

**Maternidad adolescente. Estudio de casos
en Barinas, Venezuela, 2012**

Adolescent motherhood. Case study—Barinas, Venezuela, 2012

MSc. Yenisei Bombino Companioni*, MSc. Livia Quintana Llanio**

Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS), Centro de Estudios Demográficos (CEDEM)

yenisei@cips.cu; livia@cedem.uh.cu

*Investigadora agregada, Grupo de Estudios sobre Juventud, Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. **Profesora auxiliar, Centro de Estudios Demográficos, Universidad de La Habana.

RESUMEN

Se realizó un estudio cualitativo en comunidades con condiciones socioeconómicas desfavorables, en Barinas en 2012, con el objetivo de diagnosticar las condiciones del contexto social próximo e incidentes individuales en la toma de decisiones en torno a la reproducción en la adolescencia. Se aplicaron entrevistas en profundidad, individuales y grupales, a una muestra intencional de adolescentes madres, embarazadas y de la Fundación-Misión Madres del Barrio. *Resultados:* La no optimización del uso de los servicios de atención primaria de salud disponibles se relaciona con condicionantes culturales, político-ideológicas y de organización del sistema de salud que limitan las acciones educativas y preventivas del embarazo en la adolescencia. La educación de la sexualidad se produce de manera no incidental; en las escuelas persisten creencias erróneas que reducen las posibilidades de las adolescentes embarazadas para continuar los estudios. La menarquia y el inicio de las relaciones sexuales ocurren tempranamente. Estas últimas se producen con hombres de cinco a quince años mayores que ellas. Las edades más frecuentes del primer embarazo son entre 10 y 16 años. En general, no usan anticonceptivos en las prácticas sexuales, y cuando lo hacen es irregular y de manera incorrecta. Reconocen condiciones asociadas al embarazo en la adolescencia que incrementan su riesgo de experimentar este evento. *Conclusiones:* Los sustratos culturales sobre acceso y uso de servicios básicos, la reproducción de creencias erróneas en torno a la sexualidad, la reproducción y la parentalidad, sustentados en concepciones patriarcales, propician inequidades de género que repercuten en los embarazos de adolescentes y en sus vulnerabilidades.

Palabras clave: maternidad, adolescencia, toma de decisiones, reproducción

ABSTRACT

A qualitative study was conducted in communities with low socioeconomic status, in Barinas in 2012, in order to diagnose the conditions of the near social context and individual incidents for adolescent reproduction decision-making. Personal and group interviews were applied to an intentional all-adolescent sample of mothers, pregnant women and Mothers of the Neighborhood Foundation-Mission. Results: The non-optimal use of health primary care services available is related to cultural and politico-ideological factors as well as organizational elements of the health system that limit educational and preventive actions against pregnancy in adolescence. Sexuality education occurs not incidentally; in schools misconceptions reducing the chances of pregnant adolescents to continue studies persist. Menarche and the initiation of sexual intercourse occur early. This intercourse is made with men from five to fifteen years older than them. The most common age of first pregnancy is between 10 and 16 years old. Generally they do not use contraception in sexual practices; if used, it is in an irregular and incorrect way. They recognize conditions associated with teenage pregnancy that increase their risk. Conclusions: Cultural substrates on access and use of basic services, the reproduction of erroneous beliefs about sexuality, and reproduction and parenting supported by patriarchal conceptions, foster gender inequities affecting adolescent pregnancy and its vulnerabilities.

Key words: motherhood, adolescence, decision-making, reproduction

Introducción

El Estado venezolano identifica el embarazo adolescente como el segundo problema de salud sexual, y las complicaciones obstétricas como la tercera causa de muerte de las mujeres de 15 a 19 años.¹ Estas problemáticas se presentan asociadas al inicio precoz de las relaciones sexuales sin la información necesaria sobre anticoncepción; a la no regularización del aborto en el país, lo que expone a las muchachas a realizarlo en condiciones inseguras; y a las consecuencias derivadas de estas prácticas. Las investigaciones referidas reconocen que la maternidad temprana se produce como resultado de la búsqueda de una alternativa para evadir los problemas familiares y se convierte en un círculo recurrente de reproducción del desamparo, la pobreza y la exposición a la violencia para estas muchachas y su descendencia (2, 3).

Estos indicadores se sostienen a pesar de las políticas desplegadas por el Estado venezolano² y los proyectos sociales humanistas centrados en el mejoramiento de las condiciones de vida de los sectores en desventaja social. De este modo se

muestra la necesidad de profundizar en la comprensión de las condiciones asociadas a este comportamiento por su repercusión social al limitar el bienestar social y, en particular, el proyecto de vida de las mujeres.

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

En Venezuela se seleccionaron los estados de Barinas y Zulia atendiendo a las elevadas tasas específicas de fecundidad adolescente que, según datos disponibles de 2009, se encuentran por encima de la media del país: $31,5 \times 10^3$ y $28,4 \times 10^3$ mujeres menores de 19 años, respectivamente. El estudio tuvo un enfoque cuali-cuantitativo y se realizó en dos etapas. En un primer momento, un grupo de investigadores venezolanos aplicaron un cuestionario autoadministrado a una muestra probabilística por conglomerados polietápicos de la población de adolescentes escolarizados, además de entrevistar a una muestra intencional de adolescentes y prestadores de servicios de salud.

En un segundo momento, investigadoras cubanas realizaron entrevistas, individuales y grupales, a adolescentes y mujeres adultas pertenecientes a la Fundación Misión Madres del Barrio, quienes aportaron valiosas informaciones sobre la problemática en sus comunidades y sirvieron como porteras para acceder a las adolescentes. A las adolescentes se les aplicó, además, la técnica de los diez deseos, diseñada por el doctor en Ciencias Diego González Serra (4). En el análisis de la información cualitativa se utilizó el análisis de contenido del discurso y medidas de estadística descriptiva (frecuencia, media, moda, rango) para la información cuantitativa. En este artículo se presentan los resultados alcanzados en esta segunda etapa por el equipo cubano.

Objetivo

Diagnosticar las condiciones del contexto social próximo e incidentes individuales en la toma de decisiones en torno a la reproducción en un grupo de adolescentes de comunidades con condiciones socioeconómicas desfavorables en Barinas, en 2012.

Metodología

Se aplicaron entrevistas en profundidad, individuales y grupales, a una muestra intencional de adolescentes madres y embarazadas, y madres del barrio de las

comunidades de Rómulo Gallegos³ en Pedraza, Ciudad Tavacares,⁴ urbanización Las Palmas⁵ de Barinas y parroquia Libertad de Barinas, en Rodas.

Se realizaron 20 entrevistas: a diez adolescentes embarazadas cuyas edades oscilaron entre 16 y 17 años, a tres madres entre 15 y 17 años y a siete madres del barrio. La totalidad de las entrevistadas provienen de familias con bajos ingresos y condiciones socioeconómicas desfavorables.

Resultados

1. La exploración del contexto social próximo

a) Servicios de salud, escuela y la familia

En los territorios se identifican dificultades comunitarias capaces de generar malestar: extrema pobreza en que viven debido a que «muchos no cuentan con recursos para satisfacer sus necesidades alimenticias e higiénicas diarias»; insuficientes fuentes de recreación, información y empleo;⁶ mal estado de las viviendas; frecuentes actos de abuso sexual; y presión familiar o de las propias condiciones de vida para establecer y/o formalizar relaciones de pareja entre mujeres adolescentes y hombres delincuentes o mayores de 50 años de edad.

Carecen de instituciones o servicios especializados de atención a la salud sexual y reproductiva. Solo disponen de las consultas de control prenatal pautadas para el periodo gestacional y poco empleadas por la población. Además, los controles prenatales no cuentan con una elevada demanda en la población, fundamentalmente entre las adolescentes, quienes muestran resistencia a los mismos debido a los conflictos personales o familiares para la aceptación del embarazo.

b) Sobre las familias de las adolescentes embarazadas y/o madres

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

El patrón de reproducción familiar refleja una tradición de embarazos precoces, maternidad soltera —en un principio, aunque después reensamblan sus familias— y

multiparidad. Existe una historia de desempeño doméstico de las mujeres.

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

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

- consejos, por lo general de las madres, orientados a la planificación de los embarazos para edades posteriores a la adolescencia con la culminación de los estudios, la independencia económica y el establecimiento de una relación de pareja estable;
- prohibiciones a la iniciación sexual: en las primeras edades de la adolescencia prohíben el establecimiento de relaciones de noviazgo, y durante toda la adolescencia desapruaban las relaciones sexuales coitales y el desarrollo de prácticas sexuales en los hogares de ellas;
- evitación de explicaciones respecto al desarrollo sexual, a las prácticas sexuales y al uso de la anticoncepción, pues tanto padres como madres asocian la planificación de las relaciones y la anticoncepción con la proyección de la prostitución.

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

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

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

Para las madres del barrio, la familia es responsable de la ocurrencia del embarazo adolescente por la falta de exigencias y control: «Las muchachas están toda la noche en la calle y se dan a la mala vida», «Incluso las madres que son profesionales descuidan a sus hijas».

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

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

c) ¿Qué cuentan las adolescentes sobre sus condiciones?

Proceden de hogares en los que predomina la jefatura femenina, sea por abandono o por fallecimiento del padre. Algunas entrevistadas han ido a vivir, a partir de que se reconoce el embarazo, con la familia política, en ocasiones por la carencia de recursos en la vivienda de origen para asumir los cuidados de salud o porque las han expulsado.

La mayoría se desvincula del estudio previo a que se produzca el embarazo. Muchas refirieron encontrarse trabajando en actividades poco remuneradas: labores agropecuarias, domésticas o apoyando negocios familiares. Algunas lo hacen para compensar los ingresos procedentes de sus parejas, y otras para aportar a las economías familiares, pues los ingresos son bajos y la carga social que deben soportar es alta por el número elevado de hijos que tienen sus padres (entre tres y cinco por lo regular).

2. Historia sexual y de pareja

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

No es posible definir un patrón de selección de las parejas con las que inician las relaciones sexuales: «*carajitos* de la misma edad», «hombres que saben lo que quieren y desean formalizar una relación». La mayoría mencionan a hombres que presentan conductas antisociales, consumidores y/o comercializadores de drogas o pandilleros:

Generalmente una tiende a buscar hombres mayores, que son vagos [...] son más atractivos para la sociedad, porque si pagan moto [...] te llevan de rumba todos los días. Es como que una se crece cuando anda con ellos [embarazada, parroquia Libertad, de Barinas].

Son vagos [...]. Parece contradictorio, pero entre más vagos nos llaman más la atención, son más *light*. [...] vagos porque no trabajan, fuman, roban [madre, Ciudad Tavacares].

La atracción por este modelo responde a la representación de que ellos cuentan con un estatus social elevado en las comunidades, por lo que les aportarán reconocimiento social y beneficios económicos.

Entre ellas también se identifica como frecuente el inicio de las relaciones sexuales por violación. En otros casos, están motivadas por resolver demandas familiares más que personales, porque lo utilizan como vía de satisfacción de necesidades económicas de la familia.⁷

Las primeras relaciones sexuales ocurren con hombres entre 5 y 15 años mayores que ellas, con quienes establecen vínculos estables u ocasionales durante las fiestas o salidas con amigas. Los principales lugares en que se inician son hoteles, casas de las familias de ellos en ausencia de los padres, lugares donde hacen actividades festivas, y en los baños y canchas deportivas de los liceos.

Todas refirieron que fueron los hombres quienes planificaron la experiencia y tomaron la decisión, con frecuencia utilizando argumentos sugestivos para lograr su propósito: «Te llevan a sus casas con la excusa de ver películas.» Este mecanismo

provoca en las adolescentes la sensación de haber sido engañadas o usadas: «Para tener relaciones uno se deja pisotear, manipular por los demás» (comunidad Rómulo Gallegos, en Pedraza).

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

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

Entre los factores que conducen al embarazo en la adolescencia reconocen la falta de protección como responsabilidad de las mujeres, la conducta imitativa hacia otras adolescentes madres, la rebeldía hacia los padres, la vulnerabilidad por ser mujeres, el deseo de conocer y experimentar la maternidad, y las falsas creencias de que pueden conservar la relación de pareja («amarrar al marido»). Además, asocian la convivencia en pareja con la libertad:

Cometen el error de pensar que, si se van con la pareja, van a tener libertad. [...] es mentira, te vas a amarrar más, más nunca vas a ir a una fiesta sino es con tu marido; y si él no quiere que tú bailes con nadie, no vas a bailar; o si el niño no quiere, tampoco bailas con nadie. Te cohibes de todo [embarazada, Las Palmas].

No reconocen el desconocimiento y/o no uso de los métodos anticonceptivos como un elemento asociado a esta situación.

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

Consideran que el temor al rechazo o la discriminación social, así como la prohibición recibida de parte de sus madres, funcionan como mecanismos sociales para el control del comportamiento sexual y reproductivo de algunas adolescentes,

lo que se ajusta a los métodos que tradicionalmente ha empleado la sociedad para educar la sexualidad.

3. Conocimiento y uso de anticonceptivos

En general, no usan anticonceptivos en las prácticas sexuales, y cuando lo hacen es de manera irregular o incorrecta:

«Nos embarazamos no por desconocimiento de los anticonceptivos. Es porque le hacemos caso omiso a los consejos aunque ves que le ocurre a otras; piensas que a ti no te va a pasar, hasta que te toca.»

«A los 16 años tuve mi primera relación sexual; yo veía a mi mamá y a mis hermanas tomando las pastillas y comencé a tomarlas. Pero pensé que con una era suficiente para no embarazarme y la tomé solo un día y me embaracé.»

Los métodos más conocidos son los condones, las píldoras, inyecciones y dispositivos intrauterinos. Respecto al preservativo, manifiestan que protegen de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados. Se constataron prejuicios en la población masculina que limitan su uso («disminuyen las sensaciones de placer»); las muchachas arguyen que «se rompen». Las adolescentes sienten vergüenza de llevarlos consigo a la relación y proponer su uso.

Según refirieron, las tabletas son los métodos a los que recurren con mayor frecuencia y llegan a estas a través de amigas o primas que se las orientan. Se constató que el conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos era parcial y no les permite hacer un uso adecuado para protegerse de las ITS y gestaciones no deseadas:

Yo aprendí en la escuela, porque una vez dieron una charla que existe el sida y los chancros, pero eso a mí no me preocupa, porque yo nunca he tenido una enfermedad de esas, nomás las infecciones que le dije antes [embarazada, 16 años].

Yo empecé a utilizar anticonceptivo por una amiga que me dijo. Lo compré para usarlo, pero no supe cómo tomarme las pastillas porque tomándolas fue que salí embarazada [embarazada, 14 años].

Aunque lo incluyen en el grupo de los métodos abortivos, mencionan el Postinor (método anticonceptivo de emergencia) y plantean que es uno de los más usados.

Identifican que los hombres lo portan y, una vez terminada la relación sexual, las obligan a ingerirlo. Esto representa un acto de violencia, ya que son presionadas por la pareja al empleo indiscriminado del método.

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

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

4. Interrupciones voluntarias de embarazos

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

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

En las familias, las representaciones no siempre son de rechazo; en algunas los propios familiares recomiendan e insisten en esta práctica dada la imposibilidad de asumir un nuevo miembro en los hogares. La responsabilidad de decidir la interrupción o continuación del embarazo la otorgan a la mujer (la adolescente y su mamá), aunque refieren que los hombres insisten en la práctica de la interrupción una vez que reciben la noticia.

La práctica abortiva más conocida y empleada es el Cytotec⁸ y es frecuente el

empleo de los métodos caseros como las infusiones de canela y cebollín.

5. Comunicación con los padres sobre sexualidad

En algunas familias, la menarquia pauta el inicio de la comunicación intrafamiliar en temas de sexualidad. Esta se ha desarrollado de forma insuficiente mediante explicaciones ambiguas, reproducción de temores, encubrimiento de informaciones necesarias o la imposición de criterios relacionados con las prácticas sexuales y reproductivas. En este sentido recomiendan el autocuidado sin explicar modos de hacer; evitan conversar acerca de eventos paranormativos, como los abusos sexuales; estimulan y presionan la aceptación de relaciones de pareja con delincuentes y adultos medios o mayores; así como la realización de abortos sin valorar la opinión de la adolescente y su pareja.

6. Imaginario social de la sexualidad y la maternidad

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

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

Además, representa nuevas responsabilidades y obligaciones de cuidado, manutención y dedicación exclusiva a la formación de los/las hijos/as:

[...] uno tiene que tener responsabilidad, uno tiene que velar por su niño o niña, ya todo tiene que ser pa' él, tiene que ver que él esté bien [madre, comunidad Rómulo Gallegos].

Ser madre es una experiencia bonita pero a la vez complicada, porque por lo menos yo en mi casa no tengo quien me dé; yo me ayudo con lo que me da mi mamá y con lo que gano que es muy poco, y veces a mi hijo no tengo qué darle y me siento mal.

Ante el primer embarazo algunas experimentaron vergüenza y temor a las críticas sociales. La asimilación de la maternidad con o sin apoyo suficiente ha provocado,

en muchos casos, la postergación o suspensión de actividades individualmente significativas, como los estudios: «Dejé de estudiar porque el niño estuvo casi dos meses hospitalizado; estudiar era lo que más yo quería, y por eso me sentí muy triste pero tuve que hacerlo» (madre, urbanización Las Palmas).

Refieren que el embarazo incide en la modificación del proceso de toma de decisiones en la pareja: en un principio son los hombres quienes deciden sobre las relaciones sexuales y el empleo de anticoncepción, pero una vez embarazadas, las mujeres se ven en el rol decisor y deben optar con frecuencia por la continuación de este, aun sin apoyo de la pareja.

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

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

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

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

7. Ideal reproductivo y condiciones necesarias para la reproducción

Consideran que acceder a un trabajo estable para la satisfacción de las necesidades

básicas de sus hijos/as, es la única condición para ser madres: «[...] un trabajo estable para que el niño no pase hambre, tenerle su comidita, su pañalito [...]» (adolescente madre, comunidad Rómulo Gallegos).

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

Refieren que el número ideal de hijos para una mujer es entre dos y cuatro. El argumento radica en la potenciación de la red de apoyo familiar, por las posibilidades de relacionarse y realizar actividades en común (por ejemplo, el juego) que se generan entre los/las hermanos/as. Manifiestan que en la actualidad dicho ideal no se corresponde con la realidad, pues las mujeres están teniendo cinco o más hijos. La minoría planteó que su ideal es uno, justificado por criterios de vínculo afectivo, por la creencia de que cuando se tiene más de un/a hijo/a el afecto se fragmenta, haciéndose perceptibles las diferencias entre hermanos/as.

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

Algunas opinan que la edad ideal de las mujeres para tener el primer hijo/a es en el rango de 18 a 20 años; y otras, después de los 20. En ambos casos aluden que, durante los periodos señalados, la mujer alcanza el mayor grado de madurez, lo que les permite asumir las responsabilidades inherentes a la maternidad. El grupo que identificó la edad posterior a los 20 años, reconoce que en ese período se tienen garantizadas una profesión y la relación de una pareja estable. Identifican que estos criterios inciden, además, en la disminución del riesgo de provocar interrupciones de embarazos.

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

Se aprecian diferencias en sus percepciones sobre las edades de maduración social de mujeres y hombres. Consideran que en la actualidad, la mayoría de los hombres

no cumplen con este ideal, pues muchos tienen sus hijos/as sin límites de edad, no asumen la paternidad y/o mantienen estilos de vida desorganizados, no coherentes con el rol de padres, aun cuando han creado familias: «Invierten sus ingresos en drogas o en relaciones de pareja extraoficiales», lo que los conduce a abandonar la función parental.

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

8. Perspectivas de futuro

Las expectativas planteadas sobre su futuro mediano se expresaron en tono melancólico y pesimista, centradas en la tenencia de un hogar compartido con sus hijos/as, en la crianza de su descendencia y, en menor medida, en el logro de una carrera universitaria.

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

9. Los diez deseos

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

Conclusiones

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

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

La familia, el grupo primario en que se deposita la función de protección social ante el embarazo en esta etapa, no tiene las condiciones y recursos para asumir este proceso, por lo que requiere de estrategias que involucren de forma activa a la comunidad y las localidades en estrecha interconexión.

Las inequidades de género están en la base de muchos de los embarazos en estas adolescentes desde la iniciación en las relaciones sexuales, que tienen lugar sin un proceso de negociación previa para su ocurrencia ni de las condiciones en que se producen, en las que tampoco suelen tener posibilidades de pactar el uso de métodos de protección con los compañeros sexuales. Se apreció que las/los adolescentes reproducen creencias erróneas en torno a la sexualidad, la reproducción y la parentalidad, sustentadas en concepciones patriarcales.

Notas

- ¹ Según datos registrados por el Instituto Nacional de Estadísticas de Venezuela (2010), la tasa de fecundidad adolescente en 2009 alcanzó un valor de 89,4 madres por cada 1 000 mujeres de este grupo etario. El análisis de la mortalidad materna en los años 2008 y 2009 refleja que en el país fallecieron 42 adolescentes por esta causa, lo que representó 10,9% y 10,6 % respectivamente. En 2011 esta cifra se incrementó a 62, para 15,6 % del total del país (1).
- ² El Ministerio de Salud de Venezuela cuenta con el Programa Nacional de Atención Integral al Niño y al Adolescente (PANNA) y con lineamientos estratégicos para su atención. En 1993 se reactivó la Comisión Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz. En el ámbito normativo cuenta con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) y la Ley Orgánica de Protección Integral del Niño y el Adolescente (LOPNA) (1998) y la Resolución 1762 del Ministerio de Educación (1996), que prohíbe la exclusión de las adolescentes embarazadas de los planteles escolares (2).
- ³ Rómulo Gallegos, en Pedraza, es una comunidad semiurbana con muy bajos recursos sociales y económicos, lo que se evidencia no solo en su infraestructura, sino también en el nivel educacional de las personas. Cuenta con Centros de Diagnóstico Integral y consultorios ambulatorios.
- ⁴ El complejo habitacional Ciudad Tavacares, en Barinas, es resultado de los acuerdos del gobierno bolivariano con China. Actualmente se están construyendo 7 300 viviendas.
- ⁵ La urbanización Las Palmas, situada en el municipio de Barinas, constituye una comunidad construida hace aproximadamente diez años por el actual gobierno bolivariano, pues la mayoría de sus habitantes vivía en condiciones socioeconómicas de pobreza. Presenta adecuadas condiciones habitacionales en las viviendas y dispone de un módulo para la atención médica ambulatoria.
- ⁶ Las oportunidades de empleo más frecuentes son los proyectos socioproductivos que promueve el gobierno del país, los cuales benefician en mayor medida a las mujeres,

mientras que los hombres se desempeñan en obras de construcción. La mayoría de ellos se mantienen desempleados o dedicados a actividades ilegales como el tráfico y/o consumo de drogas.

⁷ Esta situación se evidenció en la comunidad Rómulo Gallegos, donde se aceptan las relaciones entre mujeres adolescentes y adultos medios o mayores que se desempeñan como empresarios (fundamentalmente de PDVSA), ingenieros o comerciantes, con independencia del tipo de nexos que establecen.

⁸ Se constató el empleo indiscriminado de esta droga antiinflamatoria indicada para el tratamiento y la prevención de úlceras gástricas, duodenales y lesiones hemorrágicas.

Referencias

1. Castellanos D. La situación del embarazo adolescente en Venezuela. Ponencia presentada en el Seminario Internacional «Buenas prácticas y lecciones aprendidas para el diseño de un modelo de intervención en la prevención y atención del embarazo a edad temprana y en adolescentes», Caracas, 27 y 28 de abril, 2012.
2. Fundación Escuela de Gerencia Social (FEGS). Embarazo en adolescentes. Caracas; 2006. [citado agosto 2011]. Disponible en: www.gerenciasocial.org.ve.
3. Vilella P. (2010): La iniciación sexual a los 12 y 14 años de edad. Venezuela, el país con mayor tasa de embarazo adolescente de Sudamérica. 2010. [citado 22 de agosto, 2011]. Disponible en:
<http://www.elmundo.es/america/2010/01/29/noticias/1264779274.html>.
4. González DJ. Registro de la actividad y método directo e indirecto. En Psicología de la motivación. La Habana: Editorial ECIMED; 2008:205-61.

Bibliografía consultada

- Freitez A, Di Brienza M, Zúñiga G. Embarazo adolescente en Venezuela y los supuestos de un problema. Temas de coyuntura. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas. 2000. [citado agosto, 2012]. Disponible en: [http://www.AAE3219_42\(1\).pdf](http://www.AAE3219_42(1).pdf) (SECURED).
- Pantélides EA. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. 2003. [citado 10 de agosto, 2011]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/22069/lcg2229-p1.pdf>.
- Rodríguez J. Reproducción adolescente en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción. Madrid: Coordinación General, Secretaría General Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ); 2008.

UNFPA. The case for investing in young people as part of a national poverty reduction strategy. 2a. ed. 2010. [citado 20 de agosto, 2011]. Disponible en: http://www.curtain-consulting.net.au/download_controlled/Youth%20&%20Development/InvestinginYoungPeopleCurtain14Oct04.pdf.

FECHA DE RECEPCIÓN DE ORIGINAL: 4 de junio 2013

FECHA DE APROBACIÓN PARA SU PUBLICACIÓN: 30 de octubre 2013