

MATERNIDAD ADOLESCENTE EN COMUNIDADES MONTAÑOSAS DEL TERCER FRENTE EN SANTIAGO DE CUBA: RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

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

Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX).

yeniseibc@infomed.sld.cu liviam@infomed.sld.cu

* Licenciada y máster en Sociología y profesora asistente; ** licenciada en Psicología, máster en Sexualidad y profesora auxiliar.

EXPLORACIÓN DE LOS DETERMINANTES PRÓXIMOS DE LA FECUNDIDAD QUE INCIDEN EN LA TOMA DE DECISIONES REPRODUCTIVAS DE LAS ADOLESCENTES QUE RESIDEN EN ZONAS MONTAÑOSAS DEL TERCER FRENTE, PROVINCIA DE SANTIAGO DE CUBA. SE REALIZARON ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD A ADOLESCENTES EMBARAZADAS, MADRES O QUE SE HAYAN PRACTICADO ALGUNA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO, ASÍ COMO A ESPECIALISTAS DEL SECTOR DE EDUCACIÓN. LOS RESULTADOS ARROJARON QUE LA MAYORÍA DE LAS ADOLESCENTES ANCLAN SU PROYECTO DE VIDA EN LA MATERNIDAD, SEA EN CONDICIONES DE MADRE SOLTERA, UNIONES MATRIMONIALES O CONSENSUALES; SER MADRE CONSTITUYE UN INDICADOR QUE REFUERZA SU IDENTIDAD FEMENINA. EN LAS COMUNIDADES ESTUDIADAS, EL ELEVADO NÚMERO DE EMBARAZOS ADOLESCENTES SE RELACIONA CON LA POCA DIVERSIFICACIÓN DE OPCIONES EN LA CONTINUIDAD DE ESTUDIOS, EL EMPLEO Y LA RECREACIÓN. DE FORMA GENERAL, LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS O MADRES TIENEN LIMITADAS REDES DE APOYO SOCIAL Y DESARROLLAN ESCASAS ESTRATEGIAS FAMILIARES PARA AFRONTAR LA MATERNIDAD EN EDADES TEMPRANAS.

PALABRAS CLAVES: MATERNIDAD ADOLESCENTE, TOMA DE DECISIONES REPRODUCTIVAS, ESTRATEGIAS FAMILIARES

TEENAGE MATERNITY IN MOUNTAINOUS COMMUNITIES AT TERCER FRENTE IN SANTIAGO DE CUBA—INVESTIGATION RESULTS

EXPLORATION OF THE DETERMINING FACTORS OF FERTILITY THAT INFLUENCE THE REPRODUCTIVE DECISIONS OF TEENAGERS WHO RESIDE IN THE MOUNTAINOUS AREAS OF THE TERCER FRENTE, IN THE PROVINCE OF SANTIAGO DE CUBA. PROFOUND INTERVIEWS WERE DONE WITH ADOLESCENTS WHO ARE PREGNANT OR MOTHERS OR WHO HAD VOLUNTARY ABORTION, AND ALSO WITH EDUCATION EXPERTS. THE INVESTIGATION REVEALED THAT MOST TEENAGERS HAVE MATERNITY AS A LIFE PROJECT, WHETHER THEY ARE SINGLE MOTHERS, MARRIED MOTHERS OR MOTHERS IN A COMMON-LAW MARRIAGE; BEING A MOTHER IS A SIGN THAT STRENGTHENS THEIR FEMALE IDENTITY. IN THE COMMUNITIES THAT WERE STUDIED AS PART OF THIS INVESTIGATION, A HIGH NUMBER OF TEENAGE PREGNANCIES ARE LINKED TO THE LOW VARIETY OF OPTIONS IN THE CONTINUITY OF STUDIES, EMPLOYMENT OR RECREATION. AT LARGE, ADOLESCENTS WHO ARE PREGNANT OR ARE MOTHERS HAVE LIMITED SOCIAL SUPPORT NETWORKS, AND DEVELOP SCARCE FAMILY STRATEGIES TO FACE MATERNITY AT AN EARLY AGE.

KEY WORDS: TEENAGE MATERNITY, REPRODUCTIVE DECISION-MAKING, FAMILY STRATEGIES

INTRODUCCIÓN

Las estadísticas nacionales de los últimos diez años reflejan que Cuba ha incrementado la tasa específica de fecundidad adolescente: de 48,3 en 2001 a 52,9 en 2010.¹ En ese año, 15,43 % de los nacimientos se produjeron de mujeres entre 10 y 19 años de edad. Las mujeres adolescentes aportaron 17,05 % de los nacidos con bajo peso (1).

Aunque no son marcadas las diferencias entre las zonas urbanas y rurales, son las provincias orientales las que alcanzan los valores más elevados. Santiago de Cuba representa la tercera provincia con los valores más elevados de crecimiento natural de la población y posee una tasa específica de fecundidad adolescente de 57 por cada mil mujeres de entre 10 y 19 años (1) y en

2010, según datos del CEPDE (2), presentaba una tasa de fecundidad adolescente de 58,5 por cada mil mujeres de este segmento etario, valor que supera la tasa provincial.

En 2011, las estadísticas del Programa de Atención Materno-Infantil reportaron 62 embarazos en adolescentes menores de 20 años; de estos, tres eran muchachas cuyas edades oscilaban entre los 12 y 14 años, y 59 tenían entre 15 y 19 años.

En estas áreas geográficas se implementó el Plan Turquino-Manatí con el objetivo de favorecer el desarrollo humano, social, cultural y económico, pero aún persisten condiciones socioeconómicas que refuerzan situaciones de desventajas sociales reforzadas por el difícil acceso a los asentamientos y las limitadas opciones de trabajo.

truncado: «El camino se les va complicando de manera que sufrirán, y los esfuerzos serán dobles y obligatorios.»

Mencionan otras condicionantes relacionadas con la maternidad temprana:

«Las muchachas no terminan estudios y no consiguen trabajo; dependen económicamente, primero de la familia y luego de la pareja.»

«No tienen un hogar propio y comienzan a vivir agregadas...» [Muchas se quedan a vivir en la casa de la madre y otras se mudan con la familia del padre del hijo.]

«Las adolescentes no tienen experiencia para conducirse en la vida y para educar a un hijo.»

Los(las) entrevistados(as) perciben un incremento del embarazo adolescente en familias de muy bajo nivel académico y con malas condiciones de vida. Refieren que la mayoría son adolescentes que no tienen apoyo familiar y son embarazos no deseados, resultados de prácticas sexuales irresponsables y sin protección; además, las muchachas no conocen su ciclo menstrual.

El profesor guía del Centro Mixto Nelson Corrás Ricardo refiere que «el embarazo se produce en muchachas desvinculadas del estudio y el trabajo, que se han casado o forman uniones consensuales en edades tempranas con hombres mayores que ellas, para ser independientes».

La asesora de la Dirección Municipal de Educación se cuestiona: «¿Por qué se mantiene este fenómeno en la actualidad con el alto índice de promoción de educación sexual que existe?» Este tema fue explorado en las entrevistas, y se aprecia una tendencia a ubicar las *deficiencias* en la familia. Los entrevistados alegan: «falta de apoyo y orientación de la familia a las adolescentes», «la poca comunicación entre padres e hijos», la cual, además, es «prejuiciada y se evita abordar temas de sexualidad, porque consideran que hablar sobre sexualidad es adelantar la curiosidad de la adolescente». En cuanto a los adolescentes refieren que les tienen miedo a los padres y disponen de poca experiencia.

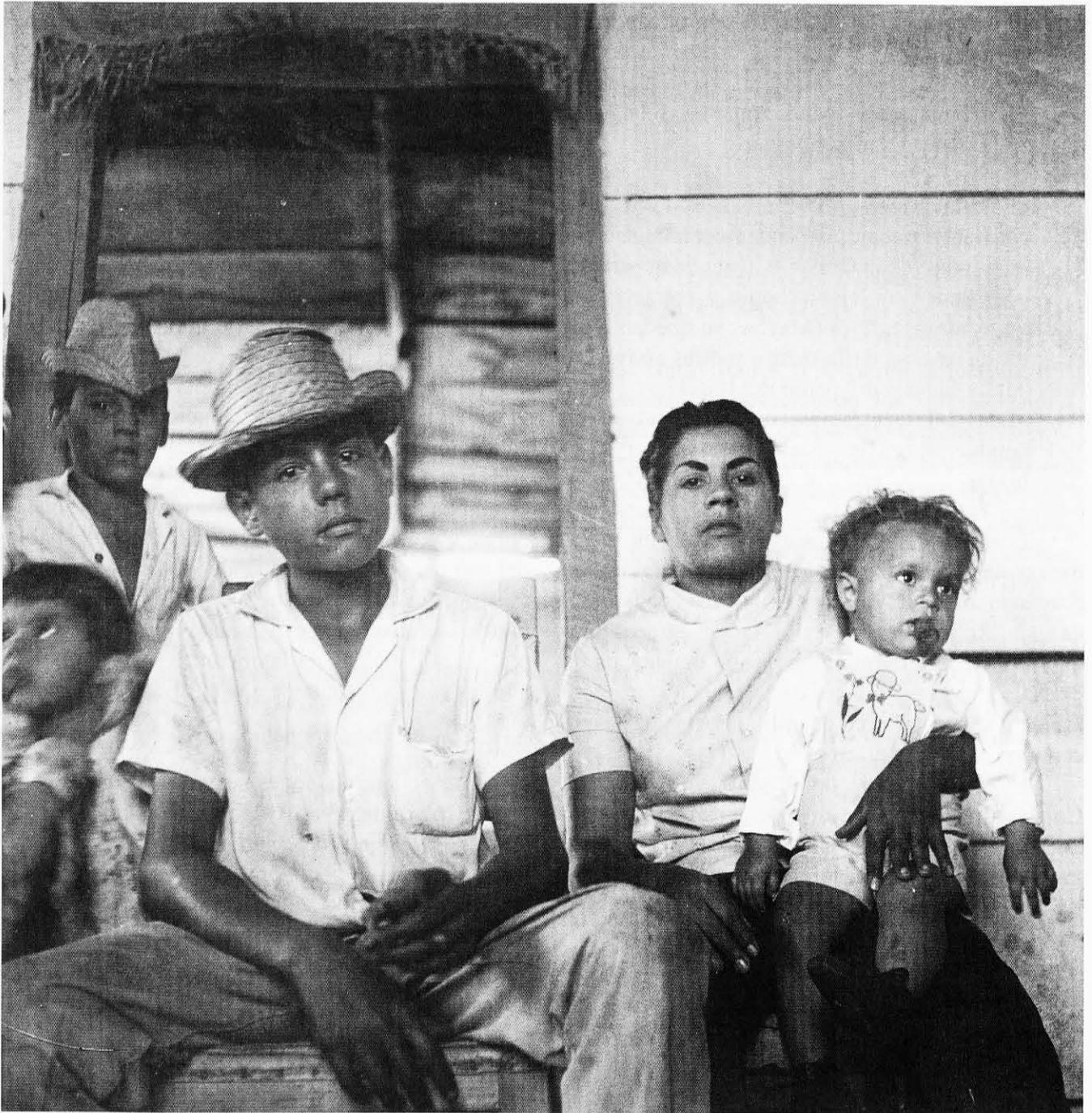
Es significativo el criterio de un profesor del Centro Mixto Camilo Cienfuegos, que señala que

«a veces la familia es quien propicia estos hechos, por desatención; además, es una comunidad con tendencia a propiciarlo [el embarazo], porque se imita».

El director del Centro Mixto Hermanos Díaz Robert planteó: «¿Qué nos falló que no preparamos a esa adolescencia? [...] muchas veces no sabemos lo que piensan ellos.» Esta reflexión da pistas sobre la necesidad de que los programas de educación de la sexualidad formales-institucionales o informales dirigidos a los adolescentes deben incluir las necesidades, inquietudes y prácticas de esta población específica para lograr mayor efectividad en las acciones de orientación, promoción y educación de la sexualidad, y para que respondan a las necesidades de información de adolescentes de ambos sexos. Estas son demandas de los educadores, quienes plantearon: «En las clases se habla del uso del condón, pero se debe hacer un trabajo más profundo; me frustra ver que las charlas no dieron los resultados esperados.»

En el análisis de las razones por las que las adolescentes se embarazan, identifican causas asociadas a:

- a) inicio de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, caracterizadas por ser promiscuas y sin protección;
- b) condiciones socioculturales de las comunidades: «poca recreación sana», «tabúes para hablar sobre sexualidad en la familia»;
- c) débiles relaciones de apoyo, orientación y comunicación familiar que generan falta de confianza de los hijos con los padres;
- d) falta de información y de conocimientos, así como inexperiencia e irresponsabilidad de las adolescentes;
- e) insuficiente calidad de los contenidos de educación sexual que reciben en la escuela y en la familia, en los pocos momentos en que se brindan;
- f) déficit en las estrategias de educación de la sexualidad en la escuela y la familia: «Por no saber llegar de la mejor manera al adolescente, debido a los tabúes», «Los temas de orientación, promoción y prevención llegan tarde a la familia y al adolescente», «Llegan a la edad adolescente sin una previa preparación y confianza para enfrentar los riesgos y las consecuencias del embarazo».



ACTITUD DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS EDUCATIVOS HACIA EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se apreciaron dos reacciones. Una es la preocupación por informarle del embarazo a la familia, en particular a la madre: «Le pregunto si se lo dijo a su mamá o a su papá. Si la respuesta es negativa, les digo que deben hacerlo. Muchas veces vienen primero con el profesor que con la familia.»

La segunda está relacionada con el ofrecimiento de apoyo y orientación a la estudiante, e

incluye conversar sobre las consecuencias de la maternidad y la posibilidad de interrumpir el embarazo sin que le cause grandes riesgos para la vida e indagar los motivos por lo que no interrumpieron la gestación.

Según esta experiencia, los especialistas identifican «el temor y el miedo a enfrentar a la familia» como la principal razón por la que las adolescentes ocultan el embarazo, y cuando lo dicen, ya tienen un período gestacional muy avanzado que les impide realizar la interrupción.

Otros argumentos son: «Las adolescentes consideran que el embarazo les permitirá desvincularse de los compromisos escolares», «No conocer la manera para acceder a una interrupción temprana», «Las madres no permiten que se realicen la interrupción», «Desconocimiento de los riesgos».

Según los entrevistados, los motivos referidos por las adolescentes para interrumpir el embarazo son: el convencimiento de continuar los estudios, el temor a enfrentar la responsabilidad de la crianza y atención de un hijo, y el reconocimiento de no estar preparadas para asumir las funciones de la maternidad.

Consideran que la familia continúa siendo un factor determinante en la decisión de continuar o interrumpir el embarazo. Esta puede constituir un factor protector cuando ofrece apoyo a los hijos y existe una buena comunicación entre padres e hijos basada en la confianza recíproca. También puede favorecer la decisión de la maternidad adolescente; los profesores refieren que la familia, en particular las madres, «prefieren alimentar a un hijo más que perder la vida de su hija» y argumentan: «No me voy a arriesgar; si le pasa algo a mi hija, no voy a tener ese cargo de conciencia.»

Un entrevistado del Centro Orlando Fernández Montes de Oca considera: «En las escuelas y las comunidades deben realizarse charlas educativas desde edades tempranas, y hacer acciones de orientación y educación dirigidas a la familia, además de talleres sobre cómo enfrentar el embarazo y enseñarles a llevar el embarazo y la escuela. Hacer más fluido el trabajo de la familia y la escuela en función de disminuir los riesgos.»

VALORACIONES SOBRE LA MATERNIDAD Y LA CONTINUIDAD DE ESTUDIOS

Los expertos identifican la organización de los centros docentes internos como limitantes para la continuidad de los estudios de las embarazadas, porque las escuelas no tienen las condiciones necesarias para su permanencia. Las adolescentes madres no pueden reincorporarse a los estudios a causa de que no pueden viajar diariamente a sus casas debido a que viven muy distante de los centros escolares y deben atender al hijo(a), a la pareja o vincularse laboralmente.

El Centro Mixto Orlando Fernández Montes de Oca, en Biset, adoptó medidas que permiten la

salida diaria de una estudiante para que amamante a su hijo de cuatro meses; la madre de la adolescente queda al cuidado del hijo mientras la muchacha asiste a la escuela.

ENTREVISTAS A ADOLESCENTES

Fueron entrevistadas catorce adolescentes; de ellas, una de 14 años, madre de un varón de seis meses; cinco embarazadas que esperaban su primer hijo(a); igual número que se ha realizado alguna interrupción; y tres tienen relaciones sexuales pero no se han embarazado. Las edades de las adolescentes oscilaron entre 14 y 18 años; la edad más frecuente es 17 años. Predominaron las muchachas de piel mulata (mestiza). La mayoría ha terminado el noveno grado escolar y se encontraba estudiando, incluso las embarazadas.

La mayoría de las adolescentes provienen de familias de bajo nivel cultural y económico, en las que los padres están separados; se caracterizan por ser familias reconstituidas. Dos adolescentes viven con los abuelos. Predominan las familias medianas sobre las grandes y en menor medida las pequeñas. Fueron más frecuentes las bigeneracionales, seguidas de las trigeneracionales.

Las fuentes de ingresos familiares provienen fundamentalmente del trabajo asalariado estatal: prestadores de servicios públicos, el sector agropecuario y el trabajo por cuenta propia, fundamentalmente en la construcción. Los principales proveedores de la economía familiar son los hombres, en este orden: los padres, suegros y las parejas. Las mujeres se dedican fundamentalmente al trabajo doméstico no remunerado.

HISTORIA SEXUAL Y DE PAREJA

La edad de la menarquía osciló entre los 10 y 14 años, siendo los 13 años la edad más frecuente; el comienzo de las relaciones sexuales coitales, entre los 13 y 15 años, la mayoría de las entrevistadas inició a los 13 años. En el análisis de las edades de la menarquía y el inicio de las relaciones sexuales se aprecia cierta correspondencia entre el inicio temprano de las relaciones con menarquías tempranas. La diferencia entre la menarquía y la primera relación sexual osciló entre 1 y 4 años, la media de la diferencia de estas edades fue de aproximadamente dos años.

ra a vivir con nosotras» (adolescente de 14 años, se ha realizado interrupciones).

«No he pensado en casarme; será cuando termine de estudiar y me haga alguien, además haya construido la casa» (adolescente de 16 años, se ha realizado interrupciones y vive en concubinato).

«Él se quiere casar conmigo, pero yo no. Eso no puede ser tan rápido» (adolescente de 14 años, se ha realizado interrupciones).

«Casarme nunca me ha pasado por la cabeza» (adolescente de 17 años, embarazada y vive en concubinato).

«Me gustaría casarme, a mi pareja le gustaría casarse conmigo; es posible que lo hagamos cuando yo para. Me gustaría casarme cuando tenga trabajo y casa y que no tuviera que depender de nadie. Ahora estamos comprando la canastilla y tratando de independizarnos» (adolescente de 17 años, se ha realizado interrupciones y vive en concubinato).

Solo una adolescente rechaza el matrimonio a causa de las obligaciones domésticas que este trae consigo: «Prefiero que sea unida; no quiero estar casada, vivir sola con él y tener que lavarle, plancharle...» (adolescente de 14 años, vive en concubinato).

HISTORIA OBSTÉTRICA

De doce adolescentes que expresaron haber tenido relaciones sexuales, ocho han interrumpido algún embarazo. De las cinco embarazadas, dos tuvieron el hijo, resultado de la primera gestación; las tres restantes, de la segunda. El número de embarazos por mujer en este grupo oscila entre uno y dos.

Ninguno de los embarazos, incluyendo los que se interrumpieron, se planificó; estos son resultado de no usar métodos de protección.

En general, las adolescentes entrevistadas, tanto las embarazadas como las que nunca lo han estado y las que se han practicado abortos, valoran de manera negativa la interrupción del embarazo, sobre la base de considerar que atentan contra la vida del ser en formación.

«No se deben realizar interrupciones, la mujer puede quedar con problemas en el interior

o no tener hijos» (16 años, se ha realizado interrupciones).

«No lo hago más; es feo y duele. No es fácil saber que tienes un feto y lo botas porque no lo puedes tener» (14 años, se realizó una interrupción)

«Los abortos duelen. Para sufrir y no tenerlos es mejor sufrir y tenerlos» (17 años, embarazada).

«Cuando el primer embarazo, hace un año, me hice un aborto provocado porque quería terminar los estudios... Ahora quiero, pero me da miedo no poder tener más hijos. No se deben hacer interrupciones porque provocan problemas al organismo y se puede no tener más hijos» (17 años, embarazada).

Otras valoran de positivo la posibilidad de interrumpir un embarazo para evitar las limitaciones que este impone a la madre adolescente:

«Es buena la interrupción voluntaria del embarazo porque, si estás estudiando, perderías los estudios; y si no tienes condiciones, es peor» (14 años, sin embarazo ni hijos).

«Lo interrumpí por la escuela; iba a estar encerrada en la casa cuidando al muchacho sin ir a las fiestas» (14 años, se ha interrumpido embarazos).

EMPLEO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y DE PREVENCIÓN DE ITS

La mayoría refirió haber usado condón en su primera relación sexual, aunque en las siguientes no lo utilizaron o su uso fue irregular. Se evidencia conocimiento de la existencia de otros métodos anticonceptivos hormonales, de barrera y naturales. El empleo del condón está condicionado por la elección de su uso por el varón y que sea él quien lo porte. Se constató la creencia de que no emplear el condón resulta una prueba de confianza en la pareja: «Nos conocíamos y teníamos confianza, por lo que dejamos de usarlo», «No lo usamos porque él no quería; yo sí quería porque el preservativo es más seguro y el DIU hace daño».

Los métodos anticonceptivos más referidos, por tener información sobre estos o por utilizarlos, son: el condón y los dispositivos intrauterinos (DIU):

multiload y T de cobre. Un grupo importante de adolescentes refirieron haber utilizado las vacunas anticonceptivas. Las muchachas contaron que no usaron DIU por temor al daño que les puede provocar al organismo: intensos dolores, abundancia del flujo menstrual e inflamación. Solo una refirió haber utilizado en una ocasión el coito interrumpido.

Se constató el mal empleo del preservativo: «Se lo puso [el preservativo] a mediados del acto» (14 años, se ha interrumpido embarazos).

IDEALES REPRODUCTIVOS

Algunas identifican entre los 20 y los 25 años como la edad ideal para tener hijos. Casi todo el grupo expresó que desea tener entre uno y dos hijos, máximo tres en toda su vida; lo más frecuente es dos. Ante la pregunta de por qué desea ese número de hijos, respondieron: «Para que no se sientan solos», «Hembra y varón para que se cuiden uno al otro», «Para el día de mañana cuando estés grave, ellos puedan ayudarte», «Dos para cuando estés vieja te cuiden». Estos últimos criterios reflejan una visión utilitaria sobre los hijos.

Al explorar las condiciones ideales que se deben disponer para tener hijos, las adolescentes declaran tener satisfechas las necesidades materiales elementales y ser independientes económicamente, logradas en primer lugar con la tenencia de trabajo remunerado (esta categoría es la más mencionada), poseer una vivienda con condiciones materiales indispensables, además refieren la importancia de tener la edad necesaria y desear tener hijos, y valoran fundamental la presencia y convivencia con el padre del hijo para que lo cuide, ame y le dé la manutención: «Mantenerse una por sí misma, tener casa propia», «Ser una profesional reconocida», «Trabajar para mantenerse y ser independiente», «Vivir sola con la pareja», «Formar una familia, casarse y tener hijos», «Terminar una buena carrera técnica o universitaria», «Enamorarse y casarse», «Trabajar y tener éxito», «Tener el apoyo del padre, porque a veces hacen daño y no asumen [la paternidad]», «Trabajar para que los padres no regañen».

Como se ha descrito, se aprecia una contradicción entre lo expresado y sus realidades de vida: estudian o han abandonado los estudios, no planificaron ni deseaban la maternidad, son madres solteras y las condiciones de la vivienda son precarias.

TOMA DE DECISIONES RELACIONADAS CON LA REPRODUCCIÓN

La mayoría de las veces, en la decisión de interrumpir el embarazo participan la madre y la adolescente: «Mi papá quería sacármelo [el embarazo] porque decía que no iba a terminar la escuela, y mi mamá decía que asumía el riesgo» (embarazada soltera, 17 años). Generalmente a los padres les ocultan la gestación y la interrupción del embarazo.

Cuando la pareja mantiene una relación «estable» o conviven, la decisión de dar continuidad al embarazo es tomada por la adolescente y la pareja. El uso de un anticonceptivo intrauterino es una decisión apoyada por las madres, quienes son las que las acompañan al médico para ponérselo.

La mayoría considera que la responsabilidad de que ocurra un embarazo es suya (de la mujer) y muy pocas expresaron que de la pareja. Una entrevistada expresó: «Muchas veces es de los padres por no darles confianza a los hijos. También de los adolescentes... En la escuela nos dan clases y consejos y nosotros no escuchamos» (13 años, no ha tenido prácticas sexuales).

La mayoría considera que la responsabilidad del cuidado de los hijos es de la mujer; y la de los padres, buscar las cosas que necesitan para satisfacer las necesidades materiales y económicas. Se aprecia una reproducción de los roles tradicionales de mujeres y hombres en la familia: la mujer en la función afectiva y los hombres en el rol instrumental. Muy pocas expresaron que es una responsabilidad de dos.

COMUNICACIÓN CON LOS PADRES SOBRE SEXUALIDAD

El temor a los padres y la falta de confianza en algún adulto cercano para comunicar la existencia de indicadores de un embarazo, conducen con frecuencia a su ocultamiento hasta cerca del cuarto mes, en que suele «ser descubierto», sea por la falta de la menstruación o por la aparición de otros signos del embarazo. Las amigas con quienes comparten con mayor frecuencia estas preocupaciones, se encargan de comunicar a otras personas la existencia de un embarazo.

Muy pocas le cuentan a la madre: «Se lo dije después que pasó una semana. Ella es la primera

en saberlo, porque debía llevarme al médico a ponerme un anticonceptivo... Me dijo que debía protegerme de las enfermedades» (14 años, inició prácticas sexuales a los 12 años).

REFLEXIONES FINALES

El embarazo adolescente en las familias residentes en zonas montañosas reproduce pautas socioculturales de iniciación nupcial-sexual-reproductiva tempranas y limitados proyectos vitales alternativos a los tradicionales. Para la mujer significa una mayor paridez y dedicarse en lo fundamental a la atención de los hijos y las labores domésticas; y para los hombres, incorporarse precozmente a la actividad laboral. Estas conductas contribuyen a reproducir la desventaja social y la carencia económica.

Algunas investigaciones en Cuba (3-6) argumentan un adelantamiento de la iniciación sexual prematrimonial y las uniones consensuales.

Según estudios realizados por el Ministerio de Salud Pública, la maduración sexual de los adolescentes se produce entre los 12,5 y 17-19 años en las muchachas y entre los 13,5 y 17-19 años en los varones. El promedio de edad de la iniciación sexual es de 14 años, siendo ligeramente más alta para las mujeres (Santana *apud* 7:10).

Los resultados de la investigación en el Tercer Frente constataron la reducción de la edad de inicio de las relaciones sexuales, identificando como promedio para las muchachas los 13 o 14 años y para los varones los 12 años. Las adolescentes identifican los 15 años como la edad ideal para el inicio de las relaciones sexuales. En estas prácticas no existe interés reproductivo ni se producen en condiciones de uniones matrimoniales.

A diferencia de las estadísticas nacionales, los resultados muestran que la mayoría de las adolescentes del Tercer Frente tienen sus hijos en condiciones de madres solteras. La Oficina Nacional de Estadísticas publicó en el *Anuario estadístico*



de 2011, un predominio de los nacimientos en mujeres acompañadas (74,3 %), seguido de las casadas (11,6 %), lo cual indica que la mayoría de los nacimientos se produce en uniones formalizadas o no (1).

Al igual que otras investigaciones sobre toma de decisiones reproductivas, la presente confirmó que la decisión es tomada en el momento de valorar la continuidad del embarazo. En esta decisión participan, fundamentalmente, las mujeres de la familia: madre, abuela, tías o suegra. La pareja lo hace cuando mantiene un vínculo de pareja estable y formal.

Los resultados reflejan que para un grupo de adolescentes, la maternidad continúa siendo un indicador que refuerza la identidad femenina y es un proyecto de vida, en condiciones de madre soltera o en uniones matrimoniales o consensuales.

Para otras adolescentes, la maternidad temprana responde a una carencia de oportunidades

sociales debido a limitadas opciones de continuidad de estudios, empleo, recreación y oportunidades de desarrollo.

De forma general, existe una limitada red de apoyo social, limitadas estrategias familiares para afrontar la maternidad precoz y un incremento de la vulnerabilidad social individual y familiar.

NOTAS

¹ Anuario demográfico de Cuba 2010, cap. 8: Nacimientos, Tabla II.4 Tasa de fecundidad general, tasas específicas de fecundidad, tasa glo-

bal de fecundidad y tasa bruta de reproducción. Cuba, años 2001-2010.

===== BIBLIOGRAFÍA =====

REFERENCIAS

1. ONE. Anuario demográfico de Cuba 2010. 2011. Disponible en: http://www.one.cu/publicaciones/cepde/anuario_2010/7_anuario_POBLACION.pdf.
2. CEPDE. Principales resultados. Encuesta Nacional de Fecundidad. 2010.
3. Benítez ME. La familia cubana en la segunda mitad del siglo xx. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 2003.
4. Cáceres Palacios C. Salud sexual en una ciudad joven: un programa comunitario en salud sexual con y para los jóvenes. Universidad Peruana Cayetano Heredia y REDESS Jóvenes; 1998.
5. CEPAL-CELADE/FNUAP. Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe. Problemas, oportunidades y desafíos. Santiago de Chile; 2000.
6. Flórez CE, Soto V. Fecundidad adolescente y pobreza. Diagnóstico y lineamientos de política. Centro de Estudios para el Desarrollo Económico (CEDE), Universidad de los Andes, Colombia; 2007.
7. Alfonso M., Rodríguez L, Miranda P. Las transiciones demográficas en Cuba y su relación con la salud sexual y reproductiva. Trabajo sometido al Seminario «Salud sexual y reproductiva en América Latina. Avances/retrocesos a la luz de Cairo +15 y los Objetivos del Milenio», Perú; 2009.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Aja Díaz A. La población cubana en el 2009. Tendencias actuales y perspectivas. Recomendaciones para la acción (impreso). 2009.
- Castro M, Cano AM, Rebollar M. Crecer en la adolescencia. Programa. Ciudad de La Habana: CENESEX; 1995.
- CEPAL. Estadísticas de las Américas. 2011. Disponible en: <http://www.one.cu/publicaciones/08informacion/CEACEPAL/LCL3285e.pdf>.
- CEPAL/ONU. La juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencias [citado julio 2011]. 2004. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2007/La%20juventud%20en%20Iberoam%C3%A9rica.%20Tendencias%20y%20Urgencias%202007.pdf>.
- D'Angelo MA. Proyectos de vida y autorrealización personal. La Habana: Editorial Academia; 1999.

- Domínguez L. Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Félix Varela; 2003.
- Espina Prieto M. Desarrollo, desigualdad y políticas sociales. Acercamientos desde una perspectiva compleja. Publicaciones Acuario; 2010.
- Fleitas R. La identidad femenina en madres adolescentes. Tesis de Doctorado. Universidad de La Habana.
- Gran M. Interrupción voluntaria del embarazo y anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad en Cuba, 1995-2000. La Habana: Editorial ECIMED; 2006.
- Heller A. Sociología de la vida cotidiana. Ediciones Península; 1994.
- Lecturas de la realidad juvenil cubana a principios del siglo xxi. La Habana: Centro de Estudios sobre la Juventud; 2011.
- Monroy de Velasco A. Salud, sexualidad y adolescencia. Guía práctica para integrar la orientación sexual en la atención de salud a los adolescentes. Centro de Orientación para Adolescentes, A.C.; s/f.
- ONE. Anuarios estadísticos de Cuba y sus territorios 2009. CD-ROM. 2010.
- ONE-CEPDE. Estudios territoriales de salud reproductiva, Cienfuegos y Holguín. Ciudad de La Habana; 2003.
- . Encuesta Nacional de Fecundidad 2009. 2010. Disponible en: <http://www.one.cu>.
- Pantérides EA. (2003): Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina [citado 10 de agosto, 2011]. 2003. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/22069/lcg2229-p1.pdf>.
- Ramos L, Quintana L. Representación social de la maternidad en mujeres que interrumpen una gestación. Trabajo de diploma. Sede Universitaria Municipal Plaza de la Revolución, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana; 2008.
- Rodríguez G. La fecundidad cubana a partir de 1990. Las perspectivas sociales e individuales. Tesis en opción al grado científico de doctor en Ciencias Económicas. La Habana; 2006.
- UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño. Bolsilibro. s/f.

Vilella P. La iniciación sexual a los 12 y 14 años de edad. Venezuela, el país con mayor tasa de embarazo adolescente de Sudamérica [citado 22 de agosto, 2011]. 2010.

Disponible en: <http://www.elmundo.es/america/2010/01/29/noticias/1264779274.html>.



Foto (1968)

1111111111

FECHA DE RECEPCIÓN DE ORIGINAL: 27 de enero de 2012

FECHA DE APROBACIÓN PARA SU PUBLICACIÓN: 18 de marzo de 2012