. La salud no es, en consecuencia, la simple ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y una aceptación optimista de las responsabilidades que la vida impone al individuo” (Sigerist, H. 1976). Por tanto la salud no es simple ausencia de enfermedad, con lo cual se supera la visión tradicional.

Seis años más tarde, la Constitución de la OMS (Organización Mundial de Salud) parafraseó la definición de Sigerist en su muy citada declaración “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta idea de salud se funda en el reconocimiento del carácter biopsicosocial del hombre, aunque esta definición resulta imperfecta, pues al ser la salud un fenómeno vital, no puede adoptar un estado fijo, con lo cual se suprime la propia evolución del hombre (desde el aspecto físico, psíquico y social).

Definir la salud a partir de un enfoque integrador revela por tanto que el sector de salud no puede actuar solo, porque la mayoría de los factores determinantes de la salud provienen del medio social. Esto conjuntamente con lo antes expuesto permite la creación de un enfoque intersectorial: “La Salud no es un estado estático y absoluto, es un fenómeno psico- biológico y social dinámico, relativo, muy variable en la especie humana. Corresponde a un estado ecológico-fisiológico-social de equilibrio y adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social”. (Fariñas, T. 2005)

En este siglo aparece también la psicología clínica y los estudios de antropología de salud, los cuales plantean que cada persona como ser social pertenece a un grupo social concreto y ha sido educada en el seno de una cultura que le ha inculcado una formación social de ideas sobre la enfermedad. Por esto, desde las bases mismas de la vida social se da una relación entre sociedad y enfermedad, que le permite a cada ser evaluar lo que es estar sano y enfermo.

Esta relatividad cultural de la salud y la enfermedad, se debe a que cada persona se enfrenta de modo diferente a la enfermedad, que va desde el modo de reconocerla y nombrarla hasta el tratamiento para combatirla (cultura costumbrista). Es por ello que la salud solo puede ser definida en su sentido dinámico, pues lo que hoy es salud para una sociedad, puede no serlo dentro de unos años.

Las ideas que el hombre tiene sobre enfermedad, pueden ser categorizadas en dos sectores: conocimiento científico y conocimiento no científico, a partir de lo cual el individuo determina si se siente sano o enfermo y aunque es al médico a quien le corresponde legitimar su estado, es el propio paciente quien da la primera definición en consonancia con su noción de enfermedad. Si el individuo encuentra su estado insatisfactorio buscará entonces la ayuda del médico (relación médico-paciente).

La salud y la enfermedad por tanto, no pueden ser concebidos como acontecimientos individuales sino sociales, aunque ambos se producen en dos planos temporales diferentes: la salud es un estado general difuso en el tiempo, mientras que la enfermedad posee una clara concreción temporal.

Es necesario señalar además, que la población se piensa a sí misma en relación a la salud como un estado o cualidad, de ahí que la salud sea más compleja e importante que la mera ausencia de enfermedad, pues al hablar de salud se debe tener presente el tratamiento de las enfermedades, las actividades y las personas conectadas con la misma; para lograr elaborar una visión más global de este fenómeno (salud) en el mundo contemporáneo.

Entorno a la salud aparecen y se desarrollan una serie de procesos sociales y conjuntamente con ellos se origina la Sociología por la necesidad de asegurarle el máximo bienestar físico, psíquico y social, a la totalidad de los miembros de una sociedad. Es por ello que esta ciencia se debe denominar Sociología de la Salud, con lo cual se identifica adecuadamente el objeto de estudio, porque si se denominara sociología de la medicina, esto supone una reducción a un enfoque parcial de sociología de las ocupaciones.

La Sociología como ciencia de las relaciones sociales toma conciencia de todos los procesos que aparecen y se desarrollan en torno a la salud. Ella nace en La Escuela Norteamericana en los años 50 del siglo XX, aunque el interés por las condiciones ambientales y sociales que originan la enfermedad existían desde mucho antes (como se expresó desde el inicio) en profesionales fundamentalmente médicos, que tratan de explicar determinados fenómenos, apoyándose en variables sociales para ir más allá de un enfoque biológico.

### *1.2. Corrientes teóricas que legaron una explicación sociológica sobre la salud:*

#### *Estructural-Funcionalismo, Marxismo e Interaccionismo Simbólico.*

A la Sociología le interesa estudiar lo particular (la salud), interconectado con el contexto histórico (factores socio-culturales), y para ello se apoya fundamentalmente en tres corrientes de pensamiento: el Estructural-Funcionalismo, el Marxismo y el Interaccionismo.

Dentro del Estructural-Funcionalismo, el principal aporte viene de la mano de Talcott Parsons, quien en su artículo “Estructura social y proceso dinámico: El caso de la práctica médica moderna”, estudia la relación médico-paciente como una estructura social y lo ubica en su teoría de roles para mostrar como el ser médico o paciente implica un conjunto de comportamientos, que a su vez son respuestas esperadas por la sociedad, cuando esta impone determinados patrones. (Parsons, T. 2006).

Parsons define la salud como “el estado de capacidad óptima, que le permite a un individuo el eficaz cumplimiento de los roles y tareas para los que ha sido socializado”. Esta definición es en referencia a la participación del individuo en el sistema social y la enfermedad incapacita al hombre para desempeñar sus funciones sociales. Es por ello que no puede ser vista como un simple riesgo externo, sino que debe ser considerada una parte importante en el equilibrio social, porque al concebirse la enfermedad como un trastorno psicológico, como una respuesta de no conformidad a los imperativos (mandatos) del sistema

social, el hombre puede exteriorizar elementos de la motivación que expresan inconformidad (actitud desviada) (Parsons, T.2006).

Es necesario tener en cuenta que un individuo con la categoría de paciente está liberado de todas las responsabilidades sociales, lo cual no es solamente un derecho sino también una obligación, como lo es también el desear recuperarse (primeramente, debe aceptar su estado de “enfermo” como no deseable, para luego asumir las ansias de recuperarse lo más rápido posible); para ello debe acudir en busca de ayuda profesional y seguir las indicaciones médicas.

Una vez que el paciente es reconocido como tal por la institución médica, se enmarca en un rol de dependencia que dura hasta obtener nuevamente su estado inicial (condición saludable), por tanto esta dependencia es temporal, ya que en función de devolver al enfermo a la normalidad, se desarrollan estructuras alternativas a la familia, como son las instituciones sanitarias y la práctica médica.

Parsons expresa que el enfermo es dependiente del sistema, y este no conoce otras respuestas que las de control, donde el médico es la institución que representa la sociedad y es quien legitima la veracidad de la condición del paciente. El médico se encuentra ubicado en un status, donde se le adjudica un rol profesional y se le imponen determinadas pautas, con las cuales asume la obligación de anteponer el bienestar del paciente, ante sus propios intereses personales. (Parsons, T.2006).

La relación médico-paciente (RMP) se hace evidente entonces, pues el enfermo necesita los servicios técnicos para asumir un tratamiento (no es solo el hecho de que lo necesite, sino que esta necesidad se encuentre socialmente reconocida) y solamente el médico especialista está capacitado y autorizado legalmente para hacerlo.

Estos comportamientos son interpretados por Parsons en su visión de desviación, donde el rol del paciente es el rol desviado, pues al ser visto como “desamparado” necesita ayuda y por tanto no lo culpabilizan de sus errores, sino que lo eximen de responsabilidades, pero también lo separan de sus actividades, sus relaciones sociales quedan interrumpidas, lo cual influye inevitablemente en los estados emocionales del paciente. (Donati, P. 2006)

El autor al otorgarle al individuo enfermo esa condición de discapacidad, lo convierte en alguien sin derecho a opinar, alguien que no puede tener criterio propio; el paciente va a la cama aún cuando él mismo deseara mantenerse activo. Con esto, se descartan las nociones culturales que sobre la salud posee cada individuo.

Además, Parsons da por sentado la legitimidad del médico, siendo consecuente con su visión funcionalista, pues supone la necesidad del equilibrio social y para ello subordina la organización de la relación médico-paciente. Esto evidencia la primacía que para él tiene el médico, al doblegar al paciente a sus criterios, de forma autoritaria y con carácter obligatorio; aunque el autor señala que el paciente puede terminar esa relación de dependencia cuando lo desee.

Su fundamentación por tanto, tiene como objetivo demostrar que el subsistema médico-paciente se organiza sobre roles complementarios que no están en conflicto, sino definidos armónicamente.

Se la suma a esto además, que Parsons tiene una visión fragmentada de la enfermedad, pues al concebirla como déficit o perturbación en uno de los subsistemas que conforman de manera general a la persona (el bioorgánico, la personalidad, el social, el cultural) no integra los niveles de análisis en una visión global.

Para el autor, la sociedad es un gran sistema y la salud es solamente un subsistema. Esta deficiencia en las concepciones de Parsons, lo obligan a pasar del rol del enfermo al estudio del sistema de salud. En un intento por mostrar una integración entre lo sistémico y lo social, concibe la salud como “la ciencia a la que le conciernen las condiciones subyacentes de la vida orgánica de los seres humanos, su nacimiento biológico, su muerte y los niveles de funcionamiento entre estos dos sucesos, pero al mismo tiempo le interesan los problemas del significado de la vida y sus vicisitudes (sucesión)” (Donati, P. 2006)

Esta ampliación del paradigma funcionalista (parsoniano) considera entonces a la salud, la capacidad de un organismo para asumir acciones orientadas a metas, pero esta capacidad se puede alterar ya sea por medio del propio sistema vivo, como desde el exterior; es decir que, la interacción en que dichos sistemas están ubicados puede influir con lo cual la visión respecto a la enfermedad cambia, se deja de concebir como desviación y se asume como mala adaptación “inadaptación” (Donati, P. 2006).

A pesar de este avance, el pensamiento parsoniano no logra estudiar el proceso salud-enfermedad desprendido de la visión ordenada-funcionalista, lo cual se muestra en que este autor no expresa en el desarrollo de su teoría, que la salud es también para prever, cree que solamente se emplea para curar.

El objeto de estudio de la Sociología de la Salud, atraviesa un proceso de evolución, dentro del cual el Marxismo juega un papel fundamental; pues a partir de esta escuela, con la teoría revolucionaria de la sociedad, se muestra que las influencias sociales negativas sobre la salud-enfermedad son problemas vinculados a la cuestión de clases; de ahí que este proceso encuentre su explicación en la estructura y organización social, concretamente en la forma en que la sociedad se organiza en determinado momento para producir y reproducirse” (Soriano, R.1988).

Se parte por tanto, de la tesis, de que las causas de este proceso deben buscarse en el ámbito social, en la estructura y organización de la sociedad, pues la salud-enfermedad es un proceso natural condicionado por lo social, que adquiere particularidades en cada formación y grupo social concreto. Es por ello que no se puede ignorar la historicidad de este proceso, sino que debe ser estudiado a partir de su desarrollo, y situado como todo fenómeno histórico, en el modo de producción capitalista; pues es el propio capitalismo quien ha generado dos clases fundamentales pero con intereses antagónicos: la burguesía, dueña de los medios de producción y el proletariado, que solo posee su fuerza de trabajo para subsistir. Esta realidad objetiva determina que la ubicación de ambas clases en la estructura socio-económica sea distinta, lo cual repercute en sus condiciones materiales de existencia y en su situación de salud.

La sociología médica marxista se apoya en conceptos, leyes y teorías sociales para comprender al hombre en su complejidad, y plantea que el proceso de trabajo es un proceso de creación de plusvalía, de explotación al obrero, pues no se le retribuye el total del valor producido por su fuerza de trabajo. Siendo entonces estas condiciones las que dañan la salud del trabajador, pues los efectos de la explotación capitalista se concentran directamente en el deterioro de la salud. Esto se debe a que tanto la intensidad e incremento en la productividad del trabajo, como la prolongación de la jornada, acarrearán un creciente desgaste físico y psíquico del trabajador (Colectivo de autores alemanes. 2006)

Marx plantea que la explotación contribuye a que el obrero sea presa de diversas enfermedades, pues esta explotación trasciende la fábrica y se proyecta en todos los órdenes de la vida social: alimentación, vivienda, vestido, transporte, etc. Se le suma a esto, que las medidas de seguridad e higiene resultan por lo general insuficientes para protegerlo de los procesos nocivos para la salud. Es decir que, a medida que crece el capital y con ello las ganancias de la burguesía, el proletariado presenta mayor deterioro en sus condiciones de vida y de trabajo.

La definición de la enfermedad nos va a permitir estudiarla con un enfoque histórico, pues al situarse en la realidad del capitalismo, nos muestra como ella (enfermedad) es el resultado de una inadecuada apropiación de la naturaleza dentro de una formación socio-histórica determinada, que se manifiesta como la incapacidad física y/o psíquica de los individuos para satisfacer sus necesidades materiales de existencia. A su vez, esta apropiación dependerá de la forma en que el individuo se incorpora al aparato productivo y está determinada fundamentalmente por el sector de la economía donde trabaja, por el tipo de ocupación, por el contrato de compra-venta de su fuerza de trabajo, el cual se efectúa en condiciones diferentes según el tipo de plusvalía que se extraiga; y esto provoca desigualdades dentro de la misma clase proletaria.

La salud entonces podría definirse como una apropiación suficiente, adecuada del medio, que se manifiesta como la capacidad física y/o psíquica de los individuos para satisfacer sus necesidades básicas.

Con esto, se evidencia que el proceso de salud-enfermedad es algo más que dos momentos de un mismo fenómeno; conforman una unidad dialéctica, entre ellos existe una relación de constante transformación, por ello no se puede definir la salud-enfermedad de manera absoluta, estática; sino que se debe construir un concepto para cada sociedad y más concretamente para cada grupo social, pues los elementos para conceptualizar la enfermedad y la salud dependen de la forma concreta en que las personas trabajan y viven, y la manera en que incorporan las experiencias sociales e individuales, de acuerdo a sus marcos culturales (esas diferencias se dan incluso dentro de una misma clase social).

Por tanto, el desarrollo de la vida social en el modo de producción capitalista permite el surgimiento de la teoría multicausal, lo cual constituye un avance importante, pues a la lista de posibles causas de la enfermedad se agregaron otras propias del medio ambiente físico y social. Además, la tesis del materialismo histórico nos van a permitir demostrar que la enfermedad, su frecuencia y gravedad, tienen su

explicación en las condiciones materiales de trabajo y de vida de los distintos grupos sociales y no en las ideas o creencias sobre la enfermedad, aunque estas pueden repercutir; pero son las condiciones reales de existencia las que determinarían en última instancia las posibilidades objetivas de evitar, minimizar o retardar la presencia de la enfermedad.

Con esto Marx supera a Parsons, pues este último no toma en cuenta la influencia que pueden ejercer las creencias respecto a la concepción de sentirse o no enfermo, pero además y más importante, Parsons solo se explica el proceso salud-enfermedad desde el punto institucional, no percibe que es un proceso condicionado por circunstancias socio-históricas concretas, pues él define la salud como riesgo externo pero preocupándose únicamente por el funcionamiento del sistema social, para evitar el desequilibrio.

Rojas Soriano señala que la salud-enfermedad coexiste dentro del organismo en constante contradicción. Plantea que en determinados momentos el cuerpo sano puede no serlo debido a la acumulación de cambios tanto en el ser humano como en el medio que lo rodea, trasladándolo a una situación distinta de la que estaba (si es salud pasa a enfermedad y viceversa). Pero este paso de un estado a otro no es mecánico, pues la enfermedad no surge como algo dado, sino que se va construyendo en la medida que mejoren o se deterioren las condiciones y a su vez, la exposición a estos riesgos no es igual en todos los individuos porque no todos pertenecen a la misma clase social.

Es imprescindible entonces, ubicar el proceso salud-enfermedad en el contexto social donde se desarrolla, para lograr comprender que las posibilidades reales de enfermarse están en función de una complejidad de factores y relaciones sociales, físicas y biológicas que persisten en la realidad concreta, pues aun cuando la enfermedad se manifiesta como hecho biológico, no pierde su carácter social y olvidarlo implicaría ver en cada persona enferma un organismo aislado de sus condiciones materiales de existencia, lo cual no nos permitiría alcanzar un conocimiento más profundo de la forma en que lo social repercute en los procesos de salud-enfermedad (Soriano, R. 1988).

El proceso salud-enfermedad debe situarse en una realidad concreta (como se ha expresado anteriormente), pues los hombres que sufren la enfermedad son seres de carne y hueso, seres históricos que desarrollan cierto tipo de trabajo, se vinculan de determinadas formas con la naturaleza y se relacionan con los demás hombres según su situación de clase.

También se debe tener presente, que es el propio individuo quien se declara enfermo, aunque la organización social (la cual responde a los intereses dominantes) es quien determina y legitima esta condición. Cuando la persona se declara enferma y las pruebas clínicas lo confirman, el acceso a una atención médica oportuna y de mejor calidad, es menor en el proletariado que en la burguesía, lo cual confirma la situación diferencial de ambas clases sociales.

Ante esto, el Estado asume una actitud pasiva, pues esta institución conjuntamente con la clase dominante, le ofrece a los empleados una seguridad social; instrumento demagógico que solo garantiza la continúa

explotación de los obreros, pues tienen que pagar de su salario sus servicios de salud; mientras que el patrón paga su cuota, del valor del trabajo no remunerado al obrero (plusvalía).

Pero la salud no solo se consigue con recibir asistencia médica, sino que depende directamente de una serie de factores como seguridad en el empleo, nutrición adecuada, vivienda, educación, etc. Es decir que, el estar sano o enfermo en la clase trabajadora se relaciona de forma directa con las condiciones socio-económicas y el medio físico donde el obrero trabaja y vive (Soriano, R. 1988).

Concluyo entonces diciendo que la salud-enfermedad es un proceso socio-histórico y las características concretas que adopta en un organismo se encuentran determinadas por las condiciones materiales de existencia en que está inmerso y de las cuales no puede escapar. El hombre según Marx, no puede dejar de luchar contra la enfermedad, pero esa lucha será más consciente si conoce sus causas y los mecanismos por los que surge y se desarrolla.

Otra perspectiva que influye en el desarrollo del objeto de estudio de la Sociología de la Salud es: el Interaccionismo, pues enfatiza en cómo los procesos de interacción entre individuos puede influir en el estado de salud o viceversa. Se estudia la enfermedad, pero tomando en cuenta que este proceso va a ser mediado por motivaciones individuales al identificar el padecimiento, por lo que se le presta atención al cambio de actitud que experimenta el individuo al reconocer que está enfermo, cambio que no solo se proyecta hacia sí mismo, sino también en relación con los demás y a su vez de los demás hacia él.

Este paradigma resalta el papel del individuo, de sus prácticas, y en particular de su subjetividad, en los procesos de salud-enfermedad, pues plantea que en la construcción del bienestar de las personas no solo influye la cultura de la salud que se genera en los sistemas médicos, sino también que las personas comunes tienen una cultura de la vida y la muerte que interfiere en las elecciones que hacen de los servicios, de los tratamientos, etc. Por tanto, cada persona es un ente activo y no pasivo, como los concibe el estructural-funcionalismo.

Dentro de este enfoque podemos resaltar a dos autores relevantes, cuyos aportes nos permiten comprender de manera profunda, la influencia que pueden ejercer las nociones culturales de salud para su comprensión, atención y solución; ellos son: Erving Goffman y Mario Bronfman.

El primero es el autor del libro “Internado”, donde desarrolla la teoría de la “reacción social” (sociología de la desviación). Su objetivo era estudiar la situación social de los enfermos mentales dentro de los Hospitales Psiquiátricos, pues en estos centros existen normas y rutinas diarias que regulan el comportamiento de sus miembros y su cumplimiento o incumplimiento conlleva un sistema de privilegios y/o castigos. Por ello analiza el mundo del interno desde que ingresa en el hospital hasta que le dan de alta.

El autor plantea que los internos llegan a la institución con una cultura, un estilo de vida y una rutina de actividad. Pero al ingresar comienza el proceso de “desculturización”, pues se le impone al paciente una rutina que le es ajena, pierden el contacto con el exterior, las visitas son restringidas, su nombre es

sustituido por un apodo, se le quitan sus posesiones; con lo cual se le obliga a asumir un papel que lo desidentifica.

Se le suma a ello, la imposición de una ideología, el sometimiento a constantes burlas y el irrespeto a la privacidad, así como el establecimiento de condiciones de vida insalubres, que se reflejan en la comida en mal estado, los alojamientos en desorden, las toallas manchadas, etc. (Goffman, E. 1999).

El autor expresa que en estos centros no se cuida ningún aspecto de la integridad humana, ni siquiera la salud; por el contrario, se violan los derechos humanos, bajo el fundamento de que los internos lo han hecho anteriormente. Goffman critica entonces con esta obra, la forma infrahumana con que se trata a los enfermos, pues “nadie tiene el derecho a prejuzgar y actuar sobre la vida de nadie. El hecho de que hayan tenido un pasado oscuro no les merece tratarles como animales” (Goffman, E. 1999).

Plantea además que el interno no dificulta, ni facilita la destrucción de su propio yo, porque al ser etiquetado por la sociedad como desviado o enfermo, pierde su personalidad, y al transitar por un proceso en el que interioriza esa etiqueta, cambia la imagen de sí mismo, y llega a ser aquello que se le señala. Siendo entonces esa reacción la que desencadena un comportamiento irregular, cuyo origen es esa interacción social que ha llevado al individuo a una reconstrucción simbólica del propio yo, adoptando un nuevo rol y actuando en consecuencia; hasta el punto de elegir permanecer (en ocasiones) en estos centros, por miedo a no ser capaces de encajar en la sociedad.

Por lo antes expuesto es necesario entonces entender desde un punto de vista sociológico, la categoría de paciente mental; pues la concepción psiquiátrica de una persona toma significación al alterarse su destino social, y esa alteración es significativa cuando el individuo ingresa en un hospital psiquiátrico, donde la estancia es prolongada, trayendo como consecuencia la expropiación de su propia persona.

La sociología de la salud necesita por tanto, conocer cómo percibe la población el cuidado de la salud, qué significa estar enfermo y cómo se utilizan los servicios médicos; teniendo siempre presente que determinadas concepciones pueden variar nuestro comportamiento, con lo cual evitaríamos la búsqueda de atención médica. Es necesario entonces conocer cuáles son los factores que inciden en la decisión de acudir a los servicios de salud, y si es una elección apegada a las normas y creencias que el individuo tiene entorno a la salud y la enfermedad.

Por ello debemos partir del sentido que los individuos le atribuyen a sus propios actos, relacionados con la salud y la utilización de servicios, y referido a esto, Bronfman en su obra “Como se vive se muere”, plantea que depende mucho la forma en que los síntomas son percibidos por el individuo, ya que “la decisión de buscar asistencia médica, es una acción social, una conducta que se explica a partir de los significados que los individuos construyen a través de la interacción social” (Bronfman, M. 2006).

Este autor señala además que no existe una cultura preventiva, aunque es evidente la presencia de nociones culturales sobre la enfermedad; pues cuando se está enfermo, se toman medidas para que la enfermedad no evolucione negativamente, es decir, para impedir caer enfermo, evitando así la incapacidad total.

Esto se evidencia en el hecho de que al aparecer los primeros síntomas, la población presenta un patrón de solución en el ámbito doméstico, principalmente las mujeres, quienes realizan un diagnóstico previo a los miembros de su familia, a través del cual se determina el tipo de enfermedad y la gravedad de la misma. En este ejercicio, suelen aceptarse como normales ciertos síntomas, a partir de los cuales se hace uso de algún medicamento prescrito con anterioridad, combinado con algún remedio casero. Si no da resultado la automedicación o el remedio casero, entonces es que se resuelve buscar atención.

Bronfman además plantea que la selección del servicio está fuertemente mediada por la capacidad de pago y por las experiencias positivas o negativas que ha acumulado la familia en el proceso de interacción. La población expresa inconformidad (según información recogida en investigaciones hechas por este autor) en relación a la atención que ofrecen los servicios públicos, pues con alguna excepción, son de mala calidad y con una organización deficiente, lo que desalienta su utilización.

Se le suma a ello, las largas horas de espera, la dificultad para acceder al médico especialista y lograr cumplir con la serie de requisitos para alcanzar un tratamiento o una intervención quirúrgica.

Los entrevistados expresan también que han recibido diagnósticos inadecuados y negligencia en la atención, y son pocas las situaciones en las que el médico familiar pudo resolver el problema de salud.

Todo lo antes expresado, constituye una muestra del desinterés que posee el personal médico para brindar la información y solución adecuada, situaciones que a su vez producen en el individuo nociones culturales de rechazo, que los lleva a dilatar la búsqueda de atención médica, y solo recurren cuando no encuentran otra solución.

Sin embargo, una buena atención le brinda al paciente seguridad en el tratamiento, esto los deja satisfecho y les crea una concepción positiva que lo incentiva a utilizar de manera inmediata los servicios de salud.

Por lo antes expuesto se hace imprescindible que la Sociología de la Salud conozca la percepción que tiene la población sobre el cuidado de su salud, que significa estar sano o enfermo y como se utilizan los servicios médicos; teniendo presente que determinadas concepciones pueden variar nuestro comportamiento con lo cual se evita asistir a los centros de atención médica. Es por ello tan necesario conocer cuáles son los factores que inciden en la decisión de acudir a los servicios de salud y si es una elección apegada a las normas y creencias que el individuo tiene en torno a la salud y la enfermedad.

Concluyo entonces haciendo énfasis en la evolución del objeto de estudio de La Sociología de la Salud, pues este ha transitado desde una visión estrecha de sociología médica a una más global de sociología de la salud, y para ello se ha apoyado en varias escuelas de pensamientos, al ir tomando aquellas nociones que le permiten profundizar en los temas de interés (se convierte en una disciplina multiparadigmática).

A la Sociología de la Salud, le interesa conocer la importancia social que el proceso salud-enfermedad ha tenido en cada momento histórico, y en la conformación de su concepción global, aporta también la Ciencia Sociológica con su visión compleja sobre la sociedad, pues ella interrelaciona los fenómenos sociales (contexto socio-económico, histórico, cultural y político), a partir de un enfoque integrador, ya que el sector de salud no actúa solo, sino en relación con el medio social.

## *Epígrafe II: La reflexión teórica sobre los sexos en la Sociología.*

### *2.1. Principales clásicos en los estudios sociológicos sobre familia.*

Para estudiar la salud es necesario tener presente las desigualdades sociales que existen entre los hombres y mujeres, y para ello debemos centrarnos en la familia, como aquella unidad que conforma un sistema social, cuya estructura está desigualmente distribuida en sus roles sexuales, en el ejercicio del poder y en todas aquellas acciones sociales que determinan su dinámica.

La Salud Pública reconoce en la familia una institución relevante en el cuidado de la salud y en logro de un bienestar para sus miembros, todos los procesos familiares, de formación, disolución y ampliación están asociados a problemas de salud que ocurren durante su desarrollo y por ende, son sensibles a este tipo de análisis.

El rol materno es un componente estructural de la familia al cual le ha sido asignada la carga de las actividades que tienen que ver con la función de esa institución como cuidadora de la salud. La restauración de la salud de la población no es sólo una competencia del subsistema de salud sino una responsabilidad de múltiples instituciones.

La sociología de la salud es una disciplina muy actual que nace en la década del 50 del siglo XX. El discurso de la teoría clásica sociológica sobre la sexualidad y la reproducción se construye dentro de los estudios de Familia, eso obliga a adentrarse en las investigaciones de esta disciplina.

Esta unidad social ha sido estudiada por la Sociología desde su nacimiento, con una visión naturalista y androcéntrica, visión que se caracterizó por el acento que puso en las diferencias funcionales entre los sexos en el contexto de su relación y que ha sido tradición dominante en la obra de varios autores clásicos de la Sociología, como por ejemplo: Augusto Comte, quien fue uno de los primeros en concebir a la familia como la unidad básica de la sociedad, como una institución social de control, que tiene la función de la satisfacción del sexo.

Este autor la concibe como una estructura social que se diferencia por una división sexista del trabajo, donde impera “la natural subordinación de la mujer”. La vida doméstica pertenece a las mujeres, las cuales son guardianas de la moral desde su condición de madre, esposa e hija (Fleitas, R. 2005 a).

Debido a ello Comte expresa: para las mujeres es el afecto mientras que el intelecto es para los hombres (Comte, A. 1853), con esto se legitima la sexual dicotomía, donde se le atribuye a la mujer el rol de la reproducción (rol materno de cuidadora), mientras que al hombre le pertenece el papel de la producción (mundo público, poder), pues se concibe al sexo masculino como el proveedor de los ingresos; quien además debe mantener una activa sexualidad, justificativa de la infidelidad.

Los estudios científicos sobre familia en la Sociología surgen en la segunda mitad del siglo XIX, bajo el influjo del modelo de las ciencias naturales: descubrir las leyes que regulan el progreso de la vida familiar,

su funcionamiento y organización; y se enmarcan en la perspectiva institucional, pues consideran a la familia un subsistema social integrado a una totalidad más amplia que es la sociedad, con la cual mantiene una relación de interdependencia, por lo que los determinantes del orden familiar se buscaban en factores externos: económicos, políticos, del derecho, demográficos, de urbanización, la moral social, en la relación entre producción y reproducción, etc. (Fleitas, R. 2005 a).

El nacimiento de la sociología de la familia, tiene lugar fundamentalmente en los escritos de Frederic Le Play, aunque en la obra de Comte encontramos ideas sobre la familia (como se apreció anteriormente, sobre todo referido a las diferencias sexuales al interior de la misma), pero este autor no elaboró una teoría desarrollada sobre su historia y funcionamiento (Fleitas, R. 2005 a).

Aunque Le Play no emplea el término de Sociología, en sus investigaciones empíricas sobre la realidad familiar hizo uso de la observación, aplicó encuestas y realizó análisis comparativos. Tal variedad de métodos lo ubican entonces, dentro de la perspectiva científica, en los estudios sociológicos pioneros sobre la familia.

Él se representa a la familia como una totalidad orgánica, institucional y estructurada jerárquicamente, pero al igual que otros padres de esta ciencia, sus concepciones respecto al papel de la mujer fueron tradicionales; pues no visualizó las transformaciones de las condiciones de vida, tanto dentro como fuera del hogar, que provoca la descomposición de la estructura social y el auge industrial (Iglesias, J. 1996).

Su postura es de oposición a cualquier tendencia de igualdad entre los sexos, incluso se opone al trabajo de la mujer fuera del hogar, cuando se trata del trabajo industrial; pues esto provoca, según el autor, alteraciones en otro orden, ya que las mujeres al trabajar pasan el día fuera del hogar y adquieren hábitos de independencia o promiscuidad, incompatible con todo orden doméstico. Con esto rechaza los efectos emancipadores de la independencia económica de la mujer, en los comienzos de la industrialización. Y llega incluso a plantear que las mujeres que se lanzan a la vida pública, al salirse de los papeles tradicionales, se dedican a destruir el sistema existente (Iglesias, J. 1996).

Para Le Play la mujer es la responsable de transmitir los valores morales y las costumbres, para de esta forma reforzar y perpetuar el control social (Fleitas, R. 2005 a). Por ello, uno de los aspectos centrales en la obra de Le Play es su lucha por restablecer el sistema de familia tradicional, y en esa opción ha de someter a la mujer a los fines de la familia y a la hegemonía doméstica del varón. (Iglesias, J. 1996).

Este autor plantea que la familia troncal (modalidad de la familia patriarcal), es el modelo de orden social y estabilidad, esencial para el restablecimiento del sistema tradicional; pues tiene como centro material al hogar y dentro de este se ubica a la mujer. Es decir que, con su visión organicista de la sociedad, él legitima las diferencias hacia el interior de esta institución, al plantear que una condición necesaria para el adecuado funcionamiento de la misma, es la subordinación de la mujer al marido en su rol de esposa y madre. Se

hace evidente entonces su visión androcéntrica respecto a las relaciones sexistas que deben de existir dentro de la familia.

Otra de las figuras esenciales al estudiar los clásicos de la Sociología de la Familia, es Emile Durkheim, quien enmarcado en la perspectiva institucional, fue responsable de la expansión de las investigaciones sociológicas sobre esta institución durante el siglo XIX. Él definió a la Sociología como la ciencia que estudia la Génesis y funcionamiento de las Instituciones sociales (Durkheim, E. 1972).

La explicación de este autor se centra en la relación entre el derecho y el orden familiar de cada época histórica y de cada sociedad. Para Durkheim los cambios en el derecho introducen modificaciones en las relaciones familiares.

Por ello considera que la ley de la división social del trabajo opera también al interior de la familia, y lleva a formas evolutivas como la familia conyugal de la sociedad moderna, caracterizada por el matrimonio monogámico y la subordinación de la mujer. Esta sociedad conyugal (la familia), es un medio moral que les genera equilibrio psíquico a sus miembros y una crisis dentro de ella produciría un malestar social.

En busca de soluciones Durkheim propone entonces, que el matrimonio sea indisoluble, con lo cual le impone trabas al divorcio; consolida la institución familiar y reafirma nociones sobre la moral, la familia y la patología social (Ramos, R. 1996).

Su reflexión sobre la familia y su comprensión estructural-funcionalista es una muestra de su postura androcéntrica, pues para este autor, el hombre es casi en su totalidad producto de la sociedad, mientras que la mujer se ha mantenido tal como la naturaleza la ha hecho, su vida mental está menos desarrollada, es un ser de instintos, sus deseos están limitados por la naturaleza (Ramos, R. 1996).

Plantea además, que esa evolución estructural de la familia, no discurre de manera igual a la sociedad, la sociedad marcha hacia una expansión de sus estructuras y funciones, mientras que la familia hacia una contracción estructural, se va quedando cada vez con menos funciones. Por ello, las leyes (orden jurídico) son esenciales al explicar las relaciones familiares, pues estas son las que pautan como se distribuye los roles al interior de la familia.

Su explicación funcionalista descansa entonces en la idea de que hombres y mujeres desempeñan roles diferentes y complementarios en esa entidad, como garantía del equilibrio social, que se requiere para la adecuada funcionalidad de la familia y del organismo más amplio que es la sociedad.

Esta idea fue retomada por Talcott Parsons con su visión estructural-funcionalista sobre la familia y las relaciones entre los sexos. Considera que la familia es la institución básica para mantener el sistema social, y siguiendo entonces con la tradición de los sociólogos clásicos, enfatiza los valores culturales y de integración social.

En su análisis él parte de la relación familia-sociedad para sostener que la forma fundamental de la familia moderna es del tipo nuclear-conyugal y sigue la lógica de Durkheim de que la familia es una estructura que

cumple funciones y que estas funciones se han contraído; pero Parsons profundiza aún más al plantear que al tener menos funciones, las puede cumplir mejor. Estas funciones son: la socialización del niño, estabilización emocional de los adultos y la procreación (cuya objetivo es garantizar la perduración de la entidad social de la familia). Es por ello que expresa que en la sociedad moderna, la familia ha experimentado una pérdida de sus funciones, pero esto es precisamente lo que le va a permitir consolidar su papel de agencia social. (Fleitas, R. 2003)

Por tanto, su discurso descansa en una teoría de roles: el rol expresivo, a partir del cual se condiciona la educación (proceso de socialización) en torno a los valores integrales de la familia: orden, tranquilidad, afectuosidad, habilidades domésticas, etc. Este rol les es asignado a las mujeres y por ello, constituyen la clave para la especialización de las familias modernas. Mientras que a los hombres les corresponde el rol instrumental, pues son los encargados de salir al mundo público, en busca del mantenimiento económico de la familia y la representación social de la misma. (Parsons, T. 1994).

Lo anterior nos muestra como el autor mediante el establecimiento del rol instrumental masculino y el rol expresivo femenino, sintetiza los límites espaciales de interacción de cada sexo (el hombre determinado para lo público y la mujer para lo doméstico), que permiten el buen funcionamiento de la familia y por ende de la sociedad.

Además, como fiel exponente de la división sexista del trabajo plantea que las mujeres no deben trabajar y si lo hacen, su salario debe ser menor al de su marido, pues el hombre es quien tiene la responsabilidad de mantener económicamente a la familia. Esta diferenciación entre los sexos se agudiza con la maternidad, pues la mujer no tiene sustituto en la lactancia.

Conjuntamente con lo anterior, Parsons muestra su postura funcionalista al expresar que ambas tareas del hombre y de la mujer, al ser diferentes van a ser complementarias (se integran) con lo cual evitan el conflicto y permiten un adecuado funcionamiento del sistema social (Alberdi, I. 1996)

El establecimiento de roles organizados jerárquicamente, en la obra de Talcott Parsons, son reflejo directo de los postulados androcéntricos del autor, quien no solo ubica a la mujer en una posición de inferioridad y dependencia, sino que la hace responsable del orden y equilibrio de la familia conyugal (eje fundamental del sistema social).

Ferdinand Tönnies es otro autor relevante en los estudios de familia, pues la interpretación de ella (familia) como grupo, tiene una raíz sociológica en su concepto de Comunidad. La familia se representa en este modelo conceptual como: un sistema pequeño, de relaciones interpersonales, íntimas y afectivas (Tönnies, F. 1887).

Con ello se concibe a la familia como entidad reproductiva y potenciadora de vínculos entre sus miembros, donde lo primordial es el individuo y los significados que atribuye a la acción social.

Este autor fue uno de los padres fundadores de la perspectiva grupal, con la cual se desplaza el análisis de la realidad familiar hacia su mundo interior, buscando en él los factores que determinan su funcionamiento y organización. Esta perspectiva tiene como centro: el análisis micro de la familia, por ello en la obra de este autor se muestra una diferenciación entre el concepto de Sociedad y el de Comunidad.

Tönnies define la sociedad como el mundo público, como una vida en común pasajera y aparente, mientras que la comunidad es la vida íntima, duradera, que se da al interior de la familia, en la cual uno se relaciona con los suyos desde el nacimiento (Tönnies, F. 1887). La vida en común es entonces, la expresión de todas las relaciones sociales propias de la vida familiar.

Sin embargo, este autor no logra desprenderse de la visión androcéntrica que caracteriza al resto de los tradicionales clásicos (estudiosos de la familia), pues en su obra Tönnies reproduce y legitima diferentes roles y espacios para cada sexo, que caracterizan la vida en comunidad.

Plantea que la comunidad surge de la unidad perfecta de la voluntad humana, y dentro de ella (comunidad), la relación madre-hijo es el proceso interactivo más genuinamente representativo de ese espíritu o voluntad familiar (Tönnies, F. 1887). Se convierte entonces la maternidad, en una de las principales expresiones del espíritu comunitario, pues implica una larga y directa relación de alimentación, protección y educación entre la madre y el hijo.

Esta teoría se basa principalmente en la diferencia de sexo, donde a la mujer le corresponde la vida interior del hogar (crianza de los hijos, conservación y preparación de los alimentos, etc.), mientras que al hombre se le enmarca en el exterior, visto como el proveedor de ingresos (encargado de buscar los alimentos).

Por tanto, Ferdinand Tönnies expresa que el patriarcado cimienta la idea de la potestad en el sentido de la comunidad, al identificar la educación y crianza como complementos de la procreación, mientras que para el trabajo (mundo externo) resulta más conveniente el dominio del varón, lo cual justifica como hecho natural.

Aunque el autor reproduce la sexual dicotomía entre hombres y mujeres, pues establece espacios y funciones preconcebidas para cada sexo, a partir de su visión grupal se produce un desplazamiento en la definición del concepto de familia, que nos permiten identificarla como una unidad autónoma formada por relaciones interpersonales entre sus miembros.

Frente a estas teorías androcéntricas, surgen posiciones más humanas, que denuncian la situación de la mujer y el hombre como una relación de desigualdad, de explotación. Se representan a la familia como entidad orgánica, pero sobre la base de un modelo diferenciador: las posiciones y papeles de sus miembros son desiguales hacia el interior y se desarrollan en un contexto social más general de desigualdades (Fleitas, R. 2005 a).

El marxismo es un ejemplo de ello, pues privilegió el enfoque de clases; y denunció el carácter explotador de la dominación masculina sobre la mujer, al construir una teoría sobre la familia basada en una propuesta revolucionaria que se sustenta en la visión dialéctica de la vida familiar.

En “el Capital” Marx denuncia las condiciones laborales de explotación que vive la mujer obrera por su condición de sexo inferior (Marx, C. 1973); mientras que Engels en “La situación de la clase obrera en Inglaterra”, reconoce que la actividad industrial permite la incorporación del sexo femenino al trabajo productivo, poniendo en segundo plano a los hombres ya que la mayoría de los obreros eran mujeres, con lo cual ellas se convierten en el sostén económico de la casa. “(...) La mujer es quien mantiene a la familia, el hombre se queda en la casa, cuida a los niños, hace la limpieza y la cocina” (Engels, F. 1974).

Marx siguiendo a Engels plantea que el sistema capitalista promueve la inclusión de la mujer al mundo laboral; pero además agrega, que esta incorporación al ámbito público no es para estimular su plena realización personal; sino que por el contrario, las mujeres salen del espacio doméstico por motivos puramente económicos y lo hacen bajo condiciones infrahumanas: bajos salarios, pésima higiene, no se les ofrecen centros para cuidar a los niños en el caso de las madres trabajadoras, etc.

Con lo anterior Marx denuncia las condiciones laborales de explotación que vive la mujer obrera por su condición de sexo inferior, conclusiones que tienen como base un análisis sobre la historia de la vida familiar, a partir de la incidencia que ejerce el factor material en las relaciones familiares.

Lo fundamental en la perspectiva marxista es su visión de progreso, la que al descansar en una concepción de las relaciones familiares en conflicto, rompe con el ideal de armonía que expresaban los anteriores autores. Sin embargo, ni Marx, ni Engels logran conceptualizar que el sistema patriarcal está fuertemente relacionado con el sistema social global; ya que la división sexual del trabajo, no solo opera al interior de la familia sino que se muestra en el ámbito público, con las desiguales oportunidades de acceso a los servicios de salud, educación, desigual financiamiento, etc.

Por ello, resulta de vital importancia en nuestra realidad actual, estudiar a la familia a partir de un enfoque global (perspectiva institucional y grupal) para logra comprender que esta célula básica de la sociedad es una institución reproductiva, generadora de poder no solo hacia su interior (donde se distribuyen funciones y roles), sino también responsable del desarrollo de determinados procesos políticos, económicos y sociales.

## *2.2. El Feminismo. Género, Salud y Familia.*

La teoría marxista sobre la familia influye en el feminismo, que a su vez lo supera en el análisis crítico y cultural sobre la relación entre los sexos. El feminismo critica la cultura de dominación de género que prevalece en la familia, al plantear que el fundamento relacional de la subordinación de las mujeres, reside en esta institución que conforma el sistema de roles de dominantes y subordinados (Ritzer, G. 2007) de la estructura social.

Por tanto, el objetivo del feminismo es reconstruir las nociones acerca de la mujer, para lograr la igualdad de sexos. Esta corriente defiende a la mujer como ente creador y trata de ubicarla en el ámbito social, para romper las barreras del espacio doméstico, liberándola de la opresión de género: opresión que está incorporada en la organización de la sociedad, en una estructura básica de dominación llamada comúnmente patriarcado (Ritzer, G. 2007).

El patriarcado es interpretado por esta corriente, como una estructura primaria de poder que se mantiene intencionadamente y que genera una cultura de la maternidad y la paternidad. Es un sistema de prácticas e ideas que ubican al hombre en una situación ventajosa en relación con la mujer, pues lo liberan de la responsabilidad del cuidado frente a la procreación, control, crianza, etc. Esto se debe a que en las anteriores sociedades, del padre solo se esperaba el exclusivo rol instrumental.

La maternidad es dentro de la cultura patriarcal, el núcleo de la entidad femenina, pues le otorga status y prestigio. Pero la mujer debe dedicarse únicamente a la actividad reproductiva y la legitimidad de ese rol se explica en el discurso androcéntrico por las cualidades biológicas de que está dotado el cuerpo femenino.

Por tanto, la maternidad era concebida como un problema femenino y las aspiraciones de la mujer se educaban en ese sentido de realización personal (Fleitas, R. 2005 a).

Lo anterior nos muestra que el sistema patriarcal, es un sistema de dominación que afecta de manera transversal a toda la vida social, y dentro del cual se define la maternidad como rol social, donde la madre se subordina al padre. Esto se debe a que el sistema patriarcal al generar una cultura de la maternidad, ata a la mujer y la hace dependiente de la figura masculina.

De ahí que desde lo simbólico patriarcal y la praxis, se conciba a la maternidad como el rol del cual se espera la entrega y el sacrificio, la renuncia a todo lo que puede significar realización profesional. Las mujeres que se mueven en esa cultura definen su posición social y vínculos desde ese rol familiar.

El feminismo plantea, a partir de lo antes expuesto, que la cultura masculina es una cultura de dominación; pues a través de ella se determinan de manera preconcebida, espacios para cada sexo, y tal dicotomía crea exclusiones y diferentes oportunidades. Este movimiento alega que la desigualdad de clases (que subordina a la mujer) no es resultado de su constitución biológica, sino de una construcción social que tiene claras raíces históricas en el patriarcado, visto como sistema de sexo / género que se refiere a una forma de

dominación específica. (Fleitas, R. 2005 a). Esta diferenciación entre sexo y género fue quizás la primera contribución significativa de la teoría feminista al estudio del fenómeno de la dominación masculina

De esta manera las teorías sobre el patriarcado fueron también incorporadas al ámbito de estudios sobre la mujer, para explicar el fenómeno de la desigualdad entre lo femenino y lo masculino. Así surgió el concepto de género, para distinguirlo del de sexo; el primero hace referencia a las diferencias sociales, mientras el segundo a las diferencias biológicas y naturales (Lamas, M. s.f.) poniéndole fin entonces, al androcentrismo característico de los estudios sobre la familia.

La teoría del feminismo permitió por tanto, eliminar los espacios preconcebidos para ambos sexos, pues este enfoque es partidario de establecer una relación de equidad, al transitar de una visión centrada en la mujer a una que pone énfasis en la relación igualitaria de poder.

La teoría feminista aplicada en el campo de la Sociología de la Salud, ha tenido como objetivo explicar el origen de las desigualdades genéricas que operan en la esfera de la salud; basándose principalmente en el hecho de que las políticas sociales de salud no siempre benefician por igual a los géneros.

A su vez, intenta descubrir la diferente participación de hombres y mujeres en los servicios de salud, ya sea a través del ejercicio de diversos roles aprendidos culturalmente e impuestos desigualmente para hombres y mujeres; o por la distinta participación en lo público y lo doméstico, que influye directamente en la salud física y psicosocial de ambos sexos; para de ahí explicar el por qué la mujer es la mayor demandante de atención médica.

La perspectiva de género, gracias al feminismo, se instaló en los estudios sobre la salud para resignificar aquellos postulados que sobre la mujer y el hombre se habían construido en la medicina y que fueron responsables de prácticas discriminatorias hacia la mujer.

En la teoría feminista el género es concebido como una construcción social, una definición cultural que se traduce, en la identidad adquirida por los individuos a través de la socialización, y que determina la forma en que se relacionan con la naturaleza y el mundo social que los rodea. Es decir que, mediante el proceso de constitución del género, la sociedad fabrica las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres, de lo que se supone es "propio" de cada sexo (Lamas, M. s.f.)

El género es visto como un concepto relacional, no es posible comprender o cambiar a la mujer o el hombre sino se analizan en el contexto de una relación donde se forman como identidades colectivas, por eso el interés del análisis se desplaza a las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres.

Esta visión (de género) trasladada a la esfera de salud, implica ubicar los conflictos culturales consustanciales a la relación en los procesos de salud-enfermedad, ver el vínculo entre la división por sexo del trabajo con los perfiles epidemiológicos de hombres y mujeres, con las desiguales oportunidades de accesibilidad a los servicios de salud, el financiamiento y la participación en la gestión que viven ambos sexos en el sistema de salud (Gómez, E. 2001). Es por ello que debemos tomar en cuenta los presupuestos

sociales que han impedido la igualdad, si queremos rectificar las desigualdades entre los sexos, especialmente los efectos generados por la división entre el ámbito privado (femenino) y ámbito público (masculino) (Lamas, M. s.f.).

La base de la relación entre género y desarrollo de la salud se halla entonces en una visión de la sociedad más equitativa, con una distribución más justa de los recursos y beneficios de ese desarrollo y con una mayor participación de las mujeres, en las decisiones que afectan el bienestar común.

Para el discurso femenino, el renovar la práctica del sistema de salud bajo el postulado de la equidad, es establecer igualdad de derechos, de posibilidades, de participación, de equilibrio relacional ente mujeres y hombres. Una igualdad que reconozca las diferencias biopsíquicas entre los sexos, que respalde la promoción de una política de salud con equidad de género, pues la salud de la mujer es un proceso dinámico, multicausal y multifactorial que tiene que ver con todos aquellos procesos biológicos y psicológicos que afectan su persona y su condición social en las diferentes etapas de su vida.

Por ello, la salud de la mujer no puede de ninguna manera quedar limitada a los aspectos reproductivos; aunque de todas las áreas de atención a la salud, los servicios de salud reproductiva son quizás los de mayor relevancia, dado que la calidad de vida de una especie se define desde los momentos de su gestación. La formación de un nuevo ser, en óptimas condiciones de salud biológica, psíquica y social para la madre durante el embarazo y en los primeros momentos posteriores al nacimiento para ambos, es garantía de una calidad de vida que lo hace resistente al proceso posterior de adaptación al nuevo medio (Gómez, E. 2001). Sin embargo, el debate sobre el derecho que tiene la mujer a decidir en su sexualidad y en la solución más conveniente para su salud reproductiva, es uno de los problemas de género de mayor gravedad, y para comprenderlo se requiere volver la mirada a las últimas décadas del pasado siglo donde se despojó a la salud reproductiva de su tradicional ropaje biológico, centrado en la salud materna e infantil en el ámbito de lo privado, para dimensionar aquellos otros componentes de la sexualidad que no tienen como objeto la reproducción de la especie, sino el placer y el encuentro amoroso (Alfonso, A. 2006).

De ahí que en la actualidad entendamos que: “la salud sexual y reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear de igual forma; así como, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. Esta definición dada por la OMS, (organización que interpreta la salud como el estado de bienestar total físico, mental y social y no solo como ausencia de enfermedad), asume la salud reproductiva en relación a sus procesos y funciones en todas las esferas.

Esto implica el derecho que tiene el hombre y la mujer de obtener información de planificación familiar, tener acceso a métodos seguros para regular la fecundidad y recibir servicios adecuados de atención de la salud, que permitan embarazos y partos sin riesgos, etc. Derechos, que a su vez son reflejo de cómo la lucha de las feministas ha favorecido la visión de la salud sexual y reproductiva, una vez que han

impulsado la integración del género y la equidad de género como categoría de análisis en el campo de la salud sexual y reproductiva y en la reforma del sector salud.

En consecuencia, la salud de la mujer fue puesta en el contexto de su bienestar integral, íntimamente relacionado con su participación plena y equitativa de la vida social, cultural, económica y política a nivel nacional e internacional (Alfonso, A. 2006).

El concebir los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos de la mujer, ha permitido promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, donde se entiende la autonomía como la capacidad de ejercer control sobre su vida (decisiones sobre su persona, su hogar y comunidad); elevando así la conciencia de las mujeres para reconocer y desafiar su subordinación. Pero más importante aún es el objetivo encaminado a mejorar la salud materna (estado de bienestar alcanzado durante el período de la reproducción femenina), el cual está determinado por el estrato socioeconómico y el nivel de educación de las mujeres; por las inequidades de género en el control de los recursos económicos del hogar y por el derecho a tomar decisiones sobre su cuerpo para procrear.

Según la OMS, la salud de la madre y el niño, son cuestiones prioritarias para los gobiernos y la comunidad internacional; pues la reproducción además de ser un fenómeno biológico, es una cuestión social y cultural ya que el comportamiento de los individuos en general, está determinado por la sociedad en que viven y sus conductas se rigen por determinadas normas (Colectivo de autores. 2004).

El embarazo entonces, como evento crucial de este proceso reproductivo, engloba un estereotipo de mujer-madre, para el cual se ha preparado a las niñas desde su nacimiento, cuando se les educa para la casa, para asumir papeles de buena madre y esposa, se les enseña a ser cariñosas, comprensivas, etc., con lo cual le conforman la subjetividad femenina. Se les transmiten mayores limitaciones en su conducta sexual y reproductiva (que a los varones), se les atemoriza con el embarazo, se les impone la fidelidad, y le dejan recaer la planificación familiar de la pareja.

El feminismo proclama la igualdad entre hombres y mujeres, pero en la cultura patriarcal la maternidad agrava la condición de subordinación de la mujer, y eso influye que la maternidad no sea vista como una dicha. La lucha por la independencia económica de la mujer, del incremento de su participación en los espacios públicos sin abandonar el papel central que ella desempeña en la familia, ha tenido un costo para la mujer que ha influido en la elaboración de estrategias de control de su fertilidad. El movimiento feminista ha fomentado la idea del derecho de la mujer a emplear anticonceptivos, e incluso a abortar, en fin a que la mujer tenga control sobre su cuerpo. Tal derecho es decisivo para que las mujeres puedan materializar diversos proyectos de vida que no pueden realizarse si no tiene capacidad para decidir sobre su vida. La llegada de la maternidad en la adolescencia entra en conflictos con esos proyectos.

### *Epígrafe III: Una aproximación a los estudios de maternidad adolescente.*

#### *3.1. Adolescencia y Maternidad*

La adolescencia es una etapa importante en la vida de todo ser humano, pues se deja atrás la niñez sin alcanzar aún la personalidad madura de un adulto. Se caracteriza por un acelerado desarrollo físico, y por un intenso pero paulatino desarrollo emocional y social; donde la influencia de los padres, amigos y medios de comunicación masiva juegan un importante papel al definir determinados valores y comportamientos que serán patrones de guía para los adolescentes.

Por ello, nos centraremos en esta etapa convulsa, que es vivida por los géneros de manera diversa y que es distintiva en sí misma por: sus procesos biológicos, la relación particular que durante ella se establece con el entorno social, los roles que se desempeñan, las instituciones sociales en las cuales se participa y las peculiaridades psicológicas que se manifiestan durante su tránsito (Fleitas, R. 2000); señalando además que la adolescencia no siempre fue visualizada con este enfoque integral.

Durante la Edad Media, la infancia se consideraba concluida a los 7 años, luego de este momento los hijos no dependían de los padres, especialmente los pobres; quienes ingresaban a la vida adulta. No se les consideraban niños necesitados de cuidado y protección (Hernández, M. 2007).

En los siglos XVI y XVII, las nociones sobre la infancia comenzaron a evolucionar y a ser interpretadas como un período del desarrollo humano. Fue entonces que se consideró a los niños como seres inocentes necesitados de protección; pero la adolescencia seguía en desventaja y no fue hasta el siglo XIX que se le dio especial importancia (Hernández, M. 2007).

Hoy día los tiempos han cambiado, se ha incrementado la conciencia mundial respecto a los derechos del niño y adolescente, por la gran gama de explotación sexual, analfabetismo, abandono, entre otros abusos cometidos contra este sector de la población.

Se ha comenzado a reconocer la situación mundial de los niños y adolescentes como problemas sociales, y en este contexto se han ido gestando leyes y organizaciones que defienden sus derechos. Con este objetivo se creó en 1946 el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (Hernández, M. 2007), el cual promueve la participación activa de los niños y adolescentes, en todos los asuntos que le conciernen, en su calidad de sujetos de derechos y progresivamente de deberes (Colectivo de autores. 2007).

Se necesitó también la creación de un tratado internacional que englobara todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales referidos a este grupo de edades. Este tratado es la Convención sobre los Derechos del Niño, promulgado el 20 de noviembre de 1989 y puesto en vigor el 2 de septiembre de 1990 (CDI, 1990).

El documento refleja una visión nueva, a partir de la cual se considera al niño y adolescente como una persona miembro de una familia, y por ende, integrante de la sociedad, quien posee derechos y responsabilidades ajustadas a su edad.

El intervalo de edades para delimitar este período varía: según el autor, la cultura, la sociedad; por ello, para nuestro trabajo nos referiremos al dado en una declaración conjunta, realizada en 1998 por la Organización Mundial de Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP), donde se señaló que el término de “adolescencia” se refiere a personas que tienen entre 10 y 19 años (Rodríguez, A; Safora, O. 2009) con dos momentos: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años); aunque las nuevas leyes para la infancia plantean que la edad en que se inicia la adolescencia es entre los 12-14 años (Hernández, M; Valdés, F; García, R.2007).

A la etapa inicial, temprana (menos de 14 años) se le conoce como pubertad, que proviene del latín *pubertas*, que significa “apto para la reproducción”, y muchas veces se tiende a identificar la pubertad con la adolescencia; pero estas categorías no significan lo mismo, la adolescencia proviene del latín *adolescere* y significa “crecer”.

Es decir que, dentro de la adolescencia está contenida la pubertad, momento a partir del cual se establece la identidad sexual y se comienzan a experimentar las fantasías sexuales, las sensaciones placenteras al tocarse, al ser acariciado y besado; observan las expresiones de afecto y las actitudes sexuales de los mayores y en ocasiones las imitan.

El adolescente se convierte físicamente en un adulto, pues en su cuerpo se producen una serie de transformaciones con la aparición de los caracteres sexuales secundarios: el vello pubiano, las mamas en la mujer y los cambios en los órganos genitales de ambos. También aparece la primera menstruación en la hembra (menárquia) y en el varón la eyaculación de semen con espermatozoides capaces de fecundar (Lajonchere, C. 2003).

Pero el entregarse al amor implica una responsabilidad, que pocas veces es reconocida por los adolescentes, como resultado de la carencia de orientaciones cognitivas, por falta de experiencia, o porque asumen conductas provocativas y desafiantes para ponerse a prueba. Estos factores les impiden ver los riesgos, sintiendo que nada puede pasarles, de ahí la no existencia de límites ni fronteras, y la perpetua noción “a mí no me va a pasar”, llamado por muchos investigadores “el pensamiento mágico”, etc.

Se le suman a estas posturas asumidas a diario por la mayoría de los adolescentes, el hecho de que la actividad sexual suele ser eventual, y en ella influye también las condiciones y el lugar en que se producen, pues muchas veces se realizan de forma incómoda y rápida: en los asientos de un carro, en un rincón oscuro de una discoteca o de la calle, en los cines, etc., lo cual provoca un aumento de riesgos para la salud de los adolescentes y la posibilidad de que algo que comenzó bello se convierta en un punto aborrecido en sus vidas (Rodríguez, A; Safora, O. 2009).

El despertar de la sexualidad encuentra entonces a un ser, aún no preparado integralmente para comprenderla, y mucho menos para ejercerla, pero obligado a asumirla, como un componente esencial de

su desarrollo (Sayu, CM. 2006); y es precisamente esta acelerada maduración biológica, la que provoca en los adolescentes un abrupto tránsito psicológico y social.

En la esfera social porque el adolescente se visualiza como adulto, sin alcanzar plena madurez; lo que se debe en gran medida a que la sociedad establece pautas temporales que demoran la transición; ejemplo de ello es el incremento en el número de años de la vida de los individuos, que deberán ser dedicados a la instrucción y el estudio, lo que prolonga su integración en el mercado laboral y por ende su independencia económica y social.

En el ámbito psicológico también se experimentan múltiples y contradictorias sensaciones, motivo por el cual, muchos especialistas identifican la adolescencia como una edad muy conflictiva, o porque esta suele ser una característica de la actitud del individuo que la transita (Fleitas, R. 2000). Por ello la desobediencia es quizás el comportamiento que genera mayor desestabilización en las relaciones con los adolescentes; y el obtener un “no” por respuesta a un mandato de los adultos, es muestra entonces de sus constantes cuestionamientos a las normas, las pautas y la autoridad.

Es importante señalar también que, el adolescente durante este proceso de maduración biopsicosocial, enfrentará una serie de situaciones, quedando como resultado la acumulación de experiencias y convicciones; que aunque son diferentes para cada individuo, ocurren bajo la influencia del medio familiar. Si madres y padres tuvieran mayor información acerca de los cambios internos que se producen en sus hijos en estas edades, estarían mejor preparados para asumir su educación, la cual no debe mostrar un carácter autoritario e impositivo; pues cuando un adolescente es castigado por desobedecer un mandato que no le ha sido explicado, se genera en él rebeldía y resentimiento.

Lo anterior nos muestra la necesidad de cambiar el principio de la obediencia ciega por el del cumplimiento de normas, y esto solo es posible si durante la infancia se logra posicionar el respeto y el diálogo como base de las relaciones entre adultos y niños: una cultura de derechos, a partir de la cual los futuros adolescentes estarían en condiciones ventajosas para avanzar en su autonomización (Colectivo de autores. 2007); pues formar parte activa entre quienes deciden, le permite a los adolescentes escuchar, pero también ser escuchados, jugar un rol activo y no pasivo como mayormente ocurre.

Por ello el respeto mutuo es esencial, los padres deben establecer relaciones fluidas y abiertas, donde los adolescentes encuentren respuestas a tantas interrogantes, resultado de su propio proceso de desarrollo; y esto solo es posible si se eliminan los prejuicios y tabúes sexuales existentes entre los progenitores, los cuales potencian la incomunicación y el distanciamiento.

No cerremos los ojos ignorantes, llenos de injustificado pudor, y orientemos mejor a nuestros hijos para que puedan asumir, a su hora, conscientemente y bien informados, las responsabilidades que la sociedad les impone (Lajonchere, C. 2003).

Debemos entonces estimular el diálogo padre-hijo, o los jóvenes asumirán la tendencia del silencio o el disimulo, y orientarán la satisfacción de sus necesidades de aprendizaje hacia el grupo de los iguales o en lecturas pocos serias y mal orientadas.

Esto trae como consecuencia que numerosos adolescentes comiencen relaciones sexuales fortuitas con un final altamente conocido: el embarazo no deseado y su otra arista: el aborto.

Según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud, los adolescentes representan el 30% de la población de América Latina (Hernández, M. 2007). De ellos, un alto por ciento ha comenzado una vida sexual activa, que muchas veces no está acompañada de suficiente educación e información sobre salud sexual y reproductiva.

Esto se relaciona directamente con el nivel de pobreza que obliga a muchos países latinoamericanos a no tener ni siquiera en cuenta, temas como la salud sexual y reproductiva de su población, cuando la preocupación emergente es: qué se va a comer hoy; motivo por el cual la anticoncepción es un problema, porque si no tienes dinero no los puedes obtener y sin ellos (métodos anticonceptivos) no te puedes cuidar (Rodríguez, A. 2010). Esto ocurre principalmente en naciones empobrecidas, donde el uso de anticonceptivos en el año 2008 es de apenas el 30%, muy por debajo del nivel mundial que es de 61% (PNUD, 2010).

El bajo uso del preservativo o condón, provoca entonces un incremento de las infecciones de transmisión sexual y también de los embarazos no deseados, los que muchas veces se solucionan con una interrupción.

El número estimado de abortos por año en América Latina y el Caribe, es un dato que varió poco entre 1995 (4.2 millones) y 2003 (4.1 millones) y muestra la cantidad de mujeres que pusieron en riesgo sus vidas para interrumpir un embarazo no deseado; pues del total de abortos realizados en el 2003, 3.9 millones se realizaron fuera de las instituciones sanitarias, por comadronas, personal no autorizado e incluso algunas mujeres se autoindujeron el aborto, usando métodos altamente peligrosos como el empleo de medicamentos en lugar de intervención quirúrgica, etc. (Inst. Guttmacher, 2009).

Lo anterior se debe a que actualmente en la región de América Latina y el Caribe, existen muchas legislaciones que prohíben totalmente la práctica del aborto (Rodríguez, A. 2010), como por ejemplo en Chile y El Salvador, mientras que en Guatemala, República Dominicana, Paraguay y Venezuela, entre otros, solamente es permitido para salvar la vida de la mujer o, en algunos países, en casos de violación (Brasil, México y Panamá) o por malformación fetal (México y Panamá) (Inst. Guttmacher. 2009).

La mayoría de abortos seguros ocurren en Cuba, Guyana y Puerto Rico, en donde el procedimiento es legal (personal capacitado) y sin restricción, con lo cual se reduce la mortalidad materna asociada a este proceder; aspecto de vital importancia, pues el aborto clandestino incrementa los riesgos de mortalidad, llegando incluso a convertirse en la tercera causa de muerte materna en Brasil, en Colombia es la segunda, mientras que en Chile es la principal (Rodríguez, A; Safora, O. 2009).

Según algunos estudios consultados sobre Guatemala, México y Perú, las mujeres pobres y sobre todo si viven en áreas rurales, tienen más probabilidad de recurrir a métodos inseguros, que las mujeres enmarcadas en zonas urbanas y con mejores condiciones económicas. En Guatemala específicamente, las mujeres pobres que viven en el medio rural, tienen una probabilidad tres veces mayor de recibir un aborto de una comadrona tradicional (60% vs. 18%), y una probabilidad mucho menor de recibir un aborto de un médico (4% vs. 55%), que las mujeres en mejores condiciones económicas que viven en el medio urbano (Inst. Guttmacher. 2009).

Estos estudios mostraron además, una serie de barreras que impiden el hecho de asumir abortos seguros, como por ejemplo: el temor a las consecuencias legales, el estigma social, el alto costo y la falta de acceso a profesionales sanitarios capacitados; con lo cual se refleja la fuerte relación que existe entre pobreza, marginalidad e interrupción, como solución al embarazo no deseado (principalmente entre las adolescentes).

Lo anterior hace tangible lo preocupante del fenómeno objeto de estudio, pues el contexto Latinoamericano enarbola la triste bandera de tener aproximadamente la misma proporción de jóvenes adolescentes abortando que pariendo; y esto se demuestra en la Tasa de Fecundidad Adolescente, la cual continúa siendo elevada para América Latina y el Caribe, pues en el año 2008 se reportaron cifras de 72,6 por 1,000 mujeres entre 15-19 años (PNUD, 2010). Este fenómeno de la maternidad adolescente, trae consigo una serie de riesgos en el ámbito biológico, pero también en el psicológico y el social.

Los riesgos biológicos se acrecientan cuando el embarazo tiene lugar en la adolescencia temprana, antes de que la joven cumpla tres años de edad ginecológica (años contados a partir de que tuvo su primera menstruación) (Peláez, J. 2010); algunos de estos riesgos son: parto pretérmino, anemia, bajo peso del recién nacido, frecuentes cesáreas, incremento de la morbilidad, de los riesgos de mortalidad materna, etc. Sin embargo, el embarazo en la adolescencia tardía, puede transcurrir en óptimas condiciones porque el organismo desde el punto de vista biológico está preparado (Peláez, J. 2010).

Las afectaciones en la esfera psicológica muchas veces se muestran con un cierto rechazo hacia ese nuevo ser por parte de la madre adolescente, pues visualizan al hijo como un obstáculo que impide el desarrollo de su vida como joven (Rodríguez, A. 2010); asumen la maternidad con amargura, estrés, o simplemente la aceptan como parte de su condición femenina. Esto se debe a que les es muy difícil reinsertarse en su círculo de amigos o moverse en espacios recreativos (García, G. 2010), debido al tiempo y dedicación que les toma cuidar al bebé. En su entorno emocional, puede impactar también el hecho de no ser apoyada por su pareja, por sus familiares o por la sociedad.

Desde el punto de vista social, la maternidad en la adolescencia posee varios riesgos, pues se requiere de una gran responsabilidad para asumir la crianza y educación de un hijo, y en ocasiones los adolescentes no están preparados. Esto trae como consecuencia que se produzca un intercambio de roles, ya que muchas

veces ese niño no es criado por su madre, sino por la abuela; con lo cual se convierte en el hermano menor de la adolescente (Safora, O. 2010). Aunque la adolescente no desempeñe a plenitud su rol de madre, se debe señalar que siempre algo de responsabilidad les toca (Rodríguez, A. 2010).

La llegada de un hijo a edades tempranas, frustra también el proyecto de vida de las adolescentes, pues se le tronchan las oportunidades de estudio y la posibilidad de convertirse en profesional; motivo por el cual se hallan en desventaja social, a la hora de insertarse en el mercado laboral.

Lo antes expuesto se visualiza en las desiguales tasas de participación según fuerza de trabajo, que caracterizan la realidad de América Latina y el Caribe, donde los hombres representan un 83,3% mientras que las mujeres solo ocupan un 55,3%. A su vez, estos niveles se corresponden con la situación del mundo actual, donde los hombres poseen una participación de un 82,6% y las mujeres siguen estando muy por debajo con una tasa de inserción en el ámbito público de apenas 56,8% (PNUD, 2010).

Es decir que, la maternidad temprana contribuye al ciclo de la pobreza, ya que las oportunidades de trabajo para las madres adolescentes son escasas y mal remuneradas; situación que no solo afecta a la joven, sino también al niño, a la familia y al entorno social que los rodea (Peláez, J. 2010).

Se le suma a lo anterior, el hecho de que el ser madre precozmente reproduce el sistema patriarcal, la mujer se enmarca mayormente en el ámbito doméstico; con lo cual se vuelve dependiente económicamente del varón (si lo tiene a su lado, porque un gran por ciento de las veces, el varón se desentiende de su responsabilidad tanto económica como educativa) o de su familia; quienes asumen total potestad para tomar medidas sobre la educación y crianza del recién nacido (Safora, O. 2010).

Por tanto, el convertirse en madres adolescentes implica grandes exigencias que se le imponen a la mujer desde lo social; pues tanto la maternidad como la adolescencia son procesos socioculturales, que encierran un importante significado social al ser construcciones histórico-sociales, que varían en dependencia de cada cultura.

En la medicina más antigua, la maternidad en la adolescencia no se veía como un problema de salud sino más bien como una solución a situaciones de malestares que provocaba la menstruación (se representaba como una enfermedad).

En ese contexto, la maternidad era vista como un rol que otorgaba prestigio a las mujeres; noción que era transmitida de generación en generación, pues tradicionalmente las personas se casaban con 15 años y la función de la mujer luego de obtener una instrucción básica, era construir una familia, tener hijos y cuidar de ellos y del esposo; y no representaba ningún conflicto el ser madre joven (Peláez, J. 2010). Lo anterior muestra el poder que tenía la cultura, en la contribución al aumento de la fecundidad como meta a alcanzar, como proyecto de vida realizable a edades precoces.

Pero en la actualidad, los criterios médicos han variado; hoy se concibe la maternidad temprana como un problema de salud que afecta a la mujer tanto en la esfera biológica, como en la psíquica y social de su vida (Lajonchere, C. 2003).

A partir de lo expuesto anteriormente, la maternidad adolescente se vuelve entonces un fenómeno social de salud sensible de ser estudiado por la sociología; pues es precisamente la socialización y la construcción de la subjetividad de las mujeres, lo que la limita al hogar y reproduce esquemas patriarcales de desigualdad genérica, al otorgarle el modelo de madre-esposa como identidad femenina (Fleitas, R. 2005 b).

La maternidad adolescente desvía a la mujer de la posibilidad de formarse en un proyecto de vida, donde desarrolle capacidades que le permitan convertirse en un sujeto con derechos, en particular a la libertad.

A nivel social, la reproducción precoz coloca en situación de riesgo el proyecto de emancipación de las mujeres y de su empoderamiento como vía para el logro de una mayor equidad. Por ello podemos plantear que el embarazo en la adolescencia compromete el bienestar de la mujer y de su familia, y no solo es un riesgo biológico, sino sobre todo sociopsicológico.

### *3.2. La maternidad adolescente en Cuba: estudios y realidad.*

Tras el Triunfo de la Revolución en 1959 se dieron en Cuba una serie de cambios sociales, que mejoraron la situación de la mujer, pues se integró al discurso político el tema de su liberación y la igualdad entre los sexos, lo cual le permitió elevar su cultura e incorporarse a la vida pública, alterando con esto las relaciones tradicionales entre los géneros.

Se produce un tránsito en la identidad femenina, de una sociedad que legitima un modelo donde maternidad y mujer se identifican con el ámbito privado (cultura patriarcal) a otra donde la manera de vivir la maternidad depende, de su inserción o no en el mundo laboral (modelo equitativo) (Fleitas, R. 2000).

Las transformaciones revolucionarias en relación con la salud estuvieron encaminadas a revertir las precarias condiciones heredadas del capitalismo. Se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual fue definido por la OMS como: complejo de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como el medio ambiente físico y psicosocial en el sector de salud (Colectivo de autores. 2004).

Este sistema surge bajo la dirección de un organismo único, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), lo cual permitió que la salud pasara a ser un derecho del pueblo, estableciéndose su gratuidad para toda la población. Entre los primeros programas a desarrollar se encontraba: el Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil y el Programa de Atención Integral a la Mujer y el Niño.

La Ley de la Salud Pública (1983) es explícita en su sección segunda: La atención materno-infantil ofrecerá a través del Sistema Nacional de Salud todas las garantías de salud a la mujer y al niño, la atención médica a la mujer gestante en consultas especializadas, hogares maternos (instituciones dirigidas al incremento del

parto institucional y a la prevención del riesgo perinatal en la salud materno infantil) y otros servicios especializados, legalizándose la salud sexual y reproductiva como un derecho de las mujeres y de sus hijos/as.

Este Programa Nacional Materno-Infantil que proponía mejorar la calidad de la salud reproductiva de la mujer, conjuntamente con el desarrollo de la política social encaminada a elevar su bienestar y el de sus hijos y a crear igualdad de oportunidades, ha propiciado un modelo de maternidad de baja fecundidad.

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) evidencia esa reducción en el número de hijos por mujer, de una tasa de 1.67 en el año 2002, a una de 1.54 en el 2004, y luego el descenso continuó hasta un 1.39 en el año 2006. Es necesario señalar, que a partir del siguiente año, la tasa global de fecundidad comenzó a aumentar, alcanzando valores de 1.59 en el 2008 y 1.70 en el 2009 (**Tabla # 1**); pero aún estos datos continúan estando muy por debajo del reemplazo poblacional.

En nuestro país, esta reducción en los niveles de fecundidad puede deberse también, al establecimiento del Programa de Planificación Familiar, mediante el cual se ha promovido una conducta de planificación de la reproducción, y se ha estimulado el uso de métodos anticonceptivos hasta un 77% en el 2008, cifra que supera el 61% a nivel mundial y el 75% de América Latina y el Caribe; y que influye directamente en la decisión sobre el número de hijos y el momento adecuado para tenerlos (PNUD, 2010).

La Planificación Familiar fue afianzada en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, Egipto, 1994 (CIPD) en un marco más amplio de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos. Entre los principales postulados de esta conferencia, se definió la planificación familiar como un derecho humano, como un componente de la salud reproductiva y como un instrumento de salud destinado a evitar un embarazo no deseado (Colectivo de autores. 2004). Se alertó además, sobre la vulnerabilidad de la adolescencia en estas cuestiones, pues esta población conformada por millones de personas, está olvidada en lo concerniente a los programas de salud sexual y reproductiva.

La realidad cubana en consonancia con lo planteado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, promueve la planificación familiar, los derechos reproductivos y la salud sexual y reproductiva, como estrategias del SNS de larga data (más de 30 años). La existencia del Programa Nacional de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo permite potenciar la información, orientación, educación y los servicios dirigidos a las mujeres y sus parejas, así como satisfacer las necesidades de adolescentes y jóvenes en salud reproductiva.

El programa promueve además, el incremento de la participación del varón en la planificación familiar y en la salud reproductiva, y procura la disminución de todos los riesgos asociados a la reproducción. Expone que aún cuando los factores de riesgo más comunes son los biológicos, también son muy importantes los psicológicos y los sociales y deben verse y atenderse no solo en la mujer, sino en el padre, la familia y el entorno (Peláez, J. 2007).

Unido a la planificación familiar, en nuestro país existe un Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes, el cual tiene como esencia la condición biopsicosocial y de género característico de este grupo, enmarcado en el período del ciclo vital y familiar por el que transita; y con satisfacción de sus necesidades de salud, desarrollo y bienestar social (Colectivo de autores. 2005).

Este programa permite fortalecer el vínculo médico-adolescente-familia, pues tiene como objetivo informar y orientar precozmente acerca de su alimentación, vacunación, sexualidad, prevención de embarazo y uso de anticonceptivos, para evitar los riesgos que con tanta frecuencia enfrentan los adolescentes como parte de su desarrollo.

En correspondencia con lo anterior, se plantea que los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes deben ser respetados, y lo correcto es educar, informar y orientar sin hacer críticas inoportunas, ni sancionar injustamente; pues el ser madre o padre adolescente no es un a limitante para continuar los estudios.

Se debe señalar además que, en este programa se toman en cuenta las características propias (necesidades e inquietudes) de este grupo poblacional, las cuales distan del niño y del adulto, motivo por el cual requieren de una atención diferenciada (consultas de ginecología-infanto juvenil) que garantice su salud sexual y reproductiva.

Lo antes expuesto demuestra que en Cuba, los adolescentes están protegidos por una política social, donde se privilegia a la mujer en su atención a la salud reproductiva, y esto también se ratifica en el Programa Materno-Infantil, el cual toma en cuenta las especialidades del seguimiento al embarazo y protección especial en las tempranas edades. Siendo además, el uso del aborto como método anticonceptivo, una de las preocupaciones más frecuentes en los estudios médicos (Fleitas, R. 2005 b).

El derecho al aborto se institucionalizó en nuestro país en el año 1965, a través del Sistema Nacional de Salud, y constituye un logro en el marco de lucha por la igualdad de la mujer, pues su práctica se ejerce en condiciones sanitarias, a la cual pueden acceder gratuitamente todas las mujeres.

En el caso de las adolescentes de dieciséis años o menos, se exige el consentimiento de los padres, para la realización del aborto. Esto ha motivado, en no pocos casos, a problemas vinculados con el retardo de su práctica, que se pueden deber a: la corta edad (poca experiencia para reconocer los síntomas), la ignorancia respecto a dónde acudir para obtener orientación, o al miedo de no contar con el apoyo de los padres (esto último pone de manifiesto las malas relaciones entre los jóvenes y sus progenitores).

Resulta imprescindible entonces, estudiar las razones que llevan a una adolescente a tomar la decisión de abortar, decisión que muchas veces está fundamentada en factores externos: presión de la familia (para que los hijos continúen estudiando o por la dependencia económica), presiones de la pareja, o por los estigmas sociales que existen para las madres solteras (Peláez, J (s.f.)); todo lo cual pone en evidencia las diferencias encontradas para explicar un mismo fenómeno ante variadas condiciones socioeconómicas.

El aborto en la adolescencia constituye, un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad; pues su práctica es asumida por muchas mujeres como método anticonceptivo, dando muestras de una conducta sexual y reproductiva irresponsable; pues aunque se ha logrado una evidente reducción de la mortalidad materna, no podemos asegurarlo respecto a la morbilidad.

Por ello, el Programa Materno-Infantil que identifica el uso frecuente del aborto como un problema de salud reproductiva, trazó el propósito de reducir sus tasas introduciendo el método de las regulaciones menstruales, consolidó la práctica preventiva del uso de la anticoncepción y organizó acciones educativas en las jóvenes, para desarrollar conductas sexuales y reproductivas más racionales (Fleitas, R. 2000).

Para evitar los embarazos no deseados, existe también una amplia difusión de información respecto a la salud sexual y reproductiva, y aunque en nuestro país por razones económicas se ha limitado la diversidad y el recurso de métodos orales e inyectables en la red de farmacias y servicios de planificación familiar, la disponibilidad de dispositivos intrauterinos (DIU) y condones puede reconocerse como sostenida. Además de los servicios de planificación familiar que existen en las áreas de salud y en los Consultorios del Médico de Familia (nivel primario de atención) (Alfonso, A. 2006).

A pesar de esta evidente evolución, en Cuba la problemática del embarazo en la adolescencia continúa latente, lo cual se muestra a nivel nacional en las tasas específicas de fecundidad (mujeres de 15-19 años, incluyendo las menores de 15), donde el valor alcanzado en el año 2000 era de 49.6 por mil mujeres de estas edades. Esta cifra osciló en un 1% (aumentando o disminuyendo) entre los años 2001-2004, momento a partir del cual descendió hasta un 41,8 en el año 2006. Sin embargo, a partir del siguiente año, la tasa de fecundidad en estas edades se ha incrementado en un 43.4; 49.2 y un 51.3 por mil mujeres de 15-19 años de edad entre el 2007-2008 y 2009 respectivamente (**Tabla # 2**).

Es importante señalar que en el año 1981 los adolescentes constituían en Cuba el 23.9% de la población, valor que ha sufrido una reducción sensible, dada la dinámica demográfica del país (Colectivo de autores. 2000), hasta conformar en el año 2009 el 13.31% del total (Situación de Salud en Cuba. 2009).

Los datos mostrados hacen tangible lo preocupante del fenómeno objeto de estudio, pues se evidencia que la reducción de este grupo poblacional (adolescentes) ha sido en los últimos tiempos, inversamente proporcional al rejuvenecimiento de la fecundidad en estas edades; hecho que atenta contra el proceso de transformaciones, que experimenta la situación de la mujer hacia una cultura de equidad de género; pues la práctica maternal temprana obliga a la adolescente a transitar de una relación de dependencia material y espiritual paterno-filial, en su familia de origen, a un sistema de relaciones familiares en el cual se reproduce una división sexual del trabajo, donde la mujer adolescente se ubica en una posición subordinada (Fleitas, R. 2000).

La realidad cubana se muestra entonces contradictoria, pues aunque en la actualidad, otro de los avances legislativos fue la firma: el 13 de agosto de 2003 del Decreto Ley No. 234 “De la mujer trabajadora”, donde

se establece la posibilidad de que ambos progenitores compartan la Licencia de Maternidad (Artículo 16), para propiciar el mejor desarrollo de niños y niñas; aún hoy se identifica en la crianza dada a los niños cubanos, una distribución sexista de los patrones educativos.

Lo expresado anteriormente se pone de manifiesto en criterios de varios expertos en la atención médica al adolescente, cuya práctica ha arrojado que en Cuba se observan patrones sexistas, los cuales estipulan para el varón un conjunto de rasgos y modos de comportamientos que tratan de hacer de él un ser decidido, independiente, experto en sexo, se considera como una medida de su hombría y virilidad: la iniciación sexual temprana; para la cual no siempre se está preparado. Esto produce en ocasiones, que el hombre adolescente sufra de disfunción eréctil (experiencia en Consulta de Orientación y Terapia Sexual) y se debe principalmente a que la familia presiona al varón en respuesta a un estereotipo sexual “el hombre es el gallo del gallinero” (García, G. 2010)

Por este motivo el joven inicia precozmente sus relaciones sexuales, y el tener varias parejas e incluso embarazarlas, fortalece su rol masculino, le otorga status ante los ojos de la sociedad machista que aún hoy persiste (Rodríguez, A. 2010). Esta conducta no se visualiza como falta de responsabilidad, ya que es la propia célula social la que le inculca al hombre un rol de distanciamiento, al identificar la salud sexual y reproductiva como problema que le corresponde exclusivamente a la mujer.

Este comportamiento se muestra como un proceso natural a tal punto, que se justifica la ausencia del varón en las consulta de ginecología, a las que acuden las adolescentes (en busca de una orientación anticoncepcional o para interrumpir la gestación) acompañadas solamente por la madre, no con los padres. Incluso cuando la adolescente se embaraza y decide interrumpirlo, el aborto o regulación menstrual se realiza en muchos casos, con el apoyo de la madre pero a escondidas del padre (no se puede enterar), con lo cual se le libera de toda responsabilidad (Safora, O. 2010); a su vez, esas conductas reproducen el sistema patriarcal: el cuidado de los hijos corresponde al sexo femenino.

Esta diferenciación sexista, está arraigada a las nociones culturales que se transmiten de una generación a otra, por lo que la familia juega un papel fundamental; ejemplo de ello se muestra en el siguiente hecho: a una abuela (era una señora campesina y con un bajo nivel cultural) le vinieron a reclamar porque el nieto había embarazado a una muchacha y la respuesta de la abuela fue: “mire yo tengo el toro y usted tiene a la vaca, usted cuide su vaca que mi toro está suelto” (Rodríguez, A. 2010).

Con lo expresado anteriormente, al hombre no solo se le mantiene al margen de toda responsabilidad, sino que se le niega su desarrollo pleno como ser humano, que tiene el derecho de participar en el cuidado afectuoso de sus hijos. La causa de ello radica en que se le enmarca en el ámbito público, se le asigna el rol instrumental, y se le visualiza como el proveedor de ingresos (encargado del mantenimiento económico de la familia).

Mientras que en la muchacha, el patrón sexual que se inculca es totalmente contrario. De ella se espera que sea tierna, paciente, comprensiva, dependiente del hombre y sobre todo lo más pura posible (no debe conocer nada respecto al placer sexual). Se les educa en medio de tabúes y prohibiciones (García, G. 2010) A la mujer se le adjudica el rol de madre-esposa, y se le enmarca en el ámbito privado, responsable del hogar y crianza de los hijos; por este motivo las niñas son las que apoyan con más frecuencia a las madres, acciones que a su vez reproducen dentro de los hogares cubanos, un patrón de comportamiento tradicional que continúa potenciando a la mujer como centro de la vida doméstica, para lo cual renuncia a su preparación en la vida laboral y social.

Lo antes expuesto muestra que la maternidad es visualizada en la cultura patriarcal como expresión de la sexualidad femenina, noción cultural que niega la posibilidad de experimentar una equidad social entre hombres y mujeres; y que solo es posible cambiar si se construye una nueva ideología que potencie un cambio en el modelo de maternidad y favorezca de manera creciente a la mujer.

Por ello, la responsabilidad del sexo masculino debe ser inculcado por la familia a través de un largo proceso, que se inicia en la niñez; para que el hombre tenga conciencia de los riesgos a los que se expone una mujer (sobre todo si es adolescente) al tener un hijo o abortar; y se asuman las relaciones sexuales con responsabilidad e igualdad de derechos, en ambos sexos.

Es importante señalar que la maternidad adolescente en nuestro país es un fenómeno multicausal, esto se muestra desde el punto de vista biológico, en la existencia de varias condicionantes que permiten que hoy día las jóvenes inicien su vida sexual más precozmente, pues la media de estas muchachas tiene su menarquia (primera menstruación) alrededor de los 11 años, o sea que biológicamente están preparadas a partir de los 13 años (Rodríguez, A. 2010). Sin embargo, lo realmente preocupante de la precoz iniciación sexual, es que muchas veces este acto se produce con parejas momentáneas (corta duración) y sin medidas de protección; ya sea porque las relaciones sexuales se presentan de forma inesperada, o por el desconocimiento de los métodos anticonceptivos para su uso (esto es resultado de una pésima educación sexual, que muestra la falta de comunicación entre padres e hijos).

Se le suma a lo anterior, la necesidad de trabajar para elevar la autoestima femenina, hasta lograr que la mujer se visualice como ser importante dentro de la sociedad, como ser activo (García, G. 2010); porque cuando una joven posee alta autoestima es más selectiva a la hora de escoger pareja, se convierte en alguien capaz de discernir (es exigente con la pareja, se piensa de forma responsable, pues se trazan metas a alcanzar). Mientras que una adolescente con poca atención por parte de la familia, y más aún, si es una joven fumadora, marginada por el grupo de amigos, si no posee proyecto de vida, se convierte en una presa fácil (baja autoestima) y en busca de afecto se lanza a tener relaciones, sin pensar en las posteriores consecuencias (Rodríguez, A. 2010).

Existen otros factores de riesgos (aunque no son los principales, no podemos obviarlos) como por ejemplo: el consumo de alcohol, droga, etc. Si además de esto, la joven proviene de una familia disfuncional o monoparental, donde la madre se ha encargado de asumir el rol que le corresponde conjuntamente con la función de padre; o donde la adolescente ha tenido varias figuras paternas; esto influye en que esa joven asuma las relaciones de pareja de forma inestable (Safora, O. 2010) En particular muchas de estas conductas pueden suceder cuando la maternidad adolescente se vive en situaciones de pobreza o procede la joven de hogares disfuncionales.

Conjuntamente con lo expresado se halla el hecho de que la incitación al sexo llega por todas partes, incluso por los propios medios de difusión: no hay una película, no hay una novela, un video clip, etc., donde no se toque el sexo de una forma abierta, liberal (con escenas eróticas, acto sexual) lo cual tienta a la juventud a experimentar (Rodríguez, A. 2010).

Se debe señalar que la conducta social ante la sexualidad temprana ha variado, existe mayor aceptación, ha surgido un ambiente más permisible y de libertades sexuales, no se le considera un tema tabú (Peláez, J. 2010), ya que han desaparecidos los estereotipos moralistas; el hecho de tener vida sexual no representa un escándalo para nadie, es normal que una joven no llegue virgen al matrimonio (Rodríguez, A. 2010).

Se puede afirmar, a partir de lo expresado anteriormente, que en la maternidad precoz inciden variables de tipo biológicas, pero sobre todo, variables procedentes del medio social en el que está insertado el adolescente.

En este marco de cambios se hace necesario entonces, para conocer la conducta reproductiva de las adolescentes, estudiar como indicador de relevancia: la edad a la maternidad, pues a nivel nacional hubo 325 nacimientos correspondientes a madres cuya edad es menor de 15 años, estos representan el 1.6% del total de los nacimientos de madres adolescentes; mientras que de las adolescentes con edades entre 15-19 años hubo 19687 nacimientos (que constituyen el 98.3% del total de nacimientos procedentes de madres precoces, ambos datos representan el 15.3% del total de los nacidos vivos en el país para el año 2009 (ONE. 2009a). Diversas investigaciones apuntan que en el país, las madres adolescentes en su mayoría se encuentran en las edades terminales de 18 y 19 años (Fleitas, R. 2000).

El conocer la edad, permite además, entender el lugar que ocupan las madres adolescentes por diversos grupos etáreos, lugar que ha variado desde una 2da posición en el año 1975 a una 3ra en 1985; esta situación se mantuvo hasta el año 2000, momento a partir del cual el fenómeno de la maternidad adolescente pasó a ocupar el 4to lugar, donde se mantiene constante hasta nuestros días (ONE. 2009 a).

En este análisis sobre el fenómeno de la maternidad adolescente, también es importante estudiar las zonas donde residen estas jóvenes, con el objetivo de conocer el comportamiento del fenómeno a nivel nacional y entre las regiones del país (si existen tendencias regionales). Según el anuario demográfico correspondiente al año 2009, la maternidad adolescente se concentra sobre todo en las zonas rurales y en las provincias más

orientales. La tasa más baja en el 2009 la tuvo Ciudad de La Habana con un 36.3 y las más elevadas fueron: Las Tunas con 71.1, Holguín con 70.1, Camagüey con 59.0, Guantánamo con 58.5 y Granma con 58.2; todas las cifras muy por encima de la media nacional que fue para ese año de 51.3 (ONE. 2009 a).

Otra de las variables de gran incidencia en la fecundidad es el nivel educacional, pues este influye en las decisiones reproductivas que realizan hombres y mujeres; motivo por el cual nuestro país desarrolla un proceso social, que tiene por esencia: elevar el nivel educacional de la población, visto además, como un derecho ciudadano.

En el año 2009 la instrucción escolar a nivel nacional para las madres adolescentes, oscila entre: secundaria terminada con un 50.7% y el nivel medio superior (preuniversitario) con un 45.1%; pues solamente el 3.6% posee educación primaria completa, y el 0.28% del total de esta población, no culminó esta enseñanza. (ONE. 2009 a).

Conjuntamente con el análisis sobre el nivel educacional, es necesario conocer el lugar donde residen las madres adolescentes, ya que existen diferenciales entre la zona urbana y rural con respecto al nivel cultural. Esto se evidencia en que, en el medio rural predominan las adolescentes con nivel de secundaria terminado, representando un total de 54.56% (con respecto al 48.9% de las zonas urbanas); mientras que en la zona urbana, prevalecen las de nivel medio superior con 48.2% (en relación al 38.2% del medio rural). (ONE. 2009 a). Estos niveles de escolarización pueden ser satisfactorios para otras realidades, pero para la cubana de hoy, es un nivel con el cual solo se consiguen puestos de trabajo muy mal remunerados (Fleitas, R. 2000).

Independientemente de si el embarazo es causa directa de abandono escolar, este se puede promover debido a la reproducción de una cultura patriarcal en la vida de las mujeres, centrada en la relación de pareja, en el rol reproductivo y en tradicionales femeninos; o en su lugar, a la ausencia de proyectos de vida alternativos que propicien la independencia económica y cultural.

La mayoría de las adolescentes que paren son amas de casa o no realizan actividad laboral. Esto para el año 2009 se muestra en el hecho de que: las madres adolescentes activas (laboralmente), conforman solo un 19.8% (ninguna es menor de 15 años); mientras que las inactivas<sup>1</sup> representaban un 79.9% de todas las madres en esas edades, de ellas el 51.4% se declararon dedicadas a los quehaceres del hogar y el 28.4% a estudiar (ONE. 2009 a).

Si se comparan los datos anteriores con la distribución por situación de actividad, en ambos sexos de 15-54 años, se visualiza aún hoy (año 2009) una realidad que responde al imperante sistema patriarcal, el cual sitúa al hombre como el proveedor de ingresos, encargado del sustento económico y enmarcado por tanto

---

<sup>1</sup> Este enfoque de inactivas que identifica a las mujeres amas de casa es androcéntrico, pues esas mujeres trabajan y generan valor con su actividad en el hogar, y diversos estudios en Cuba comprueban que se vinculan también a actividades informales. Véase que el dato de mujeres en quehaceres del hogar es el más relevante.

en el mundo público. Esto se evidencia a nivel nacional en que, el 80.6% del total de la población masculina trabaja, cifra que supera en un 25.9% a la población femenina que también participa en el mercado laboral (con un 54.7%).

Sin embargo, al estudiar la variable: quehaceres del hogar, resalta la presencia de la mujer, quien permanece en el ámbito doméstico, dependiendo económicamente de la figura masculina y siendo la única encargada de realizar las tareas del hogar. Esta reproducción del tradicional sistema patriarcal se muestra con un total de 30.4% de mujeres “amas de casa”, cifra que no es comparable con el 0.3% que representan en el año 2009, los hombres encargados de las tareas domésticas (ONE. 2009 b).

El estado civil o conyugal constituye también otro de los indicadores, cuyo estudio es necesario al analizar la fecundidad, pues interviene junto a otras variables en la exposición al riesgo de concebir; aunque resulta importante señalar que hoy día, esta variable no se asocia a la maternidad, como un estado que legitima la paternidad de los hijos.

Lo anterior denota que al parecer para las generaciones más jóvenes ha cambiado el significado tradicional del matrimonio. Este no solo ha dejado de ser el espacio de la iniciación sexual, sino que tampoco lo sigue siendo para la formación de la familia. El matrimonio formalizado ha cedido espacio a la consensualidad, la que se ha fortalecido en la actualidad, como patrón de nupcialidad sin que ellos afecte el predominio del modelo matrimonial (ONE. 2009 b).

La convivencia en pareja resulta ser entonces, la forma más elegida por la gran mayoría de cubanos, lo cual se representa en un total de 73.9% de las madres adolescentes en el año 2009. Sin embargo, entre las menores de 15 años, le seguían en orden de importancia las solteras con un 20 % del total de la población de madres adolescentes en estas edades y en tercer lugar se hallan las casadas con un 8.3%. En el caso de las madres adolescentes cuyas edades están comprendidas entre 15 y 19 años, el segundo lugar (después de la unión consensual o compañía), lo tienen las casadas representando un 12.1% y luego, le siguen las solteras con un 10.1%; datos correspondientes al año 2009 y que demuestran la presencia de la maternidad en soltería, como rasgo a tener en cuenta al estudiar la fecundidad (ONE. 2009 b).

Conjuntamente con lo anterior, se debe tener presente que en Cuba, la edad promedio a la primera unión de los hombres y mujeres, es superior a la edad de la iniciación sexual. Para los hombres la edad media de la primera relación sexual es de 16 años y su primera unión es como promedio, algo más tardíamente a la edad de 22,2 años. Ellos por lo general eligen como pareja, a muchachas dos años más jóvenes (20,8 años) (ONE. 2009 b).

En el caso de las mujeres, la edad media a la primera relación sexual es de 17 años, mientras que la primera unión o casamiento se realiza a una edad promedio de 19,5 años y eligen como pareja, a jóvenes unos 5 años mayores que ellas (24,2 años en promedio) (ONE. 2009 b).

Con ello se demuestra que en ambos sexos se ha producido un rejuvenecimiento en la edad de iniciación sexual y también de la primera unión, aunque son las mujeres las que tienden a legalizar más tempranamente su situación conyugal.

Por último se debe señalar que en la Encuesta Nacional de Fecundidad realizada en el 2009, se analizaron indicadores relacionados con los aspectos de redes de apoyo y de vida cotidiana. El objetivo de ello era investigar entre otras cuestiones: el apoyo familiar para las tareas domésticas y las relaciones de género dentro del hogar (ONE. 2009 b).

Los resultados de esta encuesta, con relación a la participación de ambos padres en las tareas cotidianas relacionadas con la atención a los hijos menores de 12 años, y las tareas domésticas plantean que: la participación de la pareja masculina en los respectivos ámbitos, se incrementa notablemente cuando se tiene más de un hijo; mientras que con respecto a las mujeres, la participación de las mismas es elevada independientemente del número de hijos. Sin embargo, lo realmente importante en el análisis de estas variables, es que hoy día se logre visualizar dentro del fenómeno de la maternidad, la necesidad de una equidad de género, que le permita a ambos sexos, desarrollar sus potencialidades y con ello, que la mujer logre alcanzar no solo su libertad sino también su realización como ser social.

## Capítulo II: Diseño de Investigación.

En nuestro país, el embarazo en la adolescencia ha ido disminuyendo como resultado de una serie de políticas sociales, que estimulan la incorporación de la mujer al mundo público; pero aún existen territorios y jóvenes que no concientizan el problema al que se están enfrentando al asumir la maternidad precozmente.

En esa situación se encuentra la localidad de San Agustín, perteneciente al municipio La Lisa, donde la maternidad adolescente se ha mantenido constante durante el lustro 2005/2009, aunque sus valores la ubican por debajo del promedio nacional. **Tabla # 3.**

Los estudios sobre Maternidad Adolescente en el país son muy avanzados en el área médica, pero los enfoques que prevalecen están más interesados en dar cuenta del fenómeno como problema biopsíquico, que desde una perspectiva más cultural de la salud, como la que nos interesa proponer en esta investigación.

Dado los efectos socioculturales que tiene sobre la mujer la maternidad en edades tempranas; nos planteamos realizar un estudio que arroje información cualitativa y cuantitativa sobre las mujeres adolescentes madres que viven este fenómeno de relevante importancia, al relacionarse con el contexto socio-histórico en el que está enmarcado.

De ahí que formulemos el siguiente **Problema de Investigación**: ¿Qué riesgos de salud desde la perspectiva de género produce el fenómeno de la maternidad vivido por las adolescentes de San Agustín, La Lisa, en el año 2009?

Para la realización de este trabajo nos hemos propuesto los siguientes objetivos:

### **Objetivo General:**

Analizar la situación de riesgo que viven las adolescentes de San Agustín al enfrentar la maternidad a esas edades.

### **Objetivos Específicos:**

- Sistematizar los enfoques teóricos desarrollados en la Sociología de Salud, que permiten estudiar el proceso salud-enfermedad, en particular la maternidad como fenómeno de salud y socio-histórico.
- Analizar la contribución del Feminismo al estudio de la salud sexual y reproductiva y la maternidad, tomando como eje central la perspectiva de género.
- Realizar una caracterización sociodemográfica de las madres adolescentes y padres de sus hijos.
- Identificar los principales problemas de salud que viven las madres adolescentes y su hijo.
- Explorar si existen patrones similares de maternidad precoz, entre las adolescentes y sus madres.
- Caracterizar la conducta sexual y reproductiva de las madres adolescentes.
- Estudiar las percepciones de género que posee la población objeto de estudio.

### **Preguntas Científicas:**

- ¿Cuáles son los rasgos sociodemográficos que caracterizan a las madres adolescentes y a los padres de su hijo?
- ¿Qué problemas de salud experimentó la madre adolescente y su hijo durante el embarazo, el parto, y durante el primer año de vida del bebé?
- ¿Qué similitudes y diferencias se identifican en una familia, entre las madres y sus hijas que viven una maternidad temprana?
- ¿Qué riesgos socioculturales trae para el bienestar de las mujeres la maternidad en la adolescencia?

### **Definición de las variables.**

- **Salud:** bienestar biológico, psicológico y social, que se corresponde con un estado de equilibrio para adaptarse a las complejidades del medio social. Potencia a las personas, pues permite ampliar sus capacidades y opciones; por lo que no puede asociarse simplemente a la ausencia de enfermedades.
- **Problemas de salud de la madre y el hijo:** Trastornos fisiológicos y psicológicos que se producen durante el embarazo, el parto y primer año de vida del niño, y están asociados a la maternidad precoz.
- **Maternidad:** rol socio-cultural que encierra importante significación social al asignársele a la mujer contenidos de cuidadora, encargada de la crianza y educación de los hijos. Culturalmente a ella se le asigna la responsabilidad de cuidadora no sólo de los menores sino de todos sus miembros y del actor que lo desempeña se espera un grado elevado de expresividad en su comportamiento como dadora y de sacrificio personal. Su construcción simbólica y real lo han convertido en el rol central de la familia, eje de su equilibrio total.
- **Adolescente madre:** Se refiere a mujeres que entre los 12 y 19 años de edad se iniciaron en el ejercicio del rol materno. La adolescencia puede dividirse en dos etapas, una temprana (menos de 15 años) y una tardía (15 a 19 años).
- **Familia:** estructura social organizada de forma jerarquizada donde existe una distribución de roles. Espacio institucional que posee entre sus funciones principales la socialización entendida como transmisión de valores, patrones de conducta, normas, roles, etc. Pero además, es la organización social encargada de la procreación.
- **Conducta sexual y reproductiva:** conjunto de acciones relacionadas tanto con su cuerpo sexual, como a los vínculos con otros seres sexuales. Son las acciones sexuales que convirtieron a la adolescente en madre.
- **Riesgos socioculturales:** Pérdida de oportunidades para lograr un bienestar con equidad de género. Puede definirse como toda situación que pone en peligro el bienestar de la persona, no solo provocado

por una enfermedad o problema de salud determinado por causas biológicas sino también por factores culturales y sociales.

- **Perspectiva de género:** es un análisis crítico que busca las desigualdades sociales entre los sexos; evalúa las causas, los mecanismos que las reproducen y las vías para solucionar esas situaciones de inequidad. Pone el acento en los factores culturales, como determinantes de las desiguales posiciones entre hombres y mujeres, dentro de los cuales el factor clave está en el sistema patriarcal.
- **Percepciones de género:** Se refiere al significado que las personas le otorgan en cuanto a ser mujer y hombre. Opiniones, criterios, imágenes elaboradas por un sujeto o actor social sobre las tareas o acciones tipificadas para cada sexo.

### **Operacionalización.**

#### **Perfil sociodemográfico de las madres adolescentes.**

- Edad al tener el hijo.
- No de hijos
- Color de la piel.
- Nivel escolar.
- Ocupación.
- Situación conyugal
- Procedencia familiar.

#### **Perfil sociodemográfico de los papás.**

- Edad
- Nivel de instrucción.
- Ocupación.

### **Problemas de salud.**

#### **Dimensiones: Biológicas y Psicológicas**

##### **Indicadores**

- Problemas de salud padecidos por la madre durante el embarazo.
- Problemas de salud padecidos por la madre al momento del parto.
- Problemas de salud padecidos por el niño al momento de nacer.
- Problemas de salud que ha padecido el niño durante el primer año de vida.

#### **Patrón de maternidad entre madres e hijas en cuánto a:**

- Edad al primer hijo.
- Situación escolar al momento de tener el primer hijo.
- Situación ocupacional al momento de tener el primer hijo.
- Situación conyugal al momento de tener el primer hijo.

## **Riesgos socioculturales de género con respecto a:**

### Dimensiones e Indicadores:

#### 1. Conducta sexual y reproductiva.

- Edad a la primera menarquía.
- Edad al inicio de las relaciones sexuales
- Cantidad de relaciones de pareja.
- Fuentes de información sexual.
- Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.
- Edad al primer embarazo.
- Edad al primer aborto.
- Cantidad de abortos.

#### 2. Percepciones de género en cuánto a:

- Distribución de las tareas domésticas según sexo.
- Distribución de las decisiones del hogar según sexo.
- Distribución de los papeles en el cuidado del niño.
- Valoraciones sobre cual de los dos progenitores es el más importante en el cuidado de los hijos.
- Valoraciones sobre como debe ser una madre y un padre.
- Valoraciones sobre el rol que debe desempeñar una mujer.
- Valoraciones de las madres adolescentes acerca de la familia.
- Valoraciones de estas adolescentes sobre la virginidad.
- Valoraciones sobre la maternidad y la paternidad
- Continuidad del vínculo entre sus amistades y posibilidad de participar en actividades recreativas.
- Valoración sobre la lactancia materna.

## **El universo de la población y la muestra.**

La localidad de San Agustín posee una extensión territorial de 2,8 km<sup>2</sup> y limita al norte con el municipio Playa, al sur con el Cano y Valle-Grande, al este con Versalle-Coronela y al oeste con Arroyo Arena. Es un reparto urbano, que posee varios centros educativos (seis escuelas primarias, tres secundarias, una escuela especial, un preuniversitario y cuatro círculos infantiles); servicios sanitarios; sistema de alcantarillado; y recibe agua potable; por tanto, la situación epidemiológica es buena. También tiene varios centros de Salud Pública: un policlínico con una clínica estomatológica, una sala de rehabilitación, un hogar materno, dos farmacias y doce consultorios médicos.

La localidad cuenta con una población de 41696 habitantes, de ellos el 46.1% son hombres y el 53.8% son mujeres. Por su parte, los adolescentes suman un total de 4975, de los cuales: el 43.4% está enmarcado en la adolescencia temprana (menos de 15 años) y el 56.5% se halla en la etapa tardía (entre los 15-19 años); datos de suma importancia, pues el objetivo principal de esta investigación es estudiar a un grupo de jóvenes que durante la adolescencia se iniciaron en el rol materno.

El comportamiento de la fecundidad durante el período del 2005/2009, arroja un total de 1582 nacimientos, de los cuales 210 provienen de madres adolescentes, lo que representa un 13,2% del total de mujeres que en estas fechas asumieron la maternidad (**Tabla # 3**); hecho que nos permite palpar lo preocupante del

fenómeno objeto de estudio, pues este ha oscilado de forma constante durante los últimos cinco años y aunque sus datos se hallan por debajo del 20%, el riesgo que vive la adolescente determina la importancia intrínseca a cada caso.

Unido a lo anterior, se debe destacar la posición según grupos etéreos que ocupa la maternidad precoz de este territorio, con respecto al nivel nacional (**Tabla # 3**); posición que para el año 2005-2006 coincide en el cuarto lugar (territorial y a nivel nacional). Sin embargo, a partir del 2007 la fecundidad precoz en esta localidad se desplaza hacia el quinto lugar, con lo cual se visualiza una tendencia a la reducción, que se mantiene vigente para el año 2009 y que difiere con lo que sucede a nivel de país.

La muestra se escogió de forma intencionada, y está conformada por 31 madres adolescentes, las cuales representan el 8.8% con respecto al total de mujeres que asumieron el rol materno en el 2009. Es importante señalar, que los otros seis casos se encuentran fuera del territorio; y que la selección del año se debe al interés de indagar en experiencias recientes, y porque las jóvenes que trabajan continúan acogidas a la licencia de maternidad, lo cual permite ubicarlas fácilmente (pues deben permanecer en sus casas). Se le suma a ello, el hecho de que las muchachas elegidas se encuentran enmarcadas en la etapa adolescente (si tuvo al bebé en el año 2005-2007, tal vez ya alcanzó la mayoría de edad).

La selección de esta muestra responde a determinados criterios como por ejemplo, el hecho de que las personas objeto de estudio fuesen mujeres, que se encuentran en la etapa adolescente, y que asumen el rol materno en el año 2009.

### **Metodología.**

La investigación tiene un carácter analítico-descriptivo, y pretende conocer cómo se manifiesta la realidad social de las madres adolescentes en San Agustín, a partir de un estudio detallado de las variables establecidas.

Para ello se emplearon métodos cualitativos y cuantitativos, que permiten visualizar la maternidad precoz con una visión integral. Los métodos cualitativos se centran en casos determinados, buscando profundizar en el por qué, y tiene como ventaja que su diseño es flexible, por lo que sus preguntas pueden ser modificadas con el objetivo de profundizar en el tema, pero a la vez tratando de lograr estrecha comunicación con la persona objeto de estudio, para comprender el problema desde la propia percepción de los sujetos investigados.

Se asumió este enfoque cualitativo para abordar técnicas como la entrevista en profundidad, aplicada a expertos en el tema y a madres adolescentes. El conversar, con los especialistas en la atención a los adolescentes, permitió indagar en el comportamiento del fenómeno objeto de estudio, en nuestro país; a partir de sus experiencias prácticas.

En las madres adolescentes, la entrevista se aplicó a una muestra seleccionada (tres adolescentes), para construir el sentido social de la conducta de los individuos o grupos, mediante la recogida de su experiencia, de ahí la importancia de esta técnica, pues permite el acercamiento a temas que representan tabúes en la actualidad. Su principal ventaja es entonces, que permite obtener información específica, confidencial, sobre conductas sexuales que pudieron influir en el comportamiento de las actuales madres precoces; tema que requiere una cierta comodidad con el entrevistador por su intimidad. Este método brinda también la posibilidad de esclarecer cualquier pregunta y respuesta en el momento de aplicar la técnica, con lo que se eliminan errores y se recogen respuestas directas; y permite construir la historia de vida de determinadas madres adolescentes.

La Historia de Vida se realizó partiendo de un relato, que se enmarca en una determinada etapa (inicio de sus relaciones sexuales, hasta llegar a la maternidad), para explorar las valoraciones y percepciones de género de las madres adolescentes, que han influido en el comportamiento de su salud sexual y reproductiva y en el ejercicio de su rol materno).

Por su parte los métodos cuantitativos se centran en casos múltiples, pues interesa conocer el nivel de frecuencia con que se produce el fenómeno, la cantidad de veces que esto ocurre en un contexto social-concreto, etc., por ello recoge datos sólidos y repetibles. Su diseño es rígido, orientado al resultado, y trata de medir las acciones y conductas con un alto grado de control.

Se empleó para ello la encuesta semi-estructurada, pues una vez establecida la comunicación con las personas objeto de estudio, se realizaron preguntas abiertas y cerradas. A través de esta técnica, se midieron las variables sociodemográficas expuestas anteriormente (edad al tener el primer hijo, nivel escolar, ocupación, color de la piel, etc.). Tiene como ventaja que es anónima, lo cual brinda a las personas objeto de estudio cierta libertad, para expresar sus criterios.

### **Plan de análisis.**

Al desarrollar una investigación, una de las primeras actividades a realizar es el levantamiento bibliográfico, para conocer cuales fuentes abordan el tema objeto de estudio. Una vez seleccionada la bibliografía, le aplicamos a cada texto el análisis de contenido con el objetivo de recoger el conocimiento acumulado por diversos autores en diferentes ramas de las ciencias sociales. Este paso es de suma relevancia, pues nos permite construir una síntesis sobre la importancia que tiene estudiar la maternidad adolescente, no solo desde las ciencias de la salud, sino también desde los propios clásicos de las ciencias sociales, específicamente de la Sociología. Por ello el indudable uso en este trabajo de la triangulación metodológica, para lograr estudiar la maternidad adolescente como problema social sensible de ser estudiado por la Sociología de la Salud.

Una vez elaborado los presupuestos que integran la base teórica, a partir de la cual se desarrolló la investigación, se confeccionó el diseño de investigación, cuyo objetivo responde al desarrollo de un trabajo de tipo analítico-descriptivo con una metodología que se caracteriza por el empleo de técnicas cualitativas (entrevista en profundidad, historia de vida), y cuantitativas (encuestas) que nos permiten conformarnos una concepción integral para visualizar a este fenómeno como problema social.

Se incluye además en las técnicas cualitativas, el uso de métodos comparativos, entre las jóvenes que han asumido la maternidad precoz y sus madres, para conocer si se reproducen patrones tales como: edad al primer hijo, nivel escolar, ocupación y situación conyugal. Este método, mediante el cruzamiento de variables, me permite visualizar la variedad de formas y procesos, de estructuras y comportamientos sociales, que existen tanto en el espacio como en el tiempo, y conocer sus percepciones respecto a los temas de género (roles sociales, espacios y funciones).

Es necesario señalar también, el uso de la estadística descriptiva, con el fin de calcular la moda, por cientos, etc.; valores que nos ayudan a ubicar los datos dentro de una escala de medición, para arribar a conclusiones cuantitativas que muestren la incidencia del fenómeno.

### **Línea de tiempo.**

La investigación consta de tres etapas:

- En la primera etapa se perfeccionaron los capítulos teóricos y metodológicos, correspondientes a los talleres VI y VII y se realizó las entrevistas a expertos. (septiembre/diciembre)
- Posteriormente (entre enero y febrero) se aplicaron las encuestas al total de la muestra, y de acuerdo a lo obtenido, se les realizaron entrevistas a casos concretos, para profundizar en determinados aspectos y con ello enriquecer la información.
- Por último, se procesaron y analizaron los datos (marzo), se redactó la primera versión de la tesis (abril), y luego la versión definitiva acompañada de las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos. Este trabajo debe ser entregado el 27 de mayo del 2011.

### **Recursos necesarios para la investigación.**

<b><u>Recursos</u></b>	<b><u>Cantidad</u></b>	<b><u>Precio en CUC.</u></b>	<b><u>Precio en MN</u></b>
Hojas	1000	12	300
Bolígrafos	3	50 cent. c/u	37,5
Grabadora	1	10	250
Cassette	2	85 cent. c/u	42,5
<b><u>Totales</u></b>		25,5	630

### Capítulo III: Peculiaridades de la maternidad adolescente en un contexto territorial: San Agustín, La Lisa.

#### Epígrafe I: Caracterización sociodemográfica de las madres adolescentes y los padres de su hijo.

##### *Maternidad adolescente y edad.*

La población estudiada está integrada por 31 adolescentes que en el 2009 fueron madres, ellas conforman el 8.8% de todas las mujeres que tuvieron hijos ese año, como se había mencionado antes. En relación al universo (210) de las adolescentes que asumieron el rol materno en la localidad de San Agustín entre el 2005-2009, la muestra simboliza un 14.7%.

Referido a la edad se obtuvo que 25 de las madres adolescentes se encuentran entre los 17-19 años, representando el valor del 80.6%; siendo además los 18 años, la edad que más se repite (moda) en estas muchachas, con respecto al momento de tener al primer hijo.

Esto significa que la mayoría de las jóvenes que se iniciaron en el rol materno durante el año 2009 en esta localidad, se hallan en la adolescencia tardía (**Tabla # 4**); situación que se asemeja a lo que afirman las estadísticas nacionales en relación a la distribución de la edad, pues del total de nacimientos cuyas madres son adolescentes, el 98.3% proviene de muchachas mayores de 15 años (ONE. 2009 a), etapa en la que es menor la exposición a los riesgos biológicos, siendo entonces las afectaciones psico-sociales las más relevantes.

Sumado a lo anterior se debe señalar que para el 87.1% (27) de las madres precoces, este hijo fue su primera experiencia.

##### *Maternidad adolescente y color de la piel.*

El color de piel blanca es el que prevaleció en el grueso de la población objeto de estudio con un 58.1% (18), mientras que las madres adolescentes de piel no blanca representan un 42% (13) del total (22.6% adolescentes de piel negra y 19.4% de piel mestiza) (**Tabla # 5**). Esta es una característica del universo muestral, pues no se tienen datos sobre la distribución por color de la piel de la población en el territorio<sup>2</sup>.

Sin embargo, el hecho de que la maternidad precoz sea un fenómeno que predomine entre mujeres blancas, coincide con la tendencia encontrada en varias investigaciones (Fleitas, R. 2000) (González, L. 2007) y puede deberse a que en el país, la población de piel blanca es mayoritaria alcanzando casi el 66%. En el caso específico de Ciudad de la Habana, la Encuesta Nacional de Fecundidad estimó para las mujeres de piel blanca un valor de 62.2% v/s 28.5% y 9.3% piel mestiza y negra respectivamente (ONE. 2009 b).

---

<sup>2</sup> Se indagó sobre esta variable en la Oficina de Estadística del municipio La Lisa, y los resultados mostraron ausencia de la distribución de la población en relación al color de piel, por ser considerado un análisis discriminatorio.

### *Maternidad adolescente y nivel escolar.*

Del total (31) de adolescentes que se decidieron por la maternidad en el año 2009, el 48.3% (15) se concentra en el nivel de secundaria terminada, seguido por el 38.7% (12) que posee el nivel medio superior terminado; mientras que el 9.6% (3) no finalizó el nivel medio superior y el 3.2% (1) no terminó la secundaria. Estos datos reflejan que a medida que estas jóvenes deciden tener hijos a edades más tempranas, el grado escolar disminuye. **Tabla # 6-7.**

Los resultados obtenidos concuerdan con otros estudios analizados (Naranjo, A. 2007) (González, L. 2007), mostrándose entre ellos una mínima diferencia en la distribución de las madres adolescentes por nivel de instrucción, y es que en la localidad de San Agustín no se obtuvo la categoría de universitario sin terminar. Este comportamiento territorial coincide con la tendencia nacional, cuyos niveles de escolaridad para las madres adolescentes oscilan entre secundaria terminada con un 50.7% y el nivel medio superior con un 45.1% (ONE. 2009 a).

Dentro de este análisis sobre los niveles de instrucción que poseen las madres adolescentes, se debe resaltar también la actitud asumida por un 19.3% (6) que continuaron sus estudios hasta hoy día, conjuntamente con la nueva experiencia de ser mamá; aunque la generalidad (25) dejó la escuela (**Tabla # 8**).

Entre los motivos más mencionados para abandonar los estudios se observa que el 40% (10) apunta al hecho de estar embarazada, mientras que el 20% (5) confirma haber abandonado el centro escolar porque no le gustaba estudiar. Se le suma a ello, que el 24% (6) se alejó de la escuela al concluir el nivel medio superior, mientras que un 12% (3) de las adolescentes madres, no respondieron a esta pregunta y solo el 4% (1 muchacha de 14 años de edad) expuso como causa del abandono de sus estudios, que la señora (maestra) la expulsara del centro porque estaba embarazada (**Tabla # 9**).

### *Maternidad adolescente y ocupación.*

Los niveles de escolaridad antes mencionados, ya sea a causa de la maternidad precoz o por falta de motivación, limitan la inserción laboral de estas adolescentes; afirmación que se constata al analizar la distribución por ocupación, pues del total (25) que abandonó los estudios: el 72% (18) es actualmente trabajadora doméstica no remunerada y solo un 28% (7) ha logrado incorporarse al ámbito público. De ellas el 20% (5) se desempeña como trabajadora de los servicios (gastronómicas, informática, secretaria), mientras que un 4% (1) es enfermera y otro 4% (1) se dedica al baile (bailarina) (**Tabla # 10**).

Este comportamiento en el territorio de San Agustín coincide con la media nacional, pues de forma general las muchachas que paren precozmente se declaran dedicadas a los quehaceres del hogar (51.4%) y en otra gran medida a los estudios (28.4%), siendo pocas las que logran reinsertarse en el ámbito laboral (19.8%) (ONE. 2009 a).

¿Será entonces la maternidad precoz, el factor que emerge como principal obstáculo en el desarrollo de un proyecto de vida, que le permita a la mujer su emancipación?

Con el objetivo de indagar en estas cuestiones, se tomó a las 10 adolescentes que abandonaron los estudios porque estaban embarazadas (como se expuso anteriormente) y se comparó su participación en el mercado laboral tomando como eje central dos momentos: al iniciarse la gestación y en la actualidad.

Los resultados obtenidos muestran que se redujo la participación laboral de las madres adolescentes en el espacio público, pues al analizar el primer instante (al quedar embarazada) se constató que el 50% (5) de estas madres adolescentes estaban integradas al ámbito laboral y con ello recibían un ingreso o ayuda económica (el 40% trabajaba y el 10% estaba pasando servicio social y recibía un estipendio). Sin embargo, en la actualidad solo un 10% (1) ocupa un puesto de trabajo, como proyecto alternativo a la maternidad; a pesar de que el 80% (8) se enmarca en la adolescencia tardía, en plena edad laboral (entre los 17-19 años).

El motivo imperante para que estas madres adolescentes no se reinseren es: que no tienen con quien dejar al bebé, situación que representa al 40% (4) y que puede deberse al poco tiempo de vida que tiene el niño para acceder al círculo infantil (los pequeños tienen un año y unos meses, pues nacieron durante el 2009): “las mujeres no deben tener hijos jóvenes, porque se pasa trabajo con el círculo infantil” (Encuestada # 21); “opino que cuando la madre cumple su año de Licencia de Maternidad, el Estado debe garantizar el Círculo Infantil; porque el padre tiene que trabajar para aportar otro ingreso económico al hogar” (Encuestada # 4). Se debe tener presente también, que un 20% (2) no respondió, mientras que el restante 30% (3) de estas madres precoces, alegan que les gusta estar en la casa; justificación que refleja en estas adolescentes una carencia de proyectos de participación en la vida pública, que les permita su empoderamiento como mujer.

De lo anterior se infiere, que aún hoy, prima el modelo de maternidad tradicional en un 58.1% (18 adolescentes que ni estudian, ni trabajan), frente al modelo de maternidad con participación en la vida pública: 41.9% (13), que engloba a las 6 (19.3%) adolescentes que estudian y a las 7 (22.5%) que trabajan. Esta realidad convierte a la mayoría de las madres precoces en trabajadoras domésticas no remuneradas, que poseen dependencia económica de la familia o cónyuge, con lo que afectan el presupuesto familiar y generan una tendencia a la pobreza. De ahí que podamos afirmar que el nivel escolar influye directamente en el status social, incluso si la adolescente se incorpora al ámbito público; pues su reinserción es al costo de su desarrollo profesional; ya que las condiciones actuales al exigir altos niveles de instrucción, las obligan a asumir puesto de trabajo mal remunerados, que no implican independencia económica.

#### *Maternidad adolescente y situación conyugal.*

El análisis de esta variable en dos instantes: al momento de tener al bebé y en la actualidad, nos permite conocer si varía la distribución del estado civil que poseen las adolescentes, en relación a la edad. **Tabla # 11-12**

Los datos adquiridos muestran que el grueso de las madres adolescentes, poseen un alto nivel de estabilidad (matrimonio o unión consensual) en ambos grupos etáreos, situación que se mantiene al momento de tener al bebé con un valor de 70.9% (22) y en la actualidad, con un 64.5% (20). Sin embargo, no deja de ser

desestimable las mujeres que al dar a luz se encuentran sin pareja (soltera o separada) representadas por un 29% (9), condición que refleja un ligero incremento hoy día, con un 35.4% (11 adolescentes solteras) y que suele ser una agravante en el ejercicio del rol materno.

De todas formas no puede olvidarse que la mayoría son mujeres dedicadas a los quehaceres del hogar y que sólo en la pareja y familia, encuentran una solución a sus problemas de supervivencia.

#### *Maternidad adolescente y procedencia Familiar.*

Con el objetivo de conocer el escenario del que proviene la joven adolescente, se estudió de forma combinada (en la madre y el padre de la adolescente): la edad al primer hijo, el nivel escolar, la ocupación y situación conyugal.

El análisis de la edad nos permite verificar si existen entre ambos progenitores, conductas precoces de maternidad y paternidad. Se logró comprobar que en las madres, esto sucede para un 33.3% (10)<sup>3</sup>; mientras que en los padres el comportamiento es menor, pues solo se identificó en el 19.2% (5)<sup>4</sup>.

Los papás de estas adolescentes tuvieron su primer hijo entre los 17 y 42 años, siendo los 20-24 años el grupo etáreo donde se enmarca el 38.4% (10) de estos hombres. Por su parte, las madres poseen un período de fecundidad más joven, ya que sus edades oscilan entre los 15-29 años. Resulta significativo entonces señalar que el 40% (12) de ellas, coinciden en el mismo grupo de edad que los padres (20-24 años); situación de la que se infiere, que muchas de estas mujeres suelen establecer relaciones de pareja con hombres que se ubican dentro del rango de los iguales (una misma generación). Es importante tener en cuenta que esta ya es la generación que vivió la revolución sexual en Cuba.

En cuanto al nivel escolar se evidenció que en ambos progenitores<sup>5</sup> predominan niveles superiores al secundario (técnico medio-12mo grado), aunque los padres superan en un 15.2% a las madres: 65.2% (17) y 50% (15) en padres y madres, respectivamente. En orden de importancia le sigue secundaria terminada con un 43.3% (13) en las madres, mientras que en los padres este nivel engloba al 30.7% (8). A ello se le suma que en el nivel primario se obtuvo un 3.8% (1) en los padres y ninguno es analfabeto; mientras que en relación a las madres se detectó un 3.3% en cada una de esas categorías (1 con nivel primario y 1 es analfabeta).

Estos niveles muestran que los padres poseen una mejor instrucción en relación con las madres, situación que puede estar dada por la distribución de la edad al primer hijo. Pero lo realmente relevante en estos

---

<sup>3</sup>Más adelante cuando se analice a las actuales madres adolescentes en relación a su progenitora, se abordará la reproducción del patrón de fecundidad precoz entre ambas generaciones. Aquí sólo vale referir el dato que representan las madres de las adolescentes en relación a los padres.

<sup>4</sup>Estos por cientos son con respecto al total de datos obtenidos (30 en las madres y 26 en los padres).

<sup>5</sup>Ídem.

datos, es que ambos progenitores se concentran entre el nivel secundario y medio superior, comportamiento que es reproducido por las actuales madres adolescentes.

Sumado a lo anterior, se evaluó la variable ocupación para identificar la participación de ambos padres (de las adolescentes) en el ámbito público al momento de tener su primer hijo.

Las respuestas encontradas<sup>6</sup> muestran que el 50% (12) de los padres son profesionales, mientras que las madres representan un 35.7% (10); le sigue en orden de importancia, el medio familiar obrero con un 29.1% (7) para los padres y un 7.1% (2) en las madres. En el sector de los servicios, los padres conforman un 8.3% (2), mientras que las madres apenas alcanzan un 3.5% (1). A ello se le agrega que un 10.7% (3) de las madres estaban estudiando, frente al 4.1% (1) que representaban los padres en esta actividad y que en los padres se detectó la categoría de trabajador por cuenta propia con un 8.3% (2).

El dato de mayor relevancia que aquí se obtuvo es, que las madres trabajadoras domésticas no remuneradas representan un 42.8% (12). Como no se tiene información sobre la ocupación actual de las madres de las muchachas estudiadas, no es posible saber cuántas de ellas lograron reinsertarse posteriormente en el mundo público y qué causas lo determinaron

De manera general se infiere que el grueso de las madres adolescentes proceden de hogares donde al menos uno de sus padres se ejercía como profesional al ellas nacer. En el 95.8% (23) de los padres se constata un vínculo laboral con un puesto de trabajo por el cual obtienen ingresos; mientras que las madres lo hacen en relación a un 46.4% (13).

Por su parte, el estudio de la situación conyugal evidenció que la mayoría de las madres adolescentes descenden de familias donde prima la estabilidad de pareja, para un 58.1% que representa a 18 relaciones (17 unidas por el matrimonio y 1 de forma consensual); mientras que un 38.7% (12) proviene de padres separados o divorciados. A este por ciento se le suma una madre en estado de viudez, con un 3.2% (esposo fallecido).

Se debe señalar entonces, que entre los padres de las hoy madres adolescentes, se refleja una tendencia al acompañamiento en la crianza y educación de los hijos, comportamiento que puede ser asumido por las nuevas generaciones como patrón a seguir.

#### *Perfil sociodemográfico del padre del niño.*

Los progresos hacia la igualdad entre los géneros, dependen de una transformación de las normas y comportamientos sociales que perpetúan la discriminación.

Tradicionalmente la propia sociedad ha identificado la reproducción y subordinación como funciones exclusivas de la mujer, al otorgarles el rol de cuidadoras y enmarcarlas en el ámbito doméstico; mientras

---

<sup>6</sup> El perfil de ocupación se calculó para un total de 28 madres y 24 padres, pues el resto de los datos son desconocidos por las adolescentes estudiadas.

que al hombre se le ha situado en el espacio público, visto como proveedor de ingresos, condición que a su vez le otorgaba distanciamiento en la educación de los hijos.

Sin embargo, el nuevo contexto social iniciado apenas unas décadas, ha ampliado las opciones para las mujeres y ha mostrado la necesidad de otorgarle al varón, la parte de responsabilidad que le corresponde, al iniciar una relación de pareja de la cual emerge una familia.

Por ello, resulta de vital importancia conocer el tipo de hombre que prefieren estas mujeres, a partir de las siguientes variables: edad, nivel escolar y ocupación.

#### *Paternalidad y edad.*

Los datos recogidos muestran que los 31 hombres con quienes las adolescentes concibieron su primer hijo (independientemente de si tenían en esos momentos una relación de pareja sexual), poseen edades comprendidas entre los 18 y 41 años; siendo el grupo etáreo de 20-24 años el de mayor por ciento (54.8% que representa a 17 padres). La edad más frecuente para arribar a la paternidad resultó ser entonces los 23 años (19.4% conformado por 6 papás), y solo 2 (6.5%) de estos hombres se iniciaron en el rol paterno durante la adolescencia tardía (a los 18 años).



**Ambos padres adolescentes.**

Eso significa que tiene menor relevancia cuantitativa la paternidad adolescente, y que entre estas mujeres se sigue reproduciendo el patrón tradicional de elegir una pareja masculina de mayor edad, ya sea por la experiencia que estos hombres pueden aportar a la relación sexual o por los lazos de dependencia económica que la adolescente establece con su cónyuge<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup>Estos lazos de dependencia también se manifiestan al interior de las dos parejas (aún mantienen su relación) cuyos miembros (madre-padre) son adolescentes, ya que ambos papás trabajan en el ámbito público (panadero-obrero) y aportan ingresos; no siendo así con las madres (una estudia y la otra es trabajadora doméstica no remunerada); situación que las convierte en subordinadas, al ser dependientes económicas.

### *Paternalidad y nivel escolar.*

El nivel de instrucción se constató en relación a 30 padres, pues hubo una madre adolescente que desconocía el dato. La información obtenida muestra que 26 papás poseen niveles superiores al secundario, ellos conforman al 86.6% del total. Dentro de ese grupo, el nivel medio superior es el de mayor peso con un valor de 56.6% (17), seguido por un 26.6% (8) que tiene un técnico medio terminado; mientras que el 3.3% (1) aún está estudiando (es universitario sin terminar). A su vez, en el nivel de secundaria terminada, se obtuvo el valor de un 13.3%, cifra que engloba a 4 de estos padres.

Es importante señalar que solo en 10 (32.2%) parejas se apreció igual nivel escolar, para ambos progenitores: 3 (9.6%) coinciden en secundaria terminada y 7 (22.5%) en nivel medio superior.

Estos datos hacen tangible no solo el hecho de que las madres adolescentes se interesen en hombres mayores de edad, sino también que posean una mejor instrucción; afirmación que se constata al existir un 38.3% más de papás con niveles superiores al secundario, frente al que presentan las mamás en esta categoría (86.6% v/s 48.3% de padres y madres respectivamente). También es necesario decir que la baja prevalencia de la paternidad precoz y la más alta de la maternidad, crea ventajas a los hombres para poder alcanzar niveles superiores de educación y mejores puestos de trabajo.

### *Paternalidad y ocupación.*

De las 31 madres adolescentes que forman la muestra, 27 lograron dar un perfil de los padres de sus hijos, referido a la ocupación. Los resultados arrojan que 3 (11.1%) de estos hombres no trabajan (1 aún estudia en la universidad) y ninguno es adolescente; siendo entonces el 88.8% (24), los padres que participan en el mercado laboral.

De ellos: el 37.5% (9) son trabajadores de los servicios (chofer, panadero, cocinero, económico, gastronómico, etc.), ocupaciones que no requieren altos niveles escolares (oscilan entre secundaria terminada y técnico medio); mientras que otro 37.5% (9) son técnicos que poseen nivel medio superior terminado y se desempeñan como: militar, maestro, técnico de transporte, informático, enfermero, etc.

Se suma a lo anterior que, 2 (8.3%) de estos papás son obreros en la fábrica de pastillas del territorio (ambos tienen el nivel medio superior terminado); y el restante 16.6% (4) trabaja por cuenta propia (carnicero, veterinario, albañil), aunque sus niveles de instrucción son: técnico medio y nivel medio superior terminado.

La diferencia relevante al analizar el nivel escolar entre madres y padres de esta muestra, se evidencia en que: los hombres al poseer mejor instrucción, se hallan en una situación de ventaja dentro del mercado laboral, frente a las mujeres madres adolescentes; realidad que reproduce aún hoy el tradicional sistema patriarcal.

¿Serán entonces estos factores (nivel escolar y la ocupación) determinantes, para que las madres adolescentes en busca de protección económica, establezcan relaciones de pareja con hombres mayores?

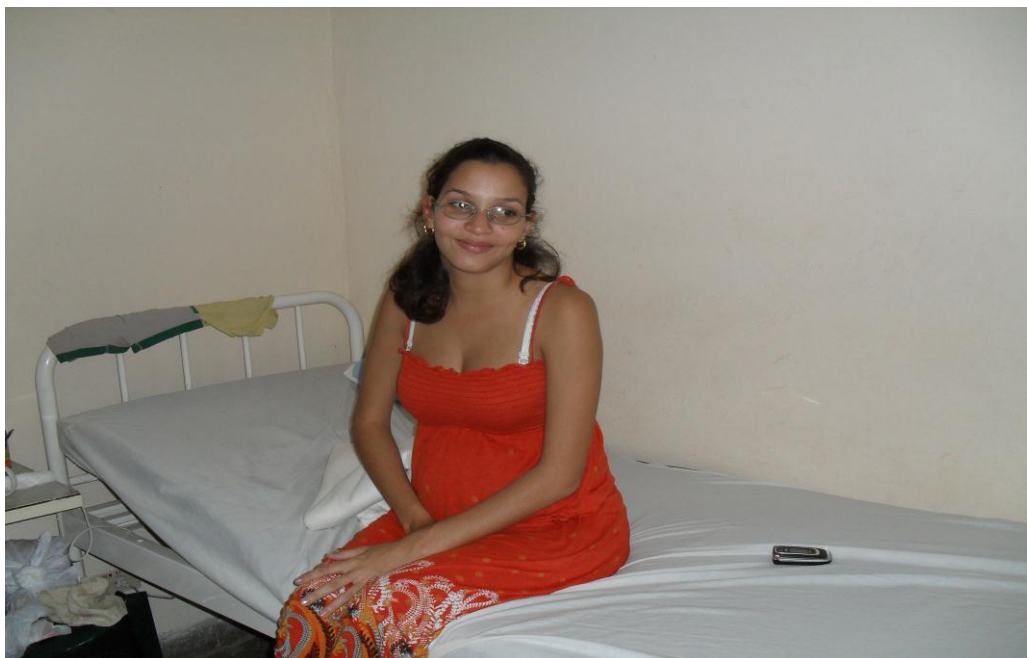
## Epígrafe II: Los problemas de salud en la madre adolescente y su hijo.

El asumir la maternidad a edades tempranas constituye un proceso complejo, por las afectaciones psicológicas que pueden producirse en la joven al afrontar el cuidado de los hijos (muchas veces sin apoyo, acompañamiento de la pareja); por el aislamiento de las actividades colaterales que caracterizan esta etapa (compartir con amistades, visitar centros de recreación, etc.); porque se les trunca el proyecto de participación en la vida pública; o por los riesgos biológicos a que se exponen las adolescentes durante el embarazo y al momento del parto, riesgos que no solo perjudican su vida, sino la del bebé.

Según la experiencia de especialistas<sup>8</sup> el embarazo se complica cuando este tiene lugar en la adolescencia precoz (menos de 15 años), durante los primeros tres años de edad ginecológica, pues aún no se ha completado el desarrollo de los genitales (Peláez, J. 2010); siendo la probabilidad de muerte en el parto, de 6 a 7 veces más que en las posteriores edades (Safora, O. 2010).

Además, los riesgos biológicos aumentan como resultado de una insuficiente madurez que es propia de la edad, y que se muestra en: mal nutrición, identificación tardía o intermedia del embarazo, el ingerir bebidas alcohólicas, fumar, etc.

Debido a lo anterior (riesgos biológico y edad), en ocasiones se solicita una hospitalización o un reposo institucionalizado en un hogar materno que es necesario para el cuidado de la madre y el bebé, pues ambos requieren de vigilancia extrema por parte del personal autorizado (médicos y enfermeras), aunque en la familia la puedan cuidar (García, G. 2010).



**Yamila en el hogar materno donde ingresó por problemas de salud**

---

<sup>8</sup> Entrevista realizada a expertos (2010): Safora, O; Rodríguez, A; Peláez, J; García G; Rodríguez, R.M.

Estos planteamientos se identificaron en las madres estudiadas, a partir de entrevistas orales: “durante el embarazo me desarrollé como hipertensa (me subía la presión). Las causas eran que no me cuidaba, comía mucho pan, pizza y no sabía que podía con eso afectar al niño. Después que me subió la presión, me ingresaron en un hogar materno, situación que me afectó, pues me sentía mal, extrañaba mi casa, mi mamá, me sentía sola” (H.V. #3).

Estos ingresos pueden ocurrir también porque en la casa de esas adolescentes, ellas no reciben todas las atenciones para desarrollar de forma estricta un reposo (que evite los partos pretérminos, la muerte fetal intrauterina, el bajo peso del recién nacido, etc.); situación que se constató en las otras dos entrevistas orales: “durante el embarazo estuve a punto de perder la barriga, pues tenía el orificio interior del cuello del útero demasiado abierto, por lo que ingresé en un hogar materno (dos meses)” (H.V. #1). “durante mi embarazo no tuve que ingresar precisamente en un hogar materno; sino en el hospital “Maternidad Obrera”, durante un mes, porque la niña estaba en el canal del parto, tenía contracciones y riesgos de ser prematura” (H.V. #2).

Este ingreso institucional, implica un distanciamiento de la adolescente con el entorno familiar que en muchos casos produce afectaciones psicológicas; por ello se les dan interconsultas con especialistas, se les trata de ubicar en un mismo cubículo (pues comparten los mismos intereses, tienen la misma edad), se les propicia una mejor adaptación (García, G. 2010).

Lo anterior refleja que nuestro sistema de salud tiene como base: garantizar el máximo bienestar a las madres adolescentes y sus bebés, motivo por el cual les brinda una atención diferenciada y privilegiada.

Sin embargo, en el momento del parto un alto por ciento requiere cesárea, sobre todo si son jóvenes de edades más tempranas, debido a que el útero no tuvo un desarrollo adecuado; hecho que se constata en las experiencias vividas por madres estudiadas que fueron intervenidas quirúrgicamente, ellas representan un 19.3% (6) en relación a la muestra (31) y se enmarcan entre los 14-17 años; siendo entonces en 4 (66.6%) de las adolescentes sometidas a cesárea, donde se detectaron los principales problemas de salud (de la madre y el niño).

Las complicaciones al momento del parto fueron: con un 50% (2) pérdida de líquido amniótico (motivo por el cual el bebé se estaba ahogando); mientras que un 25% (1 muchacha) tuvo un ataque de eclampsia (hipertensión) y el otro 25% (1) fue un bebé que tomó agua de la placenta (líquido amniótico).

Se le suma a ello el análisis comparativo de los problemas de salud, presentados por los hijos (de estas cuatro madres) al nacer y durante el primer año de vida.

En relación al primer instante, se obtuvo que solo el 16.6% (1) nació con un hematoma (lesión) en el pulmón, a causa de haber tragado agua de la placenta; mientras que en el plano temporal más amplio

(durante el primer año de vida), se reflejaron padecimientos tales como: asma (el caso antes mencionado), anemia y alergia, con un valor de 16.6% respectivamente.

Lo anterior muestra entonces una variación de hasta un 33.2%, en el comportamiento de los problemas de salud presentados por los hijos de estas madres precoces (de un 16.6% al nacer a un 49.8% actualmente); situación que hace tangible lo planteado por el especialista Jorge Peláez: la maternidad en la adolescencia implica que una muchacha que pudo haber tenido un desarrollo social, pague un precio con su proyecto de vida, pero no solo lo paga ella sino también el niño, porque **se sabe que hijos de madres adolescentes ingresan más en los hospitales pediátricos durante el primer año de vida, porque evidentemente los cuidados de una madre no capacitada e inmadura, no son los mismos que los brindados por una madre adulta** (Peláez, J. 2010).

### Epígrafe III: Similitudes y diferencias entre las madres y sus hijas que viven una maternidad temprana.

Asumir el rol materno durante la adolescencia puede estar determinado por la transmisión de generación a generación, de un patrón de maternidad. En las sociedades más patriarcales originarias, las mujeres se casaban en edades tempranas y se concentraban en cumplir los roles de buenas madres y esposas (se les enmarcaba de forma exclusiva en el ámbito doméstico, otorgándoles el rol de cuidadoras), para los cuales se consideraban predestinadas. Esto les daba prestigio y lo convertían, por tanto, en el anhelo de toda mujer.

Hoy día gracias a una serie de transformaciones en la realidad cultural del país, lo que se espera socialmente de una mujer es que rompa el tradicional sistema patriarcal, estudie una carrera, y se convierta en una profesional que goce de independencia económica y autonomía.

Pero, ¿coincide ese ideal y proyecto de emancipación con los patrones culturales que sobre la maternidad, tienen algunas familias?

Algunas investigaciones señalan la presencia de familias que en la práctica cotidiana transmiten una serie de valores sexistas, al inculcar que las mujeres para ser realmente mujeres tienen que ser madres, y para ser buenas madres tienen que dejar todo y dedicarse por completo a los hijos (Rodríguez, RM. 2010).

Con el objetivo entonces de conocer si influye en la maternidad precoz, el proceder de madres adolescentes, se estudió al 33.3% (10 madres e hijas) que reproducen ese patrón (como se indicó en el primer epígrafe).

El análisis comparativo de este resultado (33.3%) con otros estudios ya citados (Fleitas, R. 2000) (Naranjo, A. 2007), evidencia una diferencia importante con respecto al peso que tiene el factor materno/filial en la reproducción de ese patrón de fecundidad, y es que estas investigaciones arrojan entre un 60% y un 56.7%. Quiere decir que la mayoría de las madres adolescentes, no tienen una madre adolescente como referente materno/filial. Sin embargo, el estar en el segundo lugar entre 3 grupos etáreos (20-24, 15-19 y 25-29) y que la edad que más se repita sea 18 años, resulta significativo pues identifica el modelo de maternidad temprana como proceso que se reproduce al interior de la familia.

**Pero, ¿Se heredará dentro de este grupo de adolescentes madres (10 madres e hijas) solo el patrón de fecundidad precoz o se transmiten también determinadas características sociodemográficas?**

Para profundizar en estas cuestiones, se analizó algunas variables susceptibles de ser comparadas entre ambas generaciones, como: la edad, el nivel escolar, la ocupación y la situación conyugal.

Referido a la edad se observó una disminución del valor con que las adolescentes actuales se iniciaron en el rol materno; lo cual significa que se produjo un rejuvenecimiento de la fecundidad de las hijas (17 años) en relación a sus madres (18 años). **Tabla # 13.**

Con respecto al nivel escolar se obtuvo que del total de madres (10), hoy abuelas: el 50% (5) poseía el nivel de secundaria terminada, mientras que un 40% (4) tenía estudios superiores a esta categoría (30% nivel

medio superior terminado y 10% técnico medio) y solo un 10% (1) se enmarcaba en el nivel primario (6to grado).

Estos valores revelan una disminución del nivel de instrucción de una generación a otra<sup>9</sup>, ya que las actuales adolescentes madres superaron en un 30% a sus madres en el nivel secundario, al presentar un 80% (8) en este rango. Incluso, las hijas que ostentan nivel medio superior terminado difieren en un 10% en relación a sus progenitoras (30% v/s 20% de madres e hijas respectivamente).

En relación a la ocupación, 9 de estas 10 madres adolescentes lograron dar un perfil de sus madres, también adolescentes.

Los resultados muestran que al momento de tener al primer hijo, el 55.5% (5) de las hoy abuelas (madres precoces) participaban en el ámbito público; ya sea estudiando con un 33.3% (3), o trabajando como enfermera y gastronómica (11.1% respectivamente). Mientras que el restante 44.4% (4) era trabajadora doméstica no remunerada, comportamiento que coincide con el mostrado por el 70% (7) de las madres de la nueva generación; y que manifiesta como tendencia cíclica entre ambas generaciones, la subordinación de la mujer enmarcada en el hogar, con lo cual se reproduce el imperante sistema patriarcal.

A estos datos se le agrega, que solo un 30% (3) de las hijas (hoy también madres) se distribuyen entre el mundo escolar con un 20% (2) y el laboral, representado por el 10% (1) que trabaja en los servicios.

Este análisis del referente maternal nos permite deducir, que en el contexto actual asumir la maternidad en la adolescencia, cuando aún no se está preparado para optar por otros proyectos de vida alternativos, implica mayores consecuencias sociales para estas muchachas, que las sufridas por sus madres (años atrás); pues existe un mayor nivel de exigencia educacional para ingresar al mercado laboral y por supuesto a menor edad, disminuye el nivel escolar y con ello su oportunidad de reinserción.

Por su parte, la evaluación de la situación conyugal arrojó un alto nivel de estabilidad para ambas generaciones (10 madres e hijas); afirmación que se constata en que: el 70% (7) de las madres de las adolescentes estaban casadas, mientras que en las hijas, el 60% (6) también tenía pareja (50% unida y 10% casada).

Se puede concluir entonces que entre las madres adolescentes y sus progenitoras, no solo se reproduce un patrón de fecundidad precoz, sino también la tendencia de estar acompañadas al enfrentar la crianza de un hijo; comportamiento que puede deberse a la lógica de dependencia de género, que aún persiste.

---

<sup>9</sup> Este cambio en la escolaridad puede deberse a la disminución de la edad al primer hijo.

## Epígrafe IV: Riesgos socioculturales que trae para el bienestar de las mujeres, la maternidad en la adolescencia.

### *4.1: Conducta sexual y reproductiva de las madres adolescentes.*

La maternidad en la adolescencia perjudica el bienestar de las mujeres, pues les impide en tempranas edades desarrollar sus capacidades y opciones laborales, situación que implica una pérdida de oportunidades y que las coloca en desventaja social. Por este motivo nos interesa estudiar la conducta sexual de estas adolescentes, con el fin de detectar prácticas sexuales irresponsables; que asociadas al deseo de experimentar una vida en pareja y un bajo interés por lo estudios, puede ser determinante en el inicio precoz del rol materno.

Los principales indicadores explorados fueron: edad a la primera menarquía, edad a la primera relación sexual, número de parejas sexuales, fuentes de información sexual, uso y conocimiento de la anticoncepción. La edad a la primera menarquía para el total (31) de muchachas que conforman la población estudiada, osciló entre los 9 y los 15 años, siendo los 12 años la edad promedio a la primera menstruación; valor que coincide con estudios analizados (Fleitas, R. 2000) (González, L. 2007).

Por su parte, el análisis de la edad con que estas jóvenes tuvieron su primera relación sexual evidenció, que la mayoría inició sus relaciones sexuales en edades tempranas de la adolescencia, entre los 12 y 15 años, representando el valor de un 77.4% (24), solamente 7 de ellas lo hicieron en edades más adultas entre los 16-17 años, constituyendo el 22.6%. La edad de mayor incidencia a la primera relación sexual, fue los 15 años con un 48.4% (15) y la de menor fue los 17 años con un 3.2% (1).

Los motivos por los que se llega a la relación sexual, según información recogida en las historias de vida muestran prácticas sexuales irresponsables, pues ninguna lo planificó, sencillamente se les presentó la oportunidad y aunque reconocen haber experimentado sensaciones de incertidumbre por sus inexperiencias “quería y tenía miedo, no me sentía preparada”, prefirieron llegar al final “porque temían perder a su pareja” o sencillamente porque “querían experimentar, saber que era eso”.

Estas relaciones sexuales además de ser precoces, van asociadas a un comportamiento inestable, que se muestran en que: el 71% (22) ha establecido entre una y tres parejas; entre cuatro y ocho relaciones, se halla el 19.3% (6); mientras que un 9.7% (3) afirman haber tenido más de 10 relaciones.

Lo anterior es reflejo de conductas sexuales irresponsables, que son asumidas por la población estudiada al mostrar una elevada frecuencia de relaciones sexuales en tan corto período de vida y siendo los 15 años la edad promedio de inicio.

El análisis de las experiencias sexuales nos permite además, profundizar en cuáles son las fuentes de información que poseen las adolescentes madres, para su educación sexual. Los datos arrojan que la figura materna resulta ser la más mencionada dentro de la familia, para un 38.7% (12); cifra superior a la que representan los padres y hermanos, con a penas un 6.5% (2) y un 3.2% (1) respectivamente. Siendo

entonces los referentes de información más significantes, los que se hallan fuera del hogar, representando el valor de un 51.6% (16): médico, pareja, medios de comunicación y grupo de iguales.

De lo anterior se infiere, que muchas de las vivencias experimentadas por estas adolescentes al iniciar la vida amorosa, pueden estar asociadas a un insuficiente educación sexual; afirmación que se constata al surgir la pareja dentro del proceso comunicativo<sup>10</sup>, como la figura con que una mayoría prefiere compartir sus opiniones sexuales, alcanzando el valor de un 38.7% (12); en orden de importancia se obtuvo que un 32.2% (10) prefiere su grupo de iguales o el silencio, y solo el 29% (9) de estas muchachas aluden que sus madres son su referente comunicativo.

Es importante señalar que hoy día, las percepciones que las madres adolescentes tienen sobre el acto sexual, distan de la noción tradicional que identificaba el acto sexual con la reproducción; muy por el contrario, las madres entrevistadas oralmente refieren el contacto sexual como hecho que se produce en busca de placer, o por la necesidad de satisfacer impulsos biológicos que son propios de la edad: “el amor lo hago para sentirme bien, a veces el cuerpo lo necesita, pero no es todos los días. Disfruto el tener relaciones sexuales, me gusta mucho”.

Las jóvenes entrevistadas se visualizan como mujeres que dentro de sus relaciones, juegan papeles activos con el objetivo de provocar a su pareja, y también pasivos, existen momentos en los que prefieren mostrarse más conservadoras y esperar la reacción del hombre: “unas veces una lo busca y otras esperar a que él te busque”. Comportamientos que no están montados en la lógica tradicional de la complacencia masculina; sino en la propia satisfacción personal que cada ser tiene derecho a sentir, independientemente de su condición biológica.

Unido a lo anterior, se indagó en las madres adolescentes factores como: conocimiento y uso de la anticoncepción, que pueden incidir en la precocidad de un embarazo no planificado.

Los datos obtenidos muestran que en la actualidad<sup>11</sup>, el 100% de las adolescentes conocen al menos un método anticonceptivo; siendo significativo señalar que un 51.6% (16) alega conocerlos todos. De manera individual, la posición más ventajosa la ocupa el condón con un 16.1% (5); le sigue las pastillas anticonceptivas, para un 12.9% (4); mientras que en tercer lugar se hallan los dispositivos intrauterinos (DIU) y las inyecciones, con un 9.7% (3 cada una). La divulgación tan fuerte que en las últimas décadas se ha hecho sobre el condón para la prevención de infecciones de transmisión sexual, empieza a mostrar resultados entre el saber de los jóvenes sobre anticoncepción.

El análisis del uso de la anticoncepción reveló valores semejantes, para un total de 30 madres adolescentes que afirmaron protegerse, de la siguiente manera: un 30% (9) usa condón y otro 30% (9) pastillas

---

<sup>10</sup>Proceso entendido como intercambio de información.

<sup>11</sup> Es importante señalar que una adolescente conoció los métodos anticonceptivos luego de iniciar las relaciones sexuales.

anticonceptivas; luego se emplean los DIU en el 23.3% (7) de esta población y el restante 16.6% (5) se inyecta. Solo una adolescente aunque conoce, no lo emplea.

En las historias de vida se indagó si al momento del primer acto sexual, se utilizó algún método anticonceptivo, obteniéndose como respuesta que de las tres madres entrevistadas, solo una (33.3%) se protegió al emplear el condón, las otras dos (66.6%) referido al tema alegan: “en mi primera vez no lo usé, de hecho no me cuidaba prácticamente. Actualmente si uso pastillas anticonceptivas (Trienor) y preservativo” (H.V. #1) “no conocía ningún método anticonceptivo, cuando tuve relaciones sexuales. La información que tengo la recibí después del acto y me la dio mi mamá, quien me dijo que tenía que protegerme para no salir en estado, pero no me dijo cómo protegerme (no me dijo cuales eran los métodos, los conozco de oído), y mi pareja tampoco me habló sobre la anticoncepción, ni sobre cómo protegernos uno al otro. Nunca he usado ningún anticonceptivo, ni antes del embarazo, ni después (actualmente)” (H.V. #3).

La información sobre la anticoncepción es básica para el desarrollo de una conducta sexual preventiva, si esta información es ineficiente se incrementa la exposición al riesgo de embarazo precoz, más aún si la responsabilidad respecto al uso solo recae en uno de los miembros de la pareja; situación que experimentan dos de las mujeres entrevistadas oralmente: “yo soy la que está pendiente de la anticoncepción, porque soy la que arriesga su vida, con una interrupción” “la responsabilidad de la compra y uso del condón es mía, mi pareja participa, pero la que está al tanto soy yo. Al principio mi madre participaba en la compra del condón, pero ya no, lo hago sola”.

Ambas situaciones muestran que la patriarcalización de la anticoncepción sigue incidiendo en la maternidad precoz “a los hombres no les gusta usar condón y siempre las sacrificadas, las que arriesgamos la vida, somos nosotras las mujeres (Encuestada # 28); hecho que puede estar dado por la noción tradicional que identifica la responsabilidad sexual como rol femenino.

Otro de los indicadores medidos en la investigación para estudiar la conducta de estas madres adolescentes fueron: edad al primer embarazo, edad a la primera interrupción (aborto o regulación menstrual), número de interrupciones.

Referido al primer indicador se obtuvo que: la mayoría de las adolescentes tuvieron su primer embarazo en las edades más tardías, con un 61.3% (19) entre los 17-18 años, siendo además los 17 años la edad más frecuente con un valor de 35.5%, que engloba a 11 de estas adolescentes. Las que tuvieron su primer embarazo a edades más precoces entre los 14-16 años constituyen el restante 38.8% (12).

Del total de jóvenes estudiadas (31), un 58.1% (18) no experimentó un embarazo planificado. Eso significa que 13 (41,9%) sí planificaron el embarazo, y por tanto, el proyecto de vida priorizado para ellas fue la maternidad, aún al costo de lo que significa hacerlo a esas edades.

Entre las causas del embarazo no planificado, se halla: con un 72.2% (13) el descuido: “las mujeres no deben identificar la lactancia materna como un método anticonceptivo, pues se confían y se exponen a riesgos. Yo salí embarazada a solo unos meses de tener al primer bebé en abril del 2008; y digo que fue por descuido, pues pensé que la ausencia de mi menstruación era que estaba dándole el pecho a mi primer hijo” (Encuestada # 4). Otra de las causas constatadas y que ocupan el segundo lugar es el fallo de la anticoncepción para un 22.2% (4); mientras que un 5.5% (1) se justifica con el pensamiento mágico “no pensé que podía pasarme”.

Se debe señalar que de ese total de madres (18) que experimentaron un embarazo no planificado durante su vida sexual en la etapa adolescente, solo un 27.7% (5) expresó su deseo de ser madre. El resto tuvo hijos por los riesgos que implican someterse a una interrupción.

En las entrevistas orales se identificaron tres motivos, como los más significativos para que estas adolescentes se decidieran a tener su primer hijo (estos tres motivos fueron también los más mencionados, en las encuestas aplicadas a las 31 madres objeto de estudio).

En primer lugar se obtuvo el deseo de ser madre: “no quería sacármelo, sino tenerlo, aunque mi familia y la del padre no quisieran”. En orden de importancia, le sigue que ambos miembros de la pareja y familia, lo deseaban: “lo decidimos los dos, él insistió en que me lo dejara y me rompió los papeles de hacerme el aborto, prometiéndome que estaría conmigo en todo momento” “fue una decisión que tomé con mi esposo y mi familia, quienes me apoyaron todo el tiempo”; mientras que en el tercer lugar pero de suma importancia también se halla, el descubrimiento tardío del embarazo y el riesgo que implica una interrupción: “lo tuve porque no podía sacarme la barriga, tenía demasiado tiempo para realizarme un legrado y en caso de hacérmelo corría riesgos. No fue un embarazo planificado, pero si lo deseé, lo disfruté y lo disfruto todavía” “mi hijo no fue planificado y yo quería interrumpírmelo porque no tenía edad para asumirlo, pero no me lo saqué porque mi familia decía que era un riesgo, me metieron tantas cosas en la cabeza que al final me lo dejé, es decir que mis padres influyeron en que tuviera a la niña, por los riesgos que trae la interrupción”.

Al explorar el número de interrupciones (aborto o regulación menstrual) se obtuvo que una mayoría conformada por el 51.6% (16), se ha realizado al menos una interrupción; mientras que el 48.4% (15) alega que nunca se ha expuesto a esta práctica. Los abortos fueron más comunes en las edades más tardías de la adolescencia entre los 16-19 años, alcanzando el valor de un 87.5% (14) y siendo los 16 años, donde se detectó la mayor frecuencia. El restante 12.5% (2) se expuso a esa práctica con 15 años.

Un análisis más profundo sobre el tema nos permite inferir que, las adolescentes estudiadas no concientizan los riesgos que para su vida implica asumir conductas sexuales irresponsables; comportamiento que mantienen aún después de ser madres y que emerge como el factor determinante para someterse a una interrupción. Así se demuestra en experiencias captadas a partir de dos historias de vida: "creo que el

aborto no es muy beneficioso, pues nos puede traer consecuencias tarde o temprano. En el momento de hacérmelo sentí mucho miedo, diría que pánico, llegué a pensar que no saldría del salón. Era muy joven y hacia poco que había parido” “me he practicado una sola regulación menstrual, después de haber tenido la niña. Esta experiencia es fatal, muy dolorosa, fue la primera y no se lo deseo a nadie. Me la hice porque no quería tener otro hijo”.

Se demuestra entonces que la educación sexual es insuficiente y el uso de la anticoncepción no es sostenido, motivo por el cual llegan precozmente al embarazo. Esta conducta se reitera, trayendo como resultado un segundo embarazo o una interrupción.

#### *4.2: Percepciones de género que poseen las madres adolescentes.*

Las percepciones que las madres adolescentes poseen encuentran su referente directo en la familia, la cual a su vez, es una fuente de aprendizaje sexista de roles. Por este motivo, es de suma importancia conocer el significado que las madres adolescentes le atribuyen a prácticas de la vida cotidiana; que generan para ellas en el ejercicio de su rol materno una situación de equidad, o por el contrario, una injusta distribución de funciones o roles, que las ubican en una posición de subordinación y afectan su bienestar social.

##### Distribución de las tareas domésticas según sexo.

Con el objetivo entonces de conocer si la percepción que poseen las madres adolescentes sobre la distribución de las actividades dentro del hogar, está proyectada a través del esquema tradicional que le asigna al hombre el rol instrumental y la mujer el de cuidadora; se les dio a esta población objeto de estudio, la oportunidad de seleccionar cuáles actividades corresponde a cada sexo.

Las respuestas nos permiten palpar que estas madres adolescentes se representan a la mujer como la figura de máxima responsabilidad en la ejecución de actividades que tradicionalmente han sido asignadas al rol femenino: cocinar, fregar, lavar, ir al mercado, planchar, coser, limpiar la casa y cuidar los enfermos; mientras que a los hombres (pareja y padre de la adolescente) los identifican con funciones masculinas que no perjudiquen su hombría: reparaciones en el hogar, botar la basura y pagar los gastos del hogar, comprar ropas y otras necesidades (**Tabla # 14**)

Como es evidente, es asimétrica la percepción que estas adolescentes tienen sobre la distribución de las tareas domésticas, realidad que es asumida de manera inherente al proceso de socialización y que le atribuye una sobrecarga de funciones, más aún si se asume precozmente el rol materno (rol doméstico y afectivo).

##### Distribución de las decisiones del hogar según sexo.

La percepción de las adolescentes sobre la distribución de las decisiones en el hogar, fue una variable que también se exploró para conocer si sus criterios sobre las relaciones de poder que deben ser asumidas por cada miembro de la familia, están vinculados a su condición de sexo.

El análisis arrojó que las madres adolescentes tienen una visión patriarcal sobre las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Ellas perciben a la mujer como miembro de la familia, que debe encargarse de: distribuir las tareas domésticas (66.6%), decidir que comprar para el consumo (64%) y distribuir el dinero para los gastos (55.5%). En estas madres adolescentes se constató también una percepción equitativa en relación a ambos sexos, al ellas opinar que tanto las mujeres como los hombres deben decidir en cómo educar a los menores (48.1%) y en la organización de la convivencia (87.5%); mientras que al sexo masculino, lo identifican como principal encargado de decidir las reparaciones que deben hacerse en el hogar (42.8%) (**Tabla # 15**).

Se muestra entonces dentro de la población objeto de estudio, que prevalece la noción de visualizar al sexo femenino como responsable de tomar la mayoría de las decisiones dentro del hogar, pero no la madre adolescente, sino su progenitora<sup>12</sup>; situación que coincide con el hecho de que, es también la madre de la adolescente, quien dedica más tiempo a las tareas domésticas. Esta afirmación fue dada por un 56.6% (17) del total (30 adolescentes que respondieron a este indicador).

#### Distribución de los papeles en el cuidado del niño.

La interpretación de los roles sexuales antes mencionados no sólo se evidencia al otorgarle a cada sexo, según el criterio de las adolescentes estudiadas, actividades que permiten organizar la vida cotidiana (toma de decisiones y distribución tareas domésticas); sino también en la percepción de estas jóvenes, sobre los papeles que en el cuidado del niño le corresponden a la madre adolescente y padre de su hijo.

Los resultados obtenidos muestran que las madres precoces visualizan a la mujer como encargada de: preparar la comida, darle la comida, dormirlo, bañarlo, cambiarlo, velar su sueño (atención nocturna), cuidarlo cuando se enferma y llevarlo al médico; interpretación que la ubica como figura más significativa en la educación de los hijos y que le otorga a su condición de ser mujer el tradicional rol afectivo. Mientras que las nociones sobre los hombres padres de estos bebés, suelen asociarse a su rol instrumental, proveedor de ingresos; al ser los padres según ellas, los que deben comprar la ropa y la comida del hijo (**Tabla # 16**).

La percepción sexista se refleja también en las valoraciones que las propias madres adolescentes, hacen sobre: cuál de los dos progenitores es el más importante en el cuidado de los hijos.

El estudio de este indicador, revela una equidad relativa en relación a la importancia que ambos padres desempeñan en la educación y crianza de los hijos; pues un 71% (22) de las madres adolescentes, coinciden en que la presencia de ambos progenitores es indispensable; pero las argumentaciones dadas ratifican lo anterior: “para educarlos mejor, porque en todo la pareja ayuda, la educación de los hijos es responsabilidad de ambos, porque cada uno en sus posiciones es importante, hay cosas que el padre debe enseñar”.

El restante 29% (9) defiende a la madre como la figura más importante, para lo cual alegan: “las madres son las que siempre permanecen junto a los hijos, los padres al separarse, se olvidan de ellos. Por esto las

---

<sup>12</sup> En el momento de la encuesta se especificó si era la adolescente o su madre.

mujeres deben pensarlo dos veces antes de decidir tener un bebé, no deben parir por amor a su pareja. Yo tengo dos niños de padres diferentes y ninguno se ocupa de ellos” (Encuesta # 18). Este abandono del padre, puede ser en muchos casos, la solución a la llegada de un hijo no deseado; solución que le atribuye a la adolescente una sobrecarga de su rol como cuidadora y que es visualizada como algo inherente a su condición biológica de ser mujer “una tiene un hijo para cuidarlo de día y de noche, no se le debe dejar a nadie, pues es nuestra responsabilidad y como tal se debe asumir” (Encuesta # 8).

Lo anterior evidencia una injusta distribución de funciones o roles que se perpetúan en nuestra vida cotidiana y que atentan contra el bienestar psico-social de las madres adolescentes, pues ellas al no contar con el apoyo de su pareja, adquieren una posición de dependencia con respecto a sus padres, situación que también refleja el sistema patriarcal “las mujeres deben poseer condiciones económicas, para tener sus hijos, sin depender de nadie. Yo estuve en un hospital y sé lo que es pasar trabajo, pues no tuve apoyo; debido a que mi madre estaba trabajando para podernos mantener” (Encuesta # 8).

#### Valoraciones sobre como debe ser una madre y un padre.

En oposición a lo planteado anteriormente, la evaluación de este indicador refleja una ausencia de juicios androcéntricos, que legitimen diferencias para ambos progenitores en la educación de los hijos; hecho que muestra un cambio en el pensamiento de las actuales madres adolescentes, al exponer juicios equitativos que se identifican con una visión desde lo expresivo, en aras de exaltar cualidades sensitivas. Las adolescentes alegan que tanto la madre como el padre deben ser: comprensivos, pacientes, cariñosos, amorosos, preocupados, comunicativos, incondicionales, y también un tanto exigentes.

#### Valoraciones sobre el rol que debe desempeñar una mujer.

Esta variable se exploró en la encuesta, con el objetivo de conocer si las percepciones que poseen estas madres adolescentes sobre su condición biológica de ser mujer, reproduce los patrones patriarcales que identifican al ser femenino con el ámbito doméstico y la función reproductiva; o si trascienden ese modelo tradicional, al visualizarse como seres que participan en la vida pública.

Los datos adquiridos en relación a un total de 24 madres adolescentes, evidencian que la mayoría, representada por un 83.3% (20), reproduce la visión tradicional. Sus expresiones sobre este tema así lo confirman: “la mujer ante todo debe ser madre, y buena madre; porque es una experiencia única; somos las que le damos la vida al nuevo ser; cumplimos esa función porque Dios nos dio ese maravilloso don; nuestra principal función es educar y cuidar a nuestros hijos, porque no se trata de un rato, sino de toda la vida; la mujer tiene tres roles: ser buena madre, buena esposa y buena hija”:

Por tanto, solo un 16.6% (4) de estas madres adolescentes, se logra visualizar como ser social capaz de alcanzar su independencia económica y con ello su autonomía. Ellas expresan que su principal rol es: “trabajar, para tener mi salario (independencia económica) y gastarlo con su hija/o; estudiar para

graduarme, poder tener una carrera (porque con ella tengo trabajo), y asegurar mi fuente de ingreso; ser madre, formar una familia y ser profesional”.

#### Valoraciones de las madres adolescentes acerca de la familia

Las madres adolescentes al referirse a la familia, aluden a características que se asocian a las relaciones que deben existir entre sus miembros: “la familia es comunicación; comprensión y apoyo; amor, paz y armonía; es lo más importante en la vida de las mujeres; lo mejor que poseen las personas, porque siempre está con uno”. A ello se le añaden nociones que se interpretan con su estructura: “la familia es mi mamá; mi hijo, es el centro de mi vida; es lo que uno construye, es la base de cada ser humano; sin ella no existiría nada”.

#### Valoraciones de estas adolescentes sobre la virginidad.

Las percepciones que prevalecen en estas madres adolescentes, distan entre sí: una se identifica con la educación sexista que desde niña se le ha inculcado “muchas muchachas no les dan tanta importancia a la virginidad y se lo toman muy a la ligera, otras les da vergüenza decir que lo son, pero creo que es uno de los tesoros más grandes que tiene cada mujer, y que sería muy lindo si le diéramos la importancia que se merece y nos entregáramos por primera vez a la persona realmente importante en la vida de una, por amor”. Otra de las respuestas obtenidas reflejó ausencia de educación sexual por parte de la familia, lo cual desencadena en conductas de riesgo, ante tal inexperiencia “que es la virginidad, mi mamá nunca me dijo nada”.

A ello se le suma una tercera respuesta donde se manifiestan comportamientos responsables, resultado de un adecuado proceso comunicativo ente la adolescente y sus padres: “creo que todo debe ser en su debido momento, es algo que debe mantenerse hasta cierta edad, no a los 13 años. Llega un momento en que las mujeres se sienten extrañas, necesitan sentir que ya no son niñas, pero el acto sexual no debe ser a temprana edad, pues aún no se está preparada para conocer y enfrentar las enfermedades de transmisión sexual que existen hoy día”.

#### Valoraciones sobre la maternidad y la paternidad

Esta información se obtuvo mediante dos entrevistas orales, en las cuales se aprecian nociones que atribuyen para las madres un vínculo directo e indestructible, con su hijo que se transmite de una generación a otra; mientras que la función del padre se visualiza con equidad en un caso y en otro se le subvalora.

“Experimentar la maternidad es una experiencia única y realmente linda, que toda mujer debe disfrutar. Me ha hecho crecer como ser humano, como mujer, me ha hecho saber que es tener el sentido de la responsabilidad. La paternidad es un papel muy importante y fundamental en el desarrollo y crianza del niño”

“La maternidad es cuidar a mi hija, atenderla. Para ello he seguido en todo momento los consejos de mi madre, he tratado de tomar a mi madre como modelo. De la paternidad, solo puedo decir que no se puede

confiar en los hombres como padre, pues te dejan de una mano. Los hombres son muy irresponsables para asumir su condición de padre”.

#### Continuidad del vínculo entre sus amistades.

Este indicador se exploró con el objetivo de conocer si la maternidad a edades tempranas, afecta las actividades recreativas que son propias de la edad y si la actitud ante esta situación se asocia a su condición de ser mujer.

Las opiniones de dos madres entrevistadas de forma oral, así lo confirman: “he roto todo vínculo con mis amistades, ya que después de salir embarazada no los he vuelto a ver. Nunca tengo tiempo de salir, distraerme, y esto a veces lo extraño; pero no me lamento porque sencillamente acepto que me toca por tener un niño”. “El tener una hija si afecta, pues cuidar de ella me ocupa todo el tiempo. Ya no puedo participar en actividades recreativas como antes. Pero lo acepto, desde el comienzo del embarazo hice conciencia de que mi vida iba a dar un cambio total y que ahora existía alguien más importante, de la cual yo era responsable, creo que eso me ayudo mucho”.

Sin embargo, la tercer entrevistada alega que su condición de madre no ha significado un obstáculo para continuar compartiendo con su grupo de iguales; situación de la que disfruta gracias al apoyo que le brinda su progenitora: “el ser madre no me ha interferido en mi vínculo con mis amistades, la niña se queda con mi mamá para que yo salga; es cierto que no siempre puedo ir a todas las actividades, porque a veces mi mamá no me la puede cuidar. Por ello nunca he visualizado a la niña como obstáculo, si no puedo salir, lo acepto y ya”.

#### Participación en lactancia materna

Con este indicador se busca indagar en las sensaciones experimentadas por estas madres precoces al iniciar su rol y la participación que en esta actividad tienen los miembros de la familia.

Las experiencias recogidas según dos de las madres adolescentes, aluden al placer de sentirse mujer, de visualizarse como sexo superior: “la lactancia es algo lindo, único, ver como esa personita tan chiquita depende solo de ti, que eres su madre, es algo realmente increíble que sucede solo entre nosotras las mujeres y nuestro hijo. No obstante, debe participar toda la familia, pues es una experiencia en la que todo miembro pone su granito al estar pendiente de mi alimentación y al conversar sobre el tema”. “En el período que amamanté a mi niño, toda la familia del padre, me ayudó pues se despertaban conmigo, me llevaban un vaso de agua”.

Una tercera vivencia recogida mostró cierta angustia respecto a este proceso, pues solo pudo darle el pecho a su pequeña durante un mes, ya que tuvo que ser operada de la vesícula “sabía que a mi bebé no se le iba a afectar la alimentación, porque todo me lo explicó el médico y mi mamá siempre me guió; sin embargo, hubiese sido mucho más saludable para mi hija ser amamantada por mí que soy su madre”.

## *Conclusiones.*

La historia de la medicina social muestra una tendencia de desarrollo que parte de una fase en la que se conceptualiza el proceso salud-enfermedad como puramente biológico a otro donde los factores sociales son determinantes. La sociología de la Salud contribuyó al enriquecimiento de la representación científica de lo social en salud.

En esta área como en otras, el abordaje de la problemática de salud entre hombres y mujeres también vivenció transiciones desde un enfoque androcéntrico al de género en salud, el cual busca la igualdad de oportunidades.

Todas estas teorías sociológicas que sobre la salud se han construido, conforman una visión global del tema. La sociología estudia el entorno social, los roles que desempeña cada individuo, las conductas sexuales de riesgo, etc.; para dar cuenta de la variación que se produce de una época a otra, entre culturas, géneros y otras construcciones sociales.

Las diferentes concepciones que se han elaborado respecto a la salud sexual y reproductiva han repercutido sobre la visión de la maternidad, principalmente si esta es asumida durante la adolescencia; etapa de gran vulnerabilidad en la que el individuo transita por una serie de transformaciones biológicas y psíquicas, que conducen a visualizar la fecundidad precoz, como problema de salud en la medicina social.

Para el sociólogo es algo más, es un fenómeno sociocultural que emerge asociado a patrones sexistas, el cual estipula diferencias en la manera de asumir el rol materno y el rol paterno; situación que interfiere en el desarrollo de las capacidades humanas de quienes lo viven personalmente, o quienes conviven en el contexto social donde se produce ese hecho.

Por ello es de vital importancia que el tema sea estudiado con un enfoque sociológico que ayude a visualizar y explicar los riesgos biológicos y sociales que implica una maternidad temprana, para la mujer y el niño; en aras de promover la necesidad de su prevención y erradicación.

En Cuba, las políticas en materia de salud han propiciado servicios de atención gratuita, y seguimiento del embarazo, lo cual ha mejorado la calidad de vida de las adolescentes cubanas. A su vez, se han desarrollado proyectos de educación sexual, para divulgar los métodos anticonceptivos y se han creado planes sociales que estimulan la incorporación (si está desvinculada) o superación educativa.

Estas políticas sociales privilegian un proyecto de renovación del sujeto femenino, a favor de su autonomía, y favorecen la disminución de la fecundidad en las edades más jóvenes.

Sin embargo, los valores aún elevados de ese fenómeno y la repercusión que tiene en la reproducción de patrones tradicionales de género, que afectan el bienestar integral de la adolescente, justifican la necesidad de continuar profundizando en el tema con una mirada sociológica.

El estudio que se realizó en la localidad de San Agustín, arrojó los siguientes resultados:

1. De manera general la población estudiada se caracterizó por iniciarse en el ejercicio del rol materno en las edades tardías de la adolescencia (17-19 años), con un nivel escolar entre secundario y medio superior terminado, blancas y con vínculos de pareja estable. Ellas proceden de familias que tienen una formación profesional.
2. Por lo general son trabajadoras domésticas no remuneradas, cuyas vidas se centran en el ámbito privado (doméstico); solo pocas logran alternar la maternidad con proyectos de participación en la vida pública.
3. Las jóvenes madres se interesan por hombres mayores que ellas, que poseen una mejor instrucción y ocupen un puesto laboral.
4. Los problemas de salud durante el embarazo, parto y primer año de vida del bebé, se detectaron en las adolescentes que asumen el rol materno a edades más tempranas.
5. La mayoría de las madres adolescentes, no tienen un referente materno/filial de fecundidad precoz.
6. Entre las madres e hijas que sí reproducen un modelo de maternidad adolescente, se percibe un elevado nivel de estabilidad marital; pero una disminución de la edad de inicio al rol materno y de los niveles escolares de una generación a otra; siendo mayor el número de hijas en relación a sus progenitoras que se enmarcan en el ámbito doméstico.
7. La conducta sexual del total de la población objeto de estudio, evidencia que el comportamiento temprano de la edad al inicio de las relaciones sexuales, va acompañado de una escasa comunicación entre padres e hijos y de una insuficiente educación sexual.
8. Referido a la anticoncepción, se constató un elevado porcentaje en conocimiento y uso; responsabilidad atribuida al sexo femenino, que muestra la patriarcalización de la anticoncepción. como factor influyente en el embarazo prematuro.
9. El embarazo precoz no planificado, da cuenta de la irresponsabilidad con que se asume el acto sexual, comportamiento que muchas veces desemboca en prácticas abortivas.
10. El alto número de adolescentes que planificaron el embarazo a esas edades es una evidencia de la socialización de un modelo de identidad en mujeres tradicional donde ellas priorizan proyectos de vida maternales y familiares ante otros de participación en la esfera pública.
11. Las madres adolescentes poseen percepciones asimétricas de género, que se constatan al ellas identificar para cada sexo, desiguales tareas domésticas y decisiones dentro del hogar.
12. Las nociones que tienen las madres adolescentes, sobre la distribución de los papeles que desempeñan los progenitores en el cuidado del niño, se identifican con el androcentrismo; al visualizar en el hombre el sostén económico, mientras que a la mujer se le identifica como principal encargada de la crianza y educación de los hijos. La adolescente madre es una figura más cercana a su hijo, que el padre; práctica que conlleva a la diferenciación de la maternidad frente a la paternidad, planteada por ellas.

13. Las adolescentes reconocen en la maternidad precoz, una limitante para su vida recreativa, situación que satisfacen con el desarrollo de su rol materno. A ello se le agrega la significación dada a la lactancia materna, como proceso que beneficia la salud del niño y que genera comunicación afectiva entre ambos (madre-hijo).

Se puede concluir que la investigación realizada en un grupo de muchachas que se iniciaron en el rol materno durante el año 2009, en la localidad de San Agustín, demostró que la maternidad adolescente es un problema social de salud, al implicar no solo riesgos de tipo biológico que se incrementan a menor edad; sino y más importante aún los que afectan su bienestar general. Enmarcan a la mujer desde muy joven en el ejercicio de prácticas y percepciones patriarcales, cuando no se ha concluido la preparación del sujeto para vivir en otros espacios posibles de realización. De ahí que podamos afirmar que la maternidad precoz, atenta contra el proyecto de independencia e igualdad de posibilidades sociales para la mujer, elemento central para su bienestar psico-social.

## Recomendaciones.

1. Continuar trabajando en la línea de investigación que desarrolla una perspectiva de género y sociológica, para que se conozca cómo se comporta territorialmente la maternidad precoz.
2. Utilizar más los medios de difusión masiva, para dar a conocer diversas características de este fenómeno y su impacto para la salud (en términos de bienestar) de la mujer, enfatizando que la fecundidad adolescente no es sólo un problema femenino.
3. Las instituciones municipales correspondientes deben contar con datos estadísticos actualizados, que permitan trabajar en la línea de una política de prevención educativa, laboral y de planificación familiar entre los adolescentes, para reducir los efectos nocivos de la maternidad precoz, haciendo hincapié en la reinsertión de estas mujeres al mundo público.
4. Profundizar en el estudio de la paternidad adolescente y del papel de la familia en la socialización de un patrón de maternidad adolescente que se reproduce en la población femenina.

## *Bibliografía*

- Alfonso, Ada. (2006): Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. *Revista Cubana Salud Pública*, 32(1).
- Alberdi, I. (1996): Parsons. El funcionalismo y la idealización de la división sexual del trabajo, en “Hombres y Mujeres en la formación de la teoría sociológica”. De María de los Ángeles Durán y otros. CIS, Madrid.
- Álvarez, M. (1995) “Maternidad y Paternidad. Roles de Género”. *Revista Sexología y Sociedad*, 1 (1).
- Bronfman, Mario (2006): La utilización de los servicios médicos, en “Selección de Lectura de Sociología y Política Social de Salud”. Editorial Félix Varela. La Habana.
- Castro, M. (1994) “Voy a tener que ser varoncita”. *Revista Sexología y Sociedad*, 1(0).
- Castro, M. (2003): ¿Qué nos pasa en la pubertad? Editorial Pueblo y Educación.
- Colectivo de autores (2004): Introducción a la Medicina General Integral. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
- Colectivo de autores (2000): Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública.
- Colectivo de autores (2005): Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes. Una actualización necesaria. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional Materno Infantil. Cuba.
- Colectivo de autores alemanes. (2006): Sociología y Medicina: Importancia de la visión marxista-leninista del hombre para la medicina, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Salud”. Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba.
- Colectivo de autores (2007): Adolescencia. Una reflexión necesaria. Centro de Estudios Sobre la Juventud (CESJ). Proyecto de Divulgación de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en Cuba (UNICEF).
- Colectivo de autores (s.f.): Metodología de Investigación Cualitativa. Colección Educación Popular de Cuba. (digital).
- Comte, A. (1853): Filosofía positiva. Parte I, Londres.
- Convención sobre los Derechos de la infancia (CDI), (1990): (digital).
- Donati, Pierpaolo. (2006): Paradigma médico y paradigma sociológico: las bases teóricas de la sociología sanitaria, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Salud.” Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba.
- Durán, M. (2006): Las perspectivas sociológicas en el estudio de la salud y la enfermedad. Problemas metodológicos, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Salud.” Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba.

- Durkheim, E. (1972): Las reglas del método sociológico. Ed. Ciencias Sociales, Instituto del Libro, La Habana, Cuba.
- Durkheim, E. (1982): La división del Trabajo Social. Ed. Akal, S.A.
- Engels, F (1974): La situación de la clase obrera en Inglaterra. Editorial Ciencias Sociales. La Habana. Cuba.
- Engels, F. (1972): El origen de la familia, la propiedad y el Estado. Ed. Ciencias Sociales. La Habana Cuba.
- Fariñas, T (2005): La evolución de la Epidemiología en Cuba: una reflexión. 1995. Módulo de epidemiología y Salud Publica. Maestría de Salud Pública. Escuela nacional de Salud Pública.
- Fleitas, R. (2000): La identidad femenina en madres adolescentes. Tesis de Doctorado. La Habana. Cuba.
- Fleitas, R. (2003): El pensamiento sociológico sobre la familia, el parentesco y el matrimonio en, Vera, Ana. “La familia y las ciencias sociales”. La Habana. Cuba.
- Fleitas, R. (2005) a: Las tradiciones teóricas en los estudios sociológicos sobre la familia, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Familia.” Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba.
- Fleitas, R (2005) b: La Maternidad adolescente: Un enfoque sociocultural, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Familia.” Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba
- García, JC (2006): Sociología y medicina: bases sociológicas de las relaciones médico-paciente, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Salud.” Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba.
- Goffman, Erving (1999): <http://html.rincondelvago.com/erving-goffman.html>
- Gómez, Elsa. (2001): Taller Internacional Cuentas Nacionales de Salud y Género, División de Salud y Desarrollo Humano Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS. Santiago de Chile.
- González, U. (2002): El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Revista Cubana Salud Pública ,28(2).
- González, L (2007): Familia y Maternidad adolescente en el territorio de Playa Baracoa. Tesis de Diploma.
- Grau, R; Correa, C; Rojas, M (1999): Metodología de la Investigación. Corporación universitaria de Ibagué. Centro de Investigaciones, Consultoría y Extensión a la comunidad. (digital).
- Grotjahn, A. (1923): Patología social, Berlín.
- Guerrero, N. (1995) “El valor de la educación sexual”. Revista Sexología y Sociedad, 1 (2).
- Hernández Sampieri, R. (s.f.): Metodología de la Investigación. (digital).
- Hernández, M; Valdés, F; García, R. (2007): Lesiones no intencionales. Prevención en adolescentes. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. Cuba.

- Iglesias, J. (1996): Frederic Le Play. Mujer y familia en los inicios de la sociología, en “Mujeres y Hombres en la formación de la teoría sociológica”. De María de los Ángeles Durán y otros. CIS, Madrid.
- Instituto Guttmacher (2009). Datos sobre el aborto y el embarazo no planeado en América Latina y el Caribe: <http://www.guttmacher.org>.
- Lajonchere, C. (2003): El embarazo en la adolescencia, Editorial Científica Técnica, La Habana. Cuba.
- Lamas, Marta. (s.f.): La perspectiva de género (digital).
- Marx, C. (1973): El Capital. T I, Capítulo Jornadas Laborales. Ed Ciencias Sociales, Instituto del Libro, La Habana. Cuba.
- MINSAP (2007): Anuario Estadístico de Salud.
- Moragas, R (2006): Concepciones de salud, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Salud”. Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba.
- Naranjo, A (2007): Embarazo y Maternidad Adolescente. Perspectiva de Género. Tesis de Diplomas.
- ONE (1997, 1999 y 2000): Anuarios demográficos de Cuba.
- ONE (2009) a: Anuario Demográfico de Cuba.
- ONE (2009) b: Encuesta Nacional de Fecundidad. Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE).
- ONE (2010). Población en Cifras: Cuba 2009. Centro de Estudio de Población y Desarrollo (CEPDE).
- Organización Panamericana de la Salud (2009): Información y Análisis de Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2009. Washington, D.C., Estados Unidos de América.
- Ortiz, N. (s.f.). Manual de CLACSO-Elaboración de los proyectos de investigación: [ortiz@emtel.net.co](mailto:ortiz@emtel.net.co)
- Parsons, T. (1994): La Estructura social de la familia, en “La Familia”. De Erich Fromm, Max Horkheimer, Talcott Parsons y otros. Ed. Península, Barcelona.
- Parsons, T. (2006): Estructura social y proceso dinámico. El caso de la práctica médica moderna, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Salud”. Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba.
- Peláez, J. (1995) “Adolescente embarazada”. Revista Sexología y Sociedad, 1 (2).
- Peláez, J. (2001): Métodos Anticonceptivos, actualidad y perspectivas para el nuevo milenio. Editorial Científico-Técnica, Ciudad de la Habana, Cuba.
- Peláez, J. (2007): Ginecología Pediátrica y de la adolescente. Editorial Científico-Técnica, Ciudad de la Habana, Cuba.
- Peláez, J. (s.f.) Aborto en las adolescentes: ¿Quién toma la decisión? (digital)

- Peláez, J (s.f.). Anticoncepción de Emergencia en Adolescentes. Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología: [alogia@infomed.sld.cu](mailto:alogia@infomed.sld.cu)
- PNUD. (2010) “Informe sobre Desarrollo Humano”: <http://hdr.undp.org/es/estadisticas/idh>.
- Posada, C. (2004) “Embarazo en la Adolescencia: No una opción, sino una falta de opción”. Revista de Sexología y Sociedad, 10 (24).
- Ramos, R. (1996): Los saberes del patriarca. Emile Durkheim y el suicidio de las mujeres, en “Mujeres y Hombres en la formación de la teoría sociológica”. De María de los Ángeles Durán y otros. CIS, Madrid.
- Ritzer, G. (2007): Teoría sociológica clásica. Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba.
- Rodríguez, R.M. (2008) “Género, ITS Y VIH: cuestiones básicas para la prevención” Editorial CENESEX.
- Rodríguez, Aldo; Safora, Omayda (2009): Embarazo en la adolescencia. Dos caras de una moneda. Editorial Científico-Técnica. La Habana.
- Rojas, F. (2004): El componente social de la Salud Pública en el siglo XXI. Revista Cubana de Salud Pública, 30(3). La Habana
- Sandoval, C. A. (1996): Investigación cualitativa. Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social (digital).
- Sayu, C.M. (2006). Comportamiento de algunos aspectos de la sexualidad en las adolescentes: <http://www.monografias.com/>
- Sigerist, H. (1976): La Historia Social de la medicina, en Rojas, F. Doctorado en ciencias de la salud curso: Sociedad y Salud
- Situación de Salud en Cuba (2009): <http://www.dne.sld.cu/desplegables/indexcuba.htm>
- Soriano, R. (1988): Capitalismo y enfermedad. Edit. Plaza y Valdés. México D. F.
- Tönnies, F. (1887): Comunidad y Sociedad. Ed. Losada, Buenos Aires, 1947. Fue publicada por primera vez en 1887.
- United Nations Children’s Fund (UNICEF) (2009). The State of the World’s Children: <http://www.unicef.org/>.
- Winter, K. (1954): Sobre la relación entre la higiene social y la sociología médica. Ediciones Madrid. Unión Soviética.
- World Health Organization (2006): Promoting and safeguarding the sexual and reproductive health of adolescents. Internet addresses: [www.who.int/reproductive-health](http://www.who.int/reproductive-health); and [www.who.int/child-adolescent-health](http://www.who.int/child-adolescent-health).

### Entrevista a expertos:

- García, G (2010): Dirige el Programa Materno-Infantil en la Dirección Municipal de Salud. La Lisa. Asesora de Pediatría en este equipo
- Peláez, J (2010): Presidente de la Sección de Ginecología Infanto-Juvenil, adscripta a la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia.
- Rodríguez, A (2010): Especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor del Diplomado Nacional de Ginecología Infanto-Juvenil y Master en Atención Integral a la Mujer.
- Rodríguez, R. M (2010): Psicóloga, Sexóloga, Master en Sexualidad y Profesora auxiliar e investigadora del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX).
- Safora, O (2010): Master en Atención Integral a la Mujer. Miembro de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia, de la Comisión Nacional de Ginecología Infanto-Juvenil.

## Anexos.

### Anexo 1: Encuesta.

La siguiente **Encuesta** es anónima y tiene como objetivo indagar en las experiencias vividas por las adolescentes que asumieron el rol materno durante el año 2009, pertenecientes a la localidad de San Agustín, La Lisa.

Para obtener una información lo más cercana a la realidad, necesitamos de su colaboración abierta y sincera. Por ello, Gracias.

**1. Edad de la joven al momento de tener su primer hijo.** \_\_\_\_\_

**2. Color de la piel.** 1-B\_\_\_\_\_ 2-M \_\_\_\_\_ 3-N\_\_\_\_\_

**3. Nivel Escolar concluido.**

1-Ninguno. \_\_\_\_\_ 2-Menos de 6to grado. \_\_\_\_\_ 3-Primaria Terminada. \_\_\_\_\_

4-Secundaria sin Terminar. \_\_\_\_\_ 5-Secundaria Terminada. \_\_\_\_\_

6-Nivel medio superior sin terminar. \_\_\_\_\_ 7-Nivel medio superior Terminado \_\_\_\_\_

8-Universitario sin terminar. \_\_\_\_\_ 9-Universitario terminado. \_\_\_\_\_

**4. Al momento de tener al bebé ¿cuál era su situación conyugal?**

1-Soltera.\_\_\_\_ 2-Unida.\_\_\_\_ 3-Casada.\_\_\_\_ 4-Divorciada.\_\_\_\_ 5-Separada\_\_\_\_ 6-Viuda.\_\_\_\_

**5. Situación conyugal actual.** 1-Igual a la anterior\_\_\_\_ 2-Otra\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**6. ¿Qué significa para ti la familia?**

---

**7. Situación conyugal de tus padres cuando tuvieron su primer hijo** \_\_\_\_\_

**8 Menciona la edad que tenían tus padres cuando tuvieron su primer hijo.**

1- Mamá\_\_\_\_\_ 2-Papá\_\_\_\_\_

**9. ¿Cuál era el nivel escolar de tus padres cuando tuvieron su primer hijo?**

1-Mamá \_\_\_\_\_ 2-Papá \_\_\_\_\_

**10. Ocupación de tus padres al momento del primer hijo:**

1- Mamá \_\_\_\_\_ 2- Papá \_\_\_\_\_

**11. ¿Estudias actualmente?** 1. Si.\_\_\_\_ 2.No.\_\_\_\_

**12. Si responde no: ¿Diga desde cuándo no asiste a un centro de enseñanza?** \_\_\_\_\_

**13. ¿Cuáles motivos te obligaron a dejar la escuela?**

---

**14. Al quedar embarazada tenía un trabajo por el cuál obtenía ingresos, y que tuvo que abandonar de manera definitiva.** 1-Si \_\_\_\_\_ 2-No \_\_\_\_\_ 3-NR \_\_\_\_\_

**15. En caso de respuesta afirmativa: ¿Por qué no siguió estudiando/trabajando?**

1-Presentaba problemas de salud \_\_\_\_\_ 2-No tenía con quien dejar al niño \_\_\_\_\_

- 3-Le gusta estar en la casa\_\_\_\_\_ 4-El bebé era enfermizo\_\_\_\_\_
- 5-Oposición de la pareja\_\_\_\_\_ 6-Otra situación familiar\_\_\_\_\_
- 7-Mucha carga entre hogar y trabajo\_\_\_\_\_ 8-Empleo temporal/ Terminó su contrato \_\_\_\_\_
- 9-Bajo salario\_\_\_\_\_ 10-Lejanía, transporte\_\_\_\_\_ 11-Horarios poco flexibles\_\_\_\_\_
- 12-Otra \_\_\_\_\_ 13-NS/NR\_\_\_\_\_

**16. Diga la ocupación actual de la madre adolescente.**

- 1-Estudiante\_\_\_\_ 2-Ama de Casa.\_\_\_\_ 3-Campesina\_\_\_\_ 4-Obrera.\_\_\_\_ 5-Administradora\_\_\_\_\_
- 6-Trabajadora por cuenta propia.\_\_\_\_ 7-Trabajadora de los servicios\_\_\_\_ 8-Dirigente\_\_\_\_\_
- 9-Otras.\_\_\_\_ 10-¿Cuáles?\_\_\_\_\_

**17. Para tu educación sexual han sido fuentes de información:**

- 1-Papá\_\_\_\_ 2-Mamá\_\_\_\_ 3-Maestros\_\_\_\_ 4-Pareja\_\_\_\_ 5-Amigos\_\_\_\_ 6-Hermanos\_\_\_\_\_
- 7-Medios de comunicación\_\_\_\_\_ 8-Médico\_\_\_\_\_ 9-Otros \_\_\_\_\_ 10-¿Cuáles?\_\_\_\_\_

**18. Tus opiniones sobre sexualidad las compartes con:**

- 1-Padre\_\_\_\_ 2-Madre\_\_\_\_ 3-Pareja\_\_\_\_ 4-Amigas(o)\_\_\_\_ 5-con nadie\_\_\_\_
- 6- Otro\_\_\_\_ 7-¿Cuál?\_\_\_\_\_

**19 Diga a qué edad tuvo su primera menstruación \_\_\_\_\_**

**20. Diga a qué edad tuvo su primera relación sexual\_\_\_\_\_**

**21. Mencione el número de parejas sexuales que ha establecido \_\_\_\_\_**

**22. A qué edad fue el primer embarazo \_\_\_\_\_**

**23. ¿Es este tu primer hijo? 1- Si\_\_\_\_\_ 2- No\_\_\_\_\_**

**24. ¿Cómo fue el parto? 1-Natural\_\_\_\_\_ 2- Cesárea\_\_\_\_\_ 3-Con Fórceps\_\_\_\_\_**

**25. Dígame por favor si Ud. presentó o está presentando alguna de las siguientes situaciones:**

- a) Al momento del parto, usted tuvo problemas o complicaciones que pusieron en peligro su vida o la del bebé. 1-Si \_\_\_\_\_ 2-¿Cuál? \_\_\_\_\_ 3- No\_\_\_\_\_
- b) Presentó el niño(a) algún problema de salud o complicación al nacer.  
1-Si \_\_\_\_ 2-¿Cuál?\_\_\_\_\_ 3- No\_\_\_\_\_
- c) Ha tenido el niño(a) algún problema de salud, durante el primer año de vida.  
1- Si \_\_\_\_ 2- ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 3-No\_\_\_\_\_
- d) Al bebé se le ha diagnosticado alguna discapacidad, malformación congénita o enfermedad crónica.  
1- Si \_\_\_\_ 2- ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 3-No\_\_\_\_\_

**26. ¿Alguna vez ha tenido un embarazo que ocurriera en un momento en que no lo deseaba, o en que no lo estaban buscando? 1- Si\_\_\_\_\_ 2-No\_\_\_\_\_ 3-NR\_\_\_\_\_**

**27. En caso de respuesta afirmativa diga: ¿Por qué ocurrió ese embarazo sino lo planificó?**

- 1-No disponía de anticonceptivos\_\_\_\_\_ 2- Falló el anticonceptivo\_\_\_\_\_ 3- Descuido\_\_\_\_\_
- 4- No sabía como evitarlo\_\_\_\_\_ 5- No pensó que podía embarazarse\_\_\_\_\_
- 6- Por lo inesperado de la relación sexual\_\_\_\_\_ 7- Otro \_\_\_\_\_ 8-NR\_\_\_\_\_

**28. ¿Ese embarazo terminó con un hijo nacido vivo? 1-Si \_\_\_\_ 2- No\_\_\_\_ 3-NR\_\_\_\_\_**

29. ¿Cuántas interrupciones (abortos o regulaciones) se ha practicado? \_\_\_\_\_

30. ¿A qué edad se hizo su primera interrupción? \_\_\_\_\_

31. ¿Cuáles anticonceptivos conoce? 1- Ninguno \_\_\_\_\_ 2- Pastillas \_\_\_\_\_ 3-DIU \_\_\_\_\_

4- Inyecciones \_\_\_\_\_ 5-Condón \_\_\_\_\_ 6- Diafragma \_\_\_\_\_ 7-Otros. \_\_\_\_\_

32. ¿Ha usado alguno de ellos? 1- Si \_\_\_\_\_ 2- ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 3-No \_\_\_\_\_

33. Mencione 3 motivos que le hicieron decidir tener ese hijo y ordénelos del 1 al 3 de acuerdo a su importancia (1 es el más importante)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

34. ¿Cuál es el rol más importante que debe desempeñar una mujer? ¿Por qué?

35. ¿Cuál de los dos progenitores es más importante en el cuidado de los hijos?

1- Madre \_\_\_\_\_ 2-Padre \_\_\_\_\_ 3-Ambos \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

36. ¿Cómo piensa que debe ser una madre?

37. ¿Cómo piensa que debe ser un padre?

38. Menciona la edad del padre del niño cuando este nació \_\_\_\_\_

39. Al momento del niño nacer, ¿cuál era el nivel escolar del padre? \_\_\_\_\_

40. Diga la ocupación del padre cuando tuvo al bebé \_\_\_\_\_

41. ¿Cuál de las siguientes actividades de atención al niño, en tu criterio, corresponden a hombres y cuáles a mujeres? (utilice H para hombres y M para mujer)

1.- Juego. \_\_\_\_\_ 2.- Preparar la comida \_\_\_\_\_

3.- Darle la comida \_\_\_\_\_ 4.- Dormirlo \_\_\_\_\_

5.- Bañarlo \_\_\_\_\_ 6.- Cambiarle la ropa \_\_\_\_\_

7.- Atención nocturna \_\_\_\_\_ 8.- Comprar la ropa \_\_\_\_\_

9.- Comprar la comida \_\_\_\_\_ 10.- Cuidarlo cuando se enferma \_\_\_\_\_

11.- Llevarlo al médico \_\_\_\_\_ 12.- Conversar con él \_\_\_\_\_

13.-Atención nocturna. \_\_\_\_\_ 14.-Otras \_\_\_\_\_

15.- No realiza ninguna actividad \_\_\_\_\_

42. En tu hogar, ¿quién dedica más tiempo a las tareas domésticas?:

1. Madre \_\_\_\_\_ 2. Padre \_\_\_\_\_ 3. Otro familiar \_\_\_\_\_ 4. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

43. De acuerdo a tu criterio ¿quién debe realizar las siguientes tareas hogareñas, los hombres o las mujeres?

1-Cocinar \_\_\_\_\_ 2- Fregar \_\_\_\_\_ 3- Ir al mercado \_\_\_\_\_

4-Planchar \_\_\_\_\_ 5- Coser \_\_\_\_\_ 6- Lavar \_\_\_\_\_

- 7-Reparaciones del hogar \_\_\_\_\_ 8- Botar la basura \_\_\_\_\_  
9- Limpiar la casa \_\_\_\_\_ 10-Pagar los gastos del hogar \_\_\_\_\_  
11-Cuidar los enfermos \_\_\_\_\_ 12-Comprar las ropas y otros necesidades del hogar \_\_\_\_\_

**44. Según tu opinión, son los hombres o las mujeres los que deben decidir sobre:**

- 1-¿Cómo se distribuyen las actividades domésticas? \_\_\_\_\_  
2-¿Cómo se distribuye el dinero para los gastos? \_\_\_\_\_  
3-Lo que se debe comprar para el consumo \_\_\_\_\_  
4-¿Cómo educar a los menores? \_\_\_\_\_  
5-Las reparaciones a la vivienda \_\_\_\_\_  
6-La organización de la convivencia \_\_\_\_\_

**45. Desea agregar algo más** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Anexo 2: Guión de entrevista a expertos:

1. ¿Qué riesgos biológicos, psicológicos y sociales, produce la maternidad adolescente para la madre y el hijo?
2. ¿Cuáles son las posibles causas que pueden estar estimulando este fenómeno?
3. ¿Existen similitudes entre los comportamientos sexuales de hoy con los de años anteriores?
4. ¿Se repite algún patrón de reproducción entre las madres adolescentes y sus madres?
5. En su opinión ¿existen condicionantes de género que influyen en el comportamiento sexual de las jóvenes?
6. ¿Qué piensa respecto a la atención que en nuestro país se le da al fenómeno de la maternidad adolescente?
7. ¿Por qué no se habla de paternidad adolescente?
8. Pregunta dirigida al especialista del territorio: ¿Existen diferencias entre el comportamiento del fenómeno en el municipio La Lisa con respecto a la media nacional?

### Anexo 3: Guía de entrevista para la realización de Historia de Vida, a madres adolescentes.

1. Fecha de nacimiento.
2. Lugar de residencia.
3. ¿Cómo valoras que ha sido tu vida sexual desde que te iniciaste en la adolescencia? ¿Cuándo empezaste a notar que tu cuerpo cambiaba? ¿Qué te hizo sentir más adulta? ¿A qué edad surgió tu interés por el sexo?
4. ¿Tus padres en esa etapa hablaban contigo sobre la sexualidad, qué te decían?
5. ¿A qué edad tuviste tu primera menstruación? ¿Qué sentiste en ese momento? ¿Estabas preparada? ¿Se lo comunicaste a tus padres? ¿A quién se lo confiaste primero? ¿Por qué? ¿Cuál fue la reacción de tus padres? (De cada uno).
6. ¿Cuándo fue la primera vez que experimentaste el deseo del contacto sexual? ¿Qué sentiste? ¿Cuándo fue tu primera relación sexual? (Edad) ¿Qué pasó? ¿Realmente lo deseabas? ¿Te gustó? ¿Qué te hizo pensar que ese era el momento? ¿Qué piensas de la virginidad en la mujer?
7. ¿Qué métodos anticonceptivos conocías al iniciarte en tus relaciones sexuales? ¿De quién recibiste la primera información? ¿Usaste algún anticonceptivo en tu primera relación sexual? ¿Cuándo lo usaste la primera vez? ¿Usas ahora algún anticonceptivo? ¿Cuál?
8. ¿Dentro de tus relaciones de pareja, quién se responsabiliza por la compra (pastillas, condón) y uso del anticonceptivo? ¿Tus padres participan o prefieres dejarlos al margen? ¿Por qué?
9. ¿Te practicaste algún aborto o una regulación menstrual? (edad y cuántos) ¿Qué opinas de la interrupción? ¿Qué sentiste en el momento que te lo ibas a hacer? ¿Por qué te hiciste esos abortos? ¿Decidiste tu sola hacerte el aborto o junto con tu pareja/padres? ¿Quién te acompañó a realizarte el aborto?
10. Con respecto a las relaciones de pareja: ¿Con cuántos hombres has tenido relaciones sexuales? ¿Te has enamorado alguna vez? ¿Por qué haces el amor con tus parejas? ¿Sientes placer o no después de una relación sexual? ¿Cómo consideras tú debe ser la mujer en la relación sexual? (pasiva, activa) ¿Y cómo debe ser el hombre en las relaciones sexuales? (pasivo, activo) ¿Por qué?
11. ¿Hablabas con tus padres de tus relaciones sexuales?
12. ¿Cuándo conociste al padre de tu hijo? ¿Que sentías por él cuando te decidiste a tener una relación sexual? ¿Cómo era la relación entre ustedes? ¿Conviviste (casada o no) con él? ¿Te apoyaron tus padres?
13. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer hijo? ¿Por qué decidiste tenerlo? ¿Lo deseabas? ¿Lo decidiste sola o junto con tu pareja/padres? ¿Cuál fue su actitud (pareja/padres)?
14. ¿Es el padre de tu hijo tu pareja actual? Si responde negativamente: ¿Por qué motivos se separaron? ¿Qué piensas sobre el divorcio/separación? ¿a pesar de estar separados, cumple alguna función como padre? ¿actualmente tienes alguna relación de pareja?

15. ¿Al momento de salir embarazada estudiabas o trabajabas? ¿Abandonaste los estudios por motivo del embarazo o por otro? ¿Cuál? ¿Qué actitud asumieron tus padres? ¿Te gustaría volver a estudiar? ¿Qué te gustaría estudiar? ¿Qué piensa tu pareja sobre ese tema? ¿Él estudia o trabaja? ¿Cuál es tu aspiración más importante en estos momentos?
16. ¿Quiénes conviven contigo actualmente? ¿Quién es el que los mantiene económicamente (adolescente y bebé)?
17. ¿Estás interesada en trabajar? ¿Has buscado redes de apoyo para incorporarte a trabajar o estudiar, o es que no tienes esas redes?
18. ¿Qué ha significado la maternidad? ¿Qué significa desde tu experiencia la paternidad?
19. ¿Te ha sido fácil ser madre adolescente? ¿Por qué? ¿Cómo ha sido la crianza de tu hijo siendo tan joven? ¿Has recibido ayuda de alguien para criarlo? ¿El padre del niño te ayuda? ¿Cómo?
20. ¿Crees que debe haber alguna diferencia en la educación, si el niño es varón o hembra? ¿Por qué?
21. ¿Durante el período de tu embarazo, presentaste algún problema de salud? ¿Cuál? ¿Tuviste que ingresar en un hogar materno? ¿Cómo te sentiste alejada de tu hogar? ¿Presentaste complicaciones al momento del parto? ¿Cuáles?
22. ¿El bebé nació con algún problema de salud? ¿Cuál? ¿Ha tenido el niño algún padecimiento durante el primer año de vida? ¿Cuál? ¿Has tenido al bebé ingresado en un hospital? ¿Cómo te has sentido frente a esa situación (niño enfermo en un hospital)? ¿Qué recuerdos agradables o no guardas del período del embarazo y el parto?
23. ¿El asumir la maternidad, te impidió mantener el vínculo con tus amistades? ¿Tenías/tienes tiempo de participar en actividades recreativas? ¿Qué sensaciones experimentaste?
24. ¿Qué significó para ti vivenciar la lactancia materna? ¿Quiénes participaron contigo en ese proceso (padres/pareja)?
25. ¿Te sientes satisfecha con tu situación actual?
26. Desea agregar algo más.

## Anexo 4: Confección de las Historias de Vidas.

### H.V. #1

Yamila Suárez es una madre adolescente que actualmente tiene 19 años, ella nació el 23 de octubre de 1992 y vive en la localidad de San Agustín desde que tenía 10 años, en una casa con su mamá, papá, 2 hermanas, esposo e hija (7 en total).

Su primera menstruación fue a los 13 años, suceso que la asustó mucho, pues fue algo inesperado y en medio de una escuela al campo. Ella no se sentía preparada y menos estando lejos de la casa “por suerte ocurrió el día que tuve visita y estaban todos allí”. La primera en saberlo fue su abuela, pues ella fue quien se dio cuenta de lo sucedido”. La reacción de todos fue alegría; y luego su mamá y su abuela conversaron con ella “me prepararon un poco ya que estaba lejos de la casa”.

En relación a su vida sexual, opina que fue un poco compleja, pues al comenzar la secundaria, tenía muchas inquietudes, pero sus padres no hablaban del tema “no conversaban de manera tan abierta que hoy en día se conversa, solo me decían que todo tenía que ser a su debido tiempo”.

A los 14 años fue la primera vez que Yamila experimentó el deseo del contacto sexual, momento que según ella fue de muchas emociones y curiosidades. Su primera relación sexual fue a los 16 años, con un muchacho de mucha más experiencia y no es un recuerdo muy agradable “no lo deseaba mucho, fue bajo presión por parte de él, no guardo el recuerdo lindo de haberme entregado por amor, fue un momento muy difícil y algo decepcionante, así que no me gusto”. El motivo que la llevó a iniciarse, fue el temor de perder a su pareja.

Referido a la virginidad opina que es uno de los tesoros más grandes que tiene cada mujer, y que sería lindo si se le diera la importancia que el tema se merece. “nos debemos entregar por amor la primera vez; no por moda, pues hoy día a muchas jóvenes les da vergüenza decir que son señoritas, que son virgen”.

Yamila expone que conoce todos los métodos anticonceptivos, principalmente el preservativo. La información la recibió tanto de la escuela como de los medios de difusión y en la casa; pero esto no la hizo tomar conciencia respecto a su importancia, situación que se muestra con el hecho de que en su primera vez, no se protegió. Actualmente si se cuida al tomar pastillas anticonceptivas (TRIENOR) y preservativo; siendo ella además la que está al tanto de su compra y uso “yo soy la que arriesga la vida, con una interrupción”. Esta responsabilidad Yamila la adquirió luego de practicarse un aborto a los 18 años de edad, ante lo cual expresa “los abortos deben ser evitados, creo que no es muy beneficioso, pues nos puede traer consecuencias tarde o temprano”. En esa primera experiencia abortiva, Yamila experimentó sensaciones de miedo “diría que sentí pánico, llegué a pensar que no saldría del salón”. Los motivos que la condujeron a realizarse una interrupción fue el haber parido recientemente, decisión que fue apoyada por su pareja y familia.

Referido a las relaciones sexuales, Yamila prefiere no hablar con sus padres, tal vez por falta de confianza “me daba tremenda pena y prefería hablarlo con alguien de más o menos mi edad, compañeras de escuela y esas cosas. Creo que con amistades hablo más abiertamente”. Ella ha tenido cinco parejas y expone que hace el amor porque se siente bien, le gusta y disfruta el sentir placer. Opina que las mujeres deben ser activas y también pasivas dentro de una relación “creo que un poquito de las dos, al igual que el hombre” Al padre de su hija lo conoció en una fiesta de amigos comunes, las sensaciones experimentadas al verlo, según ella, fueron de amor. Enseguida establecieron lazos de pareja, que actualmente se mantienen y que es apoyada por la familia de ambos.

Yamila salió embarazada a los 17 años y tuvo al bebé con esa misma edad. Los motivos que la hicieron decidirse a ser mamá, fue lo tardío que se detectó el embarazo “tenía demasiado tiempo para realizarme un legrado y en caso de hacérmelo corría riesgos”. Este embarazo no fue planificado, pero si aceptado por ella, familia y pareja “lo deseé, lo disfruté y lo disfruto todavía. Creo que es lo más lindo que le puede pasar a una mujer (ser mamá), en esta experiencia recibí el apoyo de mi esposo y familia”.

Durante el embarazo Yamila presentó riesgos de aborto, pues tenía el orificio interior del cuello del útero demasiado abierto. Por este motivo estuvo ingresada en un hogar materno (dos meses). De este período expresa “al principio me sentí mal, por estar alejada de la casa y mi pareja; pero luego me agradó, pues hice nuevas amistades”. Gracias a las atenciones recibidas tanto de médicos como familia, no presentó complicaciones al momento del parto. La niña nació sana y durante su añito solo ha presentado leves catarros. Hasta el momento nunca la ha tenido que ingresar en un hospital.

De manera general todos los recuerdos que guarda son agradables, siendo según ella, los más significativos “cuando comencé a sentirme a la niña, el día que me dieron el sexo del bebé, cuando la sentí llorar por primera vez”. Los únicos recuerdos no agradable fueron: el día que le comunicaron que podía perder la barriga y la recuperación del parto “días realmente fuerte, más que el hecho de parir”.

Al momento de salir embarazada Yamila estudiaba técnico medio en informática. Ella alega que logró terminarlo, pero que le ha sido imposible incorporarse a la vida laboral. La actitud de su familia ante esta situación fue de absoluto apoyo. Su principal aspiración es seguir estudiando y en ello su pareja está de acuerdo “aspiro: trabajar, ser una madre ejemplar y superarme”; sin embargo aún no ha buscado redes de apoyo para lograrlo, su justificación es que se ha querido dedicar por completo a la niña. Actualmente su padre y esposo (se casaron después de nacida la niña) son los que las mantienen (a ella y a la bebé).

Para Yamila la maternidad es una experiencia única “es algo realmente hermoso, que toda mujer debe disfrutar. Me ha hecho crecer como ser humano, como mujer, me ha hecho saber que es tener el sentido de la responsabilidad”. Según ella la paternidad es un papel importante en el desarrollo y crianza del niño.

Reconoce que no ha sido fácil ser madre adolescente, pues no estaba preparada para tanta responsabilidad, pero esto se ha compensado con el apoyo familiar que ha recibido y sobre todo el apoyo de su pareja “el

padre de la niña me ayuda en el poco tiempo que está en la casa, se encarga de ella, para poder adelantar los quehaceres”.

Cree que existen diferencias en la educación de los hijos “a las niñas se les educa con más cuidado o con más protección”

A Yamila, el tener un hijo precozmente le ha impedido mantener el vínculo con sus amistades, pues la niña le ocupa mucho tiempo “no tengo tiempo de participar en actividades recreativas como antes”, situación que no le afecta porque desde inicios del embarazo hizo autoconciencia “desde el comienzo supe que mi vida iba a dar un cambio total y que ahora existía alguien más importante, de la cual yo era responsable, creo que eso me ayudo mucho”.

Para ella el vivenciar la lactancia materna es algo satisfactorio “ver como esa personita tan chiquita depende de ti, es algo realmente increíble que sucede entre madre e hijo” “es una experiencia en la cual todo miembro de la familia debe tener participación y conversar sobre el tema”.

Yamila se siente contenta con su situación actual, pero agrega que “se debería tratar un poco más el tema del embarazo en los adolescentes tanto en la escuela como en los medios de difusión, charlas, conferencias, incluso entrevistas con algunas madres adolescentes, escuelas de padres y sobre todo seguir inculcando en los jóvenes la confianza de ellos hacia los padres y lo importante de tener una sexualidad responsable y segura, no solamente para evitar los embarazos a temprana edad, sino también las enfermedades de transmisión sexual”.

## H.V. #2

Belkis Rodríguez es una joven de 19 años, que nació el 30 de julio 1992. Siempre ha vivido en la localidad de San Agustín, en el municipio La Lisa; en un apartamento con sus padres, sus dos hermanos y la pequeña (ahora son 6).

A los 12 años Belkis tuvo su primera menstruación, hecho que le produjo sensaciones de alegría, aunque le sorprendió el momento en que pasó, pero no sintió miedo porque conocía del tema “no me asusté porque otras amiguitas mías hablaban de eso y le pregunté a mi mamá, quien me explicó”. A quien primero se lo comunicó fue a su mamá, porque su papá no estaba presente y esta (madre) expresó “mi niña ya mató al cochinito”. Belkis reconoce que a partir de este instante su cuerpo fue cambiando, y que como otra muchacha de su edad, ya no quería jugar con muñecas.

Su interés por el sexo surgió a partir de los 15 años, pero para ese momento ya estaba preparada, pues sus padres le explicaron los medios de protección y las enfermedades de transmisión sexual que existen “mis padres me hablaban de que era importante la protección, hablaban sobre las enfermedades que se pueden coger, ellos conversaban conmigo como si fueran amigos míos, fluía la comunicación, aunque con mi mamá tengo más confianza porque es mujer igual que yo”.

El primer deseo de contacto sexual lo experimentó cuando tuvo su primer novio formal. En su primera vez, se sentía un poco nerviosa y tuvo miedo por su inexperiencia, esa relación fue a los 15 años, ella lo deseaba, pero no lo planificó “quería, pero tenía miedo, porque no me sentía preparada, no fue algo con mala intención sencillamente se dio y sí me gustó”. Referido a la virginidad, opina que todo debe ser en su debido momento, es algo que debe mantenerse hasta cierta edad “pienso que llega un momento en que las mujeres se sienten extrañas, necesitan sentir que ya no son niñas, pero perder la virginidad a los 13 años, está mal, porque a temprana edad se está menos preparada para conocer y enfrentar las enfermedades que existen hoy día”.

La primera información que Belkis obtuvo de la anticoncepción, provino de su madre con quien habla determinadas cosas, pero solo relacionadas con preocupaciones “con mis padres hablo cuando tengo problemas, pero con quien más me comunico es con mi pareja”.

No obstante, fue la educación sexual recibida de la propia familia la que la impulsó a usar condón en su primera relación sexual y actualmente (después de tener a su niña); aunque cree que la estabilidad es también una forma de protegerse “lo uso cuando nos estamos conociendo, pero solo estoy con parejas estable”.

Belkis es la responsable de la compra y utilización del preservativo, actividad que al principio compartía con su madre “antes era mi mamá quien me compraba el condón, pero ya lo hago sola”. Ella alega que su pareja coopera en relación al uso, pero que es ella la que está pendiente “lo hago por responsabilidad, porque soy yo la que expone su vida con una interrupción”.

A pesar de estar conciente del riesgo al que se expone, Belkis se practicó una regulación menstrual, después de haber tenido a su niña. Esta experiencia según ella fue muy dolorosa, pero contó con apoyo familiar y principalmente de su pareja (que no es padre de la niña), quien la acompañó al hospital: “la interrupción fue fatal, fue la primera y no se lo deseo a nadie, me la hice porque no quería tener otro hijo. Primero hablé con mi pareja y el estuvo de acuerdo, después se lo comenté a mi mamá y también estuvo de acuerdo”.

Con respecto a sus relaciones sexuales, Belkis señala que ha estado con tres hombres; siendo con el padre de su hija con quien más permaneció “duré cuatro años con el padre de mi hija, que fue mi primer hombre, luego de separarnos he estado con dos hombres más”. Según Belkis, ella se ha enamorado, pero lo que más le gustaba de su pareja era lo que este le enseñaba y las experiencias vividas con él en el acto sexual “lo que más disfrutaba era lo bien que se portaba conmigo, todo lo que aprendí, ¡imagínate que yo era una niña!, la a relación de pareja la iniciamos cumpliendo yo 14 años y él tenía 16 años”. En la relación con el padre de su hija (primer novio) ella esperó a conocerlo primero, darle confianza y establecer relaciones de comunicación, comprensión y apoyo “primero lo conocí, luego se ganó mi confianza y finalmente nos hicimos novios. La relación era buena, a veces yo lo ayudaba o él me ayudaba”.

Belkis convivió con su pareja durante tres años, y para ello contó con sus padres “mis padres me apoyaron. Durante el primer año, él vivía aquí (mi casa) y mis padres se llevaban bien con él, existía comunicación. Luego decidimos irnos para su casa porque allí teníamos más privacidad, teníamos un cuarto independiente (aquí en mi casa, el cuarto era compartido con mi hermano)”.

Ella expresa que el amor lo realiza para sentirse bien, porque siente placer como mujer, pero este acto solo debe ser de mutuo acuerdo entre ambos (ella y pareja) “a veces el cuerpo lo necesita, pero no es todos los días, sino cuando él quiere o yo quiera, se debe esperar el momento oportuno”. Ella opina que no hay diferencias entre ambos sexos, para disfrutar, ya que la mujer puede ser a veces activa y otras pasiva “a veces una lo busca y otras esperar a que él te busque”.

Su primer embarazo fue a los 17 años, según ella, no fue planificado y quería interrumpírselo. Los motivos que la hicieron decidirse a tener al bebé fue el apoyo familiar y el tomar conciencia de los riesgos a los que se exponía con una interrupción a edades tempranas “quería abortarlo porque no tenía edad para tener hijos, pero no me lo saqué por mi familia, que me decían que era un riesgo, me metieron tantas cosas en la cabeza que al final me lo dejé; es decir que mis padres influyeron en que tuviera a la niña, por los riesgos que trae la interrupción”.

Pero este apoyo no fue encontrado en su pareja, quien decidió liberarse de toda responsabilidad “mi pareja se echó para atrás, ¡como todos los hombres!, decía que no y que no y entonces decidió dejarme. No vino más a la casa durante el embarazo”

En los nueve meses de embarazo, Belkis no presentó problemas de salud, pero tuvo que ingresar durante un mes en el hospital Maternidad Obrera desde las 32-37 semanas, porque la niña estaba en el canal del parto y ella tenía contracciones y riesgos de ser prematura.

Gracias a las atenciones recibidas, el parto no se adelantó y la niña no fue prematura, ni bajo peso, ni presentó problema de salud al nacer. Tampoco ha sido enfermiza durante el primer año de vida, pues solo tuvo problemas en el ombligo, nada preocupante.

De manera general, los recuerdos que Belkis guarda de esta etapa son agradables, en relación a su familia, amigos y su hija. El único disgusto que tuvo fue la decepción que sufrió con el padre de la pequeña.

Luego de nacida la niña, la abuela (madre de Belkis) conversó con el papá de esta, para que él la reconociera, le diera sus apellidos “el papá aceptó, pero no quiso tener más relaciones conmigo”. Esta sensación de abandono afectó grandemente a Belkis, por ello opina que la separación es perjudicial tanto para los padres, como para los hijos “me sentí muy mal, porque toda madre quiere que sus hijos crezcan con el padre y yo estaba sola, me puse muy sentimental, me deprimí. Creo que todo hombre debe entender que una mujer siempre quiere el apoyo de ellos, porque hoy en día cuesta trabajo criar a un hijo, más aún si estás sola: por eso hay que pensarlo bien”.

A pesar de estar separados, el padre la inscribió y la visita de vez en cuando, juega con ella y le da afecto, pero esta situación no satisface las expectativas que como madre tenía Belkis “no es lo que yo quería para mi niña”.

El padre no le pasa ninguna manutención, porque Belkis se niega a recibir su ayuda económica “yo nunca he querido aceptar su dinero, él lo ha intentado, pero yo no quiero nada que venga de él. Yo me puse muy mal, su rechazo me afectó tanto, que quise criarla sola, sin depender de él. No quería darle ningún tipo de participación, para que la niña fuese solo mía”.

Al momento de salir embarazada Belkis estudiaba en un curso de superación y tuvo que dejarlo por su estado “no podía estar allí así”. Sus padres la apoyaron en todo “si tenía que dejar la carrera, tenía que dejarla”. Cuando abandonó los estudios ya su pareja la había dejado. Ella no ha vuelto a estudiar y no lo desea. Su nivel escolar es 12 grado y su mayor aspiración en estos momentos es permanecer al lado de su hija “mi hija está por encima de todo y es mía”.

Este abandono escolar, no hizo de Belkis una mujer subordinada, dependiente de sus padres, sino por el contrario; ella se propuso salir adelante, probarse a sí misma que era capaz de criar a su hija. En este comportamiento influyó la decepción sufrida con su pareja, que hizo de ella una mujer más independiente.

Belkis no se apoyó en ninguna red social para buscar trabajo, pero tampoco se quedó cruzada de brazos. Se presentó directamente en la fábrica de pastillas del territorio, cuando se enteró por medio de amistades que había plazas “averigüé que había plazas, presenté mis papeles y me aceptaron”. Actualmente es trabajadora

de los servicios y tiene pareja (no es el padre); pero es ella quien mantiene a su hija, con apoyo de sus padres y hermanos”.

Referido a la maternidad, opina que ha aprendido bastante, de cómo cuidar y atender a su niña, atenderla; siempre siguiendo los consejos de su madre “he tratado de tomar a mi madre como modelo”. En relación a la paternidad solo expone “no se puede confiar en los hombres como padre, pues te dejan de una mano. Los hombres son muy irresponsables para asumir que son padres”.

Ella alega que no ha sido fácil ser madre prematura, pero que en esta labor ha recibido mucha ayuda de su madre “en el cuidado de la niña, ella me ha enseñado como atenderla, prepararle la comida, todo...”. Expone que no deben existir diferencias en la crianza de los hijos cuando estos son pequeños, pero al crecer no participan por igual en las relaciones de pareja “a los hombres se les debe inculcar la responsabilidad que le corresponde”

Belkis refiere que el ser madre adolescente no le ha interferido en su vínculo con sus amistades, aunque no siempre puede asistir a las actividades recreativas “a veces si salgo, pues mi mamá se queda con la niña, pero no siempre puede” y mientras trabaja se queda con una mujer que se la cuida (casa particular). Por ello nunca ha visualizado la niña como obstáculo “si no puedo salir, lo acepto y ya”.

De la lactancia materna no guarda grandes recuerdo sino sensaciones de preocupación, pues la amamantó durante poco tiempo “solo le pude dar el pecho un mes, ya que a los 40 días de parida me operaron de la vesícula. Temía que con ello se afectara su alimentación, pero el médico me explicó y mi mamá siempre me guió para alimentarla bien”.

Belkis expresa que se siente satisfecha con su situación actual, aunque no del todo “me siento satisfecha, pero pudo haber sido mejor, no esperaba el abandono de mi pareja, pero pasó”. Unido a ello aconseja a las madres “que cuiden mucho a sus hijos, que nunca los dejen por debajo de uno mismo. Problemas siempre hay, pero al final uno se sobrepone”.

### H.V. #3.

Judith González es una muchacha que actualmente tiene 17 años, nació el 16 agosto de 1994 y siempre ha vivido en el reparto San Agustín del municipio La Lisa, en un hogar integrado por 12 personas: su mamá, hermana, todos sus primos, sus tías, etc.

A los 11 años Judith tuvo su primera menstruación, este suceso la asustó, motivo por el cual llamó a su mamá, quien le comunicó “que era algo normal y que con eso su cuerpo le avisaba que podía ser madre”. Ella no estaba preparada para ese momento, no había conversado antes del tema, pues su mamá hablaba poco y su papá no vive con ella. Ni siquiera sabía que era la virginidad.

Su interés por el sexo surgió a los 15 años con su primer novio, aunque su primer beso fue en la primaria: “el beso de los 15 años me hizo sentir alegría, porque repetí esa experiencia, me gustaba el muchacho”.

Su primera relación sexual fue a los 15 años, ella lo deseaba, porque el muchacho le gustaba, la hacía sentir segura; pero no fue algo planificado, fue con el padre de su hijo y se decidió por curiosidad “quería experimentar, saber que era eso”.

Durante su corto período de vida sexual, Judith ha tenido relaciones sexuales con cinco hombres, alega que en ellas se ha enamorado y que realiza el amor con sus parejas porque lo desea, le gusta. Aunque no conoce el significado de la palabra placer “¿qué es placer?”, porque no habla con nadie sobre sus relaciones sexuales, piensa que dentro de cada relación, las mujeres deben provocar a su pareja, besarlo; al igual que los hombres con ellas.

En su primera relación, Judith no conocía ningún método anticonceptivo. La información que tiene actualmente la recibió después del acto sexual y se la dio su mamá: “tienes que protegerte para no salir en estado”, pero no le explicó cómo protegerse “no me dijo cuáles eran los métodos, los conozco de oído”, por ello nunca ha usado anticoncepción, ni antes del embarazo, ni después; pero tampoco se ha sometido a una interrupción, y está en contra de que las demás mujeres se lo practiquen.

Su pareja (primera relación y padre de su hijo) tampoco hablaba sobre la anticoncepción, ni sobre como protegerse uno al otro “la relación entre nosotros fue como quiera, lo hacíamos y ya. Él nunca dijo nada de cómo se hacían las cosas”, se veían por el día, porque ella siempre tenía que dormir en su casa “la relación era él allá y yo aquí, teníamos sexo cuando se podía”.

Judith nunca recibió aceptación de su madre para convivir con su pareja, pues ella estaba en contra “decía que él no estaba enamorado de mí, pero yo quise seguir con él porque estaba enamorada de él”. En realidad su familia no quería esa relación porque él no trabaja, toma bebidas alcohólicas, fuma y estuvo preso “cuando yo lo conocí él estaba preso, lo conocí porque él salió de pase y vino de visita a casa de su mamá, y yo esperé que él saliera de la cárcel, para tener una relación”.

Ante la oposición familiar, la pareja (el padre del niño) de Judith le prometió sacarla de la casa, pero nunca le cumplió “todo fue mentira, él vivía con la mamá y me iba a llevar con él para casa de su abuela, pero esta no quiso”.

La madre del muchacho (suegra de Judith) tampoco estaba de acuerdo con la relación de ambos “el por qué no lo sé”, pero el no tener apoyo, ni vivienda, afectó la relación “yo aquí (en mi casa) y él allá (en la suya) no iba a resultar y todo el mundo metiéndose en la relación de nosotros provocó que se terminara”.

Judith salió embarazada cuando tenía 15 años y tuvo al niño a los 16. Ella decidió tenerlo aunque la familia de ambos (de ella y pareja) estaba en contra. Esta decisión la tomó con el apoyo de su pareja “lo decidimos los dos, yo me lo iba a sacar porque la mamá de él, me lo pidió, me decía que yo era muy joven, pero él insistió en que me lo dejara y me rompió los papeles de hacerme el aborto, prometiéndome que iba a estar conmigo en todo momento”.

La madre de Judith siempre quiso que abortara al bebé, porque ella (hija) estaba muy joven y porque el padre de la criatura no estaba enamorado. Al final tal como lo pronosticó la abuela del pequeño, el padre la dejó sola “cuando el padre me dejó, ella me dijo que me lo había advertido, pero luego me apoyó”.

Durante el embarazo, Judith se desarrolló como hipertensa (subía la presión). Las causas son resultado de la propia inmadurez de la edad “no me cuidaba, comía mucho pan, pizza y no sabía que podía con eso, afectar al niño”. Después que le subió la presión, la ingresaron en un hogar materno, pues ella tenía antecedentes por parte de su madre que es diabética e hipertensa. En el hogar estuvo desde los 3-7 meses. Este distanciamiento del hogar la afectó “me sentí mal, porque no podía hacer lo que yo quería, constantemente me daban pastillas, me controlaban los alimentos. Extrañaba mi casa, a mi mamá que no podía ir siempre, me sentía sola. Mi pareja (padre del niño) nunca fue a verme, solo me visitaba mi mamá y mi hermana”.

Al momento del parto, Judith presentó un ataque de eclampsia, pues le subió nuevamente la presión y por poco el niño se muere “la presión me subió porque después de salir del hogar seguí comiendo pan, pizza y dulce, cosas que no podía comer. Yo no sentí miedo cuando me subió la presión, porque no me dijeron que al niño le podía pasar algo. Ahora si lo sé”.

El bebé nació sano, aunque bajo peso (6.1L) y prematuro, a los 8 meses (por el ataque de eclampsia). Durante el primer año de vida ha padecido de alergia y asma, pero nunca lo ha tenido ingresado en un hospital “cuando se ha enfermado me desespero un poco, me pongo triste, llamé a mi madre, lo llevo al médico”.



Judith con el bebé al mes de nacido.

La pareja de Judith, según ella, la atendió durante el embarazo y estuvieron juntos hasta los tres meses de nacido el niño, pero luego él estuvo con otra mujer. Desde entonces se separaron; ruptura que interpreta como “normal”, pero que provocó un distanciamiento del padre con el pequeño “parece que no quiere al niño porque no viene a verlo, ni nada, solo cuando puede le manda dinero”.

Judith estaba estudiando cuando salió embarazada, pero según ella no interrumpió sus estudios, pues terminó el 9no grado “en la escuela que yo estudio es nada más que hasta 9no grado y yo terminé”. Su mamá con respecto al abandono escolar, le comentó que debía continuar superándose “tienes que empezar a hacer la facultad por las noches para coger el 12 grado, para que luego te pongas a trabajar”.

Sin embargo su pareja estuvo de acuerdo con que dejara la escuela “no me insistió en que tenía que estudiar, porque lo que quería era tenerme embarazada ahí y ya”

Hoy día desea estudiar, pero no con el fin de superarse, sino de tener su ingreso económico “quiero estudiar pero para ganar dinero y darle gustos a mi hijo, pues con 9no grado no puede empezar a trabajar, bueno puedo, pero no tener un trabajo bueno que yo quisiera, que me guste”.

Judith actualmente tiene otra pareja, no conviven juntos “vive alquilado y tenemos relaciones sexuales cuando se puede, pero somos una pareja estable porque el viene todas las noches a verme”. Él trabaja como policía y la mantiene económicamente, pero no es suficiente para educar a su hijo, y aunque ayuda lo que le manda el padre (que no es mucho pero es algo) y a veces la familia (abuelos paternos del niño), necesita empezar a trabajar.

Ella quisiera ser policía, esta es su principal aspiración, pero no hace nada para lograrlo “no he ido a la facultad, ni me he movido para saber si están dando cursos por la federación (FMC), si existen cursos de policía para jóvenes de nivel secundario. Me he quedado en la casa, siempre me levanto y digo voy a ir, pero luego tengo cosas que hacer en la casa, y los días pasan. Estoy esperando también que mi mamá me acompañe, porque ella es la que sabe hablar, preguntar”.

Ella asocia la maternidad con experiencias sensitivas “me sentí contenta cuando nació y me pongo triste cuando se lastima”. Plantea que no ha sido fácil educar a su hijo, y que su mamá es quien la ayuda. Opina que se debe educar a los dos sexos por igual, aunque criar a un varón es más fácil “lleva menos preocupaciones”.

Judith ha roto todo vínculo con sus amistades “después de salir embarazada no los he vuelto a ver”, expresa que no tiene tiempo de salir y distraerse, que esto a veces lo extraña, pero no lo lamenta “sencillamente acepto que ya tengo un niño”. El amamantar a su hijo fue una experiencia bella, en ella recibió el apoyo de la familia “me ayudaban en la lactancia, pues se despertaban conmigo, me llevaban un vaso de agua”. Refiere estar satisfecha con su situación actual.

## Anexo 5: Entrevistas a expertos.

Entrevista #1 al Dr. Aldo Rodríguez Izquierdo: Doctor en Medicina (1978). Especialista de Primer y Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor del Diplomado Nacional de Ginecología Infanto-Juvenil y Master en Atención Integral a la Mujer. Miembro de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia, de la Comisión Nacional de Ginecología Infanto-Juvenil del Ministerio de Salud Pública, también de la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia (ALOGIA).

P: ¿Qué riesgos biológicos, psicológicos y sociales produce la maternidad (proceso de aborto-embarazo) en la adolescencia para la madre, para el niño, para el entorno social que lo rodea?

R: En el aborto los riesgos son puramente biológicos, que van desde poner en peligro la vida de esa joven, como afectar su función reproductora en un futuro (infertilidad). Estos riesgos pueden ser sangrados, infecciones, perforación uterina, entre otras; o sea que el proceder como tal no es inocuo, a pesar de que los servicios de aborto en Cuba son altamente calificados en el sentido de que hay una experiencia, son servicios seguros, pero que no dejan en un momento determinado de tener riesgos.

A su vez estos riesgos biológicos por supuesto traen complicaciones sociales, pues una joven que vea limitado (después de un aborto) su vida reproductiva es una complicación psicológica, pero sobre todo social por el problema demográfico que estamos enfrentando, hoy en día nos inclinamos en implementar al máximo el aborto seguro, para que existan la menor cantidad de complicaciones posibles con el objetivo de preservar fertilidad futura; pues en este momento se está transformando la pirámide demográfica (nos estamos convirtiendo en una población vieja); es un problema social en el sentido también de la economía pues si existe una complicación, es más días de ingreso, más días suministrando medicamentos, lo cual conlleva una carga económica para la institución y de forma general para la sociedad.

Desde el punto de vista psicológico, muchos profesionales expresan que los adolescentes ante el aborto asumen una sensación de culpa, pero en la práctica cotidiana eso solo lo he podido experimentar en las que tienen abortos espontáneos, en las que se realizan regulaciones menstruales y abortos de forma conciente, esas afectaciones psicológicas no las he palpado, ni las he sentido; sí en las que lo pierden cuando habían considerado la posibilidad de tenerlo, en ellas a veces se muestran depresiones, pues esperaban que sucediera algo, que luego desapareció.

En el contexto de la familia cubana, yo diría que existe una cultura particular de inculcar la realización de abortos como si fuera una transmisión de valores, incluso de roles, por ello tu oyes a las madres decirle a las hijas, yo me he hecho dos o tres legrados, y las abuelas se hicieron otro tanto. De hecho aquí en Cuba, antes del Triunfo de la Revolución, el aborto no era algo que fuese perseguido como tal vez en otros países, aunque no estaba institucionalizado, y se realizaba a la ligera, por lo que existían tantos problemas, no era

algo mal visto ni desde el punto de vista religioso, ni cultural, ni social; después que se institucionaliza el aborto, las madres lo divulgan como si fuese una bandera, un estandarte: me he realizado tantos y no me ha pasado nada, por tanto contigo no tiene que ser diferente; con esto le restan importancia a los riesgos que realmente tiene. Debo señalar que en el caso de las adolescentes, de donde primero surge la idea de interrumpir la gestación es de la propia familia, no puedes tenerlo porque vas a dejar de disfrutar de tu adolescencia, porque vas a interrumpir tu proyecto de vida, porque dependes económicamente, y por tanto yo (la propia madre) soy la que tomo las decisiones. Incluso cuando tú le preguntas a un adolescente (en una investigación que realizamos) porque quisiste abortar, quien te aconsejó tomar esta decisión, sus respuestas inmediatas fueron: mi mamá, pues en cuanto le dije que estaba embarazada me respondió, vamos para el médico para que te lo saques.

Por ello yo diría que la realización del aborto tiene como causa de fondo, algunas condicionantes sociales que vienen por parte de la familia y que son de tipo económicas, pero sobre todo para evitar tronchar proyectos de vida, y ejemplo de ello es que más del 80% de las interrupciones que se hacen en adolescentes es precisamente con ese objetivo. Es importante señalar también, que en la mayoría de las ocasiones, cuando se les pregunta, ellas no tiene ni opinión ¿por qué?, porque a una niña de 13-14 años les es muy difícil tomar una decisión de si me lo voy a dejar o no; de hecho, no tienen la opción ni de decidir ¿por qué?, bueno esto es una continuación, porque dependen económicamente de la familia “el que trae la comida a la casa es el que decide si se aumenta la cuota o no”, conjuntamente con lo planteado anteriormente. Esto se contradice con los derechos sexuales y reproductivos que tiene una mujer, y llama la atención pues las propias leyes impiden que las jóvenes puedan tomar una decisión, pues hasta los 18 años una joven debe asistir a la consulta con los padres y contar con el autorizo de ellos para tomar cualquier decisión. Sin embargo, esta misma joven firma un papel que se llama matrimonio y ya no depende de los padres, solo basta que se case, para que se convierta en un ser libre e independiente a la hora de decidir sobre sí misma (esto lo considero chocante).

La familia por tanto, se convierte en el principal agente transmisor de estos valores negativos, pero a la vez inherentes a nuestra propia cultura. Desde el punto de vista religioso, en nuestro país no existe una presión o un rechazo social ante el aborto o ante la joven que lo asume, al contrario esta práctica es admitida.

Incluso a nosotros llegan jóvenes de 13-14-15 años con una historia de 3 ó 4 regulaciones o abortos, en ocasiones uno se pregunta ¿pero es que no sacaron sus propias conclusiones de la experiencia anterior?, y en respuesta uno aprecia que tienen un ansia constante de probar su fertilidad. Antes de realizar esta práctica, se les informa de los riesgos a los que se exponen (pueden incluso quedar infértiles) y ante esa preocupación, se prueban con un nuevo embarazo para conocer si su organismo continúa siendo fértil, a sabiendas de que se arriesgan aún más (no logran concientizar). Por ello es tan difícil trabajar con los adolescentes, sobre todo por la influencia tan fuerte que ejerce la familia y de la cual no nos podemos

desprender. De ahí que el aborto no se logre disminuir; el aborto general en nuestro país, tiene una tendencia discreta al descenso, pero dentro de las adolescentes tiene una tendencia al aumento, sobre todo en la primera parte de la adolescencia, cuando acuden a la primera relación sexual sin protección, porque creen en la idea de que a ellas no les va a pasar, le puede suceder a mi amiga, pero no a mí, lo que nosotros nombramos “el pensamiento mágico”. Para evitar esto, se han tomado una serie de medidas, ejemplo de ello es que la anticoncepción es gratuita; sin embargo muy pocas adolescentes van a una consulta de planificación familiar, ya que ellas no se planifican nada.

En Cuba existe un programa de Planificación Familiar, pero en él, el 95% de las mujeres que asisten son adultas y no existe un servicio de planificación especializado para adolescentes, a no ser las consultas de ginecología infanto-juvenil, donde además de la parte ginecológica se ve la parte de anticoncepción, se trata de que venga con su pareja, para involucrar al varón. Lo que ocurre, es que todas las que asisten a esta consulta, lo hacen luego de haber tenido su primera relación sexual.

Según la experiencia (después de haber realizado una investigación sobre la percepción que se tiene de la anticoncepción) existe una gran brecha entre conocimiento y la puesta en práctica de los mismos, pues al entrevistar alrededor de 300 adolescentes, pude comprobar que existe conocimiento sobre la existencia de los métodos anticonceptivos (preservativos, tabletas, etc.); sin embargo no lo aplicaban para protegerse, y creo que esto se debe a que en los proyectos de divulgación, se habla bastante del preservativo, pero enfocado solamente como medio para protegerse de las infecciones de transmisión sexual, no para prevenir el embarazo. Incluso los jóvenes conocen a donde pueden recurrir para obtenerlos, pero no lo hacen porque consideran que son inmunes a esos riesgos “pensamiento mágico”.

Influye en estos acontecimientos también, el hecho de que aunque existen centros para brindar educación sexual, en ellos solo se brinda información sobre la anticoncepción pero no se habla de la equidad de género, del papel que juega el varón, de lograr estimular en ambas partes la responsabilidad ante el acto sexual. Esto se debe a que aunque existe voluntad política por parte de las instituciones para crear una serie de programas que tratan de demostrar que ambos tiene la responsabilidad de velar porque la mujer se tome la pastilla, o que el varón use el preservativo; muchas veces es la propia sociedad la que lo aísla, al inculcarle que esa responsabilidad no es suya, sino que le corresponde exclusivamente a la mujer. Desde pequeño se les inculca un rol de distanciamiento, la célula social no le da margen a participar, fíjate si se produce de este modo, que la joven adolescente acude a las consulta de ginecología (en busca de una orientación anticoncepcional o para interrumpir la gestación) acompañada solamente por la madre. Y esto se visualiza como un proceso natural a tal punto, que se justifica la ausencia del varón, él no me acompañó porque está trabajando o estudiando, con lo cual se muestra el papel que juega la familia a la hora de inculcarle al hombre la responsabilidad que este debe asumir cuando establece relaciones con una pareja.

Para visualizar lo dicho anteriormente te voy a citar una conversación que escuché y que retomo como fiel ejemplo para mostrar el papel que juega la familia en la inculcación, tanto a la mujer como al hombre, de diferentes roles sexistas. Lo que ocurrió fue que a una abuela (era una señora campesina y con un bajo nivel cultural) le vinieron a reclamar porque el nieto había embarazado a una muchacha y la respuesta de la abuela fue: “mire yo tengo el toro y usted tiene a la vaca, usted cuide su vaca que mi toro está suelto”, quiere decir que el asumir la responsabilidad depende del sexo, la que debe cuidarse es la mujer, el hombre no tiene porque preocuparse, y esto está arraigado a las nociones culturales que se transmiten de generación en generación; incluso el hecho de que un hombre (nombrado como varón de riesgo) tenga varias parejas o haya embarazado a varias mujeres es una muestra de su virilidad, fortalece su rol masculino, le otorga status ante los ojos de la sociedad machista que aún hoy persiste.

Esta conducta no se visualiza como falta de responsabilidad, pues no solo se arriesga el hombre, sino que él pone en peligro la vida de la mujer; y gran parte de culpa en esto lo tiene la familia con la reproducción de esa base ideológicas, la cual es prácticamente imposible de cambiar, pues para ello debemos de transformar a generaciones enteras.

Por lo anterior es tan difícil disminuir la ocurrencia de abortos, pues esta práctica es como una copa grande en la que influyen muchas gotas, si fuera problema de la anticoncepción nada más se actuara directamente sobre ello. Sin embargo, en la decisión de interrumpir un gestación toma parte la familia, el varón, la adolescente e incluso nosotros mismos, los proveedores de salud (pues como somos miembros de esta sociedad en la que nos han inculcado todos estos valores) transmitimos consejos con el único propósito de ayudar, pero sin primero escuchar lo que desea hacer esa adolescente. Muchas veces la joven llega a nuestra consulta porque le faltaba la menstruación y en cuanto confirmamos el embarazo, nuestra siguiente pregunta es: ¿te lo vas a interrumpir, no?, con lo cual inducimos una conducta, cuando nuestro único papel es el de ser imparcial (explicar los riesgos de la interrupción y la continuación del embarazo, y ofrecerle a esa adolescente el derecho que ella tiene a decidir sobre su cuerpo).

Esto es muestra fehaciente de que el contexto condiciona, que somos hijos de una cultura que lleva implícita la respuesta esperada por la sociedad, y que todos en general reproducimos e inducimos de forma inconciente.

P: Si se decide continuar con el embarazo, ¿cuáles son los riesgos que puede presentar una adolescente?

R: El embarazo en una adolescente, según nuestra experiencia, solo tiene riesgos de tipo biológicos cuando se produce en la adolescencia precoz (etapa temprana), ejemplo de ello son los problemas del parto pretérmino, bajo peso del recién nacido, las cesáreas son más frecuentes, etc.; mientras que el embarazo en la adolescencia tardía puede transcurrir en óptimas condiciones porque su organismo desde el punto de vista biológico está preparado.

Sin embargo un embarazo desde el punto de vista social posee una serie de riesgos, pues este conlleva una gran responsabilidad, para asumir la crianza y educación de un hijo, y en ocasiones los adolescentes no están preparados. Esto trae como consecuencia que se produzca un intercambio de roles, pues muchas veces ese niño no es criado por su madre, sino por la abuela; con ello, el niño se convierte prácticamente en el hermano menor de la adolescente. No le puedes pedir a una joven, quien aún necesita cuidados, que asuma la educación de una tercera persona; esto provoca que el rol de madre no se desempeñe adecuadamente, pues las adolescentes no poseen las condiciones psicológicas y sociales para hacerlo.

Se le suma a lo anterior el aspecto económico, pues esa adolescente depende económicamente de sus padres y son estos quienes entonces poseen total potestad para tomar medidas sobre la educación y crianza del recién nacido.

Con la maternidad en la adolescencia, el proyecto de vida de las adolescentes se ve frustrado, si bien en nuestro país se han tomado una serie de leyes sociales que favorecen la incorporación de las adolescentes a los centros de educación, para continuar su preparación, les es muy difícil retomar su vida anterior (reinsertarse en su círculo de amigos o grupo de referencia, moverse en espacios recreativos, entre otras actividades que caracterizan la vida de este grupo de edad) pues aunque el rol de madre no se desarrolla a plenitud, siempre algo de responsabilidad les toca y esto interfiere de forma directa en su rutina diaria, la cual cambia totalmente (se limita su vida social).

El tener un hijo a edades tempranas provoca también afectaciones en la esfera psicológica, muchas veces se ha contactado que se produce un cierto rechazo hacia ese nuevo ser por parte de la madre adolescente, pues visualizan al bebé como un obstáculo que impide el desarrollo de su vida como joven.

Desde el punto de vista social, el embarazo en la adolescencia reproduce el sistema patriarcal de la mujer enmarcada únicamente en el ámbito doméstico, esto se debe a que la mujer se vuelve un ser dependiente ya que el hecho de haber interrumpido los estudios le imposibilita la inserción en el mundo laboral. Es un engranaje, lo uno conlleva a lo otro; generalmente esta muchacha que parió joven, si no tiene un gran apoyo de la familia, le es muy difícil llegar a culminar una actividad, por ejemplo convertirse en profesional, lograr convertirse en universitaria. Por tanto el proyecto de vida se ve frustrado, lo cual trae como consecuencia directa que se convierta en la ama de casa. Esto provoca, como se mencionó anteriormente, que esa joven se vuelva dependiente económica de su familia o del varón si lo tiene a su lado (porque un gran por ciento de las veces el varón se desentiende de su responsabilidad tanto económica como educativa).

Las madres al no poseer independencia económica, disminuyen el per cápita familiar (pues los ingresos deben ser repartidos entre más personas), debido a ello entonces una familia que tal vez podía tener un mejor nivel económico, genera un sistema de pobreza.

P: ¿Cuáles son las causas que pueden estar estimulando este fenómeno?

R: Desde el punto de vista biológico, existen una serie de condicionales que permiten que hoy día las jóvenes inicien su vida sexual más precozmente, pues la media de estas muchachas tienen su menarquía (primera menstruación) alrededor de los 11 años, o sea que biológicamente están preparadas a partir de los 13 años.

Por otro lado, la visión que se tenía respecto al sexo (desde la mira familiar y social), ha cambiado, existe aceptación social, no se le considera un tema tabú; el hecho de tener vida sexual no representa un escándalo para nadie, es normal que una joven no llegue virgen al matrimonio.

Se le suma a lo anterior, el hecho de que la incitación al sexo llega por todas partes, por los propios medios de difusión: no hay una película, no hay una novela, un video clip, etc., donde no se toque el sexo de una forma abierta, liberal (con escenas eróticas, acto sexual) lo cual tienta a la juventud a experimentar, teniendo presente además que los adolescentes se hallan en una etapa de la vida en la que el sistema hormonal está acelerado.

Existen otros factores de riesgos (aunque no son los principales, no podemos obviarlos) como por ejemplo: el consumo de alcohol, droga, etc. Si además de esto, la joven proviene de una familia disfuncional o monoparental, donde la madre se ha encargado de asumir el rol que le corresponde conjuntamente con la función de padre; o donde la adolescente ha tenido varias figuras paternas; esto influye en que esa joven asuma las relaciones de pareja de forma inestable.

Por ello podemos decir que la maternidad en la adolescencia no es resultado de un solo factor, sino que es un fenómeno multicausal; pues en él inciden variables de tipo biológicas, pero sobre todo, variables provenientes del medio social en el que está insertado el adolescente.

P: Cuando en su libro habla de baja autoestima como causa que influye en la maternidad adolescente, ¿a qué se refieren?

R: Si una joven posee alta autoestima es más selectiva a la hora de escoger pareja, pues se convierte en alguien capaz de discernir (es exigente con la pareja, se piensa de forma responsable, pues se trazan metas a alcanzar). Una adolescente cuando posee poca atención por parte de la familia, si es una joven fumadora, marginada por el grupo de amigos, si no tiene proyecto de vida, se convierte en una presa fácil, baja su autoestima y en busca de afecto se lanza a tener relaciones sin pensar en las posteriores consecuencias.

P: ¿Se repiten algún patrón de reproducción entre las madres adolescentes y sus madres (abuelas)?

R: Si una adolescente proviene de una madre también adolescente, favorece aunque no al 100%, que se repitan estas conductas en un alto porcentaje, las cuales han sido transmitidas de una generación a otra, este comportamiento es similar al de la madre y muchas veces al de la abuela.

Sin embargo es necesario señalar que las visiones que se tienen hoy sobre la maternidad adolescente, son totalmente diferentes a la que existían en años anteriores. En la época de la abuela esto no era un problema pues las abuelas se casaban con 15 y 16 años, pues lo que se esperaba de esa joven (que hoy es la abuela) es

que tuviese un buen matrimonio, muchos hijos y que atendiera la casa y al esposo. Esto les daba prestigio, por lo que se convertía en el anhelo de toda mujer.

En nuestros días, gracias a una serie de transformaciones en las nociones culturales, lo que se espera socialmente de una mujer, es que desarrolle una carrera, para que luego se inserte en el mercado laboral, y con esto rompa el tradicional sistema patriarcal, al realizarse como profesional; con lo cual además adquiere su independencia económica.

Debemos señalar como fundamental, que en nuestro país, el embarazo en la adolescencia ha ido disminuyendo como resultado de una serie de políticas que estimulan la incorporación de la mujer al mundo público, pero continúa siendo relevante y según mi criterio, esto se relaciona mucho con el contexto en el que se está enmarcado (según mi apreciación, la vida en la zona rural permite un mayor incremento del fenómeno, mientras que las muchachas que viven en zonas urbanas retrazan un poco más la ocurrencia de embarazos).

P: Pudiera comparar el panorama de Cuba con el de América Latina.

R: Los contextos son diferentes por completo; de hecho Cuba, México y otro país más (no recuerdo cual) son los únicos que tienen el aborto institucionalizado. Por tanto, en el resto de los países el aborto se realiza de forma ilegal, con lo cual se produce un control de riesgo. A veces existen clínicas con condiciones necesarias para esta práctica, y se realizan de forma oculta; y otras muchas veces, la población al no tener presupuesto para ser atendido en una de esas clínicas, acude a la curandera bajo precarias condiciones.

Existen otros factores como es el nivel de pobreza, que obliga a muchos países a no tener ni siquiera en cuenta temas como la salud sexual y reproductiva de su población, cuando la preocupación emergente es que se va a comer hoy. Esto a su vez trae como consecuencia una escasa opción a un nivel educacional, y por tanto, si no tienes profesión te tienes que ganar la vida de otra manera: con la prostitución. Además, las calles (medio en el que viven gran número de personas) constituyen el contexto más propenso para caer en el alcoholismo, el tabaquismo, las drogas, etc., factores de riesgos que acompañan la realidad latinoamericana.

Se hace incomparable entonces, el panorama nuestro, pues en ningún país con altos índices de pobreza, se pueden desarrollar proyectos con los adolescentes, con el objetivo de que adquieran educación sexual. Por otro lado, la anticoncepción es un problema, porque si no tienes dinero no los puedes obtener y sin ellos (métodos anticonceptivos) no te puedes cuidar.

Mientras que en Cuba, existen proyectos de anticoncepción, la educación es obligatoria hasta los 15 años, se estimula el surgimiento de proyectos de vida, hay un seguimiento estricto por parte de los proveedores de salud. En todo el país (aunque no en la cantidad que nosotros quisiéramos) existen consultas de ginecología-infanto-juvenil, donde se le orienta a los adolescentes, sobre los métodos anticonceptivos, etc. Esto muestra lo planteado en el “Programa de Atención Integral a los Adolescentes”, sobre la necesidad de

tener consultas especiales para estas edades. Debemos señalar que la diferenciación en el parto y puerperio no se ha logrado, porque aunque existen los programas, el llevarlo a la práctica, la implementación del mismo, requiere de fuertes transformaciones ideológicas, lo cual es un proceso gradual en el que apenas estamos comenzando. Aún tenemos mucho camino que transitar, no obstante, las realidades son completamente diferentes; de hecho el por ciento que tienen de muertes (ya sea por aborto o parto) es inmenso; esto no sucede en Cuba, puede haber uno o dos casos de muerte pero son casos aislados y muy puntuales.

Esto promueve la confianza y seguridad de la población en los servicios de salud, lo cual no se sabe “si es bueno o malo”, pues disminuye casi a la totalidad la mortalidad por estas causas, pero eso no significa que se elimine la morbilidad; tema que no es totalmente concientizado y que contribuye al desarrollo del “pensamiento mágico”: no va a pasar nada.

P: ¿Por qué no se habla de paternidad?

R: La participación del varón es necesaria para el niño, para la madre, para la familia, para él mismo como padre; pero para que esto se logre deben ocurrir una serie de cambios ideológicos, que permitan no solo que el hombre se reconozca como figura fundamental en la crianza y educación de los hijos, sino además cambiar la mentalidad social sobre el rol que debe asumir el varón y a su vez, que las instituciones creen las condiciones para permitir su participación desde el momento mismo del nacimiento del niño.

Entrevista #2 a la Dra. Omayda Safora Enríquez: Doctora en Medicina (1990). Especialista de Primer y Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora del Diplomado Nacional de Ginecología Infanto-Juvenil y Master en Atención Integral a la Mujer. Miembro de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia, de la Comisión Nacional de Ginecología Infanto-Juvenil del Ministerio de Salud Pública, también de la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia (ALOGIA).

P: ¿Qué riesgos biológicos, psicológicos y sociales produce la maternidad en la adolescencia para la madre, para el niño, para el entorno social que lo rodea?

R: El embarazo en la adolescencia produce fundamentalmente riesgos sociales, los cuales deberían ser iguales para los y las adolescentes, porque no hay la suficiente madurez para educar a un niño, sumándole a ello que se limitan las actividades propias de la edad (quieren pasear, divertirse con su grupo de pares). Nuestra sociedad es machista, pues les impone el freno solamente a las mujeres, mientras que los varones pueden (en la mayoría de los casos) continuar realizando sus actividades recreativas. En cambio las mujeres deben quedarse en sus casas, asumiendo el cuidado del recién nacido. El hecho de que la mujer no pueda ir a la fiesta, pero el hombre sí, es una diferencia acentuada por la sociedad.

En la esfera social las adolescentes aún no han terminado sus estudios, por tanto poseen dependencia económica, hecho que muchas veces provoca una transformación de roles; ese niño que tiene una madre adolescente, se convierte en su hermano menor y producto de ello el rol de madres, muchas veces no se cumple. Y con respecto a ambos padres biológicos, ese intercambio de roles permite el cese de la función educativa.

Los riesgos biológicos son padecidos únicamente por las mujeres, y estos aumentan o disminuyen en dependencia de la edad (mientras menor sea la adolescente, mayor peligro corre). Si el embarazo surge en adolescentes menores de 15 años, la probabilidad de muerte en el parto es de 6 a 7 veces más que en las posteriores edades. Existe también mayor incidencia de eclampsia, bajo peso del recién nacido, muerte fetal intrauterina, trastornos a la hora del parto (mayor probabilidad de que ocurran intervenciones quirúrgicas: cesáreas), pues no existe completo desarrollo de sus órganos genitales reproductivos.

En cambio a los 18 años, con respecto a los aspectos biológicos, el embarazo es similar al que ocurre en una mujer adulta.

Con la maternidad precoz se produce un conflicto familiar, porque todo padre quiere que su hijo(a) termine sus estudios y no siempre pueden apoyarlos con el cuidado de los recién nacidos; pues por lo general, los padres de esas adolescentes (abuelos del bebé) son personas jóvenes que continúan trabajando, y este espacio no lo pueden abandonar porque son los proveedores de ingresos. Por tanto es un conflicto social con una base económica, que altera la funcionalidad de la familia.

Esto se debe en gran medida a que la adolescente no posee apoyo por parte del Estado, en representación de la sociedad, pues no tiene derecho a los círculos infantiles, al estudiar y no trabajar. Es decir que, la adolescente está obligada a asumir el cuidado del bebé y con ello abandona los estudios y se enmarca en el ámbito doméstico.

El índice de separación entre las parejas, es altísimo en los primeros seis meses, lo cual evidencia que predomina la tendencia de asumir la maternidad temprana prácticamente sola, ya que el varón se pone de espaldas a la situación.

Generalmente la familia del varón influye en esa decisión, son muy pocos los que enfrentan su función paterna. Por ello, todo recae en la mujer adolescente y su familia.

Esto demuestra lo fraccionario de nuestra sociedad, lo cual incide directamente en el niño, quien arranca desde su nacimiento con una familia disfuncional, monoparental, con un cambio importante de los roles de la familia. Su mamá es su hermana, a él lo dirige la abuela y con ello se le forman una serie de conflictos de inadaptabilidad (que sufre el niño).

Tiene que ser una familia muy funcional para que no se cambien los roles, pues muchas veces el niño no sabe a quien dirigirse o a quien obedecer (se altera el núcleo familiar).

Si se mantiene la unión de la pareja, funciona mejor cuando el varón es mayor que la muchacha; aunque se debe señalar que la adolescente mujer siempre va a sufrir dependencia económica: de la pareja si trabaja o con relación a los padres.

Si el hombre asume, puede ocurrir también que se den conflictos entre las familias con respecto a la crianza del niño, quien va a migrar de una familia a la otra, siendo dirigido por ambas abuelas (estas pueden tener o no, buenas relaciones).

Se debe señalar que en ocasiones, las rupturas son a causa de los conflictos familiares, pues la familia del varón, tampoco quiere que este abandone los estudios.

El impacto social más importante, producido por la maternidad en la adolescencia es: abandono de los estudios, frustración del proyecto de vida y el hecho de que posteriormente esas muchachas asuman un trabajo poco remunerado.

Desde hace diez años, las estadísticas en la maternidad adolescente se mantienen alrededor de un 20% del total de nacimientos. Se han creado muchos programas y estrategias y aunque han disminuido, este descenso no es suficiente, lo cual demuestra que las cosas no han estado funcionando como nos gustaría; motivo por el cual nos hemos sentado a reflexionar sobre el problema y es que no se ha estado trabajando con el 50% del problema que es el varón.

¿Por qué decimos esto? En primer lugar, debemos señalar que muchos adolescentes transitan por una monogamia secuencial, es decir que pueden tener varias parejas en un mes, y aunque muchas madres (de las adolescentes) buscan como solución al problema del embarazo: el uso de un dispositivo intra-uterino (DIU),

con ello se deja desprotegido otras aristas como las enfermedades de transmisión sexual; motivo por lo cual se convierte el condón en el método anticonceptivo ideal.

¿Pero quién se coloca el condón? La respuesta todos la conocen: es el varón, sin embargo son las adolescentes las que asisten a las consultas de orientación anticonceptiva en compañía de su mamá.

El anterior comportamiento responde a roles que identifican la salud sexual como un problema femenino y que la familia asume, sin plantearse que la anticoncepción es un negocio de pareja (deben llegar a un consenso). Es esencial la participación del hombre en esta consulta, para que realmente exista aceptabilidad, ya que la muchacha puede estar muy conciente pero es él, quien se coloca el preservativo.

Estos roles, se evidencian también en que a estas consultas vienen las muchachas con las madres, no con los padres. Incluso cuando se embarazan y deciden interrumpirlo, el aborto o regulación menstrual se realiza en muchos casos con el apoyo de la madre, pero a escondidas del padre (este no se puede enterar, con lo cual se le libera de toda responsabilidad). Se transmite entonces, de generación en generación, conductas que reproducen el sistema patriarcal, donde el cuidado de los hijos corresponde al sexo femenino.

Según mi opinión a una interrupción, deben asistir los tres: la madre y el padre de la adolescente y la pareja de la misma. Sin embargo, esta participación del varón no está avalada socialmente, ejemplo de ello es el hecho de que si una muchachita falta a la escuela para interrumpirse el embarazo, los médicos le dan un papelito y se le justifica la ausencia; pero al varón adolescente no se le justifica (barreras sociales) por acompañar a su pareja.

La responsabilidad del sexo masculino, debe ser inculcada por la familia a través de un largo proceso que se inicia en la niñez, pues aunque él no se acuesta en una mesa quirúrgica, debe estar presente para brindarle al menos apoyo moral.

La comunicación padre-hijo es fundamental, pero no debe establecerse de forma unidireccional, sino que deben estimular en los adolescentes su participación, y no decidir por ellos. Según mi experiencia, existe mucha información, pero no comunicación, no hay intercambio. Se educa en la cultura de la prohibición: no puedes hacer esto, aquí no vengas con una barriga, tienes que usar condón, etc.

Los adultos diseñamos patrones, programas dirigidos a los adolescentes, esto lo hacemos con las mejores intenciones, pero con nuestra visión de adultos, personas maduras y de experiencia. No le permitimos participar activamente, no les preguntamos su opinión sobre estos programas, indagar sobre su gusto y preferencia, para que sean bien acogidos entre ellos.

Debo señalar que en Cuba aumentó el uso del condón cuando este anticonceptivo comenzó a ser promulgado por los jóvenes del VIH-SIDA del Carrito por la Vida. ¿Por qué? La respuesta es que estos jóvenes constituían su grupo de pares, quienes promueven la salud de modo informal, usan camisetas que los identifican y establecen debates abiertos (en cuanto a lugar y tema); lo cual demuestra la necesidad de involucrar a los mismos adolescentes como proveedores de salud.

Esta participación puede estimularse con preguntas que permitan conocer las necesidades e inquietudes propias de la edad, pues la adolescencia implica conflictos emocionales.

Los padres deben prepararse para educar a sus hijos, y deben evitar la reproducción de patrones sexistas, que enmarcan la salud sexual y reproductiva como cuestiones femeninas; además de legitimar para la mujer el cuidado de los hijos. El padre solo se responsabiliza en caso de que la madre esté ausente por: viaje o fallecimiento.

P: ¿Cuáles son las posibles causas que estimulan este fenómeno?

R: El estar embarazada muchas veces es una forma de llamar la atención, a la cual recurren determinadas adolescentes que están falta de cariño y cuidados. Esto se relaciona directamente con la baja autoestima, pues la adolescente en busca de afecto se lanza a tener relaciones aunque estas sean momentáneas y no piensan en consecuencias (no poseen percepción de riesgo). Otra de las causas puede ser el tener un comportamiento inestable en la escuela (carencia de un proyecto de vida). También influye el alcohol, la droga, la educación, etc.

Somos una sociedad machista que reproduce determinadas tabúes, prejuicios y patrones de comportamientos (roles diferenciados para cada sexo). Las conductas sociales y las sexuales están muy imbricadas, no se pueden separar.

El proceder de familias disfuncionales y monoparentales puede también influir, ya que un niño necesita de ambos padres. Es un error que las madres divorciadas expresen que sus hijos no necesitan de la figura paterna; al contrario, debe existir una negociación, los padres deben llegar a un acuerdo para que los hijos no se sientan segregados.

Otra de las causas es el mal uso de métodos anticonceptivos (dicotomía que existe entre lo conocido y lo practicado), aunque se desconoce la anticoncepción de Emergencia o también llamada píldora del 2do día. Esta pastilla se toma cuando en pleno período fértil, la mujer tiene relaciones sexuales sin protección y tiene sospecha de quedar embarazada (debe tomársela antes de que se cumplan las 72 horas del posible coito fecundante). Este anticonceptivo tiene una eficacia de un 35% de probabilidad de no embarazarse.

Por tanto la maternidad adolescente es un fenómeno multicausal, que puede cumplir diferentes roles: para salir de la casa, evadir la segregación social, eliminar la baja autoestima, liberarse de la prostitución, etc.

Es importante trabajar en el entorno social de los adolescentes, conocer si existen desigualdades entre sus contextos, por ejemplo: ¿las adolescentes de la Habana Vieja tiene las mismas oportunidades de superación que las del municipio Plaza de la Revolución?, puede que sí por las políticas sociales del gobierno, pero el entorno social es diferente; por tanto los programas deben ser generales, aunque teniendo en cuenta las individualidades (para hacer, primero hay que conocer).

P: ¿Hay alguna similitudes entre los compartimientos sexuales de hoy con años anteriores?

R: Se debe señalar que en nuestros días existe una mayor aceptación y libertad sobre los temas de la sexualidad, esto difiere de años anteriores, pues se les consideraban temas tabúes, prohibidos. La familia ya ha reconocido que es importante la educación sexual, pero la información hacia los adolescentes llega de forma impositiva, unidireccional (no hay intercambio, no se conoce su opinión) y procede únicamente de las madres (los padres se mantienen distantes).

Considero un error dejarle a la escuela, la responsabilidad absoluta respecto a la educación sexual, pues la familia es esencial, al ser la que nos acompaña a lo largo de la vida. La familia es nuestra base, es la que te recibe cuando llegas al mundo y la que te despide cuando te vas.

## Anexo 6: Tablas.

**Tabla # 1** Tasa Global de Fecundidad (hijos por mujer)

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1.58	1.60	1.67	1.63	1.54	1.49	1.39	1.43	1.59	1,70

**Fuente:** Anuarios demográficos de Cuba. ONE. 2009 (digital)

**Tabla # 2** Tasa de Fecundidad según edad de la madre 1975, 1990, 2000-2009.

Edad	1975	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
15-19	127.3	92.9	77.5	60.2	49.6	48.3	49.1	48.3	47.3	44.9	41.8	43.4	49.2	51.3
20-24	179.3	126.8	113.9	91.4	96.5	98.7	99.0	97.9	92.8	93.0	87.4	89.1	99.5	107.8
25-29	118.3	95.7	97.4	78.8	89.2	92.5	96.3	90.1	84.2	81.3	75.7	78.7	87.8	95.1
30-34	69.8	46.5	56.1	46.8	55.0	54.9	60.6	60.0	56.1	53.2	48.5	49.0	53.0	56.5
35-39	37.4	18.5	17.5	17.1	22.4	21.8	24.1	24.5	23.5	21.9	21.1	22.1	24.0	25.4
40-44	13.2	3.9	3.3	2.5	3.8	3.8	4.3	4.7	4.5	4.1	3.9	3.8	4.0	4.4
45-49	2.3	1.2	0.3	0.5	0.2	0.4	0.4	0.2	0.3	0.2	0.3	0.2	0.3	0.3

**Fuente:** Anuarios demográficos de Cuba. ONE. 1997, 1999, 2000 y 2009.

Anuario Estadístico de Salud 2007. Dirección Nacional de Estadísticas MINSAP.

**Tabla #3** El comportamiento de la fecundidad durante el lustro 2005/2009.

Año.	Total de Nacimientos.	Madres Adolescentes	% Madres Adolescentes.	Posición según grupos etéreos (comparación-Cuba)
2005	316	48	15,18	4to lugar.
2006	286	36	12,58	4to.
2007	310	42	13,54	5to.
2008	319	47	14,73	5to.
2009	351	37	10,54	5to.
Total.	1582	210	13,27	

**Fuente:** Oficina de Estadística del Policlínico “Elpidio Berovides”, que atiende el área de San Agustín. La Lisa.

**Tabla #4** Tabla Distribución de las madres adolescentes por grupos etéreos.

Grupos Etéreos	Frecuencia	%
Edad de 14-16 años	6	19,4
Edad de 17-19	25	80,6
<b>Total</b>	31	100

**Tabla #5** Distribución de las madres adolescentes según color de la piel.

Color de piel	Frecuencia	%
Blanco	18	58,1
Mestizo	6	19,4
Negro	7	22,6
<b>Total</b>	31	100,0

**Tabla #6** Distribución de las madres adolescentes según nivel escolar concluido.

<b>Nivel escolar concluido</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Secundaria sin terminar	1	3,2
Secundaria terminada	15	48,4
Nivel Medio Superior sin terminar	3	9,7
Nivel Medio Superior terminado	12	38,7
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

**Tabla #7** Distribución del nivel escolar que poseen las madres adolescentes según grupos etáreos.

<b>Nivel escolar concluido</b>	<b>Grupos Etáreos</b>				<b>Total</b>	<b>%</b>
	<b>Edad 14-16</b>	<b>%</b>	<b>Edad 17-19</b>	<b>%</b>		
Secundaria sin terminar	1	16.6	0	0	<b>1</b>	<b>3.2</b>
Secundaria terminada	4	66.6	11	44	<b>15</b>	<b>48.3</b>
Nivel Medio Superior sin terminar	0	0	3	12	<b>3</b>	<b>9.6</b>
Nivel Medio Superior terminado	1	16.6	11	44	<b>12</b>	<b>38.7</b>
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Tabla #8** Distribución de las madres adolescentes según continuidad de estudios.

<b>Continúa estudiando.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	6	19.3
No	25	80.6
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Tabla #9** Distribución de los motivos dados por las madres adolescentes, para no seguir estudiando.

<b>Motivos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No le gustaba estudiar / abandonó escuela.	5	20
Estaba embarazada y la seño me sacó.	1	4
Porque estaba embarazada.	10	40
Terminó escuela	6	24
No responde	3	12
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

**Tabla #10** Distribución de la ocupación actual de las madres adolescentes, que abandonaron los estudios.

<b>Ocupación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Ama de casa	18	72
Trabajadora de los servicios	5	20
Bailarina	1	4
enfermera	1	4
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

**Tabla #11** Situación conyugal de las madres adolescentes según grupos etáreos, al tener al bebé:

Situación conyugal	Grupos Etáreos.				Total	%
	Edad 14-16	%	Edad 17-19	%		
Con Pareja (casada o unida)	3	50	19	76	22	<b>70.9</b>
Sin Pareja (soltera o separada)	3	50	6	24	9	<b>29.0</b>
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Tabla #12** Situación conyugal de las madres adolescentes según grupos etáreos, actualmente:

Situación conyugal	Grupos Etáreos.				Total	%
	Edad 14-16	%	Edad 17-19	%		
Con Pareja (casada o unida)	4	66.6	16	64	20	<b>64.5</b>
Sin Pareja (soltera)	2	33.3	9	36	11	<b>35.4</b>
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Tabla #13** Distribución de la edad (madre e hija adolescente) al momento de tener su primer hijo.

Madre			Hija		
Edad	Frecuencia	%	Edad	Frecuencia	%
15	1	10	16	1	10
17	1	10	<b>17</b>	<b>5</b>	<b>50</b>
<b>18</b>	<b>6</b>	<b>60</b>	18	3	30
19	2	20	19	1	10
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Tabla #14** Distribución de las tareas en el hogar por sexo, según madre adolescentes.

Actividades	Mujeres		Hombres		Ambos		Total de actividad
	total	%	total	%	total	%	
cocinar	25	<b>89.3</b>	2	7.1	1	3.5	28
fregar	17	<b>60.7</b>	0	0	11	39.2	28
lavar	23	<b>82.1</b>	0	0	5	17.8	28
Limpiar casa	19	<b>70.3</b>	0	0	8	29.6	27
Ir al mercado	15	<b>57.6</b>	3	11.5	8	30.7	26
Planchar	18	<b>81.8</b>	1	4.5	3	13.6	22
Pagar gastos	6	25	12	<b>50</b>	6	25	24
Reparaciones	5	21.7	15	<b>65.2</b>	3	13.0	23
Botar basura	5	18.5	18	<b>66.6</b>	4	14.8	27
Comprar ropas y otras necesidades	4	40	5	<b>50</b>	1	10	10
Cuidar enfermos	9	<b>90</b>	0	0	1	10	10
Coser	13	<b>92.8</b>	0	0	1	7.1	14

**Tabla #15** Distribución de las decisiones del hogar por sexo según madre adolescente.

Actividades	Mujer		Hombre		Ambos		Total de respuestas
	Total	%	Total	%	Total	%	
Distribución tareas domésticas	18	<b>66.6</b>	1	3.7	8	29.6	27
Dinero para los gastos	10	<b>55.5</b>	4	22.2	4	22.2	18
Comprar para consumo	16	<b>64</b>	1	4	8	32	25
Educar a los menores	12	<b>44.4</b>	2	7.4	13	<b>48.1</b>	27
Reparaciones de la vivienda	3	21.4	6	<b>42.8</b>	5	35.7	14
Organización de la convivencia	1	12.5	0	0	7	<b>87.5</b>	8

**Tabla #16** Distribución de los papeles de ambos padres en la atención al niño, según madre adolescente

Actividades	Mujer		Hombre		ambos		Total de respuestas
	Total	%	Total	%	Total	%	
Juego	8	27.5	8	27.5	13	44.8	29
Preparar la comida	25	<b>86.2</b>	1	3.4	3	10.3	29
Darle la comida	22	<b>75.8</b>	2	6.8	5	17.2	29
Dormirlo	20	<b>68.9</b>	1	3.4	8	27.5	29
Bañarlo	18	<b>78.2</b>	2	8.6	3	13.0	23
Cambiarle la ropa	22	<b>81.5</b>	0	0	5	18.5	27
Atención nocturna	22	<b>78.5</b>	2	7.1	4	14.3	28
Comprar la ropa	9	33.3	11	<b>40.7</b>	7	25.9	27
Comprar la comida	7	25.9	12	<b>44.4</b>	8	29.6	27
Cuidarlo cuando se enferma	17	<b>73.9</b>	0	0	6	26.1	23
Llevarlo al médico	19	<b>73.1</b>	0	0	7	26.9	26
Conversar con él	2	18.2	0	0	9	<b>81.8</b>	11

