



Estudio cualitativo de factores psicosociales  
y culturales que inciden en el embarazo  
de niñas menores de 15 años  
en la Región de Valparaíso

Informe Final  
Agosto 2011

**Estudio cualitativo de factores psicosociales  
y culturales que inciden en el embarazo  
de niñas menores de 15 años  
en la Región de Valparaíso**

**Informe Final  
Agosto 2011**

**Fonís**  
FONDO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN  
Y DESARROLLO EN SALUD



**Estudio cualitativo de factores psicosociales  
y culturales que inciden en el embarazo  
de niñas menores de 15 años  
en la Región de Valparaíso**

**Proyecto N° SA09I237**

Investigador Principal:

**JAVIER RODRÍGUEZ MORALES**

Co-Investigadora:

**PAULA SANTANA NAZARIT**

Investigadoras/es Asistentes:

**CÉSAR GONZÁLEZ MORIS**

**ELIZABETH JORQUERA PIZARRO**

**CLAUDIO MONTERO URRUTIA**

**NADIA POBLETE HERNÁNDEZ**

Asesor Metodológico:

**DOMINGO ASÚN SALAZAR**

«Investigación desarrollada en forma conjunta  
por el Fondo de Investigación y Desarrollo en Salud,  
FONIS-Ministerio de Salud-CONICYT  
y Galerna Consultores»

Agosto 2011

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
I. MARCO TEÓRICO	8
1. Antecedentes del Problema de Estudio	8
1.1. Población adolescente	8
1.2. La maternidad temprana	8
1.3. El embarazo adolescente como problema social	13
1.4. El embarazo adolescente como problema de salud pública	16
1.5. Embarazo adolescente en las políticas públicas	18
1.6. El embarazo adolescente en las políticas internacionales	19
2. Marco Conceptual	22
2.1. Sobre el sujeto de estudio	22
2.2. Definición de adolescencia e identidad	23
2.3. Construcción de género: Lo femenino y lo materno	24
2.4. Cultura y sexualidad	26
2.5. Nuevo paradigma en salud	28
2.6. Cambios socioculturales significativos en las dos décadas	29
II. MARCO METODOLÓGICO	36
1. El Universo y Muestra	37
2. Estrategias y Técnicas de Producción de Información	39
3. Criterios y Procedimientos de Validación	40
4. Análisis de la Información	40
III. RESULTADOS	43
1. Caracterización sociodemográfica de niñas menores de 15 años embarazadas entre los años 1990 al 2009	43
1.1. Caracterización Base Datos	44
1.1.1 Análisis descriptivo	44
1.1.2. Antecedentes psicosociales relevantes registrados en las fichas clínicas	49
1.1.3. Relaciones entre variables a través de tablas personalizadas	52
1.2 Perfiles Sociodemográficos	56

2.	Factores psicosociales y culturales que incidieron en el embarazo de niñas menores de 15 años entre los años 1990 al 2009	58
2.1.	Introducción: Trabajo de campo fase cualitativa	58
2.1.1.	Características de las mujeres entrevistadas	58
2.2.	Formulación de categorías	61
2.2.1.	Condiciones Socioeconómicas	61
2.2.2.	Redes Sociales	67
2.2.3.	Construcción identitaria	81
2.2.4.	Sexualidad	92
2.2.5.	Construcciones De Género	103
2.2.6.	Historia Reproductiva	118
3.	Continuidades y Discontinuidades de los Factores Psicosociales y Culturales Presentes en los Relatos de Vida de Niñas Menores de 15 Años Embarazadas entre los Años 1990 al 2009	137
3.1.	Condiciones Socioeconómicas	138
3.2.	Redes Sociales	139
3.3.	Construcción Identitaria	141
3.4.	Sexualidad	142
3.5.	Construcción de Género	143
3.6.	Historia reproductiva	146
4.	Perfiles Psicosociales y Culturales de Niñas Embarazadas Menores de 15 Años	148
IV.	CONCLUSIONES	153
V.	RECOMENDACIONES	157

## ÍNDICE DE TABLAS

—	Tabla 1: Evolución nacional del embarazo adolescente de madres de 10 a 14 años y madres de 15 a 19 años, en el período 1990 – 2009	10
—	Tabla 2: Evolución regional del embarazo adolescente de madres de 10 a 14 años y madres de 15 a 19 años, en el período 1990 – 2009	11
—	Tabla 3: Nacidos vivos de niñas de 10 a 14 años, razón por comunas de la Región de Valparaíso. Año 2009	12
—	Tabla 4: Muestra Definitiva	38
—	Tabla 5: Antecedentes psicosociales registrados en fichas clínicas	50
—	Tabla 6: Personalizada 1	53
—	Tabla 7: Personalizada 2	54
—	Tabla 8: Personalizada 3	55
—	Tabla 9: Distribución porcentual de variables por perfil	57
—	Tabla 10: Cuadro comparativo de las características de las informantes	60
—	Tabla 11: Factores Psicosociales y culturales identificados por categoría	133
—	Tabla 12: Casos Analizados Según el Quinquenio de Embarazo	137

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

—	Gráfico 1: Estado civil de las adolescentes embarazadas menores de 15 años Región de Valparaíso (1990-2009)	45
—	Gráfico 2: Actividad de las adolescentes embarazadas menores de 15 años Región de Valparaíso (1990-2009)	45
—	Gráfico 3: Embarazos de alto riesgo en adolescentes embarazadas menores de 15 años Región de Valparaíso (1990-2009)	46
—	Gráfico 4: Deseo de embarazado de adolescentes embarazadas menores de 15 años Región de Valparaíso (1990-2009)	47
—	Gráfico 5: Utilización de Métodos Anticonceptivos previo al embarazo en adolescentes embarazadas menores de 15 años Región de Valparaíso (1990-2009)	48
—	Gráfico 6: Edad del progenitor del embarazo en adolescentes embarazadas menores de 15 años Región de Valparaíso (1990-2009)	48

## Introducción

Se presenta a continuación el informe final de la investigación denominada «*Estudio cualitativo de Factores Psicosociales y Culturales que inciden en el embarazo de niñas menores de 15 años en la región de Valparaíso*», financiada por el Fondo Nacional de Investigación en Salud en su convocatoria del año 2009.

El embarazo adolescente de niñas entre 10 y 14 años es considerado un problema de salud pública preocupante y lo es más si consideramos que las metas sanitarias propuestas en este ámbito para la década anterior no se cumplieron. Pese a ello, existe poca literatura que aborde el embarazo en este tramo etareo en Chile, por lo que este estudio espera contribuir a su comprensión y abordaje teórico al considerar distintas dimensiones psicosociales y culturales del problema, distinguiendo características que no refieren solo antecedentes de orden biomédico o estadísticos sino que implican una perspectiva sistémica del mismo.

Así también, la consideración de la perspectiva de género en su análisis, permitió establecer interpretaciones que tienen a la base las construcciones de los femenino y masculino en la sociedad chilena, y que se establecen como condicionantes de las vivencias en torno a la salud sexual y reproductiva por lo que se amplía la mirada analítica y a la vez se inserta en un tramado de relaciones donde las trayectorias individuales están mediadas por fenómenos de tipo estructurales.

El texto contiene los resultados tanto de la etapa cuantitativa como cualitativa de la investigación. La primera se desarrolló entre los meses de abril y octubre de 2010, mientras que segunda etapa, desde noviembre de 2010 hasta junio de 2011. Entre ambas etapas, se realizó un intento ambicioso de recoger la realidad de estas jóvenes en toda su amplitud y complejidad. Se obtuvo una mirada integradora, donde a partir del análisis de fichas clínicas se dimensiona el problema en la Región de Valparaíso y se elaboran perfiles sociodemográficos; a través de la construcción de relatos de vida se analizan las vivencias concretas de las niñas y mujeres que fueron madres antes de los 15 años para identificar los factores psicosociales y culturales que incidieron en el embarazo precoz y se elaboran perfiles que facilitan, tanto la comprensión de las características que intervienen en el fenómeno estudiado, como el abordaje preventivo del mismo y, desde un análisis diacrónico, se abarcó un período de 20 años que va entre 1990 y 2009 para analizar las continuidades y discontinuidades de estos factores. Finalmente, se presentan recomendaciones destinadas a los operadores de la política de salud en función de generar estrategias de salud pública dirigidas a niñas y adolescentes más adecuadas, oportunas y pertinentes.

# I. Marco Teórico

## 1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

### 1.1 Población adolescente

Para conocer la situación de la población adolescente de menor edad será siempre necesario realizar una entrada a través de la población total adolescente e incluso de la población joven. Esto porque es su contexto más inmediato y porque la información específica disponible sobre quienes se encuentran entre los 10 y 14 años es mínima.

En Chile el segmento de la población juvenil (15 a 29 años) muestra un comportamiento demográfico decreciente hasta el año 2003, y en adelante crece paulatinamente, lo que estaría vinculado al proceso de envejecimiento que experimenta la sociedad chilena, donde la proporción que representa la población adolescente (10 a 19 años) en la población total ha disminuido sostenidamente hasta un 17,1% (1). Al año 2008 había en Chile 2.871.013 adolescentes entre 10 y 19 años de edad, entre los cuales el 49% tiene 10 y 14 años y el 51% se encuentra entre los 15 y 19 años (op.cit.), siendo este último tramo el más numeroso de la población juvenil (2). Esta situación coincide con lo que sucede en el mundo, ya que estaríamos ante la mayor generación de adolescentes de la historia (3).

Sin embargo, la distribución de la población adolescente no es homogénea, pues se concentra en los países en desarrollo y dentro de ellos, en los sectores de mayor pobreza. En Chile, la mayoría de la juventud vive en localidades urbanas, con un 87,3% y sólo un 12,7% lo hace en zonas rurales (4). Más de la mitad de los/as adolescentes, alrededor de un 53,7%, se encuentran en los dos quintiles más pobres de la población, casi 10 puntos más que la población total en la misma condición que representa el 44,6% (1).

### 1.2. Fecundidad adolescente

La maternidad temprana es considerada un problema mundial que afecta el desarrollo pleno de los y las adolescentes. «El embarazo no planeado sigue siendo un problema en la Región, ya que el 25% de las mujeres jóvenes en América Latina y el Caribe son madres antes de los 20 años de edad» (5). Desde la perspectiva de la OPS/OMS, este fenómeno constituye un problema mayor entre los/as adolescentes de niveles socioeconómicos bajos que viven en zonas rurales, ya que factores institucionales como el acceso a servicios de salud de calidad, a educación sexual, y otros culturales como las normas de género, las expectativas de la masculinidad, la falta de autonomía de las mujeres, estarían interviniendo en el problema.

En Chile, si bien las tasas de fecundidad adolescente comparativamente a nivel latinoamericano son bajas (6), observamos un proceso similar a lo que ocurre a nivel mundial y regional que se



caracteriza por una marcada disminución de la fecundidad general pero que no se ha traducido en un comportamiento similar en la fecundidad adolescente; más bien, ésta se ha estancado o lo ha hecho a un ritmo más moderado que la fecundidad general (7). De acuerdo a la información del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en el año 2009, se registraron 252.240 nacidos vivos; de ellos, 1.228 (0,49%) correspondieron a embarazos de adolescentes de 10-14 años y 39.902 (15,8%) a adolescentes de 15 - 19 años.

La situación de las niñas de 10 a 14 años es aún más compleja, ya que pese a que la tasa es baja, a través de las tasas específicas de fecundidad notamos un aumento en algunos períodos, tal como se observa entre los años 1990 y 1998, donde en el año 1990 se dio una tasa de 2,1 nacimientos por 1000 niñas menores de 15 años y en 1998, aumentó a 2,2 casos por mil niñas en ese tramo etáreo (8). Posteriormente, entre los años 2000 y 2005, la tasa solo ha disminuido en 0,1 (1). Por otro lado, el tramo entre los 13 y 18 años es el único rango etáreo que ha experimentado un alza en las últimas dos décadas (9). En este contexto el peso relativo de las madres adolescentes y particularmente de los nacimientos de las madres menores de 15 años, ha aumentado en la fecundidad general (8), representando esta última una proporción cada vez mayor entre las adolescentes embarazadas menores de 20 años.

*Los nacimientos de madres hasta 14 años aumentaron de 742 niños/as en 1990 a 1.162 en 2001, lo que representa el 1,8% de los nacimientos de madres menores de 20 años en 1990 y el 2,9% en 2001 (8). Tomando los datos del año 2009 dispuestos por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), los nacimientos en niñas de 10 a 14 representan el 3% del embarazo adolescente.*

Analizando la situación de la fecundidad adolescente durante las dos décadas que abarca este estudio, vemos claramente que a partir de los primeros años de la década del 90 se observa un sostenido aumento llegando hasta su nivel más alto en 1994 en el caso de las niñas de 10 a 14 años que luego tiende a mantenerse relativamente estable, sin descensos significativos. En el caso de la fecundidad de niñas entre 15 y 19 años se observa un aumento más sistemático, alcanzando su máximo nivel en el 2008. La siguiente tabla ilustra esta información.

TABLA Nº1: EVOLUCIÓN NACIONAL DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DE MADRES DE 10 A 14 AÑOS Y MADRES DE 15 A 19 AÑOS, EN EL PERÍODO 1990 – 2009

Años	10 a 14 años	% (10-14)	15 a 19 años	%(15-19)
1990	742	0,25	39.543	13,5
1991	706	0,25	38.324	13,5
1992	791	0,28	37.692	13,5
1993	863	0,31	37.563	13,6
1994	1.329	0,49	37.969	13,9
1995	1.033	0,39	37.852	14,2
1996	1.126	0,43	38.575	14,6
1997	1.183	0,46	39.551	15,2
1998	1.175	0,46	40.355	15,7
1999	1.052	0,42	39.387	15,7
2000	1.055	0,42	39.257	15,8
2001	1.162	0,47	38.722	15,7
2002	1.118	0,47	36.500	15,3
2003	994	0,42	33.838	14,4
2004	905	0,39	33.522	14,6
2005	935	0,41	35.143	15,2
2006	822	0,36	36.819	15,9
2007	955	0,40	38.650	16,1
2008	1.025	0,42	39.902	16,2
2009	1.228	0,49	39.902	15,8

FUENTE: DEIS, MINSAL.

En nuestra región observamos una fecundidad algo menor que la nacional, lo que se manifiesta en que Valparaíso sea la región con la Tasa Global de Fecundidad más baja del país: 1,78 hijos e hijas por mujer, siendo la nacional de 1,88 en el año 2004, situación que se repite en la fecundidad adolescente (9). Sin embargo, se encuentra entre las 4 regiones que aportan alrededor de un tercio de los nacidos vivos de madres adolescentes del país, después de la Región Metropolitana que presenta otro tercio (10). Según información del DEIS, en el año 2009 se registraron 89 nacidos vivos de niñas entre 10 y 14 años y 3.635 en niñas de 15 y 19 años.

Otro tipo de indicador que nos muestra la magnitud del embarazo adolescente en la región es la permanencia de las madres y padres adolescentes en el sistema escolar, de acuerdo a lo cual en el año 2005 la Comuna de Valparaíso ocupa el segundo lugar entre las 20 comunas con mayor

cantidad de alumnas madres y alumnos padres adolescentes hasta 19 años (11). Según ese mismo estudio, un número considerable, alrededor de 544 alumnas/os con menos de 15 años ya eran madres o padres, de las cuales, sobre el 90% son niñas.

En relación al período que comprende el estudio, a nivel regional la situación es similar a lo que sucede en el país, en el sentido del aumento en la fecundidad adolescente que se observa desde 1990. Sin embargo, en el caso de las niñas de 10 a 14 años, la más alta proporción de embarazos se ubica en 2008, último año del que se dispone de información del DEIS, y la situación de la fecundidad de adolescentes entre 15 a 19 años es bastante parecida a la nacional. La siguiente tabla ilustra esta información.

TABLA N°2: EVOLUCIÓN REGIONAL DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DE MADRES DE 10 A 14 AÑOS Y MADRES DE 15 A 19 AÑOS, EN EL PERÍODO 1990 - 2009

Años	10 a 14 años	% (10-14)	15 a 19 años	%(15-19)
1990	79	0,27	3777	13,1
1991	60	0,22	3612	13,1
1992	76	0,28	3684	13,5
1993	79	0,29	3734	13,8
1994	67	0,25	3839	14,2
1995	101	0,39	3866	15,5
1996	106	0,41	3869	15,3
1997	97	0,38	4030	16,1
1998	102	0,41	3951	16,0
1999	78	0,32	4071	16,6
2000	104	0,43	4023	16,5
2001	115	0,48	4036	16,9
2002	106	0,29	3666	15,8
2003	98	0,44	3271	14,6
2004	74	0,34	3208	14,6
2005	79	0,36	3412	15,3
2006	72	0,33	3414	15,8
2007	90	0,40	3661	16,2
2008	119	0,51	3705	16,0
2009	89	0,37	3.635	15,3

FUENTE: DEIS, MINSAL.

Mirando lo que sucede al interior de la región, vemos que las comunas con mayores razones<sup>1</sup> de embarazo en niñas de 10 a 14 años coinciden con las zonas rurales o costeras alejadas del centro regional. La Tabla N° 3 muestra la razón de embarazos de niñas de 10 a 14 años por 10.000 mil habitantes. En este sentido el Servicio de Salud Aconcagua concentra el indicador más alto a nivel regional.

TABLA N°3: NACIDOS VIVOS DE NIÑAS DE 10 A 14 AÑOS, RAZÓN POR COMUNAS DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO. AÑO 2009

	Nacidos Vivos	Población Menores de 14 años	Razón
PAIS	1.228	668.424	18,4
V REGION	89	64.715	13,8
Ser vicio de Salud Valparaíso San Antonio	24	16.803	14,3
Valparaíso	13	9.224	14,1
Casablanca	2	1.258	15,9
Juan Fernández	0	20	0,0
San Antonio	7	3.804	18,4
Algarrobo	0	473	0,0
Cartagena	1	919	10,9
El Quisco	0	449	0,0
El Tabo	0	355	0,0
Santo Domingo	1	301	33,2
Ser vicio de Salud Viña del Mar Quillota	44	37.299	11,8
Viña del Mar	13	9.831	13,2
Concón	2	2.112	9,5
Puchuncaví	1	575	17,4
Quilpué	4	5.606	7,1
Quintero	3	996	30,1
Villa Alemana	7	4.721	14,8
La Ligua	1	1.473	6,8
Cabildo	1	874	11,4

1 En el caso de las niñas de 10 a 14 años, se utiliza como indicador una razón debido a que las adolescentes menores de 15 años no son consideradas entre las mujeres en edad fértil, que se refiere al tramo de 15 a 49 años.

Continuación Tabla N°3: Nacidos vivos de niñas de 10 a 14 años, razón por comunas de la Región de Valparaíso. Año 2009

Ser vicio de Salud Viña del Mar Quillota	44	37.299	11,8
Papudo	0	210	0,0
Petorca	1	384	26,0
Zapallar	0	249	0,0
Quillota	2	3.223	6,2
Calera	1	2.218	4,5
Hijuelas	0	780	0,0
La Cruz	0	628	0,0
Limache	5	1.737	28,8
Nogales	2	1.098	18,2
Olmué	1	584	17,1
Servicio de Salud Aconcagua	21	10.424	20,1
San Felipe	6	3.218	18,6
Los Andes	3	2.922	10,3
Calle Larga	3	411	73,0
Rinconada	2	273	73,3
San Esteban	1	590	16,9
Catemu	0	514	0,0
Llay-Llay	2	913	21,9
Panquehue	0	304	0,0
Putendo	2	688	29,1
Santa María	2	591	33,8

Fuente: DEIS, MINSAL.

### 1.3. El embarazo adolescente como problema social

Existe escasa literatura especializada sobre el embarazo adolescente en niñas de 10 a 14 años en Chile, siendo en general la producción mucho más abundante en relación al período total de la adolescencia. El abordaje del fenómeno desde enfoques no médicos enfatizan en los factores sociales, psicosociales y culturales que se asocian más frecuentemente con el embarazo precoz,

caracterizándolo como un problema de inequidad social y una situación que acentúa la vulnerabilidad de las mujeres más jóvenes.

Entre los múltiples factores estudiados podemos identificar diferencias de acuerdo al enfoque teórico con que se aborda y a las disciplinas de las ciencias sociales con que se realiza el acercamiento. De todas formas, se aprecia un mayor énfasis hacia aquellas categorías que corresponden a la denominación de determinantes próximos de la fecundidad adolescente, donde se incluyen factores relacionados con la exposición al riesgo de embarazo, la concepción y la gestación, tales como el inicio de relaciones sexuales, la unión, la anticoncepción y el aborto (12).

Desde la perspectiva social, la pobreza aparece como un factor fuertemente asociado al embarazo adolescente, expresado en indicadores socioeconómicos como el nivel de ingreso, escolaridad, comuna de residencia e incluso se ha ocupado como referencia el tipo de establecimiento escolar al que asiste la joven, cuya utilidad radica en las marcadas inequidades que se reflejan en el sistema educacional. Un estudio que ocupó la proporción de raciones alimenticias recibidas por las comunas como indicador de nivel socioeconómico, muestra que la mayor fecundidad adolescente ocurre en comunas que reciben mayores raciones alimenticias y que por lo tanto revelan la situación socioeconómica más baja de su población. Es así como «la comuna de Cerrillos tiene un riesgo de fecundidad 35 veces mayor, en niñas menores de 14 años, en comparación con la comuna de Vitacura (35,6 versus 0,0)» y... «la fecundidad fue 6,9 veces mayor en las comunas donde los escolares reciben mayor proporción de raciones alimenticias» (10).

La educación también se diferencia de acuerdo al tipo de financiamiento que los sostiene y desde esa perspectiva, se ha demostrado que «el 60% de las madres y padres adolescentes (menores de 20 años) se concentró en los establecimientos municipales; algo más de un tercio (35,8%) estaba en colegios particulares subvencionados; el 1% en particulares pagados; y finalmente, el 3%, en corporaciones» (11). Lo anterior demuestra que la disminución de la fecundidad en Chile no ha sido homogénea, lo que se refleja en una mayor concentración de las tasas más altas de maternidad en la adolescencia en los sectores de menores ingresos.

Un análisis distinto basado en lo educacional, es el que compara los niveles de escolaridad alcanzados por las madres adolescentes con la población general, siendo concluyente que la escolaridad de ellas es más baja (13). Por otro lado, la deserción escolar es una consecuencia de la maternidad temprana,<sup>2</sup> a la vez que puede ser una causa (14), ya que cuando la deserción ocurre por otros motivos, las limitaciones sociales y económicas derivadas de la interrupción de la trayectoria escolar generan condiciones favorables para un embarazo precoz (9), que es visto como el proyecto de vida más coherente con su realidad.

Desde la perspectiva de los factores psicosociales asociados con el embarazo adolescente el apoyo, el acompañamiento, la comunicación, la seguridad que pueden otorgar los lazos afectivos y las relaciones estables, tanto de pareja como familiares, son sindicados como factores que favorecen la toma de decisiones acertadas respecto a su sexualidad.

2 En la VI Encuesta Nacional de Juventud (2009), el 21,1% de los/as encuestados/as declara como razón para no estar estudiando la crianza o cuidado del/a hijo/a, siendo mujeres y de nivel educacional secundario o inferior, quienes en su mayoría se ven más afectadas por esta situación (4).

El entorno familiar es también un factor estudiado, y como éste puede influenciar la maternidad temprana. Es el caso de las adolescentes cuya madre también fue madre adolescente, ya que la experiencia tiende a repetirse (10), pese a que, según un estudio recientemente publicado, las madres son más categóricas en sus mensajes de advertencia y prevención hacia sus hijas (15).

Algunos autores atribuyen a las familias denominadas disfuncionales como uno de los factores predisponentes al embarazo adolescente, caracterizadas por la ausencia de uno o ambos progenitores, falta o insuficiente comunicación entre padres e hijos/as, modelos de crianza permisivos, inestabilidad familiar y conflictos en la pareja, entre otros (16,17,18); desde otra perspectiva, se plantea que los límites (la falta o la rigidez de ellos) que impone la familia, los roles difusos, el desarraigo familiar o la madre ausente son otros factores que inciden en el embarazo precoz (18).

Desde una perspectiva psicológica, se plantea que los/as adolescentes se caracterizan por ser egocéntricos lo que contribuye a un sentimiento de invulnerabilidad que no les permite dimensionar las consecuencias de sus actos (op.cit.), lo que redundaría en no tomar las decisiones acertadas.

La cultura, construida en base a la identidad juvenil y de género, se señala como fuente de factores influyentes en el embarazo adolescente, particularmente en lo que se refiere a la sexualidad y a los roles sexuales. La adolescencia se asocia a un período de transición de una etapa a otra, y por lo tanto, serían características propias la inmadurez, disposición a la exploración y al riesgo. En el ámbito de la sexualidad, se advierten cambios en las últimas décadas que pueden estar asociados con el embarazo precoz, como la disminución de la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales en las mujeres (2); el uso de métodos anticonceptivos que, en el caso de las adolescentes madres el hecho de manejar información sobre éstos no actuó preventivamente;<sup>3</sup> las prácticas sexuales se han diversificado así como las formas de construir pareja, dando paso a vínculos más transitorios e informales.<sup>4</sup>

En el documento del Servicio Nacional de la Mujer –SERNAM– «Orientaciones para la implementación de un taller de formación en Prevención del Embarazo Adolescente desde un Enfoque de Derechos Sexuales y de Derechos Reproductivos» (20), se agrupan los factores que favorecen la ocurrencia del embarazo en la adolescencia, en tres dimensiones, factores individuales, factores familiares y factores sociales. En otro instrumento de política pública dirigida hacia este grupo poblacional, las orientaciones técnicas «Atención de Adolescentes con Problemas de Salud Mental» (21), ocupan estas mismas dimensiones de los factores de riesgo pero además los abordan desde distintos enfoques –determinantes sociales de la salud, modelo ecológico, enfoque de género y de interculturalidad– que ofrecen una visión más global del problema.

Se reconoce actualmente que habiendo resuelto los problemas de acceso y oportunidad de atención en salud, y sin considerar a las niñas cuyo cuerpo aún no está preparado físicamente para la gestación y el parto, el embarazo adolescente deja ser un problema que genere riesgos biológicos, sino que más bien tendrían relevancia los factores de tipo social, psicosocial, cultural en su configuración como problema social y de salud pública. Al respecto se plantea que... «una vez comparadas las variables biológicas que condicionarían un mayor riesgo en los embarazos adolescentes, al analizar las variables psicosociales, numerosos estudios han concluido que la evolución de este, está influenciado por un problema psicosocial más que un riesgo biológico

3 Como lo muestra un estudio realizado con madres adolescentes del Hospital Santiago Oriente donde el 98,55% de ellas señalan conocer algún tipo de método anticonceptivo previamente (19).

4 Tal como queda en evidencia en la V Encuesta Nacional de Juventud donde se aprecia el aumento sostenido de la soltería en los/as jóvenes (2).

verdadero»... (22). En esta misma línea, existe una «nueva generación de estudios» sobre el embarazo adolescente que abordan el problema desde un enfoque político, donde se destaca la sinergia que existiría entre factores sociales tales como la pobreza, las relaciones de género y la exclusión social, entre otros (23), por lo que no podría concebirse el problema del embarazo adolescente como problema en sí mismo sin cuestionar las estructuras de desigualdad social y de vulnerabilización que afectan a adolescentes y jóvenes (op.cit.).

#### 1.4. El embarazo adolescente como problema de salud pública

La definición del embarazo adolescente como un problema de salud pública se debe a una comprensión del problema que va más allá de las razones biomédicas, ya que si bien, desde los programas de salud se actúa en primera instancia sobre los riesgos fisiológicos que conlleva un embarazo precoz tanto para la niña como para el recién nacido, también existe preocupación por las implicancias sociales del problema, en coherencia con las consideraciones internacionales en la materia que señalan su disminución como un indicador de desarrollo.

En un estudio que revisa abundante literatura científica sobre los riesgos obstétricos y perinatales de las adolescentes embarazadas (op.cit.), se puede ver que si bien, se comprueba en muchos casos que a menor edad de la embarazadas mayores son las complicaciones, se afirma también que disponiendo de una adecuada atención y control ginecobstétrico, así como de una atención especializada para adolescentes, en gran parte esta mayor exposición podría desaparecer. Entre los problemas más frecuentes estaría el síndrome hipertensivo del embarazo, parto prematuro, bajo peso de nacimiento de recién nacidos, anemia e infección del tracto urinario, desproporción cefalopélvica lo que conlleva mayores riesgos de culminar el parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Todos estos problemas se encuentran frecuentemente asociados a la pobreza, por lo que se concluye que la intervención sobre los factores socioculturales y psicosociales que están presentes en el embarazo adolescente, es clave para disminuirlos.

De este modo, los indicadores clásicos utilizados para elevar al embarazo adolescente a la categoría de problema de salud pública tales como la mortalidad y la carga de enfermedad, dejan de ser los únicos y los más gravitantes ya que se convierte ante todo en un problema de inequidad en salud. Lo anterior se refleja en la planificación sanitaria realizada para la década 2000-2010 y posteriormente, para la década 2010-2020, donde aparece destacado como enfoque y como objetivo disminuir las inequidades en salud y mejorar la salud de las poblaciones más desfavorecidas. Particularmente, respecto al embarazo adolescente, se plantea como objetivo sanitario para la década 2000-2010 «reducir el embarazo no deseado en adolescente en un 30%» y como meta correspondiente, disminuir la tasa de fecundidad de adolescentes entre 15 y 19 años a 46 por 1.000 mujeres y la de adolescentes entre 10 y 14 años, a 0 embarazo (24), definiendo como estrategia para conseguir tales metas, la promoción de conductas sexuales seguras, como el retraso del inicio de la actividad sexual en menores de 15 años y el aumento del uso del preservativo en todos los tramos de la adolescencia. En la planificación estratégica de salud para la década 2011-2020 se reconoce que no se pudo cumplir con las metas propuestas en el período anterior, sin embargo, no se proponen nuevas metas específicas para reducir el embarazo en adolescentes menores de 15 años y se las deja fuera de la meta asociada a la promoción de conductas sexuales seguras, que sólo están orientadas a los/as adolescentes entre 15 y 19 años de edad (25). Por otro lado, aún cuando en los objetivos sanitarios no se aborda el embarazo adolescente como expresión de inequidad, se está avanzado en esta comprensión a través de su inclusión en la medición de inequidades en salud que se realiza en la forma de diagnósticos en salud según enfoque de determinantes sociales (26).



La inequidad se expresa en la distribución del riesgo reproductivo y de los embarazos no deseados, que afecta a las mujeres de los países menos desarrollados y en los grupos de población más pobre de cada país. Así, en los países más ricos el primer embarazo se posterga, el número de hijos por mujer es menor, los intervalos entre los embarazos son más largos, la tasa de uso de anticoncepción es alta y la mortalidad por causas reproductivas es cada vez más baja. En cambio, en los países más pobres el primer embarazo ocurre en edades tempranas, el número de hijos por mujer es mayor, los intervalos entre embarazos son más cortos, el acceso a la anticoncepción es limitado y la mortalidad por causas reproductivas continúa siendo alta (27). Esta distribución de riesgo reproductivo se repite en los sectores más pobres de la población chilena.

Como parte del proceso reproductivo, el aborto reviste especial interés ya que en nuestro país al ser completamente ilegal hace imposible saber cuál es su impacto en la población adolescente. Sin embargo, existen indicios que nos dicen que al no contabilizarlo tenemos un conocimiento, si no errado, al menos muy limitado de la situación del embarazo adolescente. Un estudio muestra que para el año 2001 se registraron 3.886 egresos hospitalarios por aborto, de los cuales 170 fueron de niñas entre 10 y 14 años y 3.716 de adolescentes entre 15 y 19 años, ubicándose el tramo de las menores de 19 años en segundo lugar de prevalencia después del tramo entre los 25 y 34 años (28).

La violencia sexual es otro de los factores asociados al embarazo adolescente, especialmente en adolescentes menores. Aunque se reconoce que la relación no ha sido suficientemente estudiada, se ha encontrado que el riesgo relativo (RR) de abuso sexual en embarazadas menores de 15 años fue de 5,97 (10). Según el diagnóstico sobre embarazo adolescente realizado por FLACSO (2008), las mujeres son víctimas de agresiones sexuales en mayor proporción que los hombres en los dos grupos etarios (10 - 14 y 15 - 19 años) y, en relación con la naturaleza de la agresión sexual, se observa que el abuso sexual es mayor entre los/as menores de 15 años y el delito de violación es más frecuente en el rango de 15 a 19 años (1). Según el Estudio Nacional de Comportamiento Sexual de CONASIDA (2000), más de 7 de cada 100 mujeres entrevistadas declara haber sido violada, siendo en la mitad de los casos su inicio sexual (29). Estudios más recientes que se basan en las estadísticas de Carabineros y de la Policía de Investigaciones de Chile, muestran que en nuestro país se denuncian aproximadamente 4.500 delitos sexuales al año (30).

Por otro lado, la violencia sexual es también un problema que aparece asociado a la pobreza, aunque ello puede deberse al mayor uso de servicios privados que protegen la identidad de las/os niñas/os en sectores de mayores ingresos. Consideramos que de todas maneras ayuda a la comprensión del problema:

*«...se observa un constante y empinado ascenso en el porcentaje de víctimas a medida que desciende el nivel de escolaridad alcanzado, triplicando el reporte de la población femenina con enseñanza básica al de aquellas con instrucción superior» (29)*

La asociación entre violencia sexual infantil y embarazo precoz pareciera no ser tema de preocupación pública. Esta omisión se repite en estudios e investigaciones, estados de situación de la infancia y la adolescencia, y en las políticas públicas. Por ejemplo, en un diagnóstico sobre la situación del abuso sexual infantil, donde se construye una definición de la violencia sexual infantil que incluye manifestaciones basadas en relaciones penetrativas tales como violación, prostitución infantil, turismo sexual, trata y tráfico con fines sexuales, no considera al embarazo

precoz como una de las consecuencias (31). En salud, los casos de abuso sexual se consideran de alto riesgo, se les ofrece consejería en salud sexual y reproductiva, que incluye la prescripción de anticoncepción de emergencia (8), la posibilidad de entregar al/la niño/a en adopción en caso que la niña no cuente con condiciones para hacerse cargo, la derivación a terapia psicológica y se hace la denuncia correspondiente en el Ministerio Público. Sin embargo, no existe un seguimiento que permita conocer el resultado de esas acciones.

En Chile no hay investigaciones ni estadísticas que relacionen la violencia sexual con la ocurrencia de embarazos no deseados y abortos por esta causa. La forma fragmentada en que se estructuran los servicios de atención, la ausencia de coordinación entre las distintas entidades públicas que tratan la problemática, y la falta de seguimiento a las víctimas hace imposible construir esta información con base en los datos disponibles (28).

En consecuencia con el objetivo de disminuir las brechas de equidad, los determinantes sociales de la salud ocupan hoy un lugar muy importante en la política de salud pública, lo que abre la posibilidad de actuar sobre factores culturales y psicosociales que inciden más profundamente en el embarazo adolescente, como son la sexualidad, la identidad y relaciones de género, el deseo de embarazo, las representaciones sociales, la autoimagen, entre otros.

Un desafío importante lo representa el cambio de la cultura institucional en salud que históricamente ha reforzado el rol materno de las mujeres en el cual descansan una parte importante de las políticas y programas en salud. En otras palabras, la política pública dirigida a la adolescente embarazada se ha centrado históricamente en el binomio madre-hijo, en un enfoque reproductivo y tradicional desde el punto de vista del género. En salud, las acciones han estado orientadas a prevenir los embarazos precoces a través de la distribución de métodos anticonceptivos y a prevenir riesgos obstétricos, neonatales y en la salud del/a hijo/a. Esta cultura institucional también se refleja en la tutela de la sexualidad de las niñas y adolescentes, debilitando su capacidad como sujeto titular de derechos e invisibilizando realidades del embarazo en niñas de 10 a 14 años como la violencia sexual y el aborto.

## 1.5. Embarazo adolescente en las políticas públicas

En nuestro país las políticas de juventud definen como su población objetivo a los/as jóvenes entre 15 y 29 años (32). Por ello, las personas de 10 a 14 años no se incluyen en estas sino en las políticas dirigidas a la infancia, quedando fuera de la mayoría de las políticas y estudios que abordan la sexualidad y problemáticas relacionadas. No se incluyen, por ejemplo, en las encuestas nacionales de juventud, ni en los estudios sobre violencia intrafamiliar porque la ley no incluye las relaciones de pololeo; tampoco fueron consideradas en la única encuesta nacional sobre sexualidad realizada por CONASIDA a fines de la década de los 90.

Esto ha derivado en un gran desconocimiento de la situación de estas niñas, de sus necesidades, problemas, experiencias e intereses. Por otro lado, las políticas orientadas a la infancia no abordan el tema de la sexualidad como proceso natural del desarrollo sino que lo hacen desde la vulneración de derechos, lo que redundará en un no-reconocimiento de las niñas como sujetos sexuados.

Durante los primeros años de gobierno de la Concertación, las mujeres, jóvenes y los niños, son definidos como grupos prioritarios (op.cit.) hacia los cuales se orientan políticas de integración,

focalizadas en los más pobres y con enfoque de riesgo social. Hacia el año 2000, se identificaban 93 programas, proyectos, servicios y/o beneficios dirigidos específicamente a los niños, niñas y adolescentes del país, implementados por el nivel central del Estado, de los cuales sólo un 5,4% de la oferta catastrada es de carácter universal y el 94,6% restante es de carácter selectivo, es decir, dirigida a grupos de niños, niñas y adolescentes que presentan problemas específicos (33).

El embarazo adolescente se reconoce como uno de los problemas que afectan a estos grupos prioritarios, por lo que las primeras medidas que se adoptaron para abordar este problema se centraron en el ámbito educativo, generando un cambio legislativo orientado a mejorar la situación de las niñas y adolescentes embarazadas respecto al acceso a la educación y su permanencia en él, a través de la ley N° 19.688, y diversas iniciativas del Ministerio de Educación tendientes a incorporar la educación sexual en los establecimientos educacionales. En este mismo ámbito, destaca la Política de Educación en Sexualidad de 1993, contexto en el cual se implementan las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad JOCAS, las cuales formaron parte de un Proyecto Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente con la participación del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Servicio Nacional de la Mujer y el Instituto Nacional de la Juventud (29).

Desde el sector salud, en 1999 se crea la Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes, primer programa dirigido especialmente a la salud de adolescentes, donde se incluye como uno de sus problemas el embarazo precoz y el embarazo no deseado. Posteriormente, se diseña el «Plan de Sexualidad Responsable», de carácter triministerial con la participación del Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y el Servicio Nacional de la Mujer (8). Previo a estas iniciativas, las acciones en salud sexual y reproductiva hacia las adolescentes no se diferenciaban de aquellas orientadas a toda mujer en edad fértil entre 15 y 49 años, que desde los años 60 estuvo dedicada principalmente a controlar las tasas de fecundidad, disminuir el aborto inducido y la mortalidad materna a través del acceso a métodos anticonceptivos. Más recientemente, a partir del año 2007 se estableció una Modalidad de Atención Amigable para Adolescentes en establecimientos de Atención Primaria, que incluye confidencialidad, apoyo en consejería y entrega de anticonceptivos (33); y en el año 2009, la maternidad y paternidad en la adolescencia así como las relaciones sexuales desprotegidas se abordan como factores y conductas de riesgo para la salud mental de los/as adolescentes (34).

Un análisis crítico de las políticas implementadas hasta ahora, concuerdan con la visión del Fondo de Población de las Naciones Unidas-FNUAP, que plantea que el enfoque con que se aborda el embarazo adolescente parte de una negación de los derechos sexuales y reproductivos de los/as jóvenes (35), ya que no se les reconoce su sexualidad ni la autonomía necesaria para tomar decisiones responsables y, por otro lado, los criterios con que se elaboran estas políticas toman referencias universales o más acordes con la experiencia de la adolescencia en hombres (36).

## 1.6. El embarazo adolescente en las políticas internacionales

El embarazo adolescente se considera un problema de salud emergente desde fines de la década del 90 en el marco de la agenda de Naciones Unidas, que en cierta forma instala una serie de compromisos que nuestro país asume en torno a mejorar sus políticas en esta materia. Tal es el caso de las recomendaciones que hiciera al Estado de Chile en 1999 el Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer:

*«El Comité observa con preocupación la alta tasa de embarazo en adolescentes y el hecho de que un alto porcentaje de esas jóvenes sean madres solteras y que un gran número de ellas está en los primeros años de su adolescencia. El Comité observa que un alto número de los embarazos de adolescentes pueden estar vinculados a actos de violencia sexual contra las jóvenes. Observa también que muchas jóvenes son embarazadas por muchachos adolescentes. Además toma nota con preocupación de que únicamente las adolescentes embarazadas son expulsadas de los establecimientos educacionales privados, en los ciclos secundario y preparatorio» (8).*

Los derechos sexuales y reproductivos, que adquieren reconocimiento con la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo (El Cairo 1994), y luego en la IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing 1995), favorecieron el desarrollo de políticas de salud de adolescentes. Es así como en el enfoque del problema desde salud, se transita desde una preocupación por la planificación familiar a una centrada en garantizar el ejercicio de los derechos humanos relativos a la sexualidad y la reproducción, lo que reviste gran importancia si se aplica a los/as adolescentes, tal como se admite en un documento de SERNAM: «Esta libertad de elección, esta capacidad de tomar decisiones respecto a la propia sexualidad y a la propia reproducción a favor de su salud y calidad de vida ha de aplicarse también a jóvenes y adolescentes» (20).

La incorporación de este enfoque en salud ha tenido un avance sustantivo con las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad del Ministerio de Salud, instrumento creado para apoyar el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2000-2010, asumiendo como uno de sus objetivos en el plano de la fertilidad: Reducir la inequidad reproductiva generada por las desigualdades de género y la mayor vulnerabilidad de algunos grupos de población (siendo uno de los grupos, los/as adolescentes) y, reducir el embarazo no deseado en adolescentes, quienes por su mayor vulnerabilidad, requieren de servicios apropiados y sin barreras de acceso (27).

La Convención sobre los Derechos del Niño es el instrumento jurídico para Chile que inspira las actuales políticas públicas dirigidas a la infancia y adolescencia. En esta Convención, no se incluyen si embargo, contenidos que protejan a las niñas del embarazo precoz; aunque de manera indirecta se puede invocar algunos de sus artículos como marco general de los derechos de niñas y adolescentes que se vulneran con el embarazo y maternidad precoz, por ejemplo, el «Derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social», «Derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud», «Derecho del niño a la educación», «Derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad» (33). Una de las influencias más notorias e importantes que ha tenido la CIDN en las políticas dirigidas a los/as adolescentes es que se les reconoce como sujetos titulares de derecho, lo que obliga a generar un proceso de cambio cultural a nivel de las instituciones del Estado y sectores de la sociedad que se resisten a reconocerles autonomía:

*«Concepciones protectoras, arraigadas en el sentido común, producen actitudes contradictorias en los adultos, principalmente en cuanto a la autonomía y capacidad de decisión de las niñas, niños y adolescentes. Es decir, se les reconoce como titulares de derechos, pero no se facilitan las condiciones para que emerja el sujeto social capaz de ejercer dicha titularidad» (30).*

La Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia 2001-2010 se inspira en los principios de la CIDN y define como área estratégica la «Provisión de servicios especiales para la

protección integral de los derechos de la infancia y la adolescencia, en los casos de amenaza o vulneración de ellos», donde se identifica una serie de amenazas de vulneración de derechos a los que los niños, niñas y adolescentes se ven enfrentados en su vida cotidiana, entre ellos, el embarazo adolescente (33).

En términos generales se constatan importantes logros obtenidos luego de 5 años de ejecución del Plan de Acción a favor de la Infancia y la Adolescencia, tanto en su estatus jurídico como en el ámbito social, entre ellos, la Reforma Constitucional que garantiza 12 años de escolaridad; la creación de los Tribunales de Familia; la Ley que estableció el Plan AUGE; la reforma a la Ley de Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales, y la creación de las Oficinas de Protección de Derechos de la Infancia (OPD) a nivel local (30), sin embargo, aún queda mucho por hacer en relación a la disminución del embarazo adolescente.

Los instrumentos internacionales que se consideran aplicables a la población juvenil, además de los programas de acción de las conferencias internacionales ya mencionadas (El Cairo y Beijing), es el Programa de Acción de Copenhague aprobado por la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de 1995 y la Conferencia Iberoamericana de Juventud, Pobreza y Desarrollo Social de 1994 (32). Todos estos instrumentos proponen mejorar la situación de los/as adolescentes generando las condiciones para que puedan desarrollarse; en el caso del embarazo adolescente, las recomendaciones son generales y se centran en asegurar los servicios para que puedan completar sus estudios, tener un buen estado de salud, tomar las medidas para la superación de la pobreza, entre otras, sin embargo, casi no hace alusión al embarazo como un problema social en sí mismo, lo que implica que no se enfatiza en la prevención. Se proponen medidas orientadas a facilitar la vida de las adolescentes embarazadas, incluso en el Programa de Acción de Copenhague se especifican apoyos específicos a las adolescentes que quedan solas a cargo de sus hijos, tales como vivienda y servicios para el cuidado de los hijos. Tanto en el Programa de Acción de El Cairo como en la Plataforma de Acción de Beijing, se aborda indirectamente el embarazo mediante recomendaciones referidas al acceso a una atención en salud sexual y reproductiva y la educación sexual. En otro instrumento, específico sobre juventud, que ha servido para fomentar la cooperación multilateral en ese ámbito, el Programa Regional de Acciones para el Desarrollo de la Juventud en América Latina (PRADJAL 1995- 2000) se incluye como área específica de trabajo la salud reproductiva y sexualidad; y uno de los propósitos generales plantea que se debe favorecer “la existencia de un período juvenil gratificante para todos los individuos y grupos de la sociedad” (op.cit.) con énfasis en los más pobres.

De todas formas, la activa participación de nuestro país en el proceso que se ha seguido mundialmente a favor del fortalecimiento de los derechos humanos, hacerse parte en acuerdos y convenciones; en las políticas de cooperación internacional orientadas a mejorar el nivel de desarrollo de los países, han inspirado procesos de cambio en las políticas públicas y marcos legislativos que favorecen la comprensión del embarazo adolescente desde perspectivas más amplias e integrales.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. Sobre el sujeto de estudio

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud como la etapa vital que va desde los 10 hasta los 19 años, en la cual se distinguen a su vez tres etapas: Adolescencia temprana, entre los 10 y los 13 años; adolescencia media, entre los 14 y los 16 años; adolescencia tardía, entre los 17 y los 19 años (20). Según la Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia 2001-2010 es niño o niña toda persona menor de 12 años y adolescente, quienes se encuentran entre los 12 y 18 años (33). Así entonces, las niñas sujeto de este estudio, responden a estas dos categorías, complejizando aún más su abordaje pues viven en una etapa vital donde infancia y adolescencia se superponen.

Las niñas de 10 a 14 años se encuentran en un tramo etareo marcado por cambios drásticos tanto biológicos como psicosociales. Por mucho tiempo se mantuvo una noción de adolescencia que la asociaba con un proceso de tránsito hacia la adultez, minimizando el valor de esta etapa en sí misma, sin embargo hoy se acepta que los/as niños/as y adolescentes deben ser tratados/as por lo que son y no por lo que podrían llegar a ser.

*«ser niño, niña o adolescente, no es ser “menos adulto”, ya que la niñez y la adolescencia no son sólo etapas de preparación para la vida adulta, sino que tienen el mismo valor que cualquier otra etapa de desarrollo de la vida». (op.cit.)*

Desde el punto de fisiológico, ellas atraviesan por la etapa de la pubertad entendida como «uno de los procesos de desarrollo durante la adolescencia en la que ocurren los cambios físicos, a consecuencia de cambios hormonales, que transforman al niño en un adulto con capacidad reproductiva» (37), sin embargo, tanto el comienzo, como la duración y la intensidad de las transformaciones corporales no son homogéneas entre las niñas, sino que determinantes sociales intermedios de la salud como las condiciones de trabajo, el ingreso, el acceso a sistemas de salud; y otros más estructurales como el modelo de desarrollo del país, el nivel de pobreza, la cultura alimenticia; dan lugar a experiencias particulares. Así lo muestran estudios que establecen asociación entre la obesidad infantil y la pubertad precoz en las niñas (38). Por otro lado, los cambios fisiológicos traen consigo procesos psicosociales de identificación y socialización que en la niña tienen fuerte impacto en su autoimagen debido al marcado significado social de su maduración sexual y reproductiva. Para tener una referencia de este proceso, de acuerdo a Erikson, en la etapa de desarrollo psicosocial de la pubertad en que se encuentran las niñas de 10 a 14 años comienzan a definirse a sí mismos en términos psicológicos y sociales, es importante el estímulo escolar y de sus pares, a la vez, que son sensibles a las comparaciones y a los fracasos personales; todo lo cual se desarrolla en el contexto de la pubertad y la adolescencia que ya es significada como un período de crisis.

La adolescencia y su valor social como etapa del ciclo vital es reciente en la historia mundial y también en Chile, sólo a partir de los años noventa se vive en nuestro país de manera distinta el proceso hacia la adultez, donde «los hitos que en generaciones anteriores como son el acceso al mercado laboral, la salida del hogar de origen, el matrimonio y la llegada de los hijos, entre otros, ocurrían de manera más o menos simultánea, se presentan en forma relativamente separada temporalmente unos de otros» (39).

La construcción de sujeto de derechos de los/as niños/as ha evolucionado desde, «la consideración de los menores como objetos de tutela y represión a la consideración de niños y jóvenes como sujetos plenos de derecho» (40), al mismo tiempo que hoy no sólo se reconocen como sujeto de derechos universales sino que también como sujeto de derechos especiales, atendiendo a una vulnerabilidad que radica la etapa de pleno proceso de desarrollo en que se encuentran, siendo clave el apoyo que reciban para desarrollar todas sus potencialidades. Lo anterior implica que el Estado debe adoptar una serie de medidas específicas que los/as protejan.

## 2.2. Definición de adolescencia e identidad

La adolescencia es un estadio de desarrollo, en la cultura occidental, que se ha comprendido como un proceso de cambios en la construcción del autoconcepto, a partir de una internalización de la nueva imagen corpórea dada por las transformaciones de orden fisio-biológico que experimentan tanto la mujer como el hombre, lo que a la vez implica una nueva forma de estar y relacionarse con el mundo externo. Así, se asocia con una ruptura con el espacio familiar y un ingreso al mundo de los pares y a otros sistemas extrafamiliares, que pasarán a ocupar un lugar significativo en la cotidianidad del individuo.

En general, las definiciones teóricas coinciden en describir la adolescencia, como el momento en que se abandona la identidad infantil y se comienza a construir la adultez, proceso en el cual tiene una significativa importancia la separación de la familia de origen. Weissman, citando a Françoise Dolto psicoanalista francesa, señala que es posible comprender este periodo como un segundo nacimiento, «en el que el joven debe desprenderse poco a poco de la protección familiar, como al nacer se desprendió de la placenta» (41). La característica transversal y clave de este recorrido para el o la adolescente, es la vulnerabilidad en la que se encuentran y que por tanto, hace necesario un mundo adulto capaz de soportar las descargas, las inestabilidades, la rebelión, necesarias para concretar el corte con la infancia.

Esta forma de comprender la adolescencia, sitúa como eje articulador del periodo, como intrínseco a ella, el proceso de construcción identitaria, la que tiene a la base la construcción de nuevas identificaciones, que sobrepasan las introyecciones propias de la infancia.

De acuerdo a Lagache (42), la identificación sería un: «proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste...». Por tanto, las identificaciones durante la adolescencia dejan de lado las figuras paternas y/o maternas, para buscar otros referentes. En este sentido, el contexto sociocultural es relevante porque incide en las expresiones, en las «formas» que asume la adolescencia (43), lo que hace aún más complejo lograr procesos de estructuración psíquica y la estabilización de una personalidad. Por tanto, y asiendo los argumentos de Arminda Aberatury, nos encontramos con procesos identitarios transitorios, ocasionales, circunstanciales, que se mantienen a lo largo del tiempo, dada la dificultad de la integración del yo, ante los cuales el contexto social, no ofrece los medios adecuados para los procesos de autoafirmación.

Si se relaciona la adolescencia con un proceso que permite construir una identidad, es relevante establecer las condiciones que desde la teoría supone este proceso, las que se vinculan principalmente con la existencia y presencia de las figuras paternas y maternas en la realidad infantil y por tanto, con relaciones socioafectivas que desde la primera infancia han teñido la cotidianidad del sujeto. A partir de lo anterior, se sobreentiende la presencia de instancias familiares estructuran-

tes, es decir una constitución familiar clásica, patriarcal, que permita al niño y a la niña, superar las fases más primitivas de su desarrollo psíquico y que por tanto, faciliten el establecimiento de la adolescencia, como un periodo de corte con el mundo infantil. Esto permite vivenciar la adolescencia dentro de los parámetros esperables por los otros.

Así también, este corte conlleva distintos duelos: duelo por el cuerpo, la infancia, la familia, etc., lo que supone momentos de negación, estados melancólicos y de rabia; duelos que permitirían llegar a una aceptación del cambio de estadio de desarrollo. Sin embargo, y reforzando lo ya planteado, en torno a las tensiones que se vinculan con los nuevas dinámicas sociales y culturales, este devenir adolescente presenta nuevas experiencias que se alejan de la concepción clásica:

*«...los duelos que se suponía inherentes a la adolescencia ya no tienen vigencia: no hay duelo por el cuerpo de la infancia...porque el ideal al que todos (incluso los niños) aspiran es el cuerpo de la adolescencia. No hay duelo por los padres, porque los padres actuales no marcan una clara diferencia con sus hijos, buscan ser amigos más que guías, no mantienen valores claros...» (op.cit.)*

Todo lo expresado adquiere una doble complejidad cuando este proceso identitario, de corte e inserción en el mundo adulto, no ha sido precedido por espacios familiares inclusivos, contenedores y más bien, los y las adolescentes han vivido en familias que no cumplen con las funciones básicas de esta institución social que permitan el desarrollo íntegro de sus miembros,<sup>5</sup> cuyas dinámicas han estado marcadas por diversas problemáticas. Esto dificulta el otorgar una significancia a lo familiar para abrirse a lo social. Por tanto, en estos adolescentes hablamos de vulnerabilidades diversas, muchas veces crónicas, que trascienden su estadio vital, porque han estado presentes desde mucho antes y probablemente se han acentuado al entrar en esta nueva etapa de la vida.

En consecuencia, la vivencia de la adolescencia en estos contextos adquiere otros flujos, otras formas, no necesariamente asociadas con la ruptura con su historia familiar, no como un proceso de rebeldía, quizás como una continuidad, como una reiteración de las frustraciones, una acentuación de las frustraciones que ya se han vivido. Particularmente, en el caso de las adolescentes madres este estadio de desarrollo, probablemente se suspende, queda entre paréntesis y se pasa a ser «grande de golpe».

### 2.3. Construcción de género: Lo femenino y lo materno

Un primer acercamiento a las historias de niñas embarazadas antes de haber cumplido los 15 años nos configura cartografías personales marcadas por diversas problemáticas, que acentúan la propia vulnerabilidad de este periodo de la vida y que por tanto, condicionan las vivencias asociadas a este periodo del ciclo vital.

En el caso de las mujeres y de la construcción de lo femenino hay momentos específicos, concretos, corporales que tiñen los procesos de producción subjetiva, estos se relacionan con: la menarquia, el inicio sexual y la vivencia de la sexualidad entre lo afectivo, lo erótico y lo reproductivo.

5 De acuerdo al PNUD, «la familia conforma un espacio de acción en el que se definen las dimensiones más básicas de la seguridad humana: los procesos de reproducción material y de integración social de las personas». En: Arriagada I. ¿Familias Vulnerables o Vulnerabilidad de las Familias? (44).



Un momento de importancia y trascendencia en el devenir mujer, es la menarquia. En Chile, la edad promedio de la menarquia es 12 años, con un rango que va de los 10 a los 15 años. Este rango etéreo no coincide necesariamente con la correspondiente capacidad para enfrentar las exigencias biológicas y emocionales del embarazo, parto, lactancia y la responsabilidad socioeconómica asociada a la reproducción. No obstante, con la menarquia hay un cambio real, concreto que está cargado de contenidos y significados entregados por otros, particularmente la madre o la figura femenina presente, que son internalizados por la niña. Puede integrarse este momento como una experiencia satisfactoria en la medida en que es vivenciada como una «confirmación de la sexualidad femenina» o como un momento «peligroso y dañino, persecutorio» (43). Se marca el inicio de ser mujer, el cuerpo adquirirá otras formas y pasará a ser objeto de deseo, por lo que si bien por un lado hay una incorporación al mundo de las adultas, también habría un traspaso de los temores y de las amenazas presentes en una sociedad patriarcal.<sup>6</sup>

Las primeras relaciones sexuales, como otro momento que imprime su sello en el devenir adolescente, debiera permitir capturar, reterritorializar el propio cuerpo que ha irrumpido a la vivencia excitatoria y desde ahí resignificar vivencias, construyéndose la mujer desde su singularidad, con las certezas que implican vivir nuevas experiencias en plenitud.

Sin embargo y tomando lo planteado por Silvia Tubert en su artículo denominado «La experiencia del cuerpo en la adolescencia» (47), existiría una secuencia, entre cuerpo-menstruación-embarazo como signo de la asociación entre la feminidad y la maternidad, lo que devela que aún, en las experiencias de las adolescentes, existiría una real complejidad para independizar la vida sexual de la reproductiva. En las adolescentes persistiría el modelo tradicional en el que la mujer se completa con la maternidad. Esta reducción del ser mujer, limita y niega la sexualidad, oponiendo el valor del placer y el erotismo al de la reproducción.

En alguna medida, quizás la maternidad se vuelva una experiencia estructurante. Lo que no ha sido hallado en las figuras significativas, ni lo que tampoco ofrece el contexto social y cultural, se encuentra en la experiencia materna, articula un proyecto de vida, permite una definición clara a partir de la función cumplida o por cumplir. No obstante, también coarta una serie de posibilidades: escolarización, inserción al mundo del trabajo, desarrollo de capacidades, etc., pero probablemente, en la realidad de las adolescentes, estas «posibilidades» no sean sustanciales, no existan o no puedan concebirse previo al embarazo, porque no existe la adolescencia clásica, aquella del proceso identificador, aquella que facilita construir proyectos de vida donde ellas sean el centro y no deban desplazar en otros sus necesidades para concretar un visión futuro. Hay carencias, hay contextos que restringen y hay familias que no apuntalan psicoafectivamente. Por esto, el «deseo» de maternidad en esta edad –registrado no con poca frecuencia en las fichas clínicas revisadas– es importante de explorar y reconocer, dado que es un deseo que se instala

6 Se entenderá por Patriarcado, «un sistema de poder, nacido en un momento histórico determinado, que se ejerce sobre la mujer en base a su diferencia sexo y a su capacidad de reproducción respecto al hombre. Tiene sus manifestaciones en lo político a través del Estado, en lo económico como reproductora de la fuerza de trabajo para la producción y productora a su vez en la economía doméstica a través de la institución familiar; en lo social situando a la mujer dentro de la estructura social con referencia al hombre que pertenece» (46). En los últimos años, este concepto ha recibido fuertes críticas, dado que supone una discriminación indiferenciada y que solo considera el binarismo hombre-mujer. En este sentido, se plantea hoy, que la condición genérica está acompañada y complejiza la opresión porque está acentuada por la raza, clase y opción sexual. Así se podría hablar de que el patriarcado impone un tipo de masculinidad hegemónica y está se vincula con el hombre blanco, propietario, occidental y heterosexual.

en la trayectoria vital y que probablemente tenga relación con producciones subjetivas dominantes, que se erigen a partir de los prototipos de género y que se declaran en un contexto, en un momento donde la institución «cae sobre la experiencia».

Desde una perspectiva cultural, la maternidad es un hecho naturalizado y sacralizado que podemos definir como «el conjunto de hechos de la reproducción social y cultural, por medio del cual las mujeres crean y cuidan, generan y revitalizan, de manera personal, directa y permanente durante toda la vida, a los otros, en su sobrevivencia cotidiana y en la muerte» (48). Es el mandato social en torno al cual se estructura la identidad femenina en nuestra sociedad occidental y latinoamericana. La naturalización consiste en que la capacidad biológica de dar vida se convierte en fundamento para que socialmente la reproducción, la crianza y el cuidado de los otros marquen, en las mujeres, el sentido primario de su existencia e identidad. En la cultura, la mujer es representada fundamentalmente como madre y esta representación es clave en la construcción de su subjetividad. La sacralización habla de la sujeción del proyecto vital propio a la necesaria perpetuación de la especie. En este contexto, el deseo de ser madre aparece fuertemente condicionado a las representaciones sociales y culturales de la maternidad, debido a que son transmitidas y reforzadas por todas las instituciones sociales, desde la familia hasta el centro de salud y la escuela; las creencias tradicionales desde el punto de vista del género en el ámbito de la sexualidad, tales como la impulsividad y mayor deseo sexual masculino, el amor romántico como contexto necesario en la vivencia sexual de las mujeres, entre otras, pueden generar conductas sexuales riesgosas (18). Un estudio realizado en Santiago con adolescentes muestra que las motivaciones para embarazarse, en el caso de las mujeres, fueron «amarrar al hombre», «disminuir su sentimiento de soledad» o «cumplir el sueño de la maternidad» (19) y en otro estudio realizado en Temuco, el amor romántico –aunque visto como un factor individual– influye en la motivación del embarazo «Yo estaba súper enamorada de mí pololo y todavía aunque no estoy con él,... y por eso diría que me embaracé» (18).

## 2.4. Cultura y sexualidad

A menudo nos referimos a la cultura como un marco general que condiciona de alguna forma los comportamientos humanos, de las poblaciones e instituciones sociales, la ubicamos en el círculo más externo de los esquemas explicativos, sin embargo, existe dificultad para identificar cómo se concreta su influencia.

Entendemos la cultura como un proceso dinámico, no estanco, por lo tanto desacralizado, del cual formamos parte como sujetos culturales capaces de generar cambios cuando ésta daña a las personas y de aportar a la creación de una cultura más humana y armónica con el planeta. Desde esta perspectiva nuestro enfoque es socioconstruccionista, debido a que «se otorga posibilidad transformacional a los discursos y narraciones sobre la realidad a partir de las relaciones sociales, por tanto, relaciones de poder; se asume una posición relativista frente a las afirmaciones, es decir, no sostenidas en verdades fundantes, sino en la necesidad de argumentación» (31). De acuerdo a Durkheim, el mundo que las personas crean en el proceso del intercambio social, es una realidad «sui generis» y, desde la fenomenología de Berger, el corazón del mundo que los seres humanos crean es el significado construido socialmente a través de los procesos de externalización, objetivación y la internalización, pues la cultura existe «sólo en cuanto las personas son conscientes de ella» (49).

Desde este punto de vista, muchos de los supuestos con que se aborda el embarazo adolescente deben ser revisados, tales como la noción de riesgo, vulnerabilidad, deseo de embarazo y hasta la misma problematización del embarazo precoz. Es sabido que la sola entrega de información no modifica conductas, sin embargo, la mayoría de las estrategias de prevención actúan con la premisa de que existe un receptor racional que adoptará conductas de protección «sin involucrar el complejo simbólico que contextualiza esta decisión de prevenirse» (50). La autopercepción de riesgo se construye socioculturalmente, lo que implica, al menos, dos cosas, la primera, que la decisión de prevenir no es únicamente individual sino que es condicionada por el contexto donde se desenvuelven las niñas (op.cit) y, segundo, que difícilmente desarrollarán una conciencia preventiva respecto del embarazo precoz si éste es aceptado socialmente en determinados contextos o si es visto como una experiencia natural.

Para dar cuenta de la reflexión anterior y superar la concepción racionalista, nos parece pertinente el concepto de «aceptabilidad del riesgo» de Mary Douglas, adoptada por Rodríguez, J. (2000): «Según esta concepción el riesgo es concebido no como una acción racional individual sino que muy por el contrario, la aceptabilidad concibe el riesgo como culturalmente asumido. Esto implica que las decisiones de los individuos están influenciadas por un contexto cultural específico bajo la premisa de que los grupos sociales asumen riesgos distintos a los que asumen los individuos y que los riesgos que los individuos toman, dependen de su posición en un ordenamiento social determinado» (50).

Uno de los ámbitos construidos culturalmente es la sexualidad, siendo desde siempre un territorio de disputa ideológica y normativa, pues a pesar de ser un espacio íntimo e individual, también pertenece a una colectividad que participa en su construcción histórica y cultural. En la sexualidad se reproduce la especie humana y se define la dinámica de las poblaciones. Y por lo tanto, el cuerpo y la sexualidad son territorios políticos. La sexualidad humana es el resultado de una forma de ordenamiento y clasificación cultural, donde los aspectos biológicos y reproductivos de la especie humana resultan condicionados por un conjunto de normas sociales y pautas culturales que ejercen su peso sobre los individuos (51).

La sexualidad, al ser cultural, es parte de todo el ciclo vital del ser humano, desde que nace hasta que muere. Esta afirmación, junto a la resignificación de la infancia como sujetos de derechos, nos lleva a reconocer que las niñas y los niños son seres sexuados, que se encuentran en una etapa de exploración, aceptación e integración en este ámbito. Si la sexualidad es de toda la vida, el aprendizaje también lo es (The Boston Women's Health Book Collective. Nuestros cuerpos nuestras vidas. New York, 2000). Sin embargo, nuestra sociedad demuestra no estar preparada para asimilar esta aseveración, pues la educación sexual en el sistema escolar no es un beneficio accesible para la mayoría de los/as niños/as y adolescentes y, por otro lado, en recientes investigaciones relacionadas con la sexualidad y el embarazo en la adolescencia, se mantiene una visión que valida la sexualidad sólo cuando va acompañada de madurez, ya sea psicológica, emocional o cognitiva.<sup>7</sup>

7 Por ejemplo, en un estudio latinoamericano sobre el embarazo y la maternidad en menores de 15 años, se plantea que la inmadurez emocional e intelectual de las niñas de 10 a 14 años dificulta la aplicación de medidas adecuadas de prevención (52).

## 2.5. Nuevo paradigma en salud

La salud, ámbito en que se encuentra inserto este estudio, es también una dimensión de la vida humana donde se evidencia en forma privilegiada la cultura de las comunidades. Asistimos a un movimiento crítico de la medicina clásica, de sus fundamentos biomédicos y mecanicistas, en un intento por suplir los vacíos que se presentan en la comprensión de los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones, cada vez más influenciados por múltiples factores del entorno social y cultural. Sus raíces las encontramos en el nacimiento mismo de la medicina como disciplina formal, sin embargo, es en el siglo XIX cuando se comienza a hablar de la medicina como ciencia social,<sup>8</sup> planteando que «la salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad. La sociedad tiene la obligación de asegurar la salud de sus miembros» (53). Son los principios de la salud pública desde un enfoque de medicina social.

La reforma de salud chilena impulsada desde comienzos de la década de los 90, actualiza conceptos que provienen de la medicina social y la salud colectiva, como el de determinantes sociales de la salud y lo incorpora en propuestas programáticas y planes nacionales de salud.<sup>9</sup> A través de este concepto, se acepta que «para entender y mejorar la salud, se requiere centrar la atención en generar políticas dirigidas a las sociedades a las que pertenecen las personas y pasar de los estudios de los factores de riesgo individual a los modelos sociales y las estructuras que determinan las posibilidades de una persona de ser saludable»(54) y se reconoce que «las inequidades en salud tienen sus raíces en los procesos de estratificación social de una sociedad y, por lo tanto, están vinculadas con la realidad política y las relaciones de poder dentro de una sociedad» (op.cit.). Lo anterior representa un cambio de paradigma en salud, donde los factores, sociales, políticos, económicos y culturales se convierten en medios para promover mejores condiciones de vida de la población y se modifica el objeto de estudio, desde uno individual y simple a uno complejo<sup>10</sup> y colectivo.

El enfoque de los determinantes sociales de la salud da lugar a una resignificación de la fecundidad adolescente, reconociéndola como expresión de inequidad en salud, en el entendido de que el embarazo adolescente es expresión de una diferencia injusta y evitable que afecta el estado de salud y calidad de vida de las adolescentes,<sup>11</sup> por razones de género y de ciclo vital y, más fuertemente, se ven afectadas aquellas que tienen menos edad y que viven en condiciones de pobreza o exclusión social. Así entonces, el embarazo adolescente es un problema está determinado por la estructura social, política y económica, por la cultura en que vivimos y, por la distribución desigual de poder y recursos presente en nuestra sociedad.

8 Rudolf Virchow, médico higienista, planteó en 1861 que «la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en una escala más amplia». Se considera uno de los iniciadores de la medicina social.

9 Tanto, los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010 como los correspondientes a la década 2010-2020, incorporan objetivos estratégicos vinculados a los determinantes sociales de la salud.

10 Sobre la idea de complejidad «...al contrario del abordaje reduccionista del positivismo, que tiene como objetivo una simplificación de la realidad en busca de su esencialidad, la investigación científica dentro de un nuevo paradigma pretende respetar la complejidad inherente a los procesos concretos de la naturaleza, de la sociedad y de la historia» (55).

11 La equidad en salud se define como «la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas» (56).

Desde el sector salud, la adolescencia se ha abordado escasamente y desde una concepción que la considera como una etapa vital en transición, cuya característica inherente es la crisis, provocada por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que en ella se presentan. Considerando que, en salud, se trabaja ampliamente desde un enfoque de riesgo, donde «el riesgo viene a ser la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo o de un grupo social» (57); la salud adolescente, se ha centrado en las conductas de riesgo supuestamente propias de los/as jóvenes que se encuentran en este rango de edad, con lo cual «el efecto de esta situación es que la atención del adolescente se ha enfocado en la atención de los daños, sólo en razón de la demanda espontánea de consulta» (58). En el marco de este estudio interesa problematizar este enfoque, con el que se aborda finalmente el embarazo adolescente, pues no sólo parte del supuesto de que ser adolescente es peligroso y riesgoso sino que invisibiliza la inequidad social y cultural que define al embarazo adolescente como un problema de salud y de sociedad.

## 2.6. Cambios socioculturales significativos en las dos décadas

Desde principios de los años 90, se identifican hitos sociales, políticos y culturales que se reflejan en la forma en que la sociedad chilena aborda la sexualidad. Períodos de silencio y represión durante la dictadura militar dieron lugar a manifestaciones particulares de la sexualidad, que sortearon las dificultades de la clandestinidad y la imposición de una moral conservadora. A partir de la integración de Chile al proceso de globalización y de la recuperación de la institucionalidad democrática, se observa un período de apertura en los debates públicos y mediáticos, se realizan los primeros estudios sobre sexualidad y se generan leyes y políticas públicas relacionadas con los derechos en el ámbito de la sexualidad y la reproducción.

Remontándonos a nuestro pasado colonizado, el ensayo de Sonia Montesino «Madres y Huachos...» (1991), nos da luces acerca de los patrones de conducta sexual, maternidad y paternidad que continúan presentes hasta en día de hoy «...a lo largo de toda la colonia y hasta nuestros días, la proliferación de uniones “de hecho”, múltiples y esporádicas, ha generado una considerable proporción de familias mono-parentales, formadas predominantemente por madres solteras jefas de hogar, cuyos hijos se denominaron tradicionalmente “huachos”, o hijos ilegítimos» (59). Esta impronta histórica se repite en la forma en que las mujeres más pobres viven su sexualidad y sus embarazos.<sup>12</sup>

La aparición del SIDA en 1984, año del primer caso notificado en Chile, generó la necesidad de debatir sobre la sexualidad de los/as chilenos/as (prácticas, representaciones, etc.) y de hacerse cargo de la ausencia absoluta de educación sexual. El abordaje de estos temas puso en evidencia el poder fáctico que ejercen sectores conservadores de la sociedad chilena y que se arrojan el derecho de tutela moral.

En el plano de las políticas públicas, durante los años de gobierno de la Concertación han habido hitos importantes «que han significado un mayor reconocimiento y legitimidad de temáticas vinculadas a los derechos sexuales y reproductivos, incluidos lentamente en la agenda política del Estado» (29), tales como las reformas y leyes vinculadas al ámbito privado de vida de la población; creación del SERNAM, CONASIDA, Ley VIF, de delitos sexuales, despenalización de la sodomía, ley de divorcio, ley de filiación, normativa acerca de la esterilización, adulterio, matrimonio, etc.

12 El 91,1% de los hogares encabezados por mujeres se encuentran en situación de pobreza. CAsen 2009.

La globalización ha traído consigo transformaciones que afectan la vida de niños/as y adolescentes en la forma en que se comunican, se relacionan, establecen redes, se divierten y ocupan sus horas de ocio. Los medios de comunicación y las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) tienen hoy un importante rol en su socialización, impactando de manera especial en la vivencia de su sexualidad. El mayor acceso a información, la masividad de los contactos sociales, el tránsito de una cultura basada en la experiencia empírica a una que surge de la experiencia artificial e intangible (60), entre otros cambios; conviven con una construcción cultural de la sexualidad ambivalente, que exagera la genitalización y cosificación del cuerpo, negando, al mismo tiempo, su expresión como fuente de desarrollo pleno. Además, la difusión de contenidos sobre sexualidad obedece en forma importante a criterios de rentabilidad económica en coherencia al modelo de desarrollo de nuestro país:

*«...la transformación profunda – y su mantención inalterada– del modelo económico-cultural que se aplica en Chile, produce múltiples formas de exposición de la población a mensajes sobre todo publicitarios, cargados de erotismo y, en el ámbito informativo, fuertemente orientados a la exacerbación de aquello que conmociona, que remece, lo que se puede llamar “apología del sensacionalismo”» (op. cit.).*

Chile es un país bien considerado en el concierto internacional debido a que en algunos ámbitos, de carácter principalmente económico, se acerca a los países desarrollados. Sin embargo, los positivos indicadores macro (económicos, de salud, de educación, etc.) no van a la par con el desarrollo cultural, haciendo posible la coexistencia de la libertad individual en relación a la propiedad privada y las prácticas de consumismo, con restricciones a la libertad de decidir en aspectos relativos a la familia, la sexualidad y la reproducción: «En otras palabras, al mismo tiempo que en la sociedad opera un discurso moderno y liberal respecto a la economía y la política, se observa un vacío o ausencia de un discurso de modernidad y liberalidad cultural» (61).

En la sexualidad, en tanto expresión cultural, se observan cambios en las últimas décadas que son importantes de consignar pues constituyen uno de los escenarios que otorga significado a la experiencia de la maternidad temprana, y es donde identificamos a los/as jóvenes y a las mujeres como los sujetos que experimentan las mayores transformaciones y contradicciones entre la manera en que viven su sexualidad y los elementos de un modelo tradicional de relación entre los géneros. En este sentido, si bien, los/as jóvenes demuestran actitudes positivas hacia la flexibilización de los patrones de género, aún persisten resistencias:

*«El cambio en las relaciones de género aparece todavía como un desafío que interpela a los hombres pero que no les permite reubicarse en el nuevo contexto. Esto hace que a menudo, tanto en la situación clínica como en las investigaciones sociales, los hombres perciban que el cambio en la cultura y en la sexualidad les inseguriza o les complica» (29).*

En cuanto a la conducta sexual juvenil, en la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales se observa una disminución en las últimas décadas hasta llegar a los 15,7 años en los hombres y a los 15,5 años en el caso de las mujeres, siendo mayor en estas últimas (62) y en los/as jóvenes de nivel socioeconómico bajo (63), llegando a los 12 años para los hombres y los 12,8 para las mujeres, según un estudio aplicado en Temuco el año 2000 (51). Por otro lado, resulta interesante constatar una apertura respecto del concepto de sexualidad, que implica reconocer como válidos y significativos diversos patrones de comportamiento sexual de los/as jóvenes, más allá del acto penetrativo, cambiando con ello, la definición clásica de «inicio sexual».

*«describir lo que usualmente se denomina la «entrada a la sexualidad» por parte de las y los jóvenes y adolescentes, no se remite únicamente a la retención de la edad promedio de la primera relación sexual coital o penetrativa. De hecho, la entrada en la sexualidad activa está precedida en la adolescencia de un conjunto de prácticas pre-coitales, que en muchos países son directamente consideradas como prácticas sexuales» (64).*

Considerando la disminución de la edad en que los/as niños/as y adolescentes comienzan sus primeras relaciones sexuales penetrativas y la edad promedio en que las niñas están experimentando la menarquia –ubicada en los 12,2 años de edad (10)–, vemos que se amplía el rango de tiempo de fertilidad y aumenta la vulnerabilidad de los/as niños/as debido a la ausencia total de apoyo social e institucional, necesario para que el comienzo de una sexualidad activa y de la vida reproductiva sea positivo.

Respecto al comportamiento preventivo, la mayoría de las adolescentes no usa métodos anticonceptivos en su primera relación sexual coital<sup>13</sup> (2). Entre las razones para no prevenir un embarazo no deseado, se encuentran arraigadas creencias referidas a una supuesta invulnerabilidad («a mí no me va a pasar», «sería mala suerte») (13). El acceso a información y educación sexual no estaría asegurando que los/as jóvenes adopten medidas de precaución en su sexualidad, más bien se observa una relación inversa entre la información y educación sexual y la ocurrencia del embarazo en adolescentes (19, 65).

Una mejor comprensión del embarazo adolescente en niñas menores de 15 años implica derribar resistencias en torno al desarrollo sexual de los/as niños/as y poner en cuestión discursos dogmáticos e invalidantes de la sexualidad juvenil como el de la promoción de la abstinencia sexual o el retraso del inicio sexual, aceptando que son seres sexuados con capacidades para reconocer riesgos y adoptar conductas protectoras.

## Referencias Bibliográficas

- (1) FLACSO, MINSAL, UNFPA. Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile [en línea]. Santiago; 2008. URL disponible en: [http://issuu.com/flacso.chile/docs/embarazo\\_adolescente](http://issuu.com/flacso.chile/docs/embarazo_adolescente).
- (2) Gobierno de Chile, Instituto Nacional de Juventud-INJUV. Quinta Encuesta Nacional de Juventud [en línea]. Santiago: Gráfica Puerto Madero; 2006. URL disponible en: <http://www.injuv.gob.cl/pdf/quintaencuestanacionaldejuventud.pdf>
- (3) UNICEF. Adolescencia, una etapa fundamental [en línea]. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2002. URL disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/publications/index\\_4266.html](http://www.unicef.org/spanish/publications/index_4266.html)
- (4) Gobierno de Chile, Instituto Nacional de Juventud-INJUV. Sexta Encuesta Nacional de Juventud, principales resultados [en línea]. Santiago; Andrea Aravena Edit.; 2009. URL

13 Según el Observatorio de Equidad de Género en Salud, el 34,6% de los jóvenes hasta 19 años sexualmente activos con posibilidad de embarazo sin desearlo, no utiliza anticonceptivos. Por otro lado, la Sexta Encuesta Nacional de Juventud, 2009, el 51,4% de la población joven señala que sí utilizó algún método de prevención en su primera relación sexual, mientras que el 48,6% declara no haberlo hecho; estos resultados presentan una impactante diferencia dependiendo del nivel socioeconómico al que pertenece el o la joven, la juventud del segmento socioeconómico más alto usó en un 76,1% algún método anticonceptivo, mientras en el segmento económico más bajo la cifra sólo llega al 39,3%.

- disponible en: [http://www.injuv.gob.cl/pdf/VI\\_Encuesta\\_Nacional\\_de\\_Juventud\\_Principales\\_Resultados\\_2009.pdf](http://www.injuv.gob.cl/pdf/VI_Encuesta_Nacional_de_Juventud_Principales_Resultados_2009.pdf)
- (5) OPS. La salud sexual y reproductiva del adolescente joven y del adolescente: oportunidades, enfoques y opciones [en línea]. Washington, D.C.: Lauren Brown Editora; 2008. URL disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/salud\\_sexual\\_FINAL\[1\].pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/salud_sexual_FINAL[1].pdf)
  - (6) Donoso, E. Embarazo adolescente: Un problema país. REV CHIL OBSTET GINECOL [en línea]. 2008. Nº 73(5). URL disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262008000500001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262008000500001&script=sci_arttext)
  - (7) Organismo Regional Andino De Salud - Convenio Hipólito Unanue. El embarazo en adolescentes en la subregión andina [en línea]. 2008. URL disponible en: <http://www.llegolaruta.com/PA/portal/?q=node/38>
  - (8) Maturana, C. Derechos sexuales y reproductivos: A diez años de El Cairo. Santiago; Foro-Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos; Red de Salud Latinoamericanas y Del Caribe: 2004.
  - (9) INE. Fecundidad en Chile, situación reciente. 2006. URL disponible en: [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/demografia\\_y\\_vitales/demografia/pdf/fecundidad.pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/fecundidad.pdf)
  - (10) Molina C R, Molina G T, González A E. Madres niñas adolescentes de 14 años y menos: Un grave problema de salud pública no resuelto en Chile 2007 [revista en la Internet]. 2007. Ene135 (1): 79-86. URL disponible en: <http://www.scielo.cl>
  - (11) MINEDUC, FLACSO. Estudio de la situación de maternidad y paternidad en el sistema educativo chileno [en línea]. 2006. URL disponible en: <http://www.mineduc.cl/biblio/documento/200612221242340.Informe%20Final%20Madres%20Padres%202006.pdf>
  - (12) Florez E, Soto V. Fecundidad adolescente y pobreza. Diagnóstico y lineamientos de política [en línea]. Bogotá; Departamento Nacional de Planeación: 2007. URL disponible en: [http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/DDS/Pobreza/En\\_Que\\_Vamos/FECUNDIDAD.pdf](http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/DDS/Pobreza/En_Que_Vamos/FECUNDIDAD.pdf)
  - (13) Núñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B, García-Barrios C, González D, Walker D. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos Posparto [en línea]. Salud Publica Mex 2003; 45 supl 1:S92-S102. Disponible en: [www.adolec.org.mx/saludpublica/45s1\\_12.pdf](http://www.adolec.org.mx/saludpublica/45s1_12.pdf)
  - (14) González G H. Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente [en línea]. 2000. Revista Frontera Norte, Vol.12, Núm. 23, Enero – Junio. URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>.
  - (15) Instituto Chileno de Medicina Reproductiva-ICMER. Servicios de salud públicos que atienden adolescentes. Santiago: 2010.
  - (16) Lete I, Lozano P, Martínez C, Parrilla JJ. Embarazo en la adolescencia. Recuperado en: [http://www.sec.es/area\\_cientifica/manuales\\_sec/salud\\_reproductiva](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva)
  - (17) González A E, Molina G T. Características de la maternidad adolescente de madres a hijas [revista en la Internet]. 2007. Rev. chil. obstet. ginecol.; 72(6): 374-382. URL disponible en: <http://www.scielo.cl>
  - (18) Poo A, Baeza B, Capel P, Llano M, Tuma D, Zúñiga D. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal [revista en la Internet]. 2005. REV SOGIA; 12(1): 17-24. URL disponible en: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII1factoresque.pdf>.
  - (19) Díaz A, Sugg C, Valenzuela M. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anti-concepción previa [revista en la Internet]. 2004. REV SOGIA; 11(3): 79-83. URL disponible en: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2004/XI3embarazo.pdf>



- (20) SERNAM. Orientaciones para la implementación de un taller de formación en prevención del embarazo adolescente desde un enfoque de derechos sexuales y de derechos reproductivos: 2008.
- (21) MINSAL. Subsecretaría de Salud Pública, Programa de Salud del Adolescente y Joven. Orientaciones técnicas «Atención del Adolescente con Problemas de Salud Mental», dirigida a los equipos de Atención Primaria de Salud: 2009. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/87faeecd259f328de04001011e010701.pdf>
- (22) Diaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas [revista en la Internet]: 2002. rev. chil. obstet. ginecol. vol.67, n.6, pp. 481-487. issn 0717-7526. URL disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009&script=sci_arttext)
- (23) Adaszko A. Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo. En: Gogna M [et.al.]. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires: CEDES, 2005.
- (24) Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Los objetivos sanitarios para la década 2000 - 2010 [en línea]: 2002. URL disponible en: [epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf](http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf)
- (25) MINSAL. Documento borrador Objetivos Estratégicos en Salud, noviembre de 2010. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/94a33f151ef4a574e04001011f0131dd.pdf>
- (26) [www.equidad.cl](http://www.equidad.cl)
- (27) Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad [en línea]. URL Disponible en: [http://www.bcn.cl/carpeta\\_temas/temas\\_portada.2006-10-03.7146246056/mas-documentos-sobre-embarazo-adolescente/NormasFertilidad%20MINSAL.pdf](http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2006-10-03.7146246056/mas-documentos-sobre-embarazo-adolescente/NormasFertilidad%20MINSAL.pdf)
- (28) Maira, G; Molina, S; Santana, P. Violencia Sexual y Aborto: Conexiones Necesarias. Red Chilena Contra la Violencia Doméstica y Sexual. Santiago, 2008.
- (29) Comisión Nacional de Prevención del SIDA, Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Comportamiento Sexual, primeros análisis. Santiago, 2000.
- (30) ACHNU. Comisión bicentenario 2010, un Chile donde todos los niños y niñas conozcan sus derechos. URL disponible en: [http://www.achnu.cl/data/images\\_upload/publicaciones/91052619148651117551111010.pdf](http://www.achnu.cl/data/images_upload/publicaciones/91052619148651117551111010.pdf)
- (31) SENAME, ONG de Desarrollo Corporación Paicabi, Escuela de Trabajo Social, Universidad Católica de Valparaíso. Diagnóstico situación de abuso sexual infantil [en línea]. 2007. URL Disponible en: [http://www.paicabi.cl/documentos/investigacion\\_sename\\_paicabi\\_pucv.pdf](http://www.paicabi.cl/documentos/investigacion_sename_paicabi_pucv.pdf)
- (32) Grupo Interministerial de Juventud. Caracterización y análisis de la política social dirigida a los jóvenes. 1999.
- (33) Gobierno de Chile. Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia 2001-2010. Santiago, 2000 [en línea]. URL disponible en: [http://www.oei.es/quipu/chile/politica\\_infancia.pdf](http://www.oei.es/quipu/chile/politica_infancia.pdf).
- (34) MINSAL. Subsecretaría de Salud Pública, Programa de Salud del Adolescente y Joven. Orientaciones técnicas «Atención del Adolescente con Problemas de Salud Mental», dirigida a los equipos de Atención Primaria de Salud. 2009. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/87faeecd259f328de04001011e010701.pdf>
- (35) Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Capacitación en derechos y salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y El Caribe [en línea]. URL disponible en: <http://lac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/836;jsessionid=12A662DF71BFBF1BF59377F902819695>

- (36) Oyarzún A. Políticas públicas y mujer joven: entre la madre y la hija. Revista Última Década N°14, CIDPA, Viña Del Mar, Abril 2001.
- (37) Burrows R., Leiva L., Mauricci A., Zvaighaft A., Muzzo S. Características de la pubertad de niñas escolares de la Región Metropolitana [revista en la Internet]. Rev. Chil. Pediatr.59 (1); 21-25, 1988. URL Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v59n1/art03.pdf>
- (38) Awadalla S., Canizo F., Beltrán H. La obesidad exógena; una causa de la pubertad temprana en las niñas [revista en la Internet]. Revista Actualizaciones Pediátricas. URL Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/pediatria/actualiza-pediat12202obesidad.htm>.
- (39) INJUV. Aravena A. Sexualidad juvenil y cultura en el Chile actual. Reflexiones desde el campo de la antropología [revista en la Internet]. Revista Observatorio de Juventud. Año 3, Número 10, Junio 2006. URL Disponible en: <http://intranet.injuv.gob.cl/cedoc/revistas%20observatorios/2006/N10Junio2006Sexualidad.pdf>
- (40) García E., Beloff M. (comps.). Infancia, ley y democracia en América Latina. Análisis crítico del panorama legislativo en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1990-1999) [en línea]. Bogotá: Temis/Depalma, 2da. ed. en dos tomos, págs. 86/110: 1999. URL Disponible en: <http://biblioteca.universia.net/ficha.do?id=37917058>
- (41) Weissman P. Adolescencia [revista en la Internet]. Revista Iberoamericana de Educación N° 43/3 – 25 de junio de 2007. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura.OEI (edit.).
- (42) Lagache D. Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires; Paidós: 1997
- (43) Aberastury A, Knobel M. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México; Paidós: 1996.
- (44) PNUD. Documento preparado para el Seminario Internacional «Las Diferentes expresiones de la Vulnerabilidad Social en América Latina y el Caribe», Santiago de Chile, 20 y 21 Junio 2001. CEPAL. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/3/8283/larriagada.pdf>.
- (45) Levisky D L. Adolescencia y violencia: el psicoanálisis en la práctica Social [en línea]. 1998. URL Disponible en:<http://www.davidleolevisky.com/artigos/Adolescencia%20y%20Violencia%20-%20EI%20Psicoanalisis%20en%20la%20Practica%20Social-%20con%20notas.pdf>
- (46) Luna Lola, *Amazonas en América*, Boletín Americanista, N°32, Universidad de Barcelona, 1982.
- (47) Tubert S. La experiencia del cuerpo en la adolescencia. 2005. URL Disponible en: [http://www.escuelapsicoanalitica.com/enclave/en\\_clave\\_n\\_00/PDF/LAEXPERIENCIADEL-CUERPOENLAADOLESCENCIA%20Silvia%20Tubert.pdf](http://www.escuelapsicoanalitica.com/enclave/en_clave_n_00/PDF/LAEXPERIENCIADEL-CUERPOENLAADOLESCENCIA%20Silvia%20Tubert.pdf)
- (48) Lagarde M. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, presas, putas y locas. México, D.F; Universidad Nacional Autónoma de México: 2006.
- (49) Wuthnow R, Davison J, Bergesen A, Kurzweil E. Análisis cultural, la obra de Peter L. Berger, Mary Douglas, Muchel Foucault y Jürgen Hubermas. Buenos Aires; Paidós: 1988.
- (50) Rodríguez, J. La aceptabilidad del riesgo respecto del VIH/SIDA. En: Femenidades y Masculinidades. Estudios sobre salud reproductiva en Argentina, Chile y Colombia. Buenos Aires; CEDES: 2000.
- (51) Vidal F. Sexualidad, género y VIH/SIDA: ¿Qué piensan los futuros docentes chilenos/as?. Santiago; Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Comité País para el Fondo Global. 2007.
- (52) Gómez P, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Federación Latino Ame-

- ricana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos - FLASOG. 2010. Disponible en: <http://www.sguruguay.org/documentos/publicaciones-flasog/factores-relacionados-maternidad-menores-15-anos-lac.pdf>
- (53) Rosen G. ¿Qué es la Medicina Social?. Un análisis genético del concepto. En: De la policía médica a la medicina social. México D,F; Siglo XXI. 1986
- (54) Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En: En la Perspectiva de la Equidad. Santiago; Jadue L, Marín F. (Edit.). 2005.
- (55) Almeida-Filho Naomar. Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. Salud colectiva [revista en la Internet]. 2006 Agosto [citado 2011 Ago 07]; 2(2): 123-146. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652006000200003&lng=es.](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000200003&lng=es.)
- (56) Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En: Jadue L, Marín F. En la perspectiva de la equidad. 2005.
- (57) Rojas M. Consumo de drogas psicoactivas en un colectivo de púberes y adolescentes. Pautas y tendencias. Perú, 2005. Disponible en: <http://www.cedro.org.pe/ebooks/LIBRO%20MILTON%20FINAL.pdf>
- (58) MINSAL, Documento borrador Objetivos Estratégicos en Salud, Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/94a33f151ef4a574e04001011f0131dd.pdf>
- (59) Montencino, Madres y huachos, alegorías del mestizaje chileno, Santiago, editorial Cuarto propio, 1992.
- (60) Area M. Ciberespacios Sexuales. Erotismo y relaciones interpersonales en Internet. Universidad de La Laguna. 1998. Disponible en: <http://webpages.ull.es/users/manarea/Documentos/sex-internet-master.PDF>
- (61) Palma I, Villela H, Canales M. Prevención de embarazo adolescente: Una mirada desde el Estado. Santiago; Servicio Nacional de la Mujer. 1998.
- (62) González A, Electra et al. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Rev. méd. Chile* [online]. 2007, vol.135, n.10 [citado 2011-08-01], pp. 1261-1269. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872007001000005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001000005&lng=es&nrm=iso). ISSN 0034-9887. doi: 10.4067/S0034-98872007001000005
- (63) Irma Palma, «Trayectorias sexuales, preventivas y socailes en el embarazo no previsto de los segmentos juveniles en Chile», Última Década N° 33, CIDPA, Valparaíso. 2010
- (64) Lagrange y Lhomond. Lentrée dans la Sexualité. Le Comportement des Jeunes dans le Contexte du Sida. Editions La Découverte. Paris, Francia. 1997.
- (65) León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente, [revista en la Internet]. 2008. *Rev. Ped. Elec.* Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918. URL disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/>

## II. MARCO METODOLÓGICO

El estudio buscó, a través de una aproximación cuantitativa y cualitativa, conocer y analizar en profundidad los factores psicosociales y culturales que inciden en el embarazo de niñas menores de 15 años en la región de Valparaíso.

Operativamente, el proceso de investigación se organizó en las siguientes fases:

- a. *Preparación teórica:* En esta fase se realizó un encuentro con expertos a nivel de investigación en embarazo adolescente y con profesionales de la salud vinculados al tema. En paralelo, se efectuó una revisión de la literatura científica vinculada al tema. Ambas actividades, permitieron profundizar la comprensión del objeto de estudio y ayudó en la planificación y diseño del trabajo en terreno (2 meses).
- b. *Caracterización sociodemográfica de la población:* A través del análisis exploratorio de datos de una muestra representativa a nivel regional de las fichas clínicas (Ficha Clásica, Carné Maternal, Ficha Psicosocial y Agenda Salud de la Mujer) de niñas menores de 15 años con hijos nacidos vivos desde el año 1990 al 2009, se caracterizó a la población a través de perfiles sociodemográficos que permitieron identificar cualidades, divergencias y especificidades estructurales en relación al embarazo de las adolescentes a nivel regional.<sup>14</sup> De este modo, se logro construir un cuadro referencial del fenómeno, el que se fue profundizando y complementando en las siguientes fases (4 meses).
- c. *Exploración de los factores psicosociales y culturales que inciden en el embarazo de niñas menores de 15 años:* Desde los perfiles sociodemográficos elaborados en la fase anterior, se seleccionaron casos característicos de cada perfil para profundizar el análisis a través de relatos de vida. De esta manera se indagó, mediante la construcción y análisis de relatos de vida de mujeres y adolescentes que se embarazaron cuando tenían menos de 15 años de edad entre los años 1990 y 2009, en los factores psicosociales y culturales incidentes y en la evolución temporal del problema (9 meses).
- d. *Profundización y análisis global de los factores psicosociales y culturales que inciden en el embarazo de niñas menores de 15 años:* A partir del análisis global, integración y síntesis de los datos, y la contrastación de los resultados con las niñas – mujeres participantes, se elaboraron perfiles de las mujeres que se embarazaron por primera vez cuando tenían menos de 15 años de edad, considerando y analizando específicamente los factores psicosociales y culturales que incidieron en su embarazo (3 meses).

14 Se entendió a los perfiles sociodemográficos como una caracterización analítica que estructura y describe el fenómeno (embarazo de niñas menores de 15 años) a partir de variables sociales (nivel educacional de las niñas, condición de alfabetismo, presencia/ausencia de pareja, antecedentes mórbidos, etc.) y demográficas (zona de residencia, edad, etc.), permitiendo develar las especificidades que se producen en su interior.

## 1. EL UNIVERSO Y MUESTRA

El universo se encontró constituido por el total de las madres menores de 15 años de niños nacidos vivos registradas en los distintos servicios de salud de la Región de Valparaíso, desde los años 1990 hasta 2009. Según datos del Departamento de Estadísticas e Informaciones en Salud del MINSAL, el total de casos hasta el año 2007<sup>15</sup> es de 1.583 embarazadas menores de 15 años de edad. A partir de estos datos, utilizando la técnica estadística «series de tiempo» del software STATITICA Statsoft, se estimó que el número aproximado del universo total de embarazadas menores de 15 desde el año 1990 hasta el año 2009 en la Región de Valparaíso es de 1.785.

Desde este universo, la muestra tuvo un diseño bietápico. En una primera etapa (caracterización sociodemográfica de la población), la muestra se calculó a partir de un error de especificación del 5% y con un 95% de confianza, teniendo como N° total los 1.785 casos de embarazadas menores de 15 años de edad. De este modo, se obtuvo una muestra de 316 casos de embarazadas menores de 15 años a nivel regional. Las dificultades que se presentaron en el trabajo de campo, particularmente en el acceso a las fichas clínicas de algunos establecimientos, obstaculizó la posibilidad de concretar una muestra proporcional y representativa de fichas por Servicio de Salud. Por tanto, se optó por utilizar un muestreo no probabilístico, en donde la selección de los casos no dependió de la probabilidad ni tampoco respondió a estratos previamente establecidos, sino que, para su elaboración-distribución definitiva, se consideró por una parte el tipo de estudio y sus objetivos, y por otra, las condiciones de acceso y disponibilidad de los casos (1).

En concreto, se revisaron 950 libros de parto –fichas clínicas de niñas embarazadas de 10 a 14 años del año 1990 al 2009–. Luego de descartes asociados principalmente a la mala calidad de los libros y fichas clínicas (poca o incompleta información), finalmente se utilizan y analizan 320 libros de parto –fichas clínicas, extraídas de diversos hospitales y consultorios pertenecientes a los tres Servicios de Salud de la región (Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, Servicio de Salud Aconcagua)–.

El siguiente cuadro presenta el detalle de la muestra regional utilizada en el estudio distribuido por servicio de salud, establecimiento en el que se atendieron cada uno de los casos y rango en años de los casos analizados por institución.

---

15 Los sistemas de información del DEIS vienen con dos años de desfase, y la información del año 2008 no estaba disponible al momento de construir la muestra.

Tabla 4: Muestra Definitiva

Servicio de Salud	Establecimiento	Nº Fichas	Rango en Años	Total
Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota	Consultorio Las Torres	05	2004-2009	58
	Consultorio Nueva Aurora	03	2003-2009	
	Hospital San Martín de Quillota	50	1993-2009	
Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio	Hospital San José de Casablanca	18	1990-2009	187
	Hospital Claudio Vicuña de San Antonio	92	1997-2009	
	Hospital Carlos Van Buren	77	1992-2009	
Servicio de Salud Aconcagua	Hospital San Juan de Dios de Los Andes	71	1990-2009	75
Servicio de Salud Aconcagua	Hospital San Francisco de Llay Llay	04	1991-1999	
				320

De esta manera, a partir de un análisis por conglomerado de esta muestra de los libros de parto – fichas clínicas de los casos de mujeres que se embarazaron antes de cumplir los quince años de edad entre el año 1990 y 2009, se elaboraron perfiles sociodemográficos.

En la segunda etapa de construcción muestral, vinculada con la tercera fase de la investigación: exploración de los factores psicosociales y culturales que inciden en el embarazo de niñas menores de 15 años, se realizó una submuestra no probabilística en base a la selección de sujetos tipo (2) a partir de la variabilidad resultante de los perfiles sociodemográficos obtenidos del análisis de las fichas seleccionadas en las primera etapa muestral.

De este modo, desde los perfiles sociodemográficos elaborados en la fase anterior, se seleccionaron casos característicos de cada uno de los perfiles, para profundizar a través de relatos de vida temáticos de mujeres y adolescentes que se embarazaron cuando tenían menos de 15 años de edad entre los años 1990 y 2009. Esta submuestra estuvo constituida por 8 casos, de ellos 3 fueron del quinquenio 1990-1995, 1 del quinquenio 1995-2000, 2 del quinquenio 2000-2005 y 2 del quinquenio 2005-2010.<sup>16</sup>

16 El año que cierra el quinquenio se utiliza sólo como límite superior, por lo cual se excluye como año para incluir casos. De este modo, los casos del año 1995 se incorporan en el segundo quinquenio y no en el primero. Así sucesivamente.

## 2. ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la consecución de los objetivos planteados, se planificó un abordaje analítico e interpretativo al fenómeno del embarazo de niñas menores de 15 años desde un pluralismo metodológico, a partir de allí, las estrategias y técnicas de producción de información utilizadas fueron las siguientes:

- a. *Investigación documental (3)*: Este tipo de investigación se configuró a partir de: 1) una revisión bibliográfica de la literatura científica nacional e internacional relativa al tema del embarazo adolescente y 2) la revisión de archivo vinculada a la lectura y análisis de la muestra a nivel regional de los libros de parto –fichas clínicas de mujeres y adolescentes que fueron madres (con hijos nacidos vivos) antes de los 15 años de edad desde el año 1990 al 2009 (320)–. Cabe destacar, que en el marco de esta revisión, la información se reordenó en una base de datos (4) acorde con los objetivos de la investigación, los análisis a realizar y los resultados esperados.
- b. *Relatos de vida temáticos*: Los relatos de vida se consideraron como la aproximación más consistente y coherente con los objetivos de la presente investigación y con la forma de abordaje del fenómeno en cuestión. Esta herramienta testimonial, se entendió como la reconstrucción, análisis e interpretación que hace un investigador en conjunto con el narrador sobre el relato de su vida, en el marco de determinados objetivos de investigación (5). En la misma dirección, se comprendió que su objetivo consiste en aprender la vivencia social y las prácticas de las personas en su contexto social (6).

Para la construcción de los relatos de vida se apicaron no menos de 3 entrevistas en profundidad por cada caso. Lo que permitió tanto a la narradora como al investigador profundizar en la historia y en la indagación. Cabe destacar que cada una de ellas se orientó en base a una lógica particular vinculada a la especificidad y características de cada uno de los casos.<sup>17</sup>

Respecto a las estrategias utilizadas para establecer los contactos y realizar la convocatoria, se destaca el consentimiento informado de las madres y la promoción en todo momento del ejercicio de su libertad para rechazar la propuesta de participación. Desde el primer momento se les entregó información respecto al contenido y los objetivos de la investigación.

En términos generales, se utilizaron estrategias directas e indirectas de reclutamiento, las primeras se relacionan con visitas domiciliarias, contactos en los mismos Servicios de Salud y/o contactos telefónicos, y las segundas con los contactos establecidos a través del personal de los servicios.

De esta manera, el proceso de elaboración de los relatos de vida temáticos se realizó del siguiente modo:

- Primer encuentro, de convocatoria y reclutamiento: el investigador en terreno, se presentó frente a cada una de las participantes, señalándoles a la institución a la cual pertenecía y el tema que se estaba trabajando. Ha cada participante se le explicó el por qué y el cómo se le había contactado y lo que implicaba su participación en la investigación. Del mismo modo, se dio a conocer aspectos relativos a la confidencialidad, anonimato y a la posibilidad de retirarse en cualquier momento de la investigación. También se les

17 No obstante esta flexibilidad y contextualización constante del proceso de producción de información a la particularidad del caso y a la especificidad de la dinámica relacional entre el/la investigador/a y la participante, se dispuso de un protocolo guía.

planteó la necesidad metodológica de grabar los encuentros y se entregó un encuadre del proceso: número de encuentros, duración, cada cuánto tiempo, etc.

- Segundo encuentro, de apertura de la narración: desde este primer encuentro más próximo y cercano, se intentó instalar un contexto de escucha cálida, empática y contenedora, lo que resultó central si se considera que se reconstruyeron una de las experiencias que las participantes consideran más significativas de su vida (como se verá más adelante).
- Tercer encuentro, de profundización temática: en este encuentro, a partir de análisis preliminares de los datos obtenidos de los encuentros precedentes, se paso a clarificar ciertas informaciones incompletas respecto a diversos aspectos del relato biográfico.
- Cuarto encuentro, de recapitulación y cierre: en él se cerró el relato de vida y la relación de escucha establecida entre la narradora y el investigador. Del mismo modo, se reconstruyó y evaluó todo el proceso vivido con la participante.

En este contexto, el equipo de investigación realizó un análisis preliminar del encuentro anterior preparando el siguiente e identificando lagunas informativas, temas a profundizar, etc.

De esta manera, fue posible identificar los factores psicosociales y culturales que incidieron en el embarazo de las mujeres antes de cumplir los quince años de edad, indagando en la evolución temporal del problema y en las continuidades y cambios ocurridos en relación a los factores descritos.

### 3. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE VALIDACIÓN

Respecto a la fiabilidad y validez de los resultados del estudio, se siguieron los criterios propuestos por Pourtois y Desmet (op.cit.) relativos a la credibilidad, transferibilidad, constancia interna y fiabilidad. Para ello se utilizaron distintos tipos de triangulación: 1. Triangulación de espacio: la muestra y la selección de los casos se elaboró privilegiando criterios que promovían la heterogeneidad a nivel de los Servicios de Salud (Valparaíso – San Antonio, Viña del Mar – Quillota y Acancagua) y la zona de residencia de las niñas (urbana y rural); 2. Verificación intersubjetiva: en el marco del análisis e interpretación de los datos, se llevó a cabo un proceso de interanálisis entre los integrantes del equipo de investigación y una validación de los resultados con las participantes; 3. Triangulación de métodos: buscando dotar de consistencia a la data, se llevó a cabo una triangulación mediante un examen de convergencia y/o complementariedad del análisis de la información cualitativa y estadística de los datos producidos (3); 4. Validación por expertos: se consultó en la fase de preparación teórica a un grupo de académicos e investigadores en relación al tema y a personal médico con una reconocida trayectoria a nivel nacional en salud primaria.

### 4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Respecto a la información de tipo cuantitativa generada desde las fichas clínicas de madres menores de 15 años desde el año 1990 al 2009, se construyó para su tratamiento y análisis una base de datos en el software estadístico SPSS tras la depuración y codificación de los datos. Una vez construida esta base de datos se realizó un análisis secundario de carácter exploratorio (4), aplicando técnicas de estadística descriptiva que permitan realizar análisis univariados y bivariados de las variables, con el objeto de evidenciar su distribución en pos de la construcción de los perfiles sociodemográficos.



Además, se utilizó la técnica multivariada denominada análisis de conglomerados, la que nos permitió agrupar los casos a partir de sus características o variables considerando su parecido o similitud. De esta manera, a partir del análisis de una serie de variables, se logró conformar grupos homogéneos internamente o perfiles sociodemográficos.

La sistematización de la información cualitativa, se llevó a cabo mediante el programa computacional Atlas.ti, el cual permitió realizar el análisis en paralelo al proceso de producción de información y realizar anotaciones, interpretaciones preliminares y comentarios en todo momento, además del establecimiento progresivo de codificaciones y relaciones al interior del documento.

Respecto al análisis, por motivos de coherencia teórico metodológicos y de acuerdo a los objetivos planteados, el modelo de análisis adoptado para la data cualitativa, fue el Método de Comparación Constante o Grounded Theory (7). Este enfoque de investigación que promueve un acercamiento profundo a la temática, combina el procedimiento de codificación explícita característico del análisis de contenido y la inspección de información buscando conceptos y atributos o aspectos significativos en el material (4).

De este modo, este método permite, a través de un proceso analítico de comparación constante, vincular el proceso de codificación, con el desarrollo de explicaciones a nivel teórico. A partir de lo anterior, en el marco del presente estudio, fue posible extraer y producir desde los discursos de las mujeres que fueron madres antes de cumplir los 15 años de edad las categorías conceptuales más relevantes y pertinentes en relación a los factores psicosociales y culturales que incidieron en su embarazo, conocer sus propiedades, dimensiones, características e identificar sus relaciones.

En este marco, el análisis se desarrolló a partir de las siguientes fases:

- Categorización inicial: A través del análisis del material disponible tras la aplicación de las técnicas de producción de información (entrevistas en profundidad), se buscó identificar una denominación común (código conceptual) a un conjunto diverso de fragmentos del corpus de datos que comparten una misma idea (op.cit.), en el contexto de cada caso o relato de vida. El objetivo de esta primera categorización fue la de abrir la indagación.
- Formulación de categorías preliminares: A partir del proceso anterior asociados a la identificación de categorías, también fue posible reconocer sus propiedades y dimensiones (3). De esta manera, en este primer momento se operó en base a dos procedimientos analíticos: búsqueda activa y sistemática de propiedades y elaboración de análisis e interpretaciones preliminares a partir de la revisión de cada caso.
- Integración de categorías y sus propiedades: En esta fase, se desarrolló una comparación creciente de los datos disponibles, buscando relaciones y articulación entre las categorías y propiedades. Cabe destacar, que en un primer momento este proceso analítico se dio a nivel de cada caso (de cada uno de los relatos de vida), para luego posicionarse a nivel intercaso (entre los relatos de vida) con miras a la elaboración de una explicación a nivel teórico (análisis horizontal de la totalidad de los relatos de vida). De esta manera, a través de la comparación constante de las diferencias y semejanzas a nivel de propiedades y categorías fueron surgiendo las relaciones y articulaciones dentro de la totalidad de los datos disponibles.

- Delimitación de la explicación a nivel teórico: En esta fase se buscó que la explicación o descripción generada del fenómeno se configurara en base sólo de los conceptos necesarios y pertinentes (criterio de parsimonia o de economía científica). De este modo, se buscó identificar las categorías centrales, reduciendo por integración o transformación el trabajo desarrollado hasta ese momento (4). Del mismo modo, se establecieron los alcances de los resultados del estudio, considerando la naturaleza de los datos disponible y las características muestrales.
- Formulación explicativa: De esta manera, a partir de la información producida y procesada, las interpretaciones y análisis preliminares, se identificaron los factores psicosociales y culturales que inciden en el embarazo de niñas menores de 15 años en la región de Valparaíso y su evolución temporal entre los años 1990 y 2009.

## Referencias Bibliográficas

- (1) Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, P. Metodología de la Investigación (3 Ed). México: Mc. Graw Hill. 2003
- (2) Sampieri, Fernandez y Baptista, Metodología de la Investigación (3 Ed). México: Mc. Graw Hill. 2003
- (3) Valles, M. Técnicas Cualitativas de Investigación Social, Reflexión Metodológica y Práctica Profesional (3 Ed.). Madrid: Síntesis.1997
- (4) García, M., Ibáñez, J. y Alvira, F. El Análisis de la Realidad Social, Métodos y Técnicas de Investigación (3 Ed.). Madrid: Alianza Editorial.2003
- (5) Cornejo, M. Mendoza F. Rojas R. (2008). La Investigación con Relatos de Vida: Pistas y Opciones del Diseño Metodológico. Psykhe2008; 1729-39. Disponible en: Consultado el 10 de julio de 2011.
- (6) Pourtois, J. y Huguette, D. (1992). Epistemología e Instrumentación en Ciencias Humanas (3 Reimpresión). Barcelona: Editorial Herder.
- (7) Glaser B, The discovery of the grounded theory, Mill Valley, Sociology Press. Strauss A. (1987), Qualitative analysis for social scientists, New York, Cambridge University Press. (2007).

## III. RESULTADOS

### 1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE NIÑAS MENORES DE 15 AÑOS EMBARAZADAS ENTRE LOS AÑOS 1990 AL 2009

A continuación se presentan los resultados asociados al objetivo de caracterización sociodemográfica de las niñas menores de 15 años que se embarazaron entre los años 1990 al 2009.

A través del análisis exploratorio de datos de una muestra a nivel regional, se buscó caracterizar a la población a través de perfiles sociodemográficos que permitieran identificar cualidades divergentes y continuas del sujeto de estudio.

En este sentido, el desarrollo del trabajo de campo permitió levantar información relevante no sólo de carácter sociodemográfico, sino que también algunas variables comportamentales, con las que finalmente se elaboró una base de datos, la que permitió realizar un análisis descriptivo sobre el sujeto de estudio.

A continuación señalamos algunos aspectos significativos del proceso:

- Se pudo obtener información sociodemográfica desde los datos registrados por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Acceder a esta información, generó ajustes metodológicos que a la vez permitieron, con los datos a los que se tuvo acceso, construir perfiles sociodemográficos.
- Se priorizó por acceder a las fichas clínicas de hospitales en vez de los consultorios, debido a que en estos últimos tenían menos sistematizada y digitalizada la información y en algunos necesitaban los datos del hospital primero para buscar luego en sus bases de datos o libros. Por ello, finalmente se trabaja mayoritariamente con fichas clínicas hospitalarias.
- La revisión de fichas clínicas buscó registrar las siguientes variables: edad de la adolescente embarazada, año del embarazo, actividad, utilización de métodos anticonceptivos previo al embarazo, deseo de embarazo, nivel de enseñanza, previsión, edad del progenitor, actividad del progenitor y riesgo durante el embarazo. Con este tipo de registro, más los antecedentes personales, se construyó una base de datos.
- Posteriormente, se construyeron perfiles sociodemográficos definitivos, lo que implicó sumar a las variables utilizadas originalmente, área de residencia, edad de la adolescente y nivel de enseñanza, otras señaladas en el punto anterior: año del embarazo –agrupado en quinquenios desde el año 1990 al 2009-, estado civil y actividad de la adolescente gestante–.

## 1.1. Caracterización Base Datos

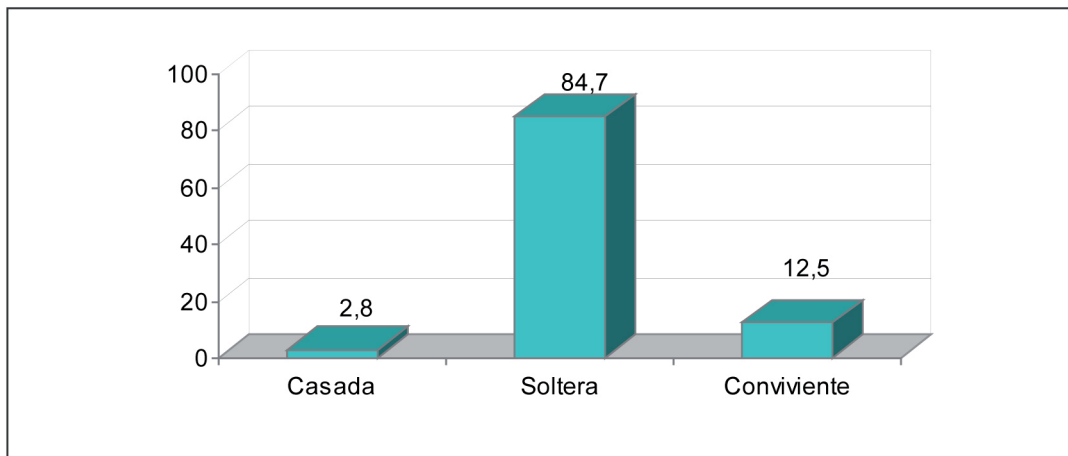
### 1.1.1. Análisis descriptivo

Por medio del análisis descriptivo, se logró identificar características transversales y por tanto más homogéneas las que serán fundamentales a la hora de elaborar los instrumentos cualitativos, dado que podrán integrarse como aspectos importantes de indagar en cada uno de los relatos de vida. Por otro lado, los perfiles consideraron preferentemente aquellas variables que permitían establecer mayor heterogeneidad al interior del sujeto de estudio. Así, ambos productos facilitarán una primera descripción de las continuidades y discontinuidades presentes en este problema.

Considerando los 320 datos que integran la base construida, con casos registrados desde el año 1990 al 2009, el análisis estadístico descriptivo entrega resultados, los que a pesar de no ser generalizables a toda la población de adolescentes embarazadas de 10-14 años, igualmente entrega información relevante que esboza diversas situaciones, condiciones y contextos que se pueden relacionar estrechamente con la ocurrencia de embarazos en este tramo de edad:

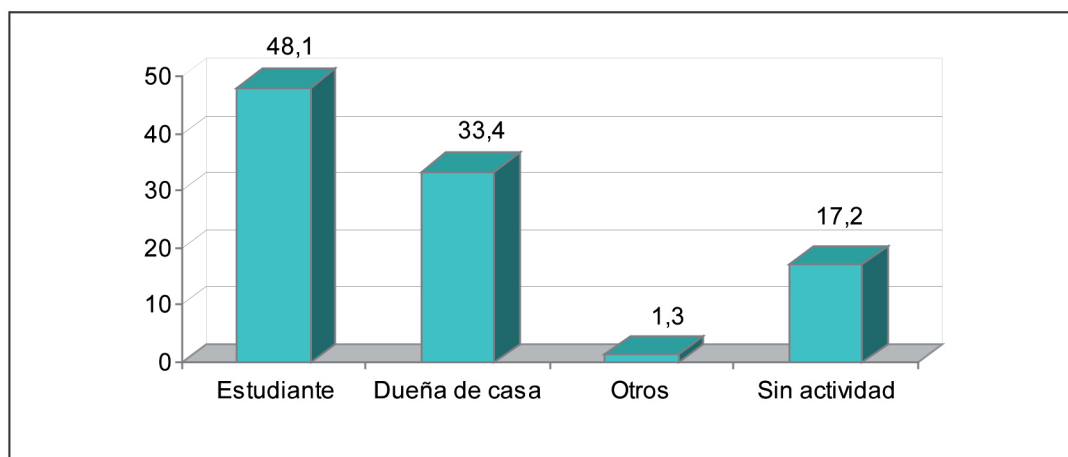
- Del total de fichas clínicas incorporadas a la base de datos, el 60.6 % corresponde al SSVSA; el 16.6 % al SSVQ y el 22.8 % al SSA.
- Mayoritariamente las madres adolescentes menores de 15 años vivían en áreas urbanas (89.1%) durante su embarazo, en contraste con el 10.9% que residían en áreas rurales.
- Así también, el 83.1% de las madres tenían 14 años al momento de quedar embarazada, un 15.6% 13 años y un 1.3% 12 años. Lo que se condice con la información registrada por el Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, la que también concentra mayoritariamente el embarazo en la adolescencia temprana en los 14 años (Informe de Avance, Abril).
- En relación con el nivel de enseñanza, el 90.6% de las adolescentes se encontraba en educación básica al momento de quedar embarazada y sólo un 9.4% cursaba la enseñanza media. Lo anterior está condicionado en alguna medida, por el tramo etáreo al que se aboca el estudio, pero por otro lado, puede indicar que una cantidad no menor de adolescentes no pudo continuar con sus estudios, una vez que comienza su embarazo.

Gráfico 1  
Estado civil de las adolescentes embarazadas menores de 15 años  
Región de Valparaíso (1990-2009)



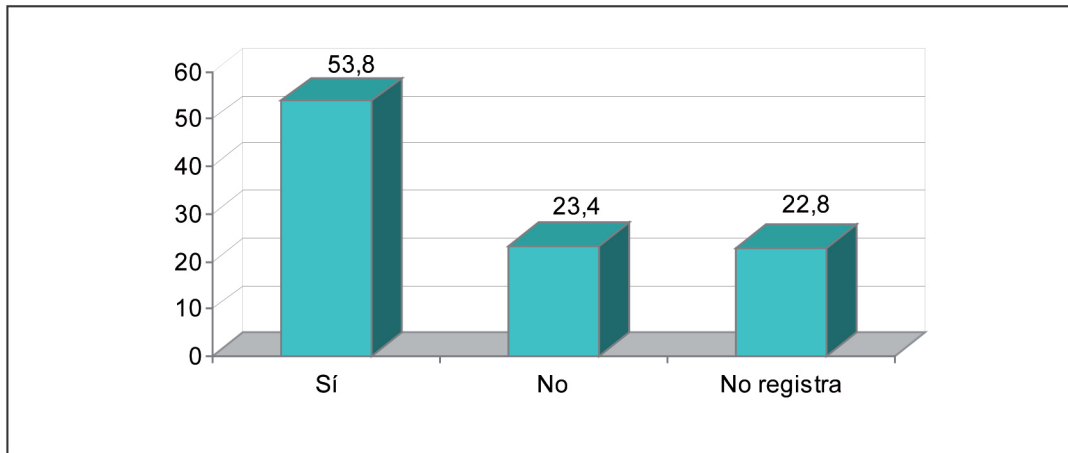
- Un 84.7% de las adolescentes embarazadas estaba soltera, mientras que un 15.3% manifestó estar casada o conviviendo. Esta información difiere con la entregada por el DEIS (4.4% de adolescentes casadas), siendo en nuestra base de datos mayor la cantidad de adolescentes que se encontraban viviendo con su pareja o marido durante el embarazo. A pesar de que la muestra con la que se construyó la base de datos de este estudio es no probabilística, es interesante señalar este contrapunto, con el fin de destacar la relevancia que puede tener la incorporación de nuevas categorías en las variables que caracterizan un sujeto de estudio y que tienen una trascendencia en la comprensión biospsicosocial de las problemáticas ligadas a la salud. Por tanto, si se observa el resultado desde esta perspectiva, la diferencia presentada, probablemente se explica al considerar la opción de convivencia, la que no está registrada en la base de datos del DEIS.

Gráfico 2  
Actividad de las adolescentes embarazadas menores de 15 años  
Región de Valparaíso (1990-2009)



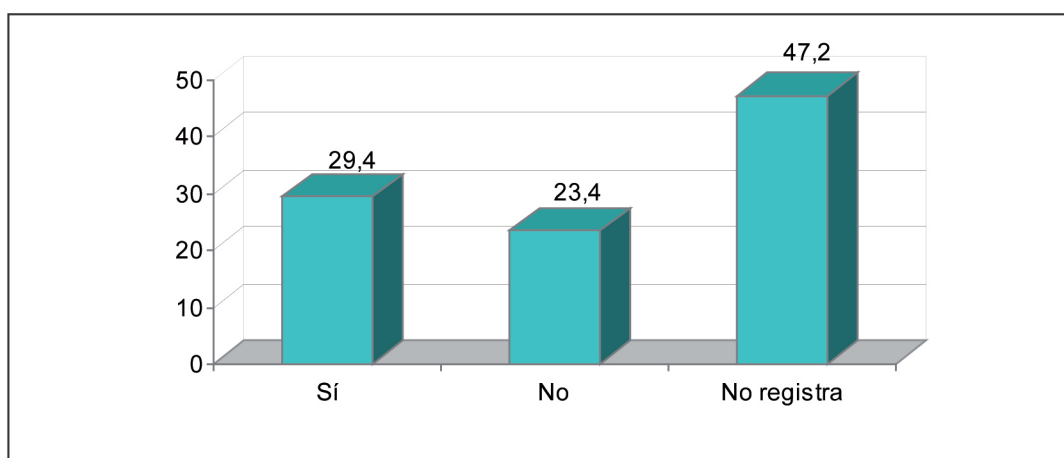
- En relación a la actividad declarada por la adolescente al momento de ingresar al hospital o consultorio. Un 48.1% señaló ser estudiante, mientras que el 51.9% se dedica a labores domésticas (33.4%), estaba sin actividad (17.2%) o realizaba algún trabajo remunerado (1.3%).

Gráfico 3  
Embarazos de alto riesgo en adolescentes embarazadas menores de 15 años  
Región de Valparaíso (1990-2009)



- Otro dato importante a considerar es la cantidad de embarazos de alto riesgo que se registran en este tramo etéreo. Esta variable consideró tanto lo señalado explícitamente en las fichas clínicas, así como también, aquellas que no registraban esta observación pero que sin embargo poseían antecedentes biomédicos y psicosociales que permitían establecer el alto riesgo del embarazo. Así, el gráfico muestra que un 53.8% de los embarazos se consideró de alto riesgo, contra un 23.4% que no se calificó de esa manera. En esta variable, al igual que en otras, existe un número considerable de fichas que no tenían el registro y que no presentaban mayores antecedentes biomédicos y sociales (22.8%), por lo que no se pudieron incorporar a ninguna de las opciones.

Gráfico 4  
Deseo de embarazado de adolescentes embarazadas menores de 15 años  
Región de Valparaíso (1990-2009)

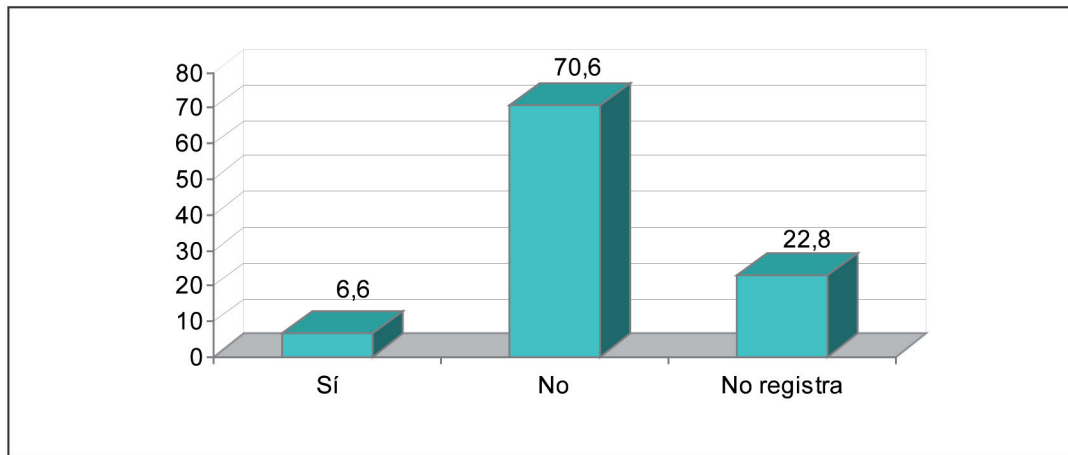


- Nuevamente, es clave el porcentaje de fichas que no registran este dato. El gráfico muestra un 47.2% de datos no registrados, lo que por un lado distorsiona el resultado y por otro, evidencia la poca relevancia que tienen ciertos aspectos incluidos en la ficha clínica para algunos/as funcionarios/as de salud. Para el estudio, esta variable tiene una gran importancia en la medida en que puede servir como antecedente para indagar en torno al significado que le otorga la niña a su proceso de gestación. Cabe destacar además que en varias fichas se corregía manualmente la opción, cambiando «deseado» por «aceptado» o «planificado», lo que da cuenta de las distintas miradas de los/as profesionales de la salud.

A pesar de lo anterior, y retomando los resultados que muestra el gráfico, resulta destacable el porcentaje que se asocia con el deseo de embarazo, lo que probablemente no solo tenga relación con una aceptación del proceso, sino que también, puede develar la incidencia que tienen las condicionantes sociales y culturales que median en la afirmación de la adolescente.

Gráfico 5

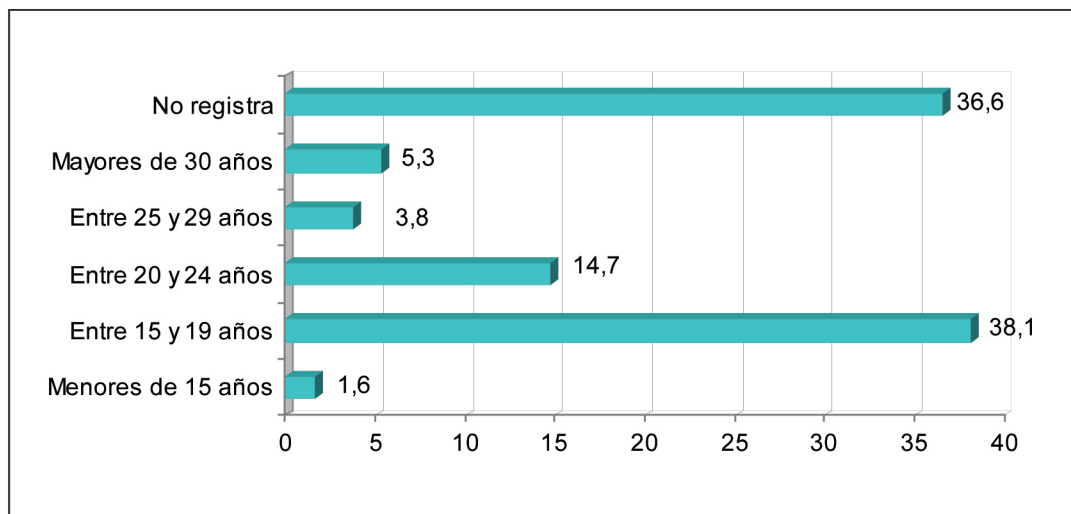
Utilización de Métodos Anticonceptivos previo al embarazo en adolescentes embarazadas menores de 15 años Región de Valparaíso (1990-2009)



- A pesar de que existe un número no menor de datos no registrados, el 70.6% de las adolescente no habría usado métodos anticonceptivos previo a su embarazo. Esta cifra se puede vincular con una serie de factores y condiciones, entre las que se puede considerar la falta de acceso, la no existencia de políticas públicas y educacionales que consideren la prevención como una temática importante,<sup>18</sup> lo que además se anuda con la no consideración de la adolescencia temprana como un período de iniciación sexual. Así también, puede considerarse en esta cifra las situaciones de actividad sexual bajo coerción y violencia.

Gráfico 6

Edad del progenitor del embarazo en adolescentes embarazadas menores de 15 años Región de Valparaíso (1990-2009)



18 Ver, Informe final «Seguimiento del Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad dirigido a jóvenes secundarios» (2008), Instituto Nacional de Juventud- Estudios Sociales Aplicados Galerna Consultores.



- Otros datos interesantes a destacar se refieren al progenitor. En relación con la edad de éste, al momento del embarazo, el gráfico muestra que sólo 1.6% de los progenitores pertenecía al mismo tramo etéreo que la adolescente. El 38.1% tenía entre 15-19 años, lo que implica una diferencia de 5 años como máximo -considerando que la mayoría de las niñas tiene 14 años al momento de quedar embarazada-, un 14.7% tenía entre 20-24 años, aumentando la diferencia a 10 años, y un 9.1% supera los 30 años, lo que supone una diferencia mínima de 15 años con la adolescente. Esta característica, es importante por dos razones: uno, porque la diferencia etérea significativa puede estar vinculada al ejercicio de violencia sexual. Dos, porque en términos legales (Ley 19.927) el hombre que tiene relaciones con una persona menor de 14 años siempre comete violación, no estableciendo la ley la edad que debe tener el hombre al momento de cometer el delito. Así, un adolescente de edad similar a la niña puede ser detenido y juzgado, lo que supone que la situación penal del progenitor queda al criterio del funcionario de la salud, dado que éstos deben denunciar las situaciones que se avengan con lo estipulado por la ley y finalmente, al criterio del juez. Probablemente, ambas situaciones pueden incidir en la entrega de antecedentes sobre el progenitor por parte de la adolescente.
- De acuerdo a los datos disponibles, la actividad realizada por el adolescente progenitor durante el embarazo refiere que: un 19.7% era estudiante, un 2.2% se encontraba realizando el Servicio Militar, un 8.8% estaba cesante o con trabajos ocasionales, un 6.6% se desempeñaba en trabajos calificados (eléctrico, mecánico, soldador, entre otros) y un 30.7% trabajaba como obrero, temporero o trabajos de menor calificación. Lo anterior supone que la mayoría de los progenitores tenía acceso a recursos económicos limitados o no realizaba actividades que le permitieran recibir ingresos.

### 1.1.2. Antecedentes psicosociales relevantes registrados en las fichas clínicas

Si bien no existe en todas las fichas clínicas el registro de antecedentes psicosociales, lo que sumado a la heterogeneidad de criterios que se utilizan para completar este documento impide identificar la real magnitud en torno a la presencia o ausencia de problemáticas psicosociales en los casos analizados, del total de fichas revisadas alrededor de un 16% presentan antecedentes de problemáticas psicosociales de mediana y alta complejidad. Considerando este dato, se ha estimado relevante, exponer en este apartado los registros que aparecen como significativos y que por tanto, develan las dificultades que han debido vivir y enfrentar las sujetos del estudio durante su infancia, adolescencia, maternidad y en algunos casos, posterior adultez. Se optado por replicar el registro textual realizado por algún/a funcionario/a de salud, para evitar interpretaciones arbitrarias. En este sentido, se busca mostrar estos registros con el fin de profundizar en la caracterización realizada, sacando a luz las complejidades que muchas de las trayectorias de vida de madres precoces pueden presentar. Sin duda que estos antecedentes psicosociales, abren una posibilidad de investigación importante a desarrollar.

Tabla 5: Antecedentes psicosociales registrados en fichas clínicas

Problemas Psicosociales	Registro Ficha Clínica
Pobreza - hacinamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creció en extrema pobreza, falta de aseo, pediculosis y sarna, «no tiene qué comer».</li> <li>- Padres separados, madre sin trabajo y padre no ayuda económicamente</li> <li>- Extrema pobreza en infancia, hacinamiento, falta de higiene</li> <li>- Vive con tía con 8 personas más. Se informa a juzgado por recién nacido</li> <li>- A los 9 años vive en casa de madera s/agua potable y sin alcantarillado</li> <li>- Un hijo se encuentra a cargo de la abuela «porque se encuentra cesante y no cuenta con condiciones económicas para asumir cuidados de su hijo».</li> </ul>
Abandono y negligencia materna/paterna durante la infancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A los tres años llevada al hospital por el comité de ayuda a la comunidad por falta de cuidados de la madre. Padre detenido por abuso sexual a una hija. Estado de indigencia en la infancia.</li> <li>- Se deriva a Servicio Social por estar sin tutor</li> <li>- Se envía a tribunal de familia. Siente que familia no la apoya. Progenitor en la cárcel.</li> <li>- Permanencia en hogares de menores. Huyó de su hogar cuando supo del embarazo.</li> <li>- A los tres años fue abandonada</li> <li>- Concorre sola a control. Al momento del embarazo vive con su suegra, no presenta relación con la madre</li> <li>- Historia de abandono afectivo, posiblemente vivencia de maltrato por su pareja, que posteriormente niega.</li> <li>- Residente en hogar de madres embarazadas</li> <li>- Comunicar, a la madre, con asistente social para posible colocación de madre y su recién nacida en casa de acogida.</li> </ul>
Violencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Violencia en la infancia</li> <li>- Vive una relación conflictiva con pareja, violencia intrafamiliar.</li> </ul>

Continuación Tabla 5: Antecedentes psicosociales registrados en fichas clínicas.

Problemas Psicosociales	Registro Ficha Clínica
Intentos de suicidios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 22 años intento de suicidio.</li> <li>- 17 años intento de suicidio.</li> <li>- 21 años intento suicida; depresión reactiva.</li> <li>- Intentos suicidas después del termino de relación de pareja a los 25 años.</li> <li>- A los 32 años intento suicidio con fármacos y heridas.</li> <li>- 22 años intento de suicidio por motivos familiares (problema conyugal).</li> <li>- 22 años intento suicida.</li> <li>- A los 9 años es derivada a psiquiatría infantil por problemas de agresión; a los 19 años intento de suicidio.</li> <li>- Intento de suicidio a los 18 años por intoxicación de medicamentos.</li> <li>- Intento de suicidio después del primer embarazo (12 años).</li> <li>- Antecedentes de trastornos emocionales, intento de suicidio, en tratamiento en APS por episodio depresivo severo.</li> </ul>
Consumo de alcohol y drogas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo de THC de parte de su pololo.</li> <li>- Ambos progenitores con antecedente de consumo de drogas.</li> <li>- A los 22 años presenta tabaquismo, consumo de alcohol y drogas.</li> <li>- Consumo de drogas 22 años.</li> <li>- Consumo de marihuana durante embarazo.</li> <li>- A los 19 años consumo de pasta base y coca desde los 17 años, hasta 12 papelillos diarios. Deja de consumir tras internarse en Hogar Nazareth.</li> <li>- Ambos progenitores con antecedentes de consumo de drogas.</li> </ul>
Trastornos salud mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación psicosocial arroja depresión</li> <li>- Síntomas de depresión</li> <li>- Síntomas depresivos durante tercer embarazo</li> <li>- Sufrió crisis de pánico</li> <li>- La adolescente presenta retraso de acuerdo al DSM rango dudoso. A los 15 años es derivada al psicólogo, medicada con fluoxetina, saton, etc.</li> <li>- Tratamiento neuropsiquiatra infantil</li> <li>- Tratamiento en policlínico neuropsiquiatría.</li> <li>- Antecedentes neurología y psiquiatría a los 10 años, pseudocrisis a los 13 años.</li> <li>- Sufrió crisis de pánico</li> </ul>

Continuación Tabla 5: Antecedentes psicosociales registrados en fichas clínicas.

Problemas Psicosociales	Registro Ficha Clínica
Violencia sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Asistente social determina abuso sexual por el padre, 9 años, y a sus tres hermanos</li> <li>– Servicio social: se constató que existe denuncia de violación en juzgado de Valparaíso, quien dio orden de investigar. Se coordinó con consultorio. Violación por tío materno, madre se entera a una semana del parto</li> <li>– Embarazo producto de violación del padre</li> <li>– Violencia sexual teniendo como consecuencia embarazo. El caso está en proceso del servicio social</li> </ul>
Reiteración de maternidad adolescentes en la familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Datos de madre refieren que tuvo a XXX a los 14 años.</li> <li>– La madre de la gestante también fue madre adolescente (17 años)</li> <li>– Gestante es hija de padres adolescentes</li> </ul>

### 1.1.3. Relaciones entre variables a través de tablas personalizadas

A continuación, con el objetivo de profundizar en esta caracterización, se presentan tres tablas personalizadas, las que entregan información sobre la relación que puede existir entre variables. Se ha considerado fundamental identificar vínculos partiendo de la hipótesis que existen tres variables que permiten visualizar diferencias, estas son: área de residencia de la adolescente, año del embarazo –agrupado en quinquenios–, edad de la adolescente embarazada. Estas variables, también, fueron incorporadas en la construcción de los perfiles sociodemográficos

Tabla 6 Personalizada 1

Área	Edad de las niñas			Edad del Progenitor				Embarazo Deseado		Actividad de la Madre				Embarazo de alto riesgo							
	12 años	13 años	14 años	%	-15 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	+30 años	%	Sí	No	%	Dueña casa	Otra activ.	Sin activ.	%	Sí	No	%	
Urbano	1,4	15,1	83,5%	100%	2,1%	61%	23%	4,8%	9,1%	100%	55,3%	44,7%	100%	49,1%	31,9%	1,1%	17,9%	100%	70,6%	29,4%	100%
Rural	0	20	80%	100%	6,3%	50%	25%	18,8%	0%	100%	58,8%	41,2%	100%	40,0%	45,7%	2,9%	11,4%	100%	61,5%	38,5%	100%
Total	1,3	15,6	83,1%	100%	2,5%	60,1%	23,2%	5,9%	8,4%	100%	55,6%	44,4%	100%	48,1%	33,4%	1,3%	17,2%	100%	69,6%	30,4%	100%

- Las adolescentes embarazadas de 12 años se concentraron en áreas urbanas.
- En áreas urbanas se concentraría un porcentaje mayor (61%) de progenitores entre 15-19 años de edad. Mientras que en áreas rurales, el 43.8% de los progenitores tenían más de 25 años durante el embarazo de la adolescente.
- Vinculado al deseo de embarazo, no se aprecian notorias diferencias entre áreas de residencia
- En las áreas rurales se observa un mayor porcentaje de adolescentes embarazadas que declaró ser dueñas de casa (45.7%). Así también, en estas áreas más adolescentes desempeñaron otra actividad, principalmente relacionada con un trabajo remunerado (2.9%). En contraste con los datos anteriores, en las áreas urbanas se concentraron las adolescentes que durante el embarazo continuaron con sus estudios (49.1%).
- De acuerdo a los datos, se observa un mayor porcentaje de embarazos de alto riesgo en las áreas urbanas (70.6%).

Tabla 7 Personalizada 2

Años en Quinquenios	Edad de las niñas				Nivel de Enseñanza		Edad del Progenitor				Embarazo Deseado		Actividad de la Madre								
	12 años	13 años	14 años	%	Básic.	Media	%	-15 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	+30 años	%	Sí	No	%	Estud.	Dueña casa	Otra activ.	Sin activ.	%
Entre 1990 a 1994	0%	19,4%	80,6%	100%	94,4%	5,6%	100%	0%	41,2%	47,1%	0%	11,8%	100%	66,7%	33,3%	100%	13,9%	38,9%	2,8%	44,4%	100%
Entre 1995 a 1999	0%	14%	86,0%	100%	94,7%	5,3%	100%	3,1%	50%	31,3%	6,3%	9,4%	100%	56,7%	43,3%	100%	33,3%	49,1%	5,3%	12,3%	100%
Entre 2000 a 2004	1,9%	20%	78,1%	100%	92,4%	7,6%	100%	0%	67,2%	16,4%	6%	10,4%	100%	58,5%	41,5%	100%	54,3%	33,3%	0%	12,4%	100%
Entre 2005 a 2009	1,6%	11,5%	86,9%	100%	86,1%	13,9%	100%	4,6%	62,1%	20,7%	6,9%	5,7%	100%	51,5%	48,5%	100%	59,8%	24,6%	0%	15,6%	100%
Total	1,3%	15,6%	83,1%	100%	90,6%	9,4%	100%	2,5%	60,1%	23,2%	5,9%	8,4%	100%	55,6%	44,4%	100%	48,1%	33,4%	1,3%	17,2%	100%

- Embarazos de niñas de 12 años se registran sólo a partir del año 2000, lo que se puede relacionar con un mayor aumento en las últimas décadas del embarazo a edades más tempranas. Así también, comparando el último quinquenio con los anteriores, se aprecia un aumento del embarazo de las adolescentes de 14 años.
- Se aprecia en la tabla, un aumento de la escolaridad de las adolescentes en el último quinquenio, lo que se puede vincular con una baja en la deserción escolar como resultado de la aplicación de la Ley 19.688 sobre el derecho de estudiantes embarazadas o madres lactantes a acceder a establecimiento educacionales. Estos datos corroboran lo que se observa en la variable *actividad de la madre*; en ésta se demuestra un aumento progresivo y significativo a partir del año 2000 de la opción *estudiante*.
- En relación con el deseo de embarazo, existe un decrecimiento del deseo de embarazo vinculado a los quinquenios recientes.

Tabla 8 Personalizada 3

Edad de las Niñas	Edad del Progenitor					Embarazo de Alto Riesgo			Actividad de la Madre				Embarazo Deseado			
	-15 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	+30 años	Sí	No	%	Estud.	Dueña casa	Otra activ.	Sin activ.	%	Sí	No	%
12 años	0%	100%	0%	0%	0%	100%	0%	100%	75%	0%	0%	25%	100%	0%	100%	100%
13 años	3,2%	61,3%	25,8%	3,2%	6,5%	72,5%	27,5%	100%	50%	34%	2%	14%	100%	51,5%	48,5%	100%
14 años	2,4%	59,4%	22,9%	6,5%	8,8%	68,5%	31,5%	100%	47,4%	33,8%	1,1%	17,7%	100%	57,5%	42,5%	100%
Total	2,5%	60,1%	23,2%	5,9%	8,4%	69,6%	30,4%	100%	48,1%	33,4%	1,3%	17,2%	100%	55,6%	44,4%	100%

- De acuerdo a lo que muestra la tabla, las adolescentes de 14 años presentaron una mayor diferencia de edad con el progenitor, la que oscilaba entre los 10 y más de 20 años.
- El total de las niñas que tenían 12 años al momento de comenzar su gestación, fue calificada de alta riesgo. Disminuyendo esta tendencia progresivamente, en la medida que se aumentaba la edad de la adolescente.
- Se observa una correlación entre la opción dueña de casa y edad. Específicamente, a medida que aumenta la edad un mayor porcentaje de adolescentes declaró dedicarse a labores domésticas.
- El total de las adolescentes que tenían 12 años no deseaban estar embarazadas. Negación que disminuye en la medida que aumenta la edad.

## 1.2. Perfiles Sociodemográficos

Finalmente se construyeron perfiles sociodemográficos que permiten abarcar la diversidad del sujeto de estudio. Para ello, se utilizó la técnica estadística de análisis de conglomerados. Este tipo de análisis permite agrupar casos o variables de un archivo de datos en función del parecido o similitud existente entre ellos, es decir se utiliza la información de una serie de variables y conforme a estas variables se mide la similitud entre ellas, logrando establecer distintas unidades, que internamente son similares, pero que en comparación con las otras unidades construidas, tienen particularidades. Además, considerando que la base de datos construida posee variables de tipo numéricas y de tipo categóricas, se utiliza un tipo específico de análisis de conglomerados, denominado *en dos fases*. Este permite construir clúster con variables mixtas (numéricas y categóricas).

El análisis de clúster o conglomerados que se muestra a continuación se realizó considerando:

1. **Fuente de información:** Base de dato construida a partir de la revisión de fichas clínicas de hospitales y consultorios pertenecientes a los tres Servicios de Salud de la Región. La base de datos, como ya se ha señalado, se conformó con un total de 320 fichas clínicas.
2. **Selección de las variables:** Se consideraron las variables que permitían establecer mayor heterogeneidad, descartando aquellas que se presentan de manera más uniforme. Variables que se consideraran para construir el conglomerado:
  - Área de Residencia: Para establecer el tipo de área se consideró el registro que posee el INE de Valparaíso en la División Político Administrativa y Censal de la Región, sobre Población y Vivienda por área urbana y rural, de acuerdo al Censo 2002. Por tanto, considerando la localidad de residencia de la madre adolescente durante el embarazo y de acuerdo al registro, se procedió a categorizar el área de residencia
  - Edad de la adolescente embarazada. A pesar de que el estudio considera el tramo etáreo de 10-14, la menor edad registrada fue 12 años, por tanto, los datos oscilan entre 12 a 14 años.
  - Nivel de Enseñanza: Se considera el nivel de educación, básica o media, que la madre adolescente poseía al momento de ingreso al hospital o consultorio.
  - Actividad de la adolescente embarazada. Se considera la actividad declarada por la madre adolescente al momento de ingresar al hospital o consultorio. Esta variable está compuesta por las siguientes categorías: estudiante, dueña de casa, otra actividad (incluye actividades laborales remuneradas), sin actividad.
  - Estado Civil de la adolescente embarazada: Se considera lo declarado por la estudiante al momento de ingresar al hospital o consultorio. Las categorías que componen esta variable son: soltera, casada, conviviente.
  - Quinquenio en el que estuvo embarazada: Considera el año en que la adolescente queda embarazada, obtenido a través del FUR (fecha del último período menstrual). Dada la cantidad de años contemplados en el estudio, esta variable se dividió en los siguientes quinquenios: 1990-1994; 1995-1999; 2000-2004; 2005-2009.



Tabla 9: Distribución porcentual de variables por perfil

		Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4
Área de Residencia	Urbano	100%	100%	60.9%	97.5%
	Rural	0%	0%	39.1%	2.5%
Edad	12 años	1.8%	2.5%	0%	0%
	13 años	24.8%	13.7%	9.2%	3%
	14 años	73.4%	83.8%	90.8%	37%
Nivel de Enseñanza	Básica	100%	100%	66.7%	97.5%
	Media	0%	0%	33.3%	2.5%
Actividad	Estudiante	42.5%	63.7%	43.7%	42.5%
	Dueña de Casa	40.7%	21.3%	30%	45%
	Sin Actividad	14.1%	15%	25.2%	0%
	Otra Actividad	2.7%	0%	1.1%	12.5%
Estado Civil	Soltera	100%	100%	89.7%	0%
	Casada	0%	0%	10.3%	0%
	Conviviente	0%	0%	0%	100%
Año de embarazo agrupado en quinquenios	1990-1994	3.6%	0%	36.8%	0%
	1995-1999	35.4%	0%	15%	10%
	2000-2004	61.0%	0%	20.7%	45%
	2005-2009	0%	100%	27.5%	45%

La tabla nos muestra las tendencias que marcan cada uno de los perfiles, lo que se detalla a continuación:

**Perfil 1** integró a las madres adolescentes con residencia urbana, principalmente de 14 años, con estudios hasta la educación básica. Vinculado a la actividad desempeñada durante el embarazo, mayoritariamente eran estudiantes y dueñas de casa, así también el 100% eran solteras. Más de la mitad de los casos se concentró en el quinquenio 2000-2004, siendo la segunda concentración el quinquenio 1995-1999.

**Perfil 2** consideró casos con residencia urbana, con un mayor porcentaje de adolescentes de 14 años de edad, pero también incorpora porcentajes menores de 13 y 12 años. La actividad de la madre se muestra, al igual como la edad, como un variable con cierta heterogeneidad dado que presenta tres tendencias considerables, *estudiante*, *dueña de casa* y *sin actividad*. Por otro lado,

las adolescentes que integran este perfil declararon ser solteras y el total de los casos se concentró en el quinquenio 2005-2009.

*Perfil 3* incorporó casos con residencia urbana y rural, preferentemente de 14 años, siendo menor la integración de adolescentes de 13 años, con enseñanza básica y media. Así también, consideró todas las opciones de la variable Actividad de la madre, pero con una preponderancia en las alternativas *dueña de casa* y *estudiante*. Además, este perfil lo integraron tanto solteras como casadas y el total de los casos se distribuyó, con leves diferencias, en todos los quinquenios.

*Perfil 4* se constituyó con casos preferentemente urbanos, con un menor porcentaje de adolescentes gestantes residentes en áreas rurales, principalmente de 14 años, con actividades declaradas como *dueña de casa*, *estudiante* y *otra actividad*. El total de estas adolescentes estaba conviviendo con su pareja durante el embarazo y éste proceso se desarrolló mayoritariamente en los tres últimos quinquenios.

## 2. FACTORES PSICOSOCIALES Y CULTURALES QUE INCIDIERON EN EL EMBARAZO DE NIÑAS MENORES DE 15 AÑOS ENTRE LOS AÑOS 1990 AL 2009

### 2.1. Introducción: Trabajo de campo fase cualitativa

La fase cualitativa de este estudio, consistió en la construcción de relatos de vida de mujeres que fueron madres antes de los 15 años dentro del periodo abarcado por el estudio.

En un primer momento, el trabajo de campo se concentró en la gestión de los contactos con las mujeres que se seleccionaron de acuerdo a cada perfil, para la realización de los cuatro encuentros que consideraba todo el proceso de construcción de relatos. De acuerdo a lo planificado, la meta era contar con un total de 8 relatos de vida, de los cuales dos casos correspondían al perfil uno, un caso al perfil dos, tres casos al tercer perfil y dos al cuarto.

A continuación se describirá el trabajo de campo, las estrategias metodológicas seguidas para acceder a las mujeres que dieron su testimonio, identificando las dificultades que se presentaron y algunos lineamientos de los pasos que se llevaron a cabo para cumplir con lo establecido.

#### 2.1.1. Características de las mujeres entrevistadas

La construcción de cuatro perfiles sociodemográficos en base a seis variables básicas (área de residencia, edad de la adolescente en su primer embarazo, nivel de enseñanza, actividad, estado civil de la adolescente embarazada y quinquenio en el que se embarazó) tuvo por objetivo orientar la selección de mujeres siguiendo un criterio de diversidad.

Las variables incluidas en cada perfil, en general, se cumplieron, con algunas variaciones menores que no afectaron la globalidad del perfil, por lo tanto se logró construir relatos de vida de mujeres con diferencias en la zona de residencia, en la edad de su primer embarazo, en el período de tiempo en que se ubica la experiencia, entre otras. Más allá de aquellas categorías básicas,

la mayoría de las informantes provienen de un nivel socioeconómico bajo, han seguido teniendo hijos/as, postergando proyectos de desarrollo personal y es poco común que permanezcan con el padre del/a primer/a hijo/a.

La estrategia definida para llegar a las mujeres que serían nuestras informantes consideraba obtener la colaboración de personal de salud, ya sea, de hospital o de consultorio, para mediar entre ellas y los/as investigadores/as y así minimizar rechazos. Si bien se contó con la colaboración de la mayoría de los establecimientos a los cuales se acudió para este fin, y en algunos casos el contacto fue hecho por personal de salud, se optó también por generar el contacto en forma directa pero con la venia del servicio correspondiente, para agilizar el proceso. Llegar a las 8 informantes no fue un proceso desprovisto de dificultades, más bien fue lento, debido a que cada persona contactada se tomaba al menos una semana para responder o concretar una cita, y en la base de datos original, alrededor de un 60% el número telefónico era incorrecto o desactualizado, luego hubo cerca de un 25% de rechazos y/o deserciones. Estos últimos, se debían a falta de tiempo, enfermedad del hijo/a o algún otro familiar o a una resistencia a recordar experiencias poco agradables.

A continuación se presenta un cuadro resumen con la caracterización básica de las mujeres seleccionadas y mencionando la forma en que se tomó contacto.

Tabla 10: Cuadro comparativo de las características de las informantes

Perfil	Características originales	Mujeres entrevistadas	Forma de contacto	Comuna
Perfil 1 A	Área de residencia urbana, 13 años, estudiante, educación básica, soltera, quinquenio 1995-1999	Residencia urbana, 13 años, estudiante, educación básica, soltera, quinquenio 1995-1999 (año 1998)	Contacto directo	San Antonio
Perfil 1 B	Área Residencia urbana, 14 años, dueña de casa, educación básica, soltera, quinquenio 2000-2004	Residencia urbana, 14 años, estudiante, educación básica, soltera, quinquenio 2000-2004 (año 2000)	Contacto directo	San Antonio
Perfil 2	Área residencia urbana, 12 años, estudiante, educación básica, soltera, quinquenio 2005-2009	Residencia urbana, 12 años, estudiante, educación básica, soltera, quinquenio 2005-2009 (año 2007)	Consultorio Bellavista	San Antonio
Perfil 3 A	Área residencia rural, 13 años, estudiante, educación básica, soltera, quinquenio 2000-2004	Residencia rural, 14 años, estudiante, educación básica, soltera, quinquenio 2005-2009 (año 2005)	Contacto directo	Calle Larga
Perfil 3 B	Área residencia urbana, 14 años, dueña de casa, educación media, casada, quinquenio 1990-1994	Residencia urbana, 14 años, estudiante, educación básica, soltera, quinquenio 1990-1994 (año 1992)	Contacto directo	Valparaíso
Perfil 3 C	Área residencia urbana, 13 años, sin actividad, educación básica, casada, quinquenio 1990-1994	Residencia urbana, 14 años, sin actividad, educación básica, casada, quinquenio 1990-1994 (año 1992)	Contacto directo	Valparaíso
Perfil 4 A	Área residencia urbana, 14 años, dueña de casa, educación básica, conviviente, quinquenio 2000-2004	Residencia urbana, 14 años, dueña de casa, educación básica, soltera, quinquenio 2000-2004 (año 2001)	Contacto directo	Valparaíso
Perfil 4 B	Área de residencia rural, 14 años, dueña de casa, educación básica, conviviente, quinquenio 1995-1999	Residencia rural, 14 años, actividad laboral, educación básica, conviviente, quinquenio 1995-1999 (año 1995)	Consultorio Llay- llay	Llay- llay

## 2.2. Formulación de categorías

A partir de los relatos y tras la revisión y análisis por parte del equipo de investigación de todos los relatos de vida, se decidió trabajar en torno a las siguientes categorías de análisis:

1. Nivel Socioeconómico
2. Redes Sociales
3. Construcciones de Género
4. Construcción Identitaria
5. Sexualidad
6. Historia reproductiva

Estas categorías se encuentran de manera transversal en los relatos, no obstante sus contenidos no necesariamente son similares, más bien en algunos de ellos encontramos diferencias significativas dado que las situaciones de vida de cada una de estas mujeres es particular, a pesar de que comparten ciertos condicionamientos que se hallan en el devenir de todas ellas.

En el análisis de cada una de estas categorías se despliegan los distintos factores culturales, psicosociales que emergen como elementos que incidieron de manera directa o indirecta en el embarazo precoz.

### 2.2.1. Condiciones Socioeconómicas

Como se ha señalado a lo largo del informe, son múltiples los factores que interactúan en el embarazo de niñas menores de 15 años. Sin embargo, en el marco de esta categoría, se buscará profundizar el análisis focalizándonos en las condiciones socioeconómicas de las familias de las niñas, entendiendo estas como los escenarios materiales y las capacidades instaladas en las familias para generar recursos y satisfacer las necesidades básicas de sus integrantes.

Cabe destacar al analizar los casos estudiados, que estos escenarios materiales, capacidades y recursos familiares se manifiestan como condiciones relativamente dinámicas<sup>19</sup> y no como estados existenciales inmodificables (1). De esta manera, los contextos marcados por la precariedad que muchas de las niñas experimentaron durante su infancia, difícilmente permanecen inmutables con el correr de los años, suelen mejorar o empeorar con el tiempo.

Así, un aspecto interesante que es posible identificar al analizar los casos, es que las causas de estos cambios en las condiciones socioeconómicas pueden ser tanto externas como internas al grupo familiar. Dicho de otro modo, el mejoramiento o empeoramiento de las condiciones de vida de las familias se puede asociar tanto a factores provenientes del entorno o contexto de las familias –despidos o inestabilidades laborales, etc.–, como a situaciones internas –fallecimiento de un miembro de la familia, enfermedad grave de la persona que cumplía el rol de proveedor/a, etc.–.

Otro aspecto general que es relevante de considerar, es que en muchos de los casos, es posible identificar la existencia de ciclos económicos en la vida de las familias, normalmente asociados a periodos de tiempo de trabajo u ocupación intensos, que se manifiestan en periodos de relativa

19 Relativamente dinámicas, ya que a lo largo de las historias personales y familiares es posible identificar matices y cambios, pero en ningún caso fue posible identificar un cambio radical de su condición socioeconómica original.

bonanza económica, y otros de desempleo o subocupación, que se vinculan a momentos de mayores dificultades y carencias económicas. De este modo, al analizar las trayectorias de algunas niñas es posible identificar la vivencia familiar de ciclos económicos, experimentados por ellas como oscilaciones recurrentes e históricas a nivel de los recursos disponibles para el sostenimiento de los hogares.

Ahora, al analizar las historias de vida a partir de la dimensión socioeconómica, es posible identificar en los relatos algunos factores recurrentes, circunstancias o situaciones que condicionarían o aumentarían las probabilidades de embarazo en niñas menores de 15 años.

Además, si bien es posible identificar algunas diferencias o matices en las historias al momento de analizar esta categoría, en su gran mayoría provienen de familias en situación de vulnerabilidad, entendidas estas como grupos de personas vinculadas afectivamente y/o históricamente que comparten un presupuesto común y que presentan limitaciones para insertarse plenamente en la estructura laboral (mínima escolaridad, falta de especialización o formación en oficios), cierta fragilidad para adaptarse a los cambios de su entorno (pérdida del empleo de la persona que cumple el rol de proveedor/a) o a los eventos vitales (fallecimientos o enfermedades de integrantes activos económicamente) a los cuales se encuentran expuestos. Esta situación genera que el limitado bienestar familiar sea vivido desde la inestabilidad que implica el estar de una u otra manera sujeto a que las condiciones que lo generaron no cambien.

De este modo, algunos de estos factores sociales, que se cristalizan de formas diversas en cada uno de los casos, y que a continuación se analizan en detalle, son la pobreza –y en ocasiones su manifestación más dura, la pobreza extrema– y la marginalidad social, en la cual la gran mayoría de las familias estudiadas viven o han vivido en algún momento de su historia. Si bien, estos procesos –pobreza y marginalidad social– son dinámicos, es decir, pueden cambiar en algunos periodos o momentos de la vida de la familia, entre los casos analizados no se identificó ninguno que experimentara en el marco de su trayectoria una modificación sustantiva relativa a los escenarios materiales y recursos disponibles por las familias de origen. A nivel de las capacidades, si bien, los/as integrantes más jóvenes de los grupos familiares tienen un nivel educativo superior al de sus padres, madres o adultos/as que los/as criaron y cuidaron durante su desarrollo, esta situación no se traduce en una mayor generación de ingresos económicos o en un notorio mejoramiento de su calidad de vida.<sup>20</sup> De este modo, se observa que si bien las familias disponen de mayores capacidades, estas no logran generar cambios estructurales que mejoren sus condiciones de vida.

#### a. Pobreza

Una de las primeras conceptualizaciones de pobreza elaborada por la CEPAL, la describía como «un síndrome situacional en el que se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inserción inestable en el aparato productivo, actitudes de desaliento y anomia, poca participación en los mecanismos de integración social y quizá la adscripción a una escala particular de valores, diferenciada en alguna medida de la del resto de la sociedad» (2).

20 Del mismo modo, tampoco es posible identificar una relación entre un nivel educacional más alto de los nuevos integrantes y un mejoramiento de las dinámicas familiares. De esta manera, muchos de los problemas de comunicación y las situaciones de violencia observadas en algunas familias tiene un carácter transgeneracional.

De acuerdo a la Conferencia de Recife, la pobreza urbana es también una condición variable y multidimensional, vinculada a influencias culturales, sociales y locales, comprendida subjetivamente y vivenciada de modo diferente por los pobres según su edad, sexo, origen étnico y aptitudes (3).

Más recientemente, la CEPAL ha definido la pobreza como «el resultado de un proceso social y económico —con componentes culturales y políticos— en el cual las personas y los hogares se encuentran privados de activos y oportunidades esenciales por diferentes causas y procesos, tanto de carácter individual como colectivo, lo que le otorga un carácter multidimensional». Así, además de la privación material, la pobreza comprende dimensiones subjetivas que van más allá de la subsistencia material (4).

Desde esta última conceptualización, algunas de las características relativas a la pobreza identificada en las historias de vida, son las siguientes:

**Inestabilidad e inseguridad crónica de empleo e ingresos:** Una de las situaciones encontradas en la mayoría de los casos (salvo el de Pamela en que su padre era profesional y siempre tuvo un trabajo estable) y que es coherente con lo planteado por Lomnitz en su clásico estudio sobre *Como viven los marginados*, es la condición de inestabilidad e inseguridad crónica de empleo y de ingresos (5) de los integrantes de los grupos familiares a cargo de proveer los recursos para su subsistencia y la satisfacción de las necesidades básicas de sus miembros.

**Padres y/o adultos a cargo del cuidado y la crianza con baja escolaridad:** Salvo el caso de Pamela e incluyendo los casos de las mujeres más jóvenes (Natalia, de 19 años y Joana de 15 años de edad), todas tienen o tuvieron padres o adultos responsables con baja escolaridad (educación básica incompleta).

*«... la infancia de mi papá también fue dura por eso mi papá era así como era porque ni siquiera tenía zapatos ellos, porque los papás no se preocupaban de eso, se criaron como unos animalitos mi papá no sabía ni leer, ni firmar ni una cosa entonces por eso yo digo que ellos eran así duros con uno, actualmente casi no hay papás casi así tan estrictos como eran ellos» (Rosa, 30 años de edad).*

Padres y/o adultos proveedores empleados en trabajos no calificados y/o de baja remuneración: De este modo, muchos de los padres, madres y/o adultos/as proveedores/as se desempeñan en trabajos en los cuales no han tenido una preparación previa, de los cuales obtienen un nivel de ingresos limitado que dificulta cubrir adecuadamente las necesidades básicas de la familia.

*«... mi mami trabajaba en pescados, tenía un puentecito para vender pescado ahí trabajábamos las dos en realidad, yo era la que más le ayudaba a trabajar» (Valeria, 26 años de edad).*

**Falta de servicios básicos y condiciones de habitabilidad en las viviendas:** Muchas de las mujeres durante su infancia vivían en condiciones de hacinamiento y/o en viviendas que no disponían de los servicios básicos: Agua potable, alcantarillado, etc.

*«... había un baño químico de esos de pozo, tenía que hacer todas mis necesidades ahí, bañarse con un balde...» (América, 24 años de edad).*

«Mi papá cuida la cancha, la riega, corta el pasto, limpia los camarines, todo, pero no es la casa que a mí me gustaría, que yo quiero tener no, porque es una casa que se ha armado de a poquitito, de muy poco, es una casa que tiene una plancha de madera como una muralla y así de a poquitito, ahora pinté mi pieza, está encerada, pero la ventana está rota, las juntas de las paredes están separadas igual se entra el viento, el frío, la conexión de luz igual está mal puesta, son dos piezas grandes más living comedor, la cocina y un cuarto y afuera está el lava mano... y es todo de a poquitito que se ha armado, no es una casa sólida» (Natalia, 19 años de edad).

**Jefaturas de hogar femenina:** En varios de los casos estudiados (Rosa y Joana, por ejemplo) la persona que cumple el rol de proveedor y sostén económico del hogar, es la madre y/o mujer a cargo de los/as niños/as. En estos casos, en donde es frecuente que exista un padre ausente (ya sea completamente o por periodos recurrentes), negligente o con algún tipo de problemática médica (que determina su invalidez) o psicosocial (alcoholismo), se observa una condición de pobreza más extrema, ya que la madre o mujer a cargo de la niña debe trabajar para generar los ingresos económicos para sostener la familia, pero al mismo tiempo, debe asumir en soledad las tareas asociadas al espacio doméstico y a los cuidados y crianza de los niños y niñas.

De este modo, considerando las condiciones de pobreza en las cuales se desarrollaron las adolescentes y mujeres, y adaptando el modelo de Chambers (6) sobre la red de desventajas que presenta la pobreza para quien la experimenta, es posible identificar en sus historias y experiencias los siguientes factores que inciden en el embarazo antes de cumplir los 15 años de edad:

- *Limitadas capacidades socioeducativas en los padres, madres y/o adultos/as a cargo*
- *Cotidianidad familiar centrada en la sobrevivencia*
- *Hacinamiento*
- *Deserción del sistema educativo*
- *Condiciones materiales precarias:* mala calidad de la vivienda, falta de servicios básicos, insuficiente inmobiliario y equipamiento, etc.

#### b. Marginalidad Social

La marginalidad social como factor que podría favorecer el embarazo en la adolescencia que va entre los 10 y 14 años, la entendemos como todas aquellas circunstancias o situaciones experimentadas por las adolescentes y mujeres durante su infancia asociadas a las condiciones ecológicas o espaciales a partir de las cuales se desarrollaron y donde sus grupos familiares operaban cotidianamente, las que de una u otra manera, incidían en su calidad de vida y/o en su bienestar.

En este caso, la marginalidad no consiste en una «... no pertenencia a la sociedad, ni en una falta de integración genérica a ésta, sino a un modo de pertenencia y de participación en la estructura general de la sociedad» (7). De este modo, «el supuesto común de cualquier definición de marginalidad no es la simple falta de participación o ejercicio de roles en forma indeterminada o en esferas dadas de la actividad humana, sino la falta de participación en aquellas esferas que se consideran deberían hallarse incluidas dentro del radio de acción y/o de acceso del individuo



o grupo. Es decir, el juicio de marginalidad se realiza sobre la base de la comparación entre una situación de hecho y un deber ser» (8).

Cabe destacar, que si bien, es posible identificar algunas diferencias entre las cualidades y vivencias ligadas a los casos de adolescentes y mujeres que residían en zonas rurales y urbanas (así, mientras en los casos de zonas rurales primaban los obstaculizadores relativos a la conectividad con zonas urbanas y el acceso a servicios; en las zonas urbanas predominaban los asociados a la pertenencia a grupos de población estigmatizada y a la exposición constante a contextos de riesgo), podemos señalar que en su gran mayoría «la marginalidad es una característica de posiciones sociales que resulta del efecto combinado de tres elementos: metas culturales, acceso a medios para alcanzar esas metas y capacidades de los individuos que ocupan esas posiciones» (9).

De este modo, al vivenciar la condición de marginalidad y con el objetivo de enfrentar las necesidades del grupo familiar, algunas familias en sus contextos existenciales son capaces de generar o implicarse en «... redes de intercambio recíproco de bienes y servicios. Estas redes representan de hecho un sistema de seguro cooperativo informal... Además, las redes otorgan un apoyo emocional y moral al individuo marginado, y centralizan su vida cultural, frente a la virtual ausencia de cualquier otro tipo de participación organizada en la vida de la ciudad o la nación» (5). Aquellas familias que no logran participar de este tipo de redes, ya sea por incapacidades por propias o por características del entorno, al no tener los recursos necesarios ni la seguridad económica para satisfacer las necesidades del grupo, tienden a vivir situaciones de marginalidad extrema fundadas en una especie de aislamiento social familiar.<sup>21</sup>

En este contexto, algunas de las características derivadas de la marginalidad social en la que se encontraban las familias de origen durante la infancia de las mujeres, son las siguientes:

*Residencia en zonas rurales alejadas de centros de provisión de servicios:* En el caso de las adolescentes y mujeres que crecieron en sectores rurales sus relatos dan cuenta de diversas situaciones de precariedad en el acceso a bienes y servicios. Así las posibilidades de acceder a escuelas y servicios de salud son limitadas e igualmente se resienten las posibilidades de contar con bienes de consumo cultural y recreativo.

*«Yo quiero irme de este pueblo de mierda, porque yo vivo en un pueblo fantasma, falta la pura rueda de paja que pasa en los pueblos fantasmas de la tele...»* (Natalia, 19 años de edad).

*Residencia en zonas urbanas con alta percepción de violencia y delincuencia.* En la mayoría de los relatos de adolescentes y mujeres con residencia en zonas urbanas, es recurrente el fenómeno de la violencia y la delincuencia como característica de su espacio comunitario, lo que genera tensión, miedo y aislamiento, condicionando las posibilidades de ampliar o fortalecer sus redes sociales de apoyo.

*«El pasaje de arriba de nosotros y en la esquina también es súper peligroso, los disparos se escuchan todos los días, las peleas arriba, en el pasaje de arriba...»* (Joselyn, 24 años).

21 Cabe destacar que al analizar la categoría de redes sociales se profundizará más sobre este aspecto de la vida de las familias.

*Vínculos sociocomunitarios precarizados y pérdida de identidad colectiva.* En relación con el punto anterior, en la medida que la vida en comunidad se asocia a situaciones de violencia e inseguridad, los vínculos sociales y comunitarios se resienten, lo que se ve reflejado en los relatos con una ausencia de participación en organizaciones sociales, culturales o deportivas y una identificación negativa con el sector de residencia, esto conlleva aislamiento social y refugio en la familia, espacio donde se trata de recrear los vínculos comunitarios, ya sea con la familia extensa o con relaciones que surgen a partir de vínculos familiares indirectos.

De este modo, considerando la condición socioeconómica de marginalidad social en las cuales se desarrollaron adolescentes y mujeres, es posible identificar en sus historias y experiencias los siguientes factores que podrían favorecer el embarazo en la adolescencia de niñas menores de 15 años:

- *Problemas de acceso a instituciones educativas o de salud*, lo que dificulta el control médico y la entrega de información preventiva.
- *Aislamiento social* que limita la posibilidad de contar con redes sociales de apoyo que suplan limitaciones de su entorno familiar.
- *Trabajo infantil o participación activa de la niña en el trabajo de la madre*, limitando sus expectativas y espacios de desarrollo.

## Referencias bibliográficas

- (1) Arriagada, Irma, «Dimensiones de pobreza y políticas sociales», Santiago de Chile, borrador. 2003
- (2) Altimir, Oscar, «La dimensión de la pobreza en América Latina», *Cuadernos de la CEPAL*, Nº 27, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile. 1979.
- (3) Foro Internacional de Pobreza Urbana (FIPU). *Urban poverty: a world challenge. The Recife declaration*. París: United Nations Centre for Human Settlements 1996
- (4) CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), Panorama social de América Latina y el Caribe 2002-2003 (síntesis) (LC/G.2209-P/E), Santiago de Chile
- (5) Lomnitz, Adler de Larissa. 1989. *Cómo sobreviven los marginados*. México: Editores Siglo XXI. 2003b
- (6) Chambers, R., «Participation, pluralism and perceptions of poverty», documento preparado para la conferencia sobre «The many dimensions of poverty», Brasil, agosto, <http://www.undppovertycentre.org/md%2Dpoverty/papers/Robert.pdf> 2005
- (7) Romano, M. De Tobar y Soubie, E. Marginalidad y alienación en la clase obrera. En clase obrera y migraciones. Buenos Aires. CEUR. Instituto Di Tella. 1969
- (8) Germani, Gino. Sobre algunos aspectos teóricos de la marginalidad. Documento preliminar presentado al Seminario sobre marginalidad en América Latina, Santiago de Chile, Noviembre, BID-PLANDES. 1970
- (9) Kaztman, R. Marginalidad e Integración Social en Uruguay. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. Oficina de Montevideo. En el marco del Proyecto URU/96/760, «Informe Nacional de Desarrollo Humano», que ejecuta el Programa FAS (Oficina de Planeamiento y Presupuesto), con el apoyo financiero del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 1996.

## 2.2.2. Redes Sociales

En el marco de esta categoría, se buscará profundizar el análisis focalizándonos en el tipo y cualidades de las relaciones sociales que establecieron las mujeres y sus familias durante su infancia. De esta manera, la categoría de redes sociales la entendemos como el *proceso asociado al manejo de las interacciones y relaciones sociales que establecen las niñas y sus familias a nivel de dinámica familiar, redes sociocomunitarias y vinculación con la red institucional*.

Cabe destacar a nivel general, que al analizar los casos estudiados, estas interacciones y relaciones sociales presentan un tamaño reducido y se tienden a focalizar en la familia y en el vecindario. De este modo, el carácter concentrado y homogéneo de las redes disponibles por las familias y las mujeres durante su infancia, dificulta su estabilidad, permanencia y subsistencia frente a la vivencia de eventos problemáticos experimentados por las familias a lo largo de su historia (1).

Respecto a dichos eventos problemáticos experimentados por las familias, estos pueden ser *eventos normativos (transitorios)*, los que están determinados por los momentos críticos que vivencia la familia dentro de su desarrollo evolutivo normal (al pasar de una etapa de su ciclo de desarrollo a otra: matrimonios, nacimientos, etc.); o *paranormativos*, es decir, situaciones o hechos accidentales, que no tienen que ver con el normal desarrollo de la familia, que generan crisis en las dinámicas internas y en las relaciones que los/as integrantes establecen con el exterior (2).

Como señala la literatura y como fue posible identificar en los casos, estos eventos paranormativos pueden significar para las familias diversas dificultades y problemas para la estabilidad, permanencia y subsistencia de sus redes sociales (ya sea a nivel de dinámica familiar, relaciones sociocomunitarias o en su vinculación a redes institucionales), por ejemplo, pueden generar: 1) crisis por incremento: cuando se producen problemas y dificultades vinculadas a la incorporación de miembros a la familia (adopciones, llegadas de familiares, etc.), 2) crisis por desmembramiento: cuando los hechos vitales constituyen la separación de algún integrante del grupo o la dispersión de la familia (separaciones, muertes, reclusión de un miembro de la familia), 3) crisis de desorganización: cuando obstaculizan la dinámica familiar y provocan desajustes y desorganización (separación, accidentes, enfermedades psiquiátricas) y 4) crisis por desmoralización: cuando el evento constituye hechos que rompen con las normas y valores de la familia (delincuencia, embarazo adolescente, infidelidades, etc.).

Cabe destacar que la magnitud de los impactos de estos eventos, las debilidades que provocan a nivel de las redes sociales y la intensidad de las crisis familiares que generan, siempre es relativa, ya que tienen una expresión particular en cada familia en relación a su historia, a sus dinámicas internas, a la significación que se le asigna al evento, y a los recursos con que cuenta para hacerle frente (2). Sin embargo, en gran parte de los casos analizados fue posible identificar claras incapacidades o dificultades para poder ajustarse, adaptarse y/o reacomodarse luego de la ocurrencia de algunos de estos eventos. De esta manera, no es extraño identificar procesos de desvinculación progresiva en las historias de las niñas-mujeres con sus redes familiares y comunitarias de origen (ya sea gatillado por un conflicto familiar o por un cambio de domicilio).

Respecto al tipo de lazos que se establecen, tienden a primar tanto a nivel familiar, sociocomunitario e institucional, los vínculos instrumentales —es decir, los generados para la resolución de un problema o dificultad puntual—, quedando los afectivos reducidos a un radio circunscrito a la familia nuclear (incluso hay casos que no existe este tipo de lazo ni siquiera en este contexto) y/o

a una o dos personas externas al grupo (no obstante, fue frecuente encontrar casos en donde las niñas y sus familias no establecían vínculos significativos con personas externas al grupo).

A continuación, se presentarán los resultados asociados al análisis de las tres subcategorías que componen el constructo teórico de redes sociales utilizado en este estudio: *dinámica familiar*, *redes sociocomunitarias* y *vinculación con instituciones*; con el objeto de examinar el peso relativo de los contextos, dinámicas, interacciones y relaciones sociales en el embarazo de niñas menores de 15 años de edad.

#### a. Dinámica Familiar

Por dinámica familiar se entiende al *proceso asociado al manejo de las interacciones y relaciones de los miembros de una familia que estructuran una determinada organización al grupo, estableciendo para el funcionamiento de la vida en familia normas que regulen el desempeño de tareas, funciones y roles; es además, una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.*

De este modo, algunas características de las dinámicas familiares identificadas en los casos, se asocian a las formas de estructuración de la familia y a los procesos de interacción generados entre sus integrantes.

#### *A Nivel de la Estructuración Familiar*

Por estructuración familiar, se entiende a la organización particular y relativamente estable que asumen los grupos familiares en los cuales se encuentran insertas las niñas durante su infancia y antes de su embarazo.

De este modo, algunas de las características problemáticas de la estructuración familiar identificadas en los casos estudiados, son las siguientes:

*Familias con problemas de límites.* Uno de los factores que obstaculiza un adecuado funcionamiento familiar y que es posible observarlo en algunos de los casos estudiados, es el problema de límites entre los subsistemas: conyugal, parental y fraternal (3). Para que el funcionamiento familiar sea adecuado y no genere dificultades para el desarrollo del grupo y sus integrantes, los límites de los subsistemas deben ser claros. De este modo, es posible identificar en el análisis de los casos, familias aglutinadas (como los casos de Joselyn y América) con límites difusos, en donde la conducta de uno/a de sus miembros, afecta inmediatamente al todo. Incluso, la identidad individual esta marcada o queda supeditada a la grupal y las relaciones sociales de sus integrantes tienden a circunscribirse al grupo familiar.

*«... todas hemos pasado por cosas de engaño, a todos nos ha pasado lo mismo... Somos 5 mujeres, pero siempre nos hemos criado juntas, entre nosotras nos contamos las cosas no tenemos amigas, hemos tenido y la verdad es que no han pagado muy bien, preferimos entre nosotras no más, han tenido amigas y la verdad es que no sé, nos contaban cosas y después ellas las transformaban eran como envidia...» (Joselyn, 24 años de edad).*

Del mismo modo, también fue posible reconocer entre los casos (como en Natalia, por ejemplo), familias desligadas con predominio de límites rígidos y una comunicación casi inexistente entre sus integrantes. En estos grupos es posible observar una clara individuación de sus integrantes, incluso se podría plantear un desproporcionado sentido de independencia y, en ocasiones, una carencia de sentimientos de lealtad y pertenencia.

*Falta de cohesión entre los integrantes del grupo familiar:* La cohesión familiar se entiende como el vínculo emocional y autonomía existente entre los integrantes de la familia (4). En algunos de los casos fue posible identificar claramente una ausencia de este tipo de lazos y vínculos afectivos.

*«... el fin de semana mi mamá nos hacía alguna comida, no, nunca tuvimos problemas de que pasáramos hambre alguna cosa nada de eso porque en la casa nunca faltó pero si no había unión, cariño entre mi papá y mi mamá y teníamos que andar por otras casas de repente, buscando, en otras casas eran felices y una podía ser feliz ahí, en mi casa no había eso, no había amor» (Valeria, 26 años de edad).*

En ocasiones, esta situación generaba que frente al primer evento problemático las familias tendieran a desintegrarse, a partir de una especie de fuerza centrífuga acumulada durante los años. De este modo, más que existir vínculos afectivos que fomentaran la unión del grupo, existían lazos instrumentales centrados en la subsistencia frágiles, que tendían de forma latente al distanciamiento, los que se manifestaban a partir de un evento problemático, un conflicto o una crisis familiar.

Esta situación se expresaba en los grupos familiares en los cuales vivieron su infancia las mujeres entrevistadas y se manifestaba en una dispersión temprana del grupo familiar a partir de un conflicto o problema, la ausencia de la madre y/o el padre, despreocupación y negligencia parental, la entrega de los/as niños/as a una o varias personas conocidas (vecinos/as, familiares, etc.).

*Movilidad de las niñas por distintos grupos familiares:* Gran parte de los relatos analizados tuvieron durante sus infancias distintos/as adultos/as encargados/as de su crianza y cuidado. De este modo, ya sea, por largos periodos de tiempo (en los casos que las niñas fueron entregadas a familiares y/o vecinos/as), durante el día (cuando por motivos laborales debían dejar a la niña con un/a vecino/a o familiar para poder ir a trabajar) o por algunas épocas (cuando el padre o la madre se debían ir a trabajar por una temporada fuera de la comuna y/o región), las niñas estuvieron bajo la tutela de distintos/as adultos/as, lo que, en algunos casos y como se verá más adelante, significó para ellas la exigencia de deber adaptarse a modelos de crianza heterogéneos (pasar de un modelo de crianza restrictivo-autoritario a uno mucho más permisivo), y en ocasiones, impidió la generación de vínculos afectivos estables con sus adultos/as a cargo

*«Esa y aparte que yo andaba donde mi abuelo, después en Viña, primero vivimos en Los Andes, después nos fuimos a Santiago, de Santiago me fui pa Viña, de ahí me fui para donde mi abuelo, de a donde mi abuelo donde mi papá, como que era muy poco estable...» (Natalia, 19 años de edad).*

## A Nivel de los Procesos de Interacción entre los/as Integrantes de las Familias

Asociado a estas formas de estructuración familiar, se encuentran los procesos de interacción entre los/as integrantes de las familias, los que en el marco del presente análisis se entienden como las cualidades de las relaciones y el funcionamiento interno de los grupos familiares en los cuales se encuentran insertas las niñas durante su infancia y antes de su embarazo.

De esta manera, algunas de las cualidades problemáticas identificadas en los procesos de interacción de los integrantes de las familias de las niñas, son las siguientes:

**Distanciamiento afectivo entre los integrantes del grupo familiar.** En la mayoría de los casos fue posible reconocer algún tipo de distanciamiento afectivo entre la niña – mujer y uno de sus progenitores. De este modo, pudo constatarse la existencia de relaciones conflictivas entre la niña y su madre, padre o adulto/a encargado de su cuidado y crianza.

*«Yo estoy como bien resentida con ella, porque cuando vivíamos con mi abuelo, una vez nosotros le dijimos que queríamos irnos con ella por dos días, por un fin de semana, y mi abuelo dijo ya, si quieren irse con su mamá yo les pago el pasaje para que se vayan, y mi mamá nos dice no, y nosotros dijimos ¿por qué?, Porque yo prefiero mi vida con mi pareja que estar con ustedes, porque ustedes me van a hacer puros problemas con él... no te la puedo evaluar como madre porque pa mi no es una mamá, no te puedo decir no ella es bakán, porque yo nunca la he tenido presente como madre...» (Natalia, 19 años de edad).*

**Conflictos familiares latentes.** Normalmente estos conflictos se observaron en los casos asociados a familias aglutinadas que viven situaciones de hacinamiento, en donde existen límites difusos entre sus integrantes y las relaciones sociales se focalizan casi exclusivamente hacia el interior del grupo. Los conflictos que fue posible identificar fueron infidelidades endogrupales (es decir con integrantes de la familia extensa, con cuñadas, por ejemplo) y vidas paralelas (es decir, normalmente padres que tenían fuera del grupo familiar una relación paralela con o sin hijos/a).

**Parentalización de niños/as del grupo familiar.** En la mayoría de los relatos (en el de Valeria, Rosa y Silvia, por ejemplo) fue posible identificar en las infancias de las niñas que en algún momento de la historia de las familias se le asignó un rol parental a un hijo/a o niño/a del grupo familiar. Esta situación implicó, a partir de diversas causas y circunstancias (porque los/as adultos/as no estaban en todo el día en el hogar, por ejemplo), que un niño o niña asumiera un rol adulto, transgrediendo lo que suele denominarse «frontera generacional». De este modo, fue posible identificar casos en los cuales a los nueve años, niñas tuvieron que hacerse cargo de las labores domésticas, niños que a los doce años comenzaron a quedar a cargo de sus hermanos y hermanas.

**Problemas de salud de el/la o los adultos a cargo.** Del mismo modo, algunas de las familias de las niñas, presentaban a uno o más de los/as integrantes adultos/as con problemas a nivel de salud mental (normalmente depresiones, como en el caso de Joselyn), con alguna enfermedad física inhabilitante (en el caso de Joana) y/o con algún tipo de adicción (en el caso de Valeria).

*«... sufría mucho mi mamá, incluso casi tuvieron que llevársela al manicomio, estuvo a punto de volverse loca... lo que pasa es que mi papá era súper bueno pa andar leseando, tenía muchas mujeres...» (Joselyn, 24 años de edad).*

Este tipo de situaciones es difícil distinguir las y posicionarlas, ya sea, a nivel de causas de otros fenómenos (fuente generadora de dinámicas) o como efecto de situaciones preexistentes en la realidad de las familias (resultado de dinámicas familiares), ya que normalmente presentan esta dualidad. De este modo, muchas veces pueden ser gatilladas por disfuncionalidades familiares anteriores (especialmente en el caso de depresiones), así como también suelen generar una serie de problemáticas y dificultades para el grupo familiar (económicas, por ejemplo).

De esta manera, para los/as integrantes de los grupos familiares que presentan estas problemáticas, las familias no constituyen un contexto de protección que mitiga el estrés causado por factores externos, si no más bien, las mismas familias se configuran como un agente generador de estrés para sus integrantes. De este modo, la familia y su funcionamiento se pueden constituir en un factor que afecte la salud y el bienestar de sus integrantes (5).

*Dinámicas de violencia y/o abuso:* Si bien, en gran parte de las historias, las niñas fueron testigos o experimentaron directamente algún tipo de violencia a lo largo de sus trayectorias vitales, en algunos casos fue posible reconocer formas de violencia graves, como la existencia de situaciones de abuso sexual, específicamente violación (en Natalia a los 8 - 9 años de edad y en América a los 13 - 14 años) y/o violencia física y psicológica reiterada contra las niñas al interior de las familias (En el caso de Valeria).

En los dos casos en que fue posible identificar violación, se trataba de personas con las cuales las niñas tenían una relación afectiva previa: una con su abuelo y otra con su primo. En la primera, la diferencia de edad estaba clara, mientras que en la segunda, los dos eran menores de edad, aunque el tenía unos tres años más que ella.

*Modelos de crianza restrictivos y autoritarios o permisivos.* Las prácticas de crianza son las formas y procedimientos utilizados por los padres y madres (y en general la estructura familiar) que «orientan el desarrollo del niño/a y le transmiten un conjunto de valores y normas que facilitan su incorporación al grupo social» (6). De manera simple, las prácticas de crianza son todas las conductas o comportamientos ejecutadas por los padres, madres o personas a cargo del cuidado del niño/a para dar respuesta cotidianamente a sus necesidades (7). En este contexto, fue posible reconocer en las familias de las niñas dos estilos de crianza que las investigaciones especializadas indican como riesgosos para su desarrollo (6): el autoritario y el permisivo.

El modelo autoritario identificado en las historias de las niñas, se caracteriza por presentar un excesivo control sobre sus conductas y un escaso nivel de comunicación y afecto explícito (8). De este modo, lo normal es que predomine la existencia de abundantes y rígidas normas y la exigencia de una obediencia extremadamente estricta (op.cit.), para lo cual suelen hacer uso del castigo físico.

*«... él igual era así como bien autoritario, no te dejaba tener amigas, amigos, no te dejaba salir, peleaba con mi mamá, le sacaba la cresta a mi mamá, entonces igual todo eso igual te afectaba de repente como quería salir arrancando de la casa» (Valeria, 26 años de edad).*

*«... no me dejaban salir a ningún lado, estaba como súper encerrada, yo no tenía amigas, no tenía nada... 15 para las 9 yo tenía que estar con pijama y acostada, o sea más allá no me dejaban estar, igual que para ver tele también, me acuerdo que todo era como bien estricto por parte de mi tía y de mi tío» (Silvia, 32 años de edad).*

En este contexto, diversas investigaciones (9) han demostrado que los estilos y modelos autoritarios restrictivos tienden a presentar dificultades para el desarrollo socioemocional de niños y niñas y, para la generación de habilidades adaptativas.

El estilo permisivo, por su parte, identificado en los relatos, se caracteriza por un bajo nivel de control de comportamientos y exigencias hacia las niñas (padres, madres y/o adultos/as muy tolerantes). Cabe destacar que a nivel de comunicación, entre las familias que fue posible reconocer este modelo, existían algunos matices, ya que, mientras en algunas primaba un alto nivel de comunicación y afecto para con la niña (padres, madres y/o adultos/as muy tolerantes y receptivos/as), en otras, en «el dejar hacer» predominaba un rechazo afectivo hacia ellas y una actitud parental negligente (padres, madres y/o adultos/as muy tolerantes, pero distantes afectivamente). En el primer caso, la ausencia de límites y orientación, es percibida por las niñas como incapacidades de los/as adultos/as para cumplir su rol de orientación, mientras que en el segundo, se visualiza como un desinterés hacia sus procesos de desarrollo.

*«Porque no tuve nunca un este..., tuve a mi papá que estaba preocupado de mí, pero nunca tuve un adulto que se pusiera los pantalones y que dijeran saben que la Natalia se va a quedar aquí, va a sacar aquí el colegio y va a pasar esto y esto, nunca tuve un adulto que se preocupara por mí en el sentido que dijera vamos a hacer esto y esto otro, Natalia te vas a comportar así y así no, nada, en ese sentido encuentro que faltó un adulto que se pusiera los pantalones. Me faltó alguien que me calmara...» (Natalia, 19 años de edad).*

De este modo, muchas de las niñas que experimentaron estos estilos de crianza, al no tener normas que estructurasen su vida, debieron autoorganizarla a partir de los escasos recursos que disponían siendo aún muy pequeñas –nueve, diez, once años–.

**Valores culturales que promueven el embarazo de las niñas. implícitos o explícitos:** Al analizar los casos, es posible reconocer algunas familias que operan en base ciertos valores culturales que motivan y/o, generan determinadas acciones que validan y/o promueven el embarazo de las niñas.

*«... cuando yo conocí a mi marido a mi mamá le gusto al tiro él, habló con el caballero pa darle un poder a este caballero pa poder desligarme de ella... yo pinchaba primero, ni siquiera andaba en cosas de grande, pero mi mamá “que el José se quedara en la casa, que no se fuera pa Catemu, dile a él que se quede aquí porque se va a ir y te va a dejar”... a lo mejor no tendría la cantidad de hijos que tengo, a lo mejor hubiese terminado mis estudios, hubiese tenido un trabajo, una profesión... pero na de eso, mi mamá se desligo después de mí...» (Rosa, 30 años de edad).*

De este modo, en síntesis, considerando las condiciones de estructuración y dinámica de las familias en las cuales se desarrollaron cada una niñas, es posible identificar en sus historias y experiencias los siguientes factores que favorecerían el embarazo antes de cumplir los 15 años de edad:

**Necesidades afectivas insatisfechas.** A partir del relatos de las mujeres, fue posible identificar una serie de necesidades afectivas insatisfechas experimentadas en sus infancias, lo que se manifestaba concretamente en situaciones de desapego materno – paterno, padre – madre poco accesible y/o conflictivo/a, padre – madre ausente y/o adultos/as a cargo incompetentes a nivel



parental, entre otros. A partir de los resultados de diversas investigaciones, es posible plantear que este es un factor de gran relevancia (10; 11; 12; 13).

*Modelo de crianza restrictivos-autoritarios o permisivos:* Como se señaló y como lo han demostrado diversas investigaciones (14; 15), las formas y procedimientos utilizados por los/as padres, madres y/o adultos/as responsables (y en general la estructura familiar) para cuidar, criar y orientar el desarrollo de la niña se presenta como uno de los factores que inciden en el embarazo en la adolescencia temprana, específicamente cuando estos asumen estilos restrictivos- autoritarios y permisivos (ya sea en su modalidad negligente o receptiva).

*Exposición a dinámicas familiares violentas o abusivas.* A partir del análisis de los casos y los hallazgos de otras investigaciones realizadas sobre la materia (14; 16; 17; 18; 19), otro factor que estaría incidiendo en el embarazo precoz es el desarrollo de las niñas en contextos en donde son testigos o víctimas de situaciones de violencia de género, abuso sexual o violación, violencia física y/o psicológica, etc. Al respecto, Baeza, Poo, Vásquez, Muñoz (14), plantean que una adolescente sometida a estos contextos, tiende a buscar evadir estas situaciones de incomodidad y a satisfacer sus carencias afectivas fuera del grupo familiar, «estableciendo relaciones de pareja con mayor dependencia emocional, lo que hace más probable el contacto sexual» (14).

*Dinámica familiares que no satisfacen las necesidades de sus integrantes:* Como se señaló, las dinámicas familiares en donde existen conflictos latentes y/o problemas de comunicación entre los/as integrantes, falta de cohesión y dinámicas poco atenta a las necesidades afectivas de las niñas, también se presenta como un factor que afecta su bienestar, su desarrollo y su conducta sexual y reproductiva (14; 15; 20; 21; 22).

*Procesos de parentalización en el núcleo familiar.* Otro rasgo característico identificado en las familias de los relatos analizados, es la existencia de procesos de parentalización de uno/a o más niños o niñas. De este modo, fue frecuente reconocer en los núcleos familiares a niños o niñas cumpliendo un rol parental (ya sea la niña que se embaraza antes de cumplir los 15 años de edad o alguno/a de sus hermanos o hermanas). De este modo, en más de un caso fue posible identificar situaciones o circunstancias vitales que impulsaban a las niñas o a sus hermanos/as a asumir una especie de adultez temprana de una forma forzada (ya que era una especie de necesidad o requerimiento impuesto por las condiciones existenciales): niñas antes de cumplir los nueve años tuvieron que hacerse responsables de las labores domésticas, o sus hermanos/as de no más de doce años se tenían que quedar a cargo de sus cuidados, etc. (13).

*Existencia de patrones culturales que promueven el embarazo de las niñas.* A partir del análisis de los casos, fue posible reconocer ciertos valores culturales presentes en algunas familias que validaban o normalizaban el embarazo de las niñas antes de cumplir los quince años de edad. Incluso, en algunos casos, se configuraba como una situación a nivel familiar esperable en la trayectoria de la niña. Como lo plantean algunas investigaciones (13), dada su asociación con creencias y valores culturales, este es un factor que fomenta el embarazo precoz sumamente relevante.

## b. Redes Sociocomunitarias

Las redes sociocomunitarias se entienden como la red social de las niñas y sus familias que se encuentra constituida por todas aquellas relaciones significativas que se establecen cotidianamente con personas externas al grupo familiar.

A nivel general, es posible señalar que las redes sociocomunitarias generadas por las familias en los distintos territorios, son más bien de un tamaño reducido. Lo que según la literatura especializada (23), provoca que sean menos efectivas frente al surgimiento de alguna problemática experimentada por la familia (op.cit.)

Del mismo modo, otra característica general reconocida en las redes comunitarias de las familias, es la homogeneidad de las personas que las componen (23), ya que normalmente se circunscriben a un número muy acotado de vecinos/as y/o integrantes de la familia extensa. Esta situación concuerda con lo observado por Lomnitz (1989), para quien la base de las redes de las familias marginales y/o pobres está en la familia (24).

De esta manera, el capital social entendido como «el recurso intangible que posibilita o capacita a las personas y grupos a la obtención de beneficios a través de sus relaciones sociales» (25), disponible por las familias de las niñas es muy reducido.

Al respecto, diversos estudios, han constatado que la presencia de una red social activa y accesible no solo afecta positivamente la salud de la persona, sino también actúa como estimuladora y facilitadora de una salud reproductiva adecuada (26; 27). Este es un factor protector ausente en la mayoría de los casos analizados, no obstante, se presentan algunas relaciones basadas en la reciprocidad (24), entendiendo esta como el intercambio de «favores y regalos» que ayudan a enfrentar los avatares que en ocasiones genera la supervivencia desde la precariedad.

De igual modo, dentro de las familias estudiadas tienden a primar las redes de apoyo instrumental –aquellas que permiten resolver problemáticas coyunturales, pero sin asegurar su permanencia–, más que las de «compañía social, apoyo emocional, guía y consejo e intercambio de información, regulación social» (28).

En este contexto, es posible reconocer algunas cualidades problemáticas de las redes sociocomunitarias a nivel de las relaciones que establece la niña y su familia. A nivel familiar una de las problemáticas centrales se asocia a los escasos vínculos sociales estables que se establecen con agentes externos al grupo familiar. Esta situación en último término implica no contar con recursos comunitarios y activos sociales estables y permanentes basados en la colaboración con actores externos al grupo familiar para el afrontamiento de problemáticas o eventos estresantes.

A nivel de las niñas, algunas cualidades problemáticas de sus redes sociocomunitarias son las siguientes:

*Asociación a grupos de pares con conductas riesgosas.* En algunos de los casos fue posible reconocer la vinculación de las niñas a grupos de pares con comportamientos de riesgo. Esta situación las lleva, en ocasiones, a estar expuestas a una serie de contextos de sociabilidad e intercambio de valores y normas que atentan contra su integridad física, mental y/o emocional.

*«Mira yo primero cuando iba a la disco..., en la disco me hice unas amigas y por esas amigas conocí un grupo que se llaman los Tecachecos y empecé a juntarme con el líder de ellos yo y ahí empecé a juntarme con todos los niños de ahí... ... y ahí empecé a carretear, carreteaba de lunes a lunes... mis amigos no eran buenos, algunos había estado presos y todo, ellos eran más grande que yo, todos tenían arriba de 20 y eran todos igual peligrosos, igual eran respetados en los Andes. Andaban con cuchillas y todas esas cosas... me hice amigas de ellos, era la regalona después del grupo y era la única mujer*

*que me juntaba con ellos. Empezamos a salir a puras fiestas, puras fiestas...*” (Natalia, 19 años de edad).

**Desvinculación y valoración negativa del espacio comunitario:** En algunos de los casos fue posible reconocer en las niñas o mujeres una valoración negativa de su espacio comunitario, lo que las llevaba a experimentar una especie de aislamiento social (baja intensidad de vínculos sociales, relaciones utilitaristas, deseo permanente de emigrar) fundado principalmente en una desconfianza hacia las personas que componen su comunidad.

*«... nosotros siempre hemos vivido aquí, pero los problemas siempre, yo creo que ese pasaje es más tranquilo porque el que sigue para allá, el que sigue hacia abajo y el de arriba son súper peligrosos. Si en la noche a veces vamos a comprar, yo creo que son como las 9 y ahí son niños como de 9 años con pistola, con cuchillos así grandes, con palos, ¿y usted vio la casita de arriba en toda la esquina arriba llegando a la subida?, que esta toda fea, ahí se juntan todos, esos niñitos y ahí hay pura gente alcohólica y las drogas, que ahí también venden droga y todo eso... El pasaje de arriba de nosotros y en la esquina también es súper peligroso, los disparos se escuchan todos los días, las peleas arriba, en el pasaje de arriba»* (Joselyn, 24 años de edad).

De este modo, en síntesis, considerando las cualidades de las redes comunitarias de las niñas y sus familias, es posible identificar en sus historias y experiencias los siguientes factores que podrían estar incidiendo en el embarazo antes de cumplir los 15 años de edad:

- **Escasos vínculos sociales estables con agentes externos al grupo familiar** (preponderancia de relaciones sociales endogrupales).
- **Asociación de las niñas a grupo de pares con conductas de riesgo** (inserción a grupos con conductas de riesgo).
- **Desvinculación y valoración negativa del espacio comunitario** (aislamiento social fundado en una desconfianza hacia los otros).

### c. Vinculación con Instituciones

El análisis de la vinculación con las instituciones se ha entendido y focalizado como la trayectoria, experiencia y valoración que realiza la niña – mujer de su relación con la institución educativa y los servicios de salud.

Respecto a la vinculación con los servicios de salud, toda relación previa al embarazo de los casos con las instituciones de salud se asociaba a asistencias a los consultorios y/o hospitales generadas por enfermedades propias o de algún integrante de la familia, nunca por temas asociados a educación sexual o reproductiva. En este contexto, normalmente declaran haber recibido buenas atenciones.

No obstante, algunos casos plantean que tras quedar embarazada comienzan a vivenciar algunas situaciones de discriminación a partir de ciertos cuestionamientos solapados o descalificaciones que el personal de salud les habrían hecho tras quedar embarazada antes de cumplir los 15 años de edad.

*«Mira con el primero yo sufrí harto, porque en el embarazo de él todos me trataban mal, yo no podía andar sola, yo iba al consultorio y se burlaban de mí las enfermeras, yo siempre tenía que ir con la abuela de mi hijo» (Natalia, 19 años de edad).*

*«... me dijo tu tan chica y con guagua, me dijo así, bueno le dije yo que le importa a usted, ¿la va a criar usted?, no me dijo yo te voy a acusar a la matrona y la galla como que me hizo llorar, me dio como pena, me dijo mi anda haciendo cuestiones de grande» (Valeria, 26 años de edad).*

Algunas investigaciones (29) relevan este tipo de situaciones y las describe como «complejos e invisibilizados procesos de estigmatización y exclusión que ejercen sus influencias punzantes en las identidades de las/os adolescentes produciendo heridas y cortes de diversa profundidad y velocidad de cicatrización. Estas heridas y cicatrices modelan los movimientos de estos padres y madres, modelan sus relaciones con los sistemas sociales, influyen en las condiciones y posibilidades de autocuidado, de desarrollo y de cuidado del hijo/a que esperan. Al abrupto cambio en el ciclo vital, a la catalización de los procesos de desarrollo, a la energía que esos/as adolescentes tendrán que dedicar para sacar adelante sus propias biografías se le agregan lastres, pesos, barricadas y cercos producto de la estigmatización social, que pueden convertir en problemática o riesgosa una situación de doble identidad —madre/padre y adolescente— que con adecuado apoyo puede ser llevada adelante exitosamente» (op.cit).

Del mismo modo, salvo Silvia (32 años de edad) que se trató en un consultorio especializado en salud adolescente (el cual ya no se encuentra en funcionamiento), todos los demás casos declararon no haber recibido una atención personalizada en los servicios de salud por ser madres menores de 15 años de edad. En el contexto de la atención del parto, la minoría de edad es un factor que aumenta la vulnerabilidad y la exposición a malos tratos. Su condición de menor de edad y primerizas, no es tomada en cuenta en la entrega de información y en la necesaria empatía y acompañamiento, por lo que experimentan un sensación de desconcierto, soledad y abandono institucional. Varias de las entrevistadas recuerdan haber sido «retadas» por el personal de salud o cuestionadas, en la lógica de «tan chica y haciendo cosas de grande».

*«si ahí me dejaron sola, yo me fui a las 2 de la noche y el niño nació a las 4 de la mañana, yo acosté en una cama sola y sin saber que me estaba pasando, la matrona me decía si te pasa algo me llamaí, yo decía ¿que me puede pasar? yo no creía que podía nacer el niño (...) yo ahí tuve que, como decirle, era un dolor, yo decía dios mío que me esta pasando, iba al baño porque a uno le dan ganas de orinar cuando va a tener bebé» (Rosa, 30 años de edad).*

*«gritaban mucho y yo tenía mucho susto por eso más que por el parto y me recuerdo muy bien que una enfermera las retó porque decía que estaban asustando a las otras pacientes» (Pamela, 32 años de edad).*

Por los relatos de las mujeres entrevistadas y lo que plantean algunas investigaciones (29), es posible plantear la existencia de una socialización entre las niñas y adolescentes a partir de creencias que indican que en las instituciones y servicios se maltrata a las adolescentes embarazadas.

De esta manera, en síntesis, considerando las cualidades de vinculación de las niñas con los servicios de salud, es posible identificar siguientes factores que estarían incidiendo en el embarazo de niñas entre 10 y 14 años:

- *Carencia de estrategias de vinculación de las instituciones de salud con las familias y las adolescentes*, las que se manifiestan en deficiencias o escasez de atenciones en consejería y educación de salud sexual y reproductiva y promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos. Este es un factor que ya fue detectado por la Organización Mundial de la Salud durante el año 2007 (30).
- *Falta de preparación y especialización del personal de salud*, esta situación genera actitudes cuestionadoras y falta de apoyo del personal de salud hacia las niñas, generando en ellas sentimientos de soledad y abandono institucional (op.cit).
- *Creencias sobre maltrato hacia las adolescentes embarazadas en las instituciones de salud pública*, esta clase de ideaciones que se encuentran en el imaginario de las niñas, genera rechazo hacia las instituciones de salud frente a temáticas de salud sexual y reproductiva, generando que ellas busquen acceder a información sobre la materia a través de otras fuentes no formales o no especializadas (grupo de pares, por ejemplo).

En relación con la vinculación de las familias y las niñas con el sistema educativo, es decir, a la *trayectoria y relación de las familias y la niña con el sistema educacional formal*, a través de los casos es posible observar en buena medida el devenir del sistema educacional chileno y su relación con las familias más pobres y vulnerables del país.

Así, en la mayoría de los casos, los/as integrantes adultos/as de las familias tenían una instrucción relativamente baja (en algunos casos inexistente), ya que para ellos y ellas el acceso a la educación formal, en su momento, no era una alternativa real, ya sea, por tener un modo de vida que no pasaba por su formación educativa formal o por dificultades asociadas al acceso y cobertura del sistema.

Del mismo modo, en este contexto fue común encontrar situaciones entre los/as integrantes adultos/as de las familias referidos a una vinculación precaria con el sistema escolar, siendo la deserción precoz de los padres, madres y/o adultos/as responsables una constante que se repite y, al mismo tiempo, un factor que podría estar incidiendo en el embarazo de las niñas durante su adolescencia temprana (al no disponer de las capacidades educativas para abordar temáticas de salud sexual y reproductiva en el núcleo familiar).

De este modo, si bien, entre los/as adultos/as se aprecian experiencias en el sistema educativo formal, el finalizar la enseñanza básica tienden a desertar por múltiples situaciones y problemáticas.

Por su parte, en el relato de las niñas y mujeres se observa una relación muchas veces inestable con el sistema escolar, en donde en ocasiones se producen conflictos a raíz de problemas conductuales, inicio en el consumo de alcohol y drogas junto a grupo de pares, cambios de escuela en el contexto de cambios de domicilio de la familia, vivencia de procesos de estigmatización y/o discriminación por haber quedado embarazada antes de los 15 años, entre otras.

Tras el embarazo y luego del nacimiento del hijo o hija, la mayoría de las niñas vive una especie de periodo de adaptación al rol de madre que implica su deserción del sistema educacional. Ahora, si bien, en todos los casos existe un deseo por retomar los estudios –ya que se visualiza como el camino para desarrollar un proyecto de vida autónomo e independiente (inserción al mercado laboral – generación de ingresos) y poder cumplir algunos deseos o metas (comprar la casa

propia)–, las situaciones antes descritas, más las dinámicas asociadas al ser madre, generan en algunos casos dificultades para que las niñas vuelvan a insertarse en el sistema educativo tras el nacimiento de su hijo o hija. De este modo, la crianza y el cuidado del niño o niña se vuelve un obstáculo para reintegrarse a la escuela y continuar estudiando.

Respecto a la educación sexual que recibieron, la que obtuvieron a través del núcleo familiar fue casi inexistente, mientras que la que accedieron a través del sistema educativo formal se centró sólo en la entrega de contenidos asociados a la fisiología de la reproducción y no les otorgó herramientas para abordar su salud sexual y reproductiva de forma integral.

De esta manera, en síntesis, considerando las cualidades de vinculación de las niñas y sus familias con el sistema educativo formal, es posible identificar los siguientes factores que estarían incidiendo en el embarazo de adolescentes menores de 15 años:

- *Carencia de educación sexual y reproductiva:* Considerando las incapacidades que, de acuerdo a los relatos, tenían los padres, madres o adultos/as responsables para abordar estos temas, las niñas y mujeres declaran como insuficiente la educación sexual y reproductiva entregada por la institución escolar. En este contexto, a través de algunos estudios mundiales se ha visto que una inadecuada o fragmentada educación sexual y reproductiva fomenta la experimentación sexual y aumenta la probabilidad de embarazos no deseados (13; 31).
- *Desvalorización del proceso educativo:* Esta desvalorización se puede asociar al predominio de una visión pragmática de la familia a partir de sus condiciones de vida (es más útil para la familia que la niña trabaje a que estudie) y/o a una baja valoración y expectativa frente al potencial de logro en el proceso educativo de la niña. Esta situación, en algunos casos se convierte en un factor influyente en la deserción escolar que acompaña a las niñas durante su trayectoria por las instituciones escolares. Una investigación realizada en Concepción (32) con una muestra de casos de embarazos adolescentes en el Hospital Guillermo Grant Benavente, demostró que del 100% de las adolescentes estudiadas, el 60% desertó durante el embarazo, pero el 40% restante ya había desertado del sistema escolar previo al embarazo. En relación a este último grupo, el estudio señala que los principales motivos para la deserción fueron el problema económico y en el 27,6% de los casos, los problemas familiares, entre los que se destacan el abandono del padre y la separación de los padres. En este contexto, Evans (33) a través de diversas investigaciones ha comprobado que cuando las adolescentes se mantienen en el sistema escolar, tienden a posponer su primer embarazo y a usar métodos anticonceptivos.

## Referencias bibliográficas

- (1) Sluski, C. Disrupción de la red y reconstrucción de la red en el proceso de migración. Sistemas Familiares. Vol 6, n.2. Buenos Aires, Asociación de Psicoterapia Sistémica de Buenos Aires. 1990
- (2) Pérez, C. (1992). Crisis familiares no transitorias. Rev. Cubana Med Gen Integr 1992; 8(2). 1992.
- (3) Montenegro A Hernán. Tratamiento familiar sistémico de los niños con problemas conductuales o emocionales. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. Dic [citado 2011 Jul 20] ; 68(6). 1997.

- (4) Julio A. González-Pienda, José C. Núñez, Luis Álvarez, Cristina Rocas, Soledad González-Pumariega, Paloma González, Roberto Muñiz, Antonio Valle, Ramón G. Cabanach, Susana Rodríguez y Ana Bernardo. Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. Universidad de Oviedo, Equipo Sectorial de Motóricos de Asturias y Universidad de La Coruña. *Psicothema* 2003. Vol. 15, nº 3, pp. 471-477. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/1090.pdf>
- (5) Weinreich, María Lorena y Hidalgo, Carmen Gloria. Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial: Seguimiento a Largo Plazo del Funcionamiento Familiar. *Psykhe* [online]. 2004, vol.13, n.1 [citado 2011-07-15], pp. 33-42. Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22282004000100003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000100003&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0718-2228. doi: 10.4067/S0718-22282004000100003
- (6) Cuervo Martínez, Ángela. Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la Infancia. *Diversitas. Perspectivas en psicología*, vol. 6, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 111-121. Universidad Santo Tomás. Bogotá, Colombia. [Citado el 2011-07-15]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=67916261009>. 2010
- (7) Myers, R. *Prácticas de crianza*. Bogotá, Celam-Unicef. 1994
- (8) Ramirez, María Aurelia. Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Estud. pedagóg.* [online]. 2005, vol.31, n.2 [citado 2011-08-01], pp. 167-177. Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-07052005000200011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052005000200011&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0718-0705. doi: 10.4067/S0718-07052005000200011
- (9) Mulsow, G. Desarrollo emocional: impacto en el desarrollo humano. *Educação*, Porto Alegre, 31 (1), 2008
- (10) Millán T, Valenzuela S, Vargas N. Autoestima, percepción de la afectividad, metas y conductas de riesgo en escolares adolescentes de ambos sexos. *Rev Méd Chile* 1994.
- (11) Burrows R, Rosales ME, Díaz M, Muzzo S. Riesgo de embarazo temprano: construcción y validación de un instrumento predictor. *Rev. Méd. Chile* 1994
- (12) Instituto Nacional de la Juventud. *Orientaciones y Estrategias para el Trabajo en Salud Adolescente*. Santiago, Chile 1997.
- (13) Issler J. Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra V de la Medicina*. 2001 Aug.
- (14) Baeza B, Poo A, Vásquez O, Muñoz S. Comprendiendo los factores asociados al embarazo precoz, desde la perspectiva de adolescentes nuligestas. *Rev. Sogía* 2005.
- (15) Baeza W Bernardita, Póo F Ana María, Vásquez P Olga, Muñoz N Sergio, Valles V Carlos. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo adolescente de la novena región. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [revista en la Internet]. 2007 [citado 2011 Jul 28]; 72(2): 76-81. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262007000200002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000200002&lng=es). doi: 10.4067/S0717-75262007000200002).
- (16) Boyer D, Fine D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. *Fam Plann Perspect.* 1992.
- (17) Luster T, Small S. A Sexual abuse history and number of sex partners among female adolescents. *Fam Plann Perspect.* 1997.
- (18) Fiscella K, Kitzman H, Cole R, Sidora K. Does child abuse predict adolescent pregnancy?. *Pediatrics.* 1998.
- (19) Pierre N, Shrier L, Emans S, DuRant R. Adolescent males involved in pregnancy: association of torced sexual contact and risk behaviors. *J Adolesc Health.* 1998.
- (20) Agudelo L. Redescubrir: una mirada a la salud de las y los jóvenes: Prevalencia de embarazo adolescente, síntomas sugestivos de ITS, consumo y adicción a sustancias

- psicoactivas, comportamientos violentos y factores relacionados en mujeres de 14 a 19 años de Medellín. Medellín: Alcaldía; 2005.
- (21) Rosengard C, Pollock L, Weitzen S, Meers A, Phipps M. Concepts of the Advantages and Disadvantages of Teenage Childbearing Among Pregnant Adolescents: a Qualitative Analysis. *Pediatrics*. 2006.
- (22) Pantelides E. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. Buenos Aires: Centro de Estudios de Población; 2006.
- (23) Enríquez Rosas, Rocío. «Redes sociales y pobreza: mitos y realidades». En: *La Ventana*, N° 11. Guadalajara: Cucsh. 2000
- (24) Lomnitz, Adler de Larissa. *Cómo sobreviven los marginados*. México: Editores Siglo XXI. 1989.
- (25) Miranda, Francisca, «Capital social, pobreza y género. Aportes para la reflexión», documento preliminar de discusión al Grupo de Discusión Pobreza y Género organizado por la Unidad Mujer y Desarrollo, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, 2003.
- (26) Infante-Castañeda, Claudia. «Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda». En: *Salud Pública de México* Vol 32, N° 4. Morelos. 1990.
- (27) Sluski, Carlos. «De como la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta la red social». En: Dabas, E. y D. Najmanovich (comp.). *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Argentina: Ed. Paidós. 2002.
- (28) Arón, A. *Familia y Redes Sociales*. Seminario Estrategias Efectivas para Educar Hoy. Conecta, Red de servicios educacionales. [citado el 2011-07-14]. Disponible en: [http://www.conecta-educ.cl/int/download\\_files/anamaria\\_aron.pdf](http://www.conecta-educ.cl/int/download_files/anamaria_aron.pdf). 2007.
- (29) Centro Interdisciplinario de Estudios del Género (CIEG), Universidad de Chile. *Gestación adolescente y dinámicas familiares: Estudio de las Dinámicas familiares en familias de padres y madres adolescentes*. Gobierno de Chile, Fosis – Mideplan. Santiago. 2006.
- (30) World Health Organization. *Adolescent Sexual and Reproductive Health* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [acceso 19 de julio de 2011] Disponible en: <http://www.who.int/child-adolescenthealth/asrh.htm>
- (31) Nettleman M, Brewer J. *Epidemiology and prevention of unintended pregnancy in adolescents*. *Primary Care*. 2006.
- (32) Molina S Marta, Ferrada N. Cristina, Pérez V Ruth, Cid S Luis, Casanueva E Víctor, García C Apolinaria. *Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar*. *Rev. méd. Chile* [revista en la Internet]. 2004 Ene [citado 2011 Julio 21]; 132(1): 65-70. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872004000100010&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000100010&lng=es). doi: 10.4067/S0034-98872004000100010
- (33) Evans M, Rosen L. *Demographic and Psychosocial risk factors for preterm delivery in an active duty pregnant adolescent population*. *J Medicine* 2000.



### 2.2.3. Construcción identitaria

La construcción identitaria en tanto categoría, *se incorpora a este análisis a partir de las autodefiniciones que las mujeres participantes en este estudio hacen de sí mismas en las distintas entrevistas aplicadas. Esto supone considerar las características personales que ellas se atribuyeron, así como la identificación de ciertas experiencias claves que provocaron impactos significativos en su forma de relacionarse con los contextos más próximos.* Desde esas referencias la categoría adquiere contenidos que permiten reconocer factores, que han tenido un impacto en la ocurrencia del embarazo precoz y en la vivencia de esa experiencia vital.

Las autodefiniciones desencadenan significados que nos hablan de construcciones identitarias ligadas principalmente a los cambios corporales y a la producción de sentidos asociados a lo femenino, los que ejemplifican un devenir<sup>22</sup> en tanto mujer-madre que circulaba como posibilidad mucho antes de su concreción biológica. Así también, estas autodefiniciones cargan con la historia y con las situaciones concretas que tuvieron que hacer frente y que, en gran medida, les exigió abandonar la infancia prematuramente; desmontar la infancia en tanto momento lúdico y dependiente del mundo adulto.

Claramente los factores asociados a esta categoría están en estrecha vinculación con los otros factores que se presentan en este estudio, por tanto, la categoría atingente a este apartado, no se entiende aisladamente sino que en interrelación con la condiciones de pobreza que tuvieron que enfrentar muchas de estas mujeres, así también con experiencias de abandono y soledad que emergen desde sus relatos, entre otros aspectos considerados en el análisis global. Desde esta perspectiva los factores asociados a la construcción identitaria se despliegan en una cadena anudada a las condiciones concretas e históricas de existencia.

#### a. Identidad como concepto clave en la adolescencia

Tradicionalmente se ha comprendido la adolescencia, como un proceso en que dado los cambios que acontecen el o la sujeto debiera buscar y construir su identidad, siendo clave en esa construcción el duelo real y simbólico del cuerpo infantil. Así, por un lado, la adolescencia se presenta como proceso intrínsecamente relacionado con el cuerpo y sus transformaciones, y por otro, se comprende como un proceso individual, intrasubjetivo. Además, uno de los efectos más destacados por la literatura, se evidencian en planos relacionales, principalmente en el ámbito familiar porque suponen una ruptura con ese núcleo de origen.

En esta línea, se sitúa las definiciones que entrega la teoría psicoanalítica, la que en términos generales concibe a la adolescencia *«como resultado del desarrollo que se produce en la pubertad y que llevan a una modificación del equilibrio psíquico, produciendo una vulnerabilidad de la personalidad. A su vez, ocurre un despertar de la sexualidad y una modificación en los lazos con la familia de origen, pudiendo presentarse una desvinculación con la familia y de oposición a las normas, gestándose nuevas relaciones sociales y cobrando importancia la construcción de una identidad y la crisis de identidad asociada con ella»* (1).

Así también Aberastury y Knobel, en su clásico texto «La Adolescencia Normal», entregan una definición que se encausa dentro de la corriente psicoanalítica, no obstante, algunos elementos que plantean permiten concebir que los ciclos de vida de los seres humanos están constituidos

22 Se comprende el concepto devenir como un proceso de construcción subjetiva permanente.

por procesos marcados, no solo por aspectos individuales limitados etariamente, sino también, por estadios de desarrollo donde se movilizan características intrasubjetivas que, vinculadas con aspectos sociales y culturales, generan que cada periodo vital anude en su despliegue elementos biológicos, psíquicos, sociales y culturales.<sup>23</sup> En este sentido, la particularidad que trae consigo la adolescencia, sobre todo en su fase temprana, no se refiere solo a los cambios fisiológicos y hormonales que se producen de manera vertiginosa y que implican la emergencia de un «nuevo cuerpo» el que debiera ser integrado por el o la adolescente, sino que también suponen que esta integración de un nuevo esquema corporal, implica comenzar a vivenciar una serie de experiencias que abren al o la adolescente a nuevas sensaciones y realidades que impulsan el establecimiento de límites con el núcleo de origen y que lo o la relacionan con un nuevo horizonte simbólico, donde nuevos significados están asociados al proceso de crecimiento y madurez.<sup>24</sup>

Así, se identifican en este estudio tres ejes que componen la definición de identidad en esta etapa del ciclo vital vivenciada por las mujeres entrevistadas:

- Por un lado la *experiencia corporal*, en tanto vivencia de transformación física que supera la dimensión biológica porque dichos cambios poseen un registro simbólico. En consecuencia se postula el cuerpo como espacio desde donde se erige la identidad.
- También se consideran las *carencias materiales y afectivas*, dado que la identidad depende en gran medida de los contextos en los cuales se produce y por tanto, es resultado de un ‘estar el mundo’ que incluye las formas y dinámicas que presentan las interrelaciones.
- Finalmente, se ha considerado *la construcción de lo femenino*, porque el ser mujeres marca desde la infancia la incorporación de valores y significados que establecen lo que se espera de ellas.

Vinculado al primer punto, la existencia de un proceso de duelo por la pérdida del cuerpo y de la bisexualidad propia de la infancia,<sup>25</sup> tendrá un impacto en las experiencias corporales, es decir en la forma en que el o la adolescente a partir de su nueva corporalidad establecerá relaciones con su contexto inmediato y con otros/as sujetos. Es la experiencia corporal por tanto, la que va

23 También existen otras características que no se comparten con estos autores. A pesar de que plantean que existen factores socioculturales que inciden en las distintas etapas del ciclo vital, y que por tanto, particularmente en la adolescencia, existiría un dinamismo que anuda los aspectos psicobiológicos con los socioculturales –los que se han tomado en este trabajo como base para la definición de adolescencia– definen la adolescencia como un pasaje que permitiría una consolidación identitaria, como un tránsito hacia la vida adulta, tomando el concepto de identidad de manera bastante estática, es decir, como un proceso que se despliega en la adolescencia y que se consolida en la adultez, no hay más movimiento, ni producción, existe un individuo que integra sus experiencias individuales y sociales, dando como resultado una personalidad estable. En esta investigación, se entiende que la identidad tiene una construcción permanente y que, en el caso de las mujeres entrevistadas, ha pasado por distintos procesos que de alguna manera hacen eco de los patrones tradicionales de género, entre otras condicionantes socioculturales (2).

24 Interesante es revisar el texto de la Organización Mundial de la Salud (2011), «The sexual and reproductive health of younger adolescents. Research issues in developing countries». Donde se plantea la profundidad de los cambios que existen en la adolescencia temprana, la que abarca, de acuerdo al texto entre los 10-14 años de edad. En este texto se exponen una serie de características de este periodo vital que marcan la fragilidad del mismo.

25 Aberastury y Knobel desarrollan la idea de los duelos en el periodo de la adolescencia. Estos establecen que el o la adolescente debe enfrentar cuatro duelos: por su cuerpo infantil, por su identidad de niño, por los padres sobrevalorados de su infancia y por su bisexualidad.

haciéndose parte de un proceso de construcción identitaria. Se plantea que en este proceso, la identidad es al cuerpo como el cuerpo a la identidad.<sup>26</sup> No se pone en juego una mirada biológica del proceso sino, más bien, se está comprendiendo que ese proceso de cambios físicos está constituido también por significados culturalmente construidos<sup>27</sup> y en ese sentido, también la identidad responde a los requerimientos de las normativas sociales, estrechamente relacionada con el reconocimiento (5). Así, claramente como el cuerpo está condicionado por los contextos sociales, éste porta los significados que produce una cultura determinada.

El segundo punto refiere a las condiciones materiales y afectivas en las cuales se desarrollaron estas mujeres previos a sus embarazos precoces, situaciones de vida que impactan su constitución como sujetos y por tanto sus identidades. Se considera que las precariedades económicas, más las experiencias de abandono y negligencia afectiva, incidieron en que desde muy pequeñas se vieran impelidas a asumir ciertas funciones que se relacionan con la adultez.

Otro elemento a considerar en la construcción identitaria, son los significados que se encuentran asociados a lo femenino y que pasan a formar parte de la identidad de las mujeres. En este sentido, la condición de género es central en el proceso de construcción identitaria. Así se evidencia el paso de ser niña a ser madre, como un devenir que se encarna corporalmente pero que además, se encuentra previamente señalado en el destino de las mujeres, en lo que M. Lagarde ha denominado «niñas-madre» y que posteriormente se verá concretado en un cuerpo que parirá durante la adolescencia (6).

#### b. Experiencia corporal

A partir de los relatos se puede observar cómo en distintos momentos y en las diversas vivencias, se presentan formas de comprender ese cuerpo. Hay un cuerpo conflictuado o en tensión, un cuerpo en tanto objeto de deseo, un cuerpo violentado y un cuerpo que escapa de la infancia para proyectarse mujer-madre.

*Cuerpo conflictuado.* El cuerpo durante la adolescencia temprana tiende a ser de difícil aceptación, dado que los cambios que vive la mujer son físicamente más notorios y están cargados de significados en los que se intensifica el ser objeto para otros, marcando la definición en tanto sujeto sexual de la mujer.<sup>28</sup>

26 «Los cambios van a arrancar del cuerpo y es a partir de ahí desde donde se inicia el proceso de referenciarse y ser referenciado» (3).

27 De acuerdo con Silvia Tubert: «Nos enfrentamos, en esta cuestión, con una verdadera aporía: por un lado el cuerpo está ahí, existe como organismo, se sitúa en la dimensión de lo real y, como tal, escapa necesariamente a toda definición concluyente puesto que en tanto real, carece de sentido, hasta tanto alguien proceda a asignárselo. Sin embargo, no podemos acceder a él como dato natural de manera directa e inmediata; la única posibilidad de definirlo o de hallarle (o atribuirle) un sentido implica situarlo en el plano de la representación, que le es ajeno. Es decir, aquello que nos constituye como sujetos deseantes —el acceso a lo simbólico— nos aliena, al mismo tiempo, de nuestra naturaleza originaria» (4). Es importante señalar que existen ciertas líneas terapéuticas que han desarrollado un acercamiento que prioriza por lo corporal en tanto materialidad que no requiere necesariamente del registro simbólico para intervenir, un ejemplo de ello es el desarrollo de la línea neoreichiana, específicamente se hace alusión al trabajo desarrollado por Alexander Lowen.

28 Marcela Lagarde señala, «El cuerpo vivido es el espacio del cautiverio de la mujer como eje de su sexualidad es para los otros» (6).

Así, y como un proceso bastante común, Pamela comienza a presentar conflictos con su cuerpo cuando empieza su proceso de maduración, «a mí me empezaron a salir mis pechos, a mí me daba vergüenza, una vergüenza única aquí yo por ejemplo usaba todo ancho, porque no me gustaba, no me gustaba mostrar». Existe vergüenza de aparecer como mujer, de transformarse en cuerpo deseable, en cuerpo para otros.

Otros relatos, evidencian relaciones aún más conflictivas o de carácter ambivalente. Cuando Joana tenía alrededor de 9 años señala,

*«era media bulímica, me metía los dedos para vomitar yo comía algo y me encontraba gorda, habían semanas que yo no comía y mi mamá me retaba... me encontraba gorda, yo me encontraba gorda, y a veces era súper flaca, yo quería bajar más...»* (Joana, 15 años de edad).

Estos actos se mantuvieron durante dos años. Joana nunca tuvo un diagnóstico médico, solo durante su embarazo, manteniendo esta subalimentación, la matrona del consultorio donde se atendía la derivó a una nutricionista. Más allá de la evidente alteración de la imagen corporal que se establece como signo distintivo en los trastornos alimenticios, este episodio en la vida de Joana, muestra como desde la niñez se presenta la internalización de patrones de belleza estandarizados en las sociedades y como desde muy pequeñas, las mujeres se ven compelidas a cumplir con esos patrones. Así se evidencian aceptaciones y rechazos de su imagen corporal, que van dibujando claramente esta relación más bien ambivalente con el cuerpo.<sup>29</sup>

**Cuerpo objeto de deseo.** El conflicto con su cuerpo, de acuerdo a Pamela, encontrará un punto culmine cuando entre los 15 y 16 años, asume definitivamente los patrones tradicionales asociados a lo femenino, «ya con el tiempo fue distinto ya cuando tenía no se 15, 16 años ahí ya era distinto ya como que me destapé me gustaba no sé mostrar».

Por otro lado el relato de Natalia refiere,

*«Con mi cuerpo estaba bien, yo era delgada y aparte había madurado antes ya tenía pechos, no como las otras niñas que estaban recién saliéndole los pechos... tenía buena figura, yo me sentía bien conmigo, como yo me movía, era más elástica...yo tenía mis pechos formados, tenía cintura, todo...»* (Natalia, 19 años de edad).

Se evidencia una de las características que va asumiendo la experiencia corporal femenina durante la adolescencia; se transforma en un objeto de deseo, en un cuerpo que debe brindar placer y por tanto, mostrarse deseable.

En ambos casos, tanto en la relación más conflictiva con el nuevo cuerpo, como en la aceptación y valoración positiva de la imagen corporal, se aprecia la necesidad de ser aceptada por otros, la

29 Estos actos se pueden vincular con algunas características que en este último tiempo se han identificado como factores asociados a la aparición de TCA (Trastornos de la conducta alimentaria). Por un lado la falta de diagnósticos oportunos, o la presencia de trastornos subclínicos no detectados que inciden en el desarrollo de un cuadro de mayor magnitud y por tanto más complejo de intervenir, por otro lado el aumento de este tipo de alteraciones. Así también, se corrobora que este fenómeno no es exclusivo de los sectores acomodados, sino que se presenta de manera transversal incluso existen estudios que muestran una mayor probabilidad de presencia en los niveles socioeconómicos bajos (7).

necesidad de proyectar una imagen de sí mismas que las sitúe de manera distinta tanto con su familia como con personas y contextos externos al núcleo familiar y, por tanto, es en esa búsqueda de aceptación donde está situado el factor que podría estar incidiendo en el embarazo precoz.

**Cuerpo materno.** Este tránsito entre cuerpo niña y cuerpo objeto de deseo, se ve mediado por el cuerpo materno. Así, el embarazo implica vivenciar nuevamente cambios corporales vertiginosos. Es decir, no finaliza el periodo de integración de un nuevo esquema corporal, ni de nuevas experiencias corporales, para pasar a ser cuerpos maternos, cuerpos que contienen, cuerpos que cargan. Lo que finalmente impide vivir procesos de duelo, en rigor, no se vive en su totalidad el abandono del cuerpo infantil.

Pamela, a pesar que señala que su embarazo no era notorio, quiso ocultarse, evitar ser vista, así redujo considerablemente su vida social, por lo tanto, la vergüenza que generaba esta nueva transformación corporal marca su forma de enfrentar el embarazo.

En el caso de Joana, los cambios de su cuerpo dada su gestación, se pueden vincular con la necesidad de mostrar corporalmente que ya no es una niña, que es una mujer, una madre que tiene la fuerza necesaria para hacer frente a lo que viene, incluso llevando al límite su resistencia física.<sup>30</sup> La proyección de esta imagen queda graficada en esta parte del relato, cuando Joana comienza a recordar sus momentos previos al parto:

*«empecé el día cinco, con unas contracciones chiquititas y era el cumpleaños de mi sobrino y yo como nunca se me ocurrió andar con taco en ese tiempo, con guata y con tacos, una guata más grande que yo y se me ocurrió andar con taco, unas botas...mi hermana vivía más abajo cerquita de la feria, tuve que venir corriendo para acá, con tacos, embarazá...y otra vez corriendo...»* (Joana, 15 años de edad).

El uso de 'tacos' justo cuando comienzan las contracciones previas al parto, sin duda que tienen una carga simbólica relevante en esta niña que pronto será madre. Un cuerpo, una construcción identitaria que claramente presenta las tensiones que supone asir tempranamente lo que ha sido el ícono de la naturalización de la mujer: la maternidad (8).

Joana después del parto, tuvo un periodo de mucha ansiedad, la que se tradujo en mayor ingesta de alimentos, lo que sumado a su nuevo tratamiento anticonceptivo –inyecciones mensuales–, produjo un aumento de peso. Hoy, Joana señala que uno de sus hermanos y otra gente, le dice que ahora se ve mejor, 'más bonita'; por su parte ella encuentra que así se siente mejor, «porque me siento más segura de algunas cosas, antes era muy flaca, se me veían los huesos...». El cuerpo se traduce en una forma de 'pararse' frente al mundo.

Este correlato consecuente entre cuerpo y características identitarias también se encuentra en el relato de Valeria. Su cuerpo es grande, de una mujer obesa y alta, y aparentemente no tiene complejos, al contrario, demuestra una personalidad acorde con ese cuerpo, que le permite sustentar su autodefinición como «Chora».

**Cuerpo violentado.** Ahora bien, la experiencias corporales en los caso de Natalia y América, pasan necesariamente por las experiencias de violencia sexual de las que fueron objeto durante su infancia, en ambos casos por familiares cercanos, teniendo como consecuencia en uno de ellos

30 Joana se niega a la hospitalización a pesar de que ya tenía un evidente trabajo de parto.

el embarazo precoz (9).<sup>31</sup> Los efectos de esta violencia sexual vivida superan largamente los objetivos de este trabajo, pero a partir de sus relatos se puede apreciar cierto impacto en el cómo refieren su relación con el mundo y con los otros. En el caso de América se aprecia con claridad rasgos más bien depresivos, mientras que en Natalia emerge un relato donde ella se muestra extrovertida, quizás tratando de atenuar el impacto de vivencias difíciles. Natalia señala:

*«yo soy terrible alegre, me encanta conversar, me encanta la bulla, todo... yo soy terrible alegre, me encanta conversar, me encanta la bulla, todo... intento ver todo con alegría, aunque sea muy malo... como que quiero avanzar muy rápido, como dar un paso, subir dos escalones muy rápido...»* (Natalia, 19 años de edad).

En este sentido, la actitud que asume Natalia puede asociarse con la necesidad no cubierta de elaborar sus experiencias y el daño provocado, porque la forma en que ella enfrenta la realidad refieren ciertos mecanismos defensivos que ocultan una fragilidad que se intensifica en un presente cargado también de dificultades, por lo que se complica el desarrollo de recursos resilientes<sup>32</sup> que le permitan compensar sus vivencias.

América, por su parte, habla poco de ella misma, en su relato se deja entrever que vivió años difíciles después de ser niña, época que recuerda con agrado. Después de sufrir la violación, desarrolló trastornos de salud mental que la volvieron agresiva. No podía y no quería compartir ningún espacio donde hubiera hombres. A los 18 años, cuando entró a trabajar, recién logra salir de su ensimismamiento, le toma el gusto al tener su propio dinero y conoce al que será su pareja, con quién tiene su segunda hija.

### c. Carencias materiales y afectivas

A pesar de que en el punto anterior se plantea que existe un paso abrupto entre cuerpo niña y cuerpo madre, en algunos relatos este tránsito se ve antecedido por la adjudicación de comportamientos adultos. Estos comportamientos no se entienden como voluntarismos personales, sino que se asocian a las situaciones de vida, las que produjeron un proceso que puede establecerse como un abandono temprano de la infancia, el que está directamente influido tanto por la experiencia de maternidad, como por las situaciones problemáticas que tanto a nivel material como afectivo tuvieron que enfrentar desde pequeñas.

En la construcción identitaria de Rosa, por ejemplo, se observa claramente la importancia de sus *reiteradas experiencias de abandono, rechazo y pérdida*. El abandono que sufre por parte de su madre cuando no la protege de una precoz vida adulta, el abandono del padre cuando se va dejándola a ella y a sus hermanos a la deriva y cuando muere, el rechazo de su abuela materna, el rechazo de sus pares debido a su pobreza y modo de vida campesino, el rechazo de sus hermanos en los juegos de infancia. Así también, las carencias materiales van a sellar una forma de enfrentarse a los otros; siendo niña fue objeto de burlas y exclusiones porque no tenía lo que las/os demás tenían y no quiere que eso se vuelva a repetir con sus hijos/as. Este miedo a la ex-

31 En este sentido es importante comprender que la violencia sexual se debe entender como una de las prácticas de dominación masculina en la que el derecho sobre el cuerpo de las niñas y mujeres (y a veces a los cuerpos de los machos más débiles también) se ejerce a través del acto sexual coercitivo (9).

32 La resiliencia es una función de una constelación de rasgos de personalidad, habilidades de afrontamiento y de sistemas de apoyo («activos desarrollo») que permitan a los jóvenes a prevenir, minimizar o superar los efectos dañinos del estrés y la adversidad en sus vidas.

posición se manifiesta en su preferencia por mantenerse en su propio mundo y no socializar, así como también, en la significación de sus logros materiales como medio que permite a sus hijos/as relacionarse de igual a igual con sus pares.

También Valeria, de niña, se recuerda temerosa y blanco de agresiones de sus compañeros/as, especialmente de una amiga, frente a lo cual más adelante aprendió a defenderse, aprendió a «*aforrar*». Su proceso de autodefinición se centra en esta fuerza que va adquiriendo desde ser una niña vulnerable a una mujer fuerte.

Por otro lado, Joana posee desde muy pequeña una *imagen de sí marcada por la autosuficiencia*, construida a partir de una infancia compleja que provoca que esta niña, asuma ciertas responsabilidades difíciles de llevar a cabo a su edad, pero que ella creyó ser capaz de cumplir: «*entre los 10 y 11 años dije a mi mamá que yo ya estoy grande y me puedo cuidar sola*». El contexto de carencias económicas y las constantes ausencias por motivos laborales del padre y de la madre, de alguna manera exige que su infancia se viva con limitaciones, lo que incide fuertemente en la construcción de una imagen de sí autosuficiente.

*Así también, la maternidad precoz viene a llenar vacíos afectivos.* Tal como aparece en los relatos: *un espacio que tenía como súper vacío en realidad un momento que yo me sentía súper sola (Valeria, 26 años de edad); quedé embarazada porque yo quise porque yo lo vi desde ese punto de vista, pucha si quedo embarazada voy a poder salir de mi casa (Silvia, 32 años de edad).*

*Condiciones materiales menos adversas y la presencia de diversas figuras significativas, marcaran un devenir distinto.* En este sentido es relevante destacar la experiencia de Pamela, quién, si bien, vive la maternidad al igual que el resto de las mujeres, tempranamente –a los 14 años tiene a su primera hija–, su vivencia se marca distinta, dado que las condiciones económicas que poseía su familia y ser la menor de un total de 5 hermanos, facilitó que ella no viviera la maternidad como un quiebre en su desarrollo. Por ello, si bien, reconoce que tuvo que asumir algunas funciones que no correspondían a su edad, también establece que pudo seguir realizando actividades que antes del embarazo y el nacimiento de su hija, llevaba a cabo.

*«...lo que si asumía, o sea asumía entre comillas, porque igual yo seguí después haciendo mi vida completamente normal, yo seguí yendo al colegio...»; «...la Javiera nació el 30 de diciembre y después yo en marzo volví al colegio, entré a primero medio, hice mi vida completamente normal, no tuve limitancias como para decir pucha yo no puedo hacer esto porque tengo a mi hija, como yo le digo a la Javiera, porque mi mamá siempre veía a la Javiera, o sea mi mamá era la que la cuidaba» (Pamela, 32 años de edad).*

Así, la vivencia del embarazo y de la maternidad se da más bien como un evento accidental, que no repercute significativamente en su desarrollo o en su autodefinición, esto mismo, se cree, incide para que Pamela tenga la posibilidad de abrirse a otras experiencias en su devenir en tanto mujer, que no se limitan a su función materna. El hecho de que la madre haya asumido la maternidad de su primera hija, le permitió no solo terminar sin mayores dificultades su enseñanza media, sino que también, la continuidad de sus estudios y en esta línea valorar la obtención de un título profesional y de la posibilidad de ejercer una actividad en el espacio público, sobrepasando la función materna, a la cual ha estado anclada su madre (10).

*«... es algo que yo quería, era algo para mí, que para uno siempre lo más importante son los hijos, pero de repente tú dices pucha tu sabes que tus hijos no siempre van a*

*ser para ti, porque el día de mañana ellos van a crecer, van a formar su familia, pero en cambio mi título es algo mío, que yo me lo gané sola, sola, sola, o sea eso es como lo más importante que me ha marcado» (Pamela, 32 años de edad).*

#### d. La construcción de lo femenino: De «niña madre» a «madre niña»

El tercer eje que comprende el análisis de esta categoría se refiere a lo femenino y particularmente a su anclaje en la maternidad, maternidad que será esencial en la identidad de la mujer.

De acuerdo con Marcela Lagarde, «*los seres humanos de sexo femenino son esperados y son recibidos, históricamente, con un destino. Las niñas nacen madre y lo serán hasta la muerte, de manera independiente de la realización material, de la progenitura»* (6).

A pesar de que Lagarde se plantea de manera categórica en esta cita, y es esta forma la que pudiera generar ciertos recelos dado que pareciera que no habría manera de escapar a ese mandato social, claramente son las mujeres las que desde pequeñas son socializadas para cuidar a otros, «*el trabajo de cuidar es una responsabilidad social absolutamente generizada»* (11). Así, para Lagarde existirían las «*niñas madres»* que son aquellas infantes que deben cumplir funciones maternas cuidando a otros/as niños/as. Esta condición de «*niña-madre»* la expresa Joselyn, quien refiere:

*«igual a mí no me fue tan difícil, igual a mí me gustaban los niños y siempre mis hermana igual salía y ella prefería dejarme a mí a sus hijos antes que a mi otra hermana, porque ella decía que yo los cuidaba bien, no fue mucho el cambio para mi igual»* (Joselyn, 24 años de edad).

*Esta maternidad infantil provoca que la maternidad biológica, si bien, es recibida con cierta tensión por el contexto familiar, finalmente, se asuma con naturalidad*, porque finalmente se impone esa identidad que se instala hegemónica en la mujer. Por tanto, para algunas solo será el tránsito hacia la maternidad biológica; hacia el ser «*madres-niñas»*, lo que viven conflictivamente, otorgándole posteriormente a la maternidad valores positivos. Por ejemplo, Joana valora positivamente su embarazo y maternidad, porque, por un lado, le permite un nuevo posicionamiento en la familia y además, distiende las problemáticas que hasta ese momento ponían en riesgo la unión del grupo familiar; así también, señala que esta experiencia le permitió madurar. Otras, como Joselyn, definitivamente articulan su identidad a partir de la función materna, la que comprenden como un ejercicio permanente de abnegación. En este sentido la construcción identitaria de esta mujer, tiene como referente la figura de su propia madre, por lo que ella sigue su ejemplo de abnegación y preocupación por los hijos, intentándola replicar en su vivencia de la maternidad, lo que le impone un deber ser que tiende a anular sus propias necesidades.

Sin embargo, también existen aquellas *madres precoces que viven de manera conflictiva, tanto su primer embarazo, como su primera maternidad*, por lo que emergen resistencias más evidentes que no se logran cubrir. Este es el caso de Rosa, ella enfatiza en lo traumático que fue dejar su vida de niña y pasar bruscamente a asumir tareas y responsabilidades de una mujer adulta «*me gustaría volver el tiempo atrás y volver a ser niña»*. Antes de quedar embarazada disfrutaba jugando con sus amigas del barrio y del colegio, iban al tranque a bañarse, tenía un columpio que le había hecho su papá. Después, ya embarazada dejó el colegio y con ello la junta con sus amigas y comenzó el difícil aprendizaje de ser madre y dueña de casa, donde no sólo debía atender a su marido porque aún vivía en la casa paternal.



*«...tenía que levantarme y pensar que tenía que ver al niño, mudar al niño, darle de comer, darle pechito, después tenía que saber que teníamos que comer hacer algo pa mí y pa el niño, o sea pa mí más que nada porque el niño estaba chico, lavar porque anti-guamente mi mamá no tenía lavadora, lavaba en la alteza no más la ropa mía, de marido y del niño ya éramos tres, de repente se me salía de las manos porque no sabía hacer eso, amasar los primeros panes me quedaron mal, el José me decía no importa Rosa y luego vas a aprender más comidas, yo lo único que hacía fideos no más, fideos con huevo revuelto porque otra cosa no sabía hacer» (Rosa, 30 años de edad).*

*«...ya no salía a jugar po, ya no tenía tiempo para eso, mas encima como bien que quedé embarazá el niño como bien cerca porque el niño tenía como un año y el año nuevo nació una niña entonces nacieron dos guaguas» (Rosa, 30 años de edad).*

*La maternidad, entonces les impone un proyecto de vida que no era el que ellas habían imaginado.* Natalia por ejemplo, se siente desplazada por el hijo o hija. Y es esta resistencia, esta dificultad para asumir la función materna, la que hace que se autocalifique como mala madre:

*«... porque ahí yo antes que quedara embarazada yo hacía lo que quería y esperaba que todos se preocuparan de mí, que todos corrieran por mí, después quedé embarazada y todos corrían por mi hijo» (Natalia, 19 años de edad).*

*«... pero como madre, no me siento buena mamá, yo no he encontrado que he sido buena mamá... Porque no he estado siempre con mi hijo, se lo entregué a la abuela, al papá, ahora lo tiene el papá, no he encontrado que he sido una buena mamá, porque si hubiese sido una mejor mamá, hubiese dicho no, mi hijo se queda conmigo y se queda conmigo y yo estoy con él pa todo, pa cuando vaya su primera vez al colegio y todas esas cosas y no he estado, en ese sentido no me encuentro una buena mamá, te puedo decir a lo mejor ya soy bakán porque juego a la pelota con él, soy más como una amiga que como mamá... Yo he aprendido a ser mamá sola, a mi manera, aunque mi hijo me considere la mejor mamá del mundo, yo no me considero buena mamá, porque no estoy ahí con él, no estoy ahí en la noche cuando se resfría no me desvelo por él, a lo mejor los dos primeros años de su vida sí, pero ahora no» (Natalia, 19 años de edad).*

Esta autodefinición como mala madre que hace eco de los mandatos tradicionales de género es lo que evidencia en su relato Silvia, cuestión que además es recriminada por el hijo, por lo que la culpa ante el no cumplimiento de la función hace que se concentre en su lugar de madre con sus hijos menores. Así, gran parte de las proyecciones de Silvia están relacionadas con sus hijos/as. Quiere que se den el tiempo necesario para desarrollarse, que estudien, tengan su profesión, que, especialmente su hija, no se embarace joven. Lograr lo anterior depende de que ella les transmita la importancia de estas metas, los motive a estudiar, porque considera que ese fue un error que cometieron sus tíos y padres, al no entregarle ese tipo de orientación.

Para mi vida mis proyecciones son que mis hijos estudien, si dios quiere sean profesionales y siempre inculcarles que para todo hay tiempo, o sea no por querer saber más de la vida, a mí no me gustaría que mis hijos o que la Daniela me dijeran mamá sabes que estoy embarazada (Silvia, 32 años de edad).

Parece importante señalar algunas diferencias entre las experiencias. *En los relatos de las mujeres más jóvenes se encuentran proyecciones futuras que no necesariamente están directamente*

*asociadas a su rol materno, lo que probablemente está asociado con el hecho de que aún no han terminado su periodo de adolescencia.* En rigor a pesar de que son madres, existen otras funciones que las ubica en el lugar de adolescente, por ejemplo su función de estudiante, de hijas, las que de alguna manera les facilita proyectarse un futuro más allá de la sola maternidad, aunque ésta igualmente sea el eje articulador de su devenir, es a partir de esta función desde donde se crean sus opciones de futuro. Así, estas mujeres jóvenes proyectan su vida en otros ámbitos y tienen aún esperanzas de revertir las dificultades que les ha tocado enfrentar.

Esta posibilidad de retomar o mantener la adolescencia, a pesar del embarazo y maternidad precoz, también es permitida por condicionantes económicas menos conflictivas y por la presencia de figuras significativas que apoyan en todo momento a la adolescente.

*En el caso de las entrevistadas cuyas experiencias de embarazo precoz acontecieron hace tiempo atrás, en general nos encontramos con un afianzamiento del rol materno, por lo que otras proyecciones están supeditadas a esta función que articula su existencia.* Así, no existe sino el ser madres. Por tanto, se encuentra una suerte de desertización del discurso, donde la abnegación y la fortaleza materna es la que predomina. Quizás la única que se refiere directamente a experiencias eróticas es Valeria, quién desde pequeña fue puesta en el lugar estereotipado de la «puta» a partir de los insultos paternos, así, en ella conviven tanto la madre sacrificada como la mujer libertina.

Por otro lado, se aprecia que existe un violento cambio desde el cuerpo infantil al cuerpo madre, generalmente resistido y en cuyo desarrollo se hace imposible la vivencia de un proceso de duelo e integración como tradicionalmente algunos autores plantean. Así también, *el embarazo se transforma en un rito de paso de niña a madre, dejando suspendida la adolescencia,* no existiría por tanto, la búsqueda de una identidad sino más bien la imposición desde la vivencia corporal del ser madre.

Finalmente, a modo de resumen, se considera que la construcción identitaria vivenciada por estas adolescentes previo al embarazo, presenta algunas características que sin ser generalizadas se presentan como factores que están presentes, en tanto antecedentes a la ocurrencia del embarazo precoz:

- *Aceptación conflictiva de la nueva imagen corporal,* por un lado el paso desde un cuerpo infantil a un cuerpo mujer, puede asociarse a una aceptación de los modelos culturales imperantes en torno a lo femenino en tanto objeto de deseo, lo que sumado a la madurez precoz, puede incidir en la ocurrencia de conductas de riesgo. Por otro lado, también se puede manifestar como una no aceptación de la nueva imagen corporal, lo que en algunos casos puede manifestarse en alteraciones como trastornos alimenticios y por tanto, incidir en las autopercepciones y autovaloraciones. Ambos procesos en torno a la nueva imagen corporal, se vinculan con una necesidad de aceptación y reconocimiento de los otros.
- *Vivencias de vulneraciones de derecho graves:* Se considera que la violencia sexual infantil afecta de manera significativa la construcción identitaria, acentuando la inestabilidad psicoafectiva de las adolescentes.
- *«Madurez precoz»:* durante la infancia, dada las carencias afectivas y materiales, muchas de estas niñas tuvieron que asumir responsabilidades que implicaron cumplir fun-

ciones de adultos y por tanto, autoperibirse como sujetos autosuficientes que no necesitaban del mundo adulto.

- «*Maternidad infantil*»: Asociada particularmente a la condición de género, se vincula con que durante la infancia, estas niñas, tuvieron que cuidar a niños/as pequeños/as, lo que incide en la naturalización de la función materna.

## Referencias bibliográficas

- (1) Dávila León, Oscar. Adolescencia y juventud: De las nociones a los abordajes. Última década. [online]. 2004, vol.12, n.21 [citado 2011-07-19], pp. 83-104. Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22362004000200004-&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362004000200004-&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0718-2236. doi: 10.4067/S0718-22362004000200004.
- (2) Aberastury y Knobel, «La adolescencia normal», Editorial Paidós, Buenos Aires. 1980.
- (3) Mitjans Lafont, «Sexualidad y adolescencia», Revista Pediatría de Atención Primaria Vol. VII, Suplemento 1, 2005.
- (4) Silvia Tubert, «La experiencia del cuerpo en la adolescencia», documento en línea, revisado [mayo 2011] en [http://www.escuelapsicoanalitica.com/enclave/en\\_clave\\_n\\_00/PDF/LAEXPERIENCIADELCUERPOENLAADOLESCENCIA%20Silvia%20Tubert.pdf](http://www.escuelapsicoanalitica.com/enclave/en_clave_n_00/PDF/LAEXPERIENCIADELCUERPOENLAADOLESCENCIA%20Silvia%20Tubert.pdf)
- (5) Felix Guattari y Suely Rolnik, «Micropolítica. Cartografías del deseo», Editorial Traficantes de Sueños, Madrid. Ver el capítulo 2 Subjetividad e historia, particularmente los apartados relacionados con identidad. 2006.
- (6) Marcela Lagarde, «Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas», Universidad Autónoma de México, México, 2006.
- (7) Correa V, María Loreto; Zubarew G, Tamara; Silva M, Patricia y Romero S, María Inés. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. Rev. chil. pediatr. [online]. 2006, vol.77, n.2, pp. 153-160. ISSN 0370-4106. doi: 10.4067/S0370-41062006000200005.
- (8) Patricia Guerrero, «La identidad de género que se mueve: Relatos de vida de adolescentes mujeres de sectores Marginales», Informe final del concurso: Culturas e identidades en América Latina y el Caribe. Programa Regional de Becas CLACSO. 2001. Revisado en <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/becas/2000/guerrero.pdf>.
- (9) Organización Mundial de la Salud, «The sexual and reproductive health of younger adolescents. Research issues in developing countries», OMS, Suiza. 2011
- (10) I. Fernández, «Medicina y poder sobre los cuerpos», Themata. Revista de Filosofía, N° 33, Sevilla, 2006.
- (11) M. Esteban, «El estudio de la salud y el género: las ventajas de un estudio antropológico y feminista». Salud Colectiva, Buenos Aires, 2006.

## 2.2.4 Sexualidad

Se comprende en este estudio que el ámbito de la sexualidad incluye prácticas asociadas, en nuestra cultura, a la división genérica, así la sexualidad femenina es distinta en tanto prácticas, discursos y carga valórica, en comparación con lo que se espera de la sexualidad masculina. Si bien, el criterio básico pasa por la división de género, también existen otros elementos que van condicionando las prácticas sexuales, así la edad, la condición socioeconómica y los valores sociales predominantes (1), inciden en la vivencia de la sexualidad de los seres humanos.

Por tanto, se habla de una sexualidad histórica, condicionada y modificable a partir de las características de las construcciones de género, la condición socioeconómica, valores sociales, es decir, dependiente de las características que poseen las sociedades, lo que implica que no se comprende como un fenómeno natural. En este sentido, la sexualidad heteronormativa, hace unas décadas atrás se encontraba estrictamente circunscrita al matrimonio, norma que actualmente se encuentra en un declive casi absoluto. Irma Palma plantea que existe un cambio significativo en el último tiempo de acuerdo a lo que demuestran diversas investigaciones en variados países, estos estudios evidencian «una tendencia a la mayor masividad y precocidad en las prácticas sexuales entre los jóvenes, hombres y mujeres».<sup>33</sup>

Actualmente existen evidencias en diferentes estudios que corroboran que la entrada a una sexualidad activa cada vez es más temprana. Un ejemplo de ello es lo que establece Electra González y cols., en un estudio que consideró a adolescentes entre 12 y 19 años de edad. Se llegó a la conclusión que el inicio de la actividad sexual para los hombres se daba a los 15,7 años, mientras que en el caso de las mujeres a los 15,5 años. Además, en este mismo estudio se establece que las mujeres presentaban una disminución progresiva en cuanto a la edad en la que vivencian su primera relación sexual.<sup>34</sup>

Si bien, estas cifras se alejan de lo que ha arrojado la última Encuesta Nacional de Juventud,<sup>35</sup> que –cabe aclarar– no considera el tramo etéreo que aborda esta investigación, la relevancia de los datos presentados por González y cols., se corroboran con la evidencia internacional, la que muestra a través de una serie de estudios, el adelantamiento de las relaciones heterosexuales entre los y las adolescentes, lo que incluye el inicio de relaciones afectivas, pasando por momentos exploratorios sin penetración, antecedidos por caricias hasta la concreción del acto sexual coital (4). Adelantamiento, que en el caso de los relatos que integran este estudio, son algunos más drásticos que los descritos, dado que no todas las experiencias fueron precedidas por una relación, lo que incluye actos de coerción.

Sin embargo, estos cambios no necesariamente se han traducido en políticas públicas adecuadas, o en cambios en la valoración de la maternidad como eje articulador del devenir de la mujer; por lo que desligar las prácticas heterosexuales del contexto del matrimonio no necesariamente ha implicado separarlas de un fin reproductivo.

33 Esto es confirmado en el estudio realizado por OMS, citado anteriormente en este informe. Así también, la última Encuesta Nacional de Juventud indaga en las prácticas sexuales precoitales.

34 La muestra total correspondió a un total de 4.971 adolescentes que habían comenzado su vida sexual heteronormativa entre los años 1990 y 2005 (2).

35 De acuerdo a la VI Encuesta Nacional de Juventud (2009), «el promedio de edad de iniciación sexual de las y los jóvenes entrevistados corresponde a 16,7 años. A partir de los datos de la Encuesta se advierten leves diferencias por sexo, ya que los hombres se inician más tempranamente (16,4 años) en relación a las mujeres (17,1 años)» (3).

Es claro que desde el nacimiento somos seres sexuados y que nuestras experiencias de placer se remontan a la infancia. El psicoanálisis, en ese sentido, ha sido clave para comprender que la sexualidad se vivencia de diversas maneras a lo largo del desarrollo (5), sin embargo, ha normativizado esas vivencias estableciéndolas dentro de ciclos predeterminados, siendo la meta llegar a un estadio que sería el momento de la genitalidad, donde nuestro objeto de deseo se encontraría fuera del ámbito familiar, sacando el deseo sexual del anclaje infantil para investir eróticamente a un otro, convirtiéndose ésta catexis en el motor vivencial que con más fuerza organizará el mundo de los afectos y sentimientos (4).

Así, la clásica teoría sexual freudiana, no considera una serie de elementos que dinamizan las experiencias sexuales. En este sentido, es importante señalar que este estudio, considera que la sexualidad en tanto práctica humana, está presente desde siempre en el desarrollo humano y por tanto, existen múltiples experiencias de placer a lo largo del ciclo vital, que pueden seguir desarrollándose en distintos momentos sin ser esto causa de alguna perturbación en el ámbito psicoafectivo.

Considerando lo anterior, se postula que las experiencias sexuales no parten con lo que comúnmente se ha denominado iniciación sexual, la que en rigor se reduce al inicio de las relaciones heterosexuales coitales. Por ello, y con el fin de precisar la terminología empleada, en este apartado se hará referencia a la primera relación coital, más que a la comúnmente llamada iniciación sexual.

Siguiendo esta línea, es importante aclarar que consideraremos tres aspectos al momento de hablar de sexualidad, los que se traducen en factores que inciden indirecta o directamente en la vivencia de un embarazo precoz:

- La *vivencia de una primera relación coital a temprana edad, asociada a una escasa conciencia preventiva*<sup>36</sup> y por tanto, a prácticas sexuales no seguras. En los relatos la carencia de conocimientos e información, que poseían tanto las adolescentes como sus parejas sexuales al momento de concretar su primera relación, incide en la no utilización de métodos anticonceptivos.
- Las *motivaciones y valoraciones ligadas a la primera experiencia sexual penetrativa*. Asociadas, en general, con las limitaciones que los mandatos de género imponen a la práctica sexual femenina, las que se manifiestan en la ausencia de referencias en torno a experiencias de autoexploración en la infancia y adolescencia de la mujer y con los motivos que se presentan como propulsores para la concreción de la primera relación coital.
- Así también, se ha considerado un aspecto relevante las *percepciones actuales que poseen las mujeres en torno a la sexualidad*, las que se encuentran fuertemente influidas por los valores morales y los contextos culturales que influyen en los procesos subjetivos.

36 De acuerdo con Irma Palma, condición socioeconómica se presenta como un factor relevante en la edad en la cual se da inicio a la primera relación sexual. «En la sociedad chilena existe una diferenciación socioeconómica y de género en la estructuración de las edades de entrada en la sexualidad activa. Cuando las mujeres están situadas en los grupos de altos ingresos, el 43,4% tiene la primera relación sexual antes de cumplir 18 años, el 45,5% en los grupos de ingresos medios y el 51,5% en los grupos de ingresos bajos. Por su parte, los hombres situados en los grupos de altos ingresos, el 54,0% tiene su iniciación sexual antes de cumplir 18 años, el 66,4% en los grupos de ingresos medios y el 69,7% en los grupos de ingresos bajos (véase tabla 5). Esto implica que existen algunas condiciones previas, propiamente sociales y culturales en las cuales se inscribe este proceso», (2).

a. **Vivencia de la primera relación coital a temprana edad asociada a una escasa conciencia preventiva**

Irma Palma, señala que la relación que se puede establecer entre la precocidad con la cual se ingresa a una vida sexual activa y la capacidad del o la adolescente para asumir prácticas preventivas, mediada por su carencia de autonomía y falta de experiencia y conocimiento, está siendo discutida en sociedades europeas, dado el acceso que existiría en esas localidades a métodos anticonceptivos; más esto no acontecería en América Latina donde la realidad –se cita el caso brasileño– es el no uso de MAC, cuestión que corroboramos en los relatos construidos, donde además se agrega el uso fallido de estos métodos.

En distintos fragmentos de los relatos se ve plasmado lo descrito anteriormente. Por ejemplo, el caso de Joselyn. Su primer pololo fue el padre de sus hijos. Una relación que comenzó cuando ella tenía 11 años y el 18, a los dos años de relación habrían comenzado a mantener relaciones sexuales y en poco tiempo, ella queda embarazada ya que no utilizaban métodos anticonceptivos: «Yo creo que como a los 13 empecé yo y yo creo que como 2, 3 veces y ya después quedé embarazada».

En el caso de Joana a los 11 años vive su primera relación con un chico dos años mayor que ella, que conocía recientemente. Nunca pensó en utilizar algún método para prevenir un embarazo, ni menos alguna enfermedad de transmisión sexual. Ella queda inmediatamente embarazada.

Por su parte, Natalia a pesar de haber sufrido abusos sexuales con anterioridad a su relación de pareja, señala que su primera relación sexual se habría dado a los 12 años con su pololo. Describe su experiencia de la siguiente forma:

*«Mira yo tenía 12 años, fue un 8 de diciembre, que cae día feriado los 8 de diciembre, me acuerdo que a mi papá le tocó trabajar porque cayó un día miércoles y a él le tocaba ir a trabajar y no fue a trabajar, se pasó pa mi casa, andábamos pololeando recién, igual los dos teníamos miedo porque pa los dos fue la primera vez, no sabíamos qué hacer... El empezó primero... yo tampoco no sabía mucho que hacer... Fue bonita y cuática, porque a veces igual nos reíamos, porque yo como que me arrancaba, pero fue... igual me dolió, pero yo así tímida, porque yo estaba tiesa, incluso después terminamos de tener relaciones, yo así sin ropa, ¡ya sale que voy a vestirme!, y estuve un buen tiempo así, pero yo no dejaba que me viera, un buen tiempo... me daba vergüenza, claro y no era porque por último dijera que yo estaba gordita, nada, si yo tenía buen físico y no sé... pero empezamos a tener relaciones y como a las dos semanas después hablamos con la hermana de él y ahí empezó a comprarnos pastillas... igual éramos cabros chicos porque yo tenía 12 y él tenía 15 años» (Natalia, 19 años de edad).*

Por el contrario, para América su primera relación sexual, está asociada con la violencia. El primo, mayor que ella, la engañó aprovechando la confianza que existía entre ellos porque eran compañeros de juegos y, luego la forzó a través de los golpes a tener relaciones sexuales. Aún no había comenzado el interés sexual de ella, ni siquiera tenía mucha conciencia de su cuerpo. La experiencia fue traumática para América, generando secuelas psicológicas por muchos años y retrasando su propio proceso de exploración sexual.<sup>37</sup>

37 Las diferencias notorias que existen entre la experiencia de Natalia y de América, probablemente hablan de que solo uno de los casos, América, ha recibido un abordaje de carácter terapéutico y por tanto, la elaboración del proceso adquiere otras características. Natalia, de acuerdo a la

De acuerdo con una reciente consultoría solicitada por la Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología y el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, que buscó indagar sobre los factores asociados con la maternidad en niñas menores de 15 años, sin poseer los datos exactos de Chile, se plantea la existencia de una estrecha vinculación entre violencia sexual y primera relación sexual. Así también, muchos de los embarazos que viven niñas menores de 15 años serían producto de un acto violento.<sup>38</sup> Lo anterior, evidencia que las vivencias de muchas de estas niñas están marcadas por una experiencia traumática que debiera ser abordada por instituciones pertinentes, dada la situación de riesgo en la cual se encuentran, la cual probablemente tenga múltiples consecuencias que si no son tratadas agravan la situación de vulneración vivida.

**Prácticas sexuales no seguras.** En varios de los relatos es posible identificar la carencia de información en torno a temáticas relacionadas con la sexualidad y más aún, en lo que respecta a prácticas preventivas. Por ejemplo, Natalia reconoce que sabía muy poco de sexualidad, su familia y tampoco el colegio habían sido instancias donde se conversara abiertamente sobre sexualidad. En la familia, principalmente constituida por figuras masculinas –principalmente su padre– no son capaces de abordar con ella aspectos ligados a la sexualidad, por lo que Natalia asocia a la condición de género masculino la inhabilidad para hacer frente a estos temas. Tampoco lo hablaba con sus pares cuando estaba en enseñanza básica, y esto principalmente, porque se ve a sí misma en un proceso distinto de madurez –mientras las otras seguían siendo niñas, ella ya pololeaba–. Esta brecha con las que se suponen son sus pares, obstaculiza la posibilidad de hablar de sus experiencias e inquietudes.

*«... nada, porque donde mi abuelo no se hablaba de eso y mi papá tampoco era, es que el hombre no es muy este para sentarse con una mujer de 12 años y decirle pasa esto y esto, claro, me entendí... no, en el colegio tampoco, mira a mí me empezaron a pasar de la sexualidad cuando estaba en el último año, porque en un colegio municipal como que no, ahora ya te creo, pero en esos tiempos no... [Respecto a las compañeras] no ni siquiera sabían de pololeo, mira en el colegio que iba yo era la única alumna que había pinchao alguna vez y que tenía pololo, me entendí, eran como todas muy cartuchas y yo muy revolucionaria» (Natalia, 19 años de edad).*

Así también, en el caso de Silvia, su madre y su tía nunca le hablaron de sexualidad ni de prevención. Además, no tenía amigas/os, pasaba en la casa encerrada, su personalidad era introvertida

---

información referida por ella, no ha recibido ningún tipo de abordaje y tampoco, el acto cometido por su Abuelo, ha recibido sanción, ni siquiera por parte de las figuras cercanas. Caso contrario es el que vivencia América, quién recibe el apoyo de su núcleo familiar. El otro punto divergente entre estas experiencias, es la maternidad, Natalia no queda embarazada, mientras que América tiene un hijo del agresor, lo que impide u obstaculiza que entre en la negación o en la represión el acto de violencia.

38 El estudio señala «Casi la mitad de las mujeres adolescentes sexualmente activas que participaron en un estudio que incluyó a varios países del Caribe declararon que sus primeras relaciones sexuales fueron forzadas. En Lima 40% de una muestra de mujeres jóvenes dijo haber sido iniciada sexualmente por la fuerza. En Argentina una encuesta reveló que de las mujeres que se iniciaron antes de los 15 años, una cuarta parte declaró haber sido forzada, y más de la mitad dijo que aceptó la voluntad del hombre aún cuando ella no quería que ocurriera la relación sexual en ese momento. Es decir, sólo una cuarta parte se inició en forma completamente voluntaria». Este estudio deja en evidencia la necesidad de contar con datos e investigación que indaguen para el caso chileno, esta relación (7).

«era vergonzosa», todo lo cual contribuyó a que no manejara información que le permitiera evitar un embarazo precoz.

*«mi mamá era súper cerrada, mi tía, hasta cuando yo viví con mi tía mi tía era súper cerrada nunca me dijo va a pasar esto, tienes que cuidarte, nunca me explicaron nada y yo también era súper vergonzosa, como que también me daba vergüenza y pudor también que me contaran o me hablaran el tema» (Silvia, 32 años de edad).*

En el colegio le hablaron muy poco y de manera superficial de sexualidad, generalmente en las clases de religión. Fue así como ella se da cuenta, tras su primera relación sexual coital, que era probable que quedara embarazada.

*«mis papás a mí nunca me hablaron nada, sino que en el colegio, en el colegio siempre se trató como el temita, pero bien cortito, como de unos 5 minutitos que daban en el colegio, porque las profesoras que teníamos eran como profesoras mayores que tampoco les gustaba mucho el tema, era como tabú y después me acuerdo que cuando tuve la primera relación al otro día me tocaba clases y justo me tocó clases de religión y justo la profesora tocó el tema y empezaron a hablar y dijo ustedes saben que si no se cuidan pueden quedar embarazadas y yo dije ah no, metí las patas dije yo» (Silvia, 32 años de edad).*

La experiencia de Joana, así como de las otras mujeres, deja en evidencia que aún para muchos/as adultos/as la sexualidad es un tema «tabú» y que además, carecen de herramientas para abordar las preguntas que naturalmente comienzan a surgir. Al igual que Natalia, tampoco en el colegio tuvo alguna experiencia en la cual se halla hablado de sexualidad, a lo menos no recuerda nada significativo. El silencio en el cual se cae, provoca en Joana una autocrítica severa en la que solo ella es la responsable, no hay culpas de su padre, de su madre y menos de otras instituciones importantes en su proceso de desarrollo, por lo que señala:

*«es que yo encuentro que a los 11 años quién va a hablar bien abiertamente de eso... es que a los 11 años mi mamá no me iba a decir ya Joana así se hace eso a los 11 años quién va hablar de eso, la mayoría de la gente a los 11 años es una guagua» (Joana, 15 años de edad).*

Que la mayoría de las niñas lo siga siendo a los 11 años, mas no ella, aparece como un factor relevante en el inicio precoz de su vida heterosexual; es su precocidad, el haber dejado de ser niña tempranamente y ese cuerpo que comenzó a cambiar a los 9 años, lo que incidió en que nadie le hablara sobre lo que implica ser un sujeto sexuado.

En definitiva, *la carencia de educación formal y no formal en el abordaje de la sexualidad*, obstaculiza que las adolescentes puedan adquirir conductas preventivas que tiendan a protegerlas de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y otros riesgos asociados a prácticas sexuales no seguras. Se evidencia que no existe una socialización entorno a los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes, entre los que se cuenta el acceso a la información y a servicios para vivir de manera plena sus experiencias sexuales. Más aún, *existen barreras de todo tipo, legales, sociales y morales que inciden en la negligencia en la que cae el mundo adulto e institucional* (4). Por tanto, junto con I. Fernández, se puede plantear que en las experiencias de estas mujeres en la adolescencia, se vivencia una maternidad forzada, en la medida en que existe un sistema que en términos materiales las priva de información preventiva y anticonceptiva (6).



## b. Motivaciones y valoraciones ligadas a la primera relación penetrativa

**Motivaciones.** Tradicionalmente se ha asociado que el inicio sexual en la mujer está motivado por el ‘amor romántico’, es así como lo reportan también algunos estudios (1), mientras que en los hombres, la exploración e inicio sexual está abiertamente relacionada con el placer y la autoafirmación identitaria. Así, «*la prueba de amor*» en el inicio sexual coital y el recuerdo de la primera relación sexual como una experiencia «*bonita*», más allá de que ésta fuera efímera, fuente de rechazo y abandono, tiene sentido para muchas mujeres: «*Yo creo que para tener relaciones uno tiene que estar enamorada, yo creo que de mis dos parejas que tuve, mi pareja actual y la de antes yo creo que no ha sido mala en realidad*» (Joselyn, 24 años de edad); «*fue bien bonito, a pesar de todo fue bien bonito porque en realidad fue lo que me hizo crecer, me hizo mujer, y me regaló lo más bonito que fue mi hijo que pa mí fue independientemente de que me haya quedado sola*» (Valeria, 26 años de edad).

Ahora bien, también existen motivos asociados a la curiosidad, a la vivencia de un evento espontáneo y otras motivaciones que se alejan de los patrones convencionales. En el caso de las mujeres entrevistadas, el amor y el ideal de la «*entrega total*» sería una de las razones que se reportan,<sup>39</sup> pero también existen experiencias que se relacionan con la necesidad de explorar y vivir una nueva experiencia.

En el caso de Valeria, claramente lo que la moviliza a concretar su primera experiencia sexual, es el «*amor*». El padre de su primer hijo fue el primer hombre con quien tuvo relaciones, fue su primera relación «*en serio*». Lo recuerda como un amor bonito por lo menos para ella, que duró 5 meses, pero que fue intenso. La enamoró la preocupación que él demostraba hacia ella.

*«fue como súper insistente, me invitaba a almorzar a la casa a presentarme a la mamá, a la familia, y todo el cuento así como te conozco hoy día y mañana te invito a almorzar y te pido pololeo y fue así como una cuestión súper rápido y eso fue lo que me fue enamorando de él, que se preocupaba de mí, andaba pa rriba y pa bajo conmigo, que me servía, entonces eso me fue enamorando y me enamoré, eso mismo hubiera pedido la Luna en ese momento, era un amor pa mí bien bonito pa él no sé»* (Valeria, 26 años de edad).

Así también Natalia, señala que su pareja le pidió la «prueba de amor».

*«...nosotros hablamos con el papá de mi hijo, me dijo, que en ese tiempo como que se pedía la prueba de amor, me entendí, yo sabía lo que era y yo le dije si pero lo que pasa es que yo no quiero quedar embarazada, y hablamos con su hermana que es mayor entendí... tenía como 21 años, y nosotros le explicamos y ella nos compró los anticonceptivos... después llevábamos ponte 3 meses teniendo relaciones cuando yo quedé embarazada... en ese tiempo ella me compraba las pastillas... nunca se me olvidaban, siempre tenía un recordatorio, tu entrabaí en mi pieza y veías un papelito pegao en la muralla...»* (Natalia, 19 años de edad).

El caso de Pamela es distinto, ella tenía una relación de pololeo estable y en este contexto, señala que quiso explorar «*...quise saber, fue por una cuestión de pasión no más del momento no sé*», entonces su primera relación sexual estaría más vinculada con un acto impulsivo, que con un deseo consciente o una curiosidad previa.

39 De acuerdo a I. Fernández, «La coacción que suponen las relaciones heterosexuales es mixtificada por medio de la ideología del amor romántico», (6).

La situación vivida por Joana, está marcada por la inquietud, por la necesidad de saber, de vivir una experiencia en este ámbito de la vida. Ella tuvo una breve relación; en su relato se refleja por un lado una ansiedad previa que la habría impulsado a vincularse con el adolescente y por otro lado, la decepción que generó su abandono posterior a la consumación de la relación sexual, así como también su inmediato embarazo. Joana señala: «yo quería saber lo que se sentía, supe lo que se sentía estar con una persona y también supe lo que se sentía estar embarazá». Refiere que tenía muchas inquietudes, que le preguntaba a la madre «cómo cresta uno queda embarazá». Además, este tiempo coincide con el embarazo de la hermana. Así también, las dudas aumentaban al ver programas de televisión donde se hablaba de sexualidad. En el colegio, una compañera de 14 años, les relata a ella y a una amiga, como fue su «primera vez»; surgían ansiedades, temores y sobretodo, deseos de conocer y experimentar. Motivaciones que sin una orientación adecuada incidieron que su primera vivencia tuviera como consecuencia un embarazo no deseado.

**Valoraciones.** Si bien, han pasado varios años después de la primera experiencia penetrativa que tuvieron estas mujeres, es interesante indagar en la valoración que tienen de ese primer acto, cómo esa valoración en algunas está estrechamente vinculada al embarazo y por tanto, a una experiencia muchas veces difícil de sobrellevar, y cómo emergen sentimientos de culpa por no haber prevenido el embarazo.

En este sentido es claro lo que manifiesta Pamela, su primera relación tiene como consecuencia un embarazo no deseado/ no previsto.<sup>40</sup> Así, su iniciación sexual es una experiencia que se vivencia de la mano con el temor al embarazo, por eso, este recuerdo no es satisfactorio, sino todo lo contrario:

*«Mi primera relación sexual fue a los 14 años y yo quedé embarazada a la vez, que fue por el tema del condón, que se rompió, por inexpertos, pero también fue algo que para mí yo recuerdo ese día como sufrimiento, porque de partida fue algo doloroso, con miedo, fue como algo fome...no fue bonita, no fue algo de decir fue lo más maravilloso que me pasó, porque de partía estaba muy asustá, me acuerdo que estábamos en mi casa, y estábamos solos y no fue algo que, qué decir pucha lo pasamos súper bien, mentira tampoco, fue algo como más que nada como una exploración que tuvimos, una exploración fome, fue muy fome fue como algo como una exploración de inexpertos» (Pamela, 32 años de edad).*

Pamela, por tanto, no puede desligar su iniciación sexual de su embarazo, lo que marca un quiebre de su desarrollo experiencial en este ámbito, además de una distancia con su pareja que se acentuará cuando confirma su estado de gestación y que solo será superada después de un largo tiempo, cuando se disipen los temores y él efectivamente se haga cargo de su paternidad.

Así también, la iniciación sexual de Joana, queda como un episodio de su vida que le genera rechazo. Ante el recuerdo de este hecho y particularmente, el de la pareja de ese tiempo, se activan resistencias. Es un evento significativo que es negado, que se trata de olvidar, activándose mecanismos que impiden profundizar, pero que, sin embargo, demuestran el daño provocado y las emociones asociadas a ese daño. Esta reacción de Joana, podría relacionarse con que su

40 Irma Palma plantea que entre el embarazo no deseado y el no planificado, se encuentra el embarazo no previsto. «No previsto es tanto un juicio interno sobre la disponibilidad subjetiva para un embarazo conducente a la paternidad o maternidad, como una gestión de una práctica preventiva. En el caso del ENP, el sujeto no se encuentra ni disponible ni prevenido. No supone la intencionalidad, a diferencia del embarazo no deseado. A su vez, lo imprevisto puede devenir o no deseado» (2).

experiencia en alguna medida fue mediada por la coerción, entendiendo que ésta no solo está presente en aquellos actos donde es evidente el rechazo de la víctima, sino que también pueden ser calificados dentro de esta categoría, las situaciones en que la niña a pesar de haber aceptado no tuvo posibilidad de oponerse (7). Sin embargo, Joana niega esta posibilidad, ratificando que ella quiso vivir esta primera experiencia, pero que se sintió abandonada y es ese abandono, finalmente lo que activa sus mecanismos defensivos:

*«es que no me acuerdo mucho yo, no sé, es que no me acuerdo, no me dan ganas de acordarme de cuando quedé embarazada... Al final con él me da rabia son heridas que yo tengo en el centro, son heridas que yo tenía tapadas... yo corto el tema, esa la tengo bien guardadita» (Joana, 15 años de edad).*

En general, *nos encontramos con breves trayectorias sexuales interrumpidas por el embarazo*,<sup>41</sup> dado que asumir esta condición implica una serie de transformaciones y desafíos que perturban la cotidianidad de las adolescentes. *Las primeras experiencias sexuales no pueden desligarse del embarazo precoz*, por lo que cuando se hace referencia a esa iniciación inmediatamente aparece la gestación y la maternidad copando los relatos.

Al hablar de sus experiencias sexuales, *ninguna de las mujeres entrevistadas refieren experiencias masturbatorias previas*, ante lo cual se puede plantear que, claramente, este tipo de prácticas están negadas por la socialización de género, concibiéndolas como prácticas indeseables; caso contrario, ocurre con los varones, en los que probablemente las experiencias de masturbación sean rápidamente referidas dentro de la sexualidad, dado que constituyen parte importante en su proceso de desarrollo. Así, a las mujeres les es denegada la posibilidad del autoerotismo, lo que ocurre tempranamente en el ciclo del desarrollo de la mujer, por las normativas sociales y morales que imponen el desconocimiento y rechazo hacia su cuerpo:

*«La niña descubre por diferentes vías el erotismo de su cuerpo y debe olvidarlo. Las prohibiciones, los regaños, y los castigos sirven para que aprenda a tocarse sin intencionalidad erótica... La mujer interioriza el silencio y la prohibición erótica en lugar del placer. Mediante la amnesia olvida incluso partes de su cuerpo descubiertas al placer en la infancia» (8).*

En este sentido, es importante indagar en las experiencias sexuales de las mujeres y particularmente de las adolescentes. Sacar de lo oscuro, lo sucio, del tabú, este tipo de prácticas sexuales, facilitaría probablemente, la adquisición de conocimientos sobre el cuerpo, que pasa también por conocer la genitalidad y por indagar en las experiencias placenteras, de manera de ir construyendo una apropiación de la experiencia corporal, donde la voluntad libre y con conocimiento sea la que permita decidir el cómo se vive la sexualidad (4).

### c. Percepciones en torno a la sexualidad

Se consideran las percepciones en torno a la sexualidad en tanto valoraciones que actualmente expresan las mujeres entrevistadas en torno justamente a las prácticas sexuales, la importancia que la asignan en sus vidas, los juicios que tienen, entre otros aspectos, que van configurando pareceres en torno a este ámbito.

41 Se entiende por trayectoria sexual, la vivencia de distintas experiencias sexuales en la historia de la sujeto.

Las vivencias actuales en torno a la sexualidad son diversas y están afectadas por factores entre los cuales encontramos la edad, la situación de pareja, entre otros. En este sentido, es relevante como *se repiten patrones normativos que dejan lo sexual en el ámbito de lo prohibido, haciendo eco de discursos que en la sociedad se instalan como formas de control y de restricción, adecuados de acuerdo a los géneros*. Así, por ejemplo, Pamela posterior a su primer embarazo, no retomará su vida sexual, sino mucho tiempo después y con las limitantes que le imponían tanto los padres de su pololo como su madre.

*«...a nosotros no nos dejaban dormir juntos, aunque yo me viniera a quedar a la casa de él o aunque él se fuera a quedar a mi casa nosotros no dormíamos juntos y si dormíamos en la misma pieza teníamos que dormir en camas separadas, o sea a ninguno de los dos nos permitieron, hasta mucho después... no fue ah ya ustedes tienen dos hijos pueden hacer lo que quieran, tampoco fue algo así, nosotros empezamos a dormir juntos después que nos fuimos a vivir juntos, que nos vinimos a vivir juntos, pero antes nunca llevamos así una vida de pareja, tú eres mi pareja y tienes que estar conmigo para siempre, no, mentira» (Pamela, 32 años de edad).*

Esta misma restricción, es la que actualmente le impone a su hija mayor:

*«bueno yo también lo veo en parte por mis hijas, porque por ejemplo la Javiera ya es mamá, a lo mejor cometió el mismo error que yo, pero yo tampoco voy a permitir que ella venga y traiga su pololo para acá y que venga se acueste con su pololo aquí en mi casa, porque tampoco corresponde, o sea tampoco es que uno sea chapada a la antigua y decir no es que, no que la cosa está distinta, no, mentira, acá también hay un respeto...» (Pamela, 32 años de edad).*

Así, en este texto se aprecia que aún existe una suerte de conservadurismo en lo sexual, instalado por la madre de Pamela, en el sentido de que el acto sexual es contrario a las 'buenas costumbres' de un hogar, relegándolo a lo no permitido, a lo no correcto. En rigor Pamela señala,

*«entonces yo eso es lo que le digo a la Javiera, Javiera tu vienes con tu pololo para acá, te encierras en la pieza, la Valentina qué piensa, es normal, entonces yo también lo voy a hacer, porque es algo normal y no es normal porque es tu pololo todo lo que quieras, pero es tu pololo, no es tu pareja, es tu pololo, entonces si es tu pololo te tiene que respetar tanto a ti como a mí, no se po yo por ese lado lo veo» (Pamela, 32 años de edad).*

Es así como la sexualidad cae dentro de los parámetros morales que siguen paradigmas religiosos. Lo que ratifica que la sexualidad sea solo una vivencia que trasciende lo biológico y que, por tanto, está teñido por concepciones culturales, históricas e ideológicas.<sup>42</sup>

En el caso de Joana, la experiencia de su primera relación sexual y su inmediato embarazo, sellarán esta iniciación como hito negativo. Joana señala que no ha tenido más experiencias, produciéndose un quiebre en su breve experiencia sexual, que denota temores e inseguridades, para ella no es relevante vivir una experiencia satisfactoria en este ámbito, lo relevante es evitar quedar nuevamente embarazada.

42 Múltiples son las investigaciones que distintos/as investigadores/as han desarrollado en torno a la relación de sexualidad, cultura e historicidad, entre los más clásicos, Margaret Mead, Bronislaw Malinowski, Wilhelm Reich, entre otros/as. Así también, Foucault plantea que la sexualidad es una experiencia histórica y singular.

Por su parte, Valeria fue criada en un ambiente donde era común que a las niñas se las tratara de «putas» «maracas», por lo que no es extraño que en su juventud y adultez, sea permanente la asociación entre su sexualidad y la idea de algo malo, incorrecto, porque «*tener sexo no corresponde a lo femenino*». Así también, Valeria refiere que la sexualidad es importante, está presente en su vida. Se ufana de ser «*buena para la cama*», sus parejas se lo han dicho. Tiene una postura que podría llamarse «liberal» frente a la sexualidad. Aunque dice no aceptar la infidelidad, si la diversidad de experiencias y el placer. Se aprecia entonces, cómo su concepción de la sexualidad no puede estar ajena a sus vivencias infantiles y por tanto, se cuelean como significados latentes que hacen que sus referencias en torno a la sexualidad sean contradictorias.<sup>43</sup>

Por otro lado, Rosa tiene una visión acerca de la sexualidad y de la pareja que se basa en el respeto entre la pareja. El respeto, al parecer significa fidelidad y un sexo moderado. En ese contexto, Rosa declara sentirse digna al lado de su marido: yo me siento digna al lado de él. Ella respeta a su marido por lo que nunca pensó en ser infiel, ni siquiera antes de casarse y su primer planteamiento es que no se imagina con otro hombre más adelante en caso de que se separara. Si esto sucediera, sabe que la reacción de su familia –de su madre, de sus hermanos y también de sus hijos– sería de rechazo, lo que asocia a lo que pasó con su madre, que con su decisión de estar con otro hombre le hizo daño a toda la familia.

*«yo que hago si mi marido se entera, si yo tengo tantos hijos, quedaría sola mi familia, se vendría me vendría el cielo abajo, porque mi familia yo cacho que mis... o sea, mis hermanos más que nada no me aceptarían eso y haría sufrir a mis hijos, si yo llevo a otra persona, me dijo quién te va a querer con 5 hijos»* (Rosa, 30 años de edad).

Así, las concepciones en torno a la sexualidad, en el caso de las mujeres más jóvenes, están ligadas a los embarazos precoces, en tanto éstos serían consecuencias de una conducta que en general es calificada como irresponsable, esto sin duda matiza las apreciaciones que puedan construir de este primer momento. En el caso de las mujeres mayores, sus apreciaciones en torno a la sexualidad están condicionadas por la existencia o no de parejas, por las características de sus relaciones, si tuvieron o no más hijos y por tanto, por si la maternidad pasó hacer el eje central de sus vidas y por lo tanto un compromiso que ciñe las vivencias sexuales.

Concluyendo este aportado se puede establecer la existencia de los siguientes factores en las experiencias de estas mujeres:

- **Carácter tabú de la sexualidad:** La sexualidad aparece como una temática no hablada en los espacios familiares y en los escolares, por lo que las adolescentes no tuvieron instancias donde poder responder o guiar sus inquietudes, lo que provoca que la sexualidad y sus prácticas se asocian con algo prohibido, incorrecto e inadecuado.
- **Limitaciones en las práctica sexual femenina durante la infancia:** No existen antecedentes de prácticas autoeróticas, por lo que se puede postular que éstas, si es que se

43 «En muchos de los textos “clásicos” de los autores del “boom” latinoamericano, como por ejemplo, en Las buenas conciencias de Carlos Fuentes, La ciudad y los perros de Mario Vargas Llosa, Sobre héroes y tumbas de Ernesto Sábato o en Casa de campo de José Donoso, se confirma la observación de Freud, de que el deseo masculino divide lo femenino en “vírgenes” y “putas». Para profundizar en esta línea ver, Horst Nitschack (2008), Vírgenes, putas y emancipadas en el mundo. Imaginario de los adolescentes, en Kathya Araujo y Mercedes Prieto ed., «Estudios sobre sexualidades en América Latina», Flacso, Ecuador.

vivenciaron, no son consideradas como parte importante de sus trayectorias sexuales, lo que supone a la vez, la carga cultural que califica de negativo todas las experiencias ligadas al placer y la satisfacción que pueda experimentar el cuerpo femenino. Lo anterior supone un desconocimiento del cuerpo, por carencia de conciencia corporal, que incide de manera importante en la apropiación de las experiencias sexuales.

- *Persistencia de un concepto de amor que implica total entrega y anulación de los límites y espacios individuales:* El amor «romántico» caracteriza, especialmente, el contexto en que se dan las primeras exploraciones sexuales en pareja y además, es una de las motivaciones de las niñas y mujeres para tener relaciones sexuales. En este sentido, la connotación que el amor tiene en contexto social y cultural, no facilita el desarrollo de comportamientos preventivos y de autocuidado.
- *Prácticas sexuales desinformadas e inseguras:* En este sentido, la primera relación sexual es definida, en general, como una experiencia no positiva, incluso para algunas con un peso negativo, desde donde emergen las culpas y sentimientos de rabia, por no haber evitado el embarazo precoz. Lo anterior se relaciona, estrechamente con la vivencia de experiencias no seguras, dada la carencia de educación formal e informal. No existen instancias ni personas adultas, con las cuales estas niñas hayan podido conversar sobre sus inquietudes o que les hayan otorgado las herramientas necesarias para discernir y vivir una experiencia sin riesgos.

## Referencias bibliográficas

- (1) González A., Electra et al. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. Rev. méd. Chile [online]. 2007, vol.135, n.10 [citado 2011-08-01], pp. 1261-1269. Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872007001000005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001000005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0034-9887. doi: 10.4067/S0034-98872007001000005.
- (2) Irma Palma, «Trayectorias sexuales, preventivas y sociales en el embarazo no previsto de los segmentos juveniles en Chile», Última Década N° 33, CIDPA, Valparaíso. 2010.
- (3) Instituto Nacional de la Juventud, «Sexta Encuesta Nacional de Juventud», INJUV, Chile. 2010.
- (4) Organización Mundial de la Salud, «The sexual and reproductive health of younger adolescents. Research issues in developing countries», OMS, Suiza. 2011
- (5) Sigmund Freud, «Obras Completas», Tres Ensayos de Teoría Sexual, Tomo VII, Amorrortu Ediciones, Buenos Aires. 1993.
- (6) I. Fernández, «Medicina y poder sobre los cuerpos», Themata. Revista de Filosofía, N° 33, Sevilla, 2006.
- (7) Pio Iván Gómez, Ramiro Molina y Nina Zamberlin, «Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe», Federación Latino Americana de sociedades de Obstetricia y Ginecología Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, Perú. 2010.
- (8) Marcela Lagarde, «Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas», Universidad Autónoma de México, México. 2006.

## 2.2.5. Construcciones de Género

Tanto en salud como en todos los ámbitos en que se piensa la sociedad y su organización, aplicar el enfoque de género se ha vuelto insoslayable, por su potencialidad metodológica de mirar la realidad en forma distinta, haciendo visibles divisiones de mundo e inequidades que antes no se identificaban fácilmente y, generando procesos de reflexión y cambio.<sup>44</sup> El género se refiere a las diferencias construidas social y culturalmente con base en el sexo biológico, que en nuestra sociedad occidental se expresa en una relación de dominación del género masculino sobre el femenino. En salud, el género ayuda a comprender que no sólo los daños y riesgos, sino también los recursos para promover y construir salud se distribuyen diferenciadamente entre mujeres y hombres, reproduciendo inequidades de género.

Aunque hoy se incentiva la incorporación de las mujeres al ámbito productivo, las políticas públicas continúan siendo ambivalentes, ya que al mismo tiempo se generan mecanismos flexibles para que la familia, la crianza, el cuidado de los/as hijos/as, sean roles asumidos principalmente por las mujeres, independientemente de que trabajen remuneradamente.<sup>45</sup> Así entonces, desde una construcción de género tradicional, la familia es el espacio y la maternidad es la función social a través de los cuales las mujeres se realizan y definen.

Los relatos de vida construidos ilustran de manera privilegiada las diversas formas que adquieren los mandatos socioculturales del género en las vidas particulares de las mujeres. La categoría de análisis *construcciones de género* en el contexto del embarazo adolescente precoz, se organizó en torno a cuatro ejes: la identificación de las fuentes que sirven de base a las identidades de género, como son las figuras de la madre y el padre; a las vivencias particulares de la maternidad como el principal cautiverio de estas mujeres;<sup>46</sup> a los posicionamientos que tienen acerca de los roles y estereotipos de género; y, a las interpretaciones y estrategias que elaboran frente a la violencia de género. Por ser ésta una categoría bastante transversal, se retomarán algunos elementos discutidos anteriormente, pero esta vez, aplicando más agudamente el análisis de género.

### a. La figura de la madre y del padre como modelos de identidad de género

Independiente de la forma que adopte, «Es la familia la que socializa al niño permitiéndole interiorizar los elementos básicos de la cultura y desarrollar las bases de su personalidad» (4), se constituye por tanto, en una de las más importantes referencias en el proceso de construcción de identidad y en especial de la identidad de género, pudiendo ser fuente de experiencias positivas como negativas que más adelante se replican. Es bastante aceptada la idea de transmisión generacional de patrones de comportamiento y de condiciones de vida, como la pobreza, violencia, modelos de

44 El género se refiere a las distinciones socialmente construidas entre las mujeres y los hombres con base en las diferencias en el acceso a los recursos y el conocimiento, los roles sociales, las divisiones del trabajo y la segregación ocupacional, las relaciones de poder y las jerarquías de autoridad y la toma de decisiones, y las normas sancionadas por la sociedad y aplicadas con respecto a la identidad, la personalidad y el comportamiento (1).

45 En el documento borrador del Plan de Igualdad de Oportunidades 2011-2020 del SERNAM, se plantea que «Se requiere para dar ese paso a la plena integración de la mujer al mundo laboral, sistema de cuidado infantil y de adulto mayor, horarios más flexibles, jornadas alternas, evaluación por objetivos, cercanía con el hogar, apoyo familiar, entre otros. Para esto se requiere también la concurrencia de los hombres en su rol de corresponsable en el plano familiar» (2).

46 El concepto cautiverio se entiende como «la categoría antropológica que sintetiza el hecho cultural que define el estado de las mujeres en el mundo patriarcal: se concreta políticamente en la relación específica de las mujeres con el poder y se caracteriza por la privación de libertad» (3).

crianza, entre otros. La figura de la madre, la figura del padre, la relación entre éstos, la distribución de las responsabilidades en el hogar, entre otros aspectos, pueden constituirse en modelos a seguir más adelante cuando la/el hijo/a establezca relaciones afectivas y forme su propio núcleo.

Las madres son juzgadas de acuerdo a como han cumplido el rol asignado,<sup>47</sup> la madre siempre debe estar en un hogar, mientras el padre puede no estarlo. La identificación con el padre se estructura en función de esa posible ausencia. Pero la madre debe ser el pilar afectivo y emocional de los/as integrantes del hogar, porque es la que otorga seguridad.<sup>48</sup>

En los relatos de vida se identifican claramente construcciones de género a partir de la figura femenina que representa la madre, una concepción acerca de los roles de género a partir de la relación entre el padre y la madre o los/as adultos significativos/as y, la valoración social que le asignan a cada uno de ellos. Si bien, estos modelos se relacionan con las dinámicas familiares, que fueron analizadas en otra de las categorías del estudio, en este apartado se relevan los elementos constitutivos del género. Los principales modelos o patrones encontrados son los siguientes:

*Lo femenino y los modelos del ser madre: la que abandona, la autoexplotada y la moralista.* La madre que abandona, se va de la vida de su hija, dejándola a cargo de otros, frecuentemente familiares. Este abandono se desarrolla de distintas maneras, no siempre como un proceso doloroso o conciente del perjuicio que pudiera haber ocasionado en la hija. Tres mujeres crecieron sin sus madres, originando una vida itinerante en busca de cierta estabilidad. En sus relatos, se percibe una resignación respecto a la madre que tuvieron, no hay mayores recriminaciones, sin embargo, se devela un reclamo en la falta que les hicieron, para vivir la vida de otra forma, más protegida, con información, con afecto, pudiendo quizás evitar experiencias traumáticas que marcaron su vida (dos de ellas vivieron situaciones de violencia sexual).

Un segundo patrón es la madre laboriosa, explotada en trabajos pesados y precarios, que se va temprano en la mañana y vuelve en la noche exhausta. Esta madre es abnegada, dedicada completamente a sus hijos/as o, por lo menos, a asegurarles las condiciones mínimas para su crecimiento. La rutina cotidiana llevada durante años configura una maternidad centrada en la sobrevivencia, que no logra satisfacer otras necesidades de la hija, como apoyo emocional, afectividad, comunicación, orientación. Se convierte entonces en una madre ausente, especialmente en el período de maduración social y sexual de la niña. Estas madres son pobres y obligadamente autosuficientes en términos económicos, por lo que proyectan una imagen de mujer fuerte, pero a la vez, dependientes, porque viven con sus maridos, aunque éstos no resuelvan las necesidades materiales de la familia e incluso sean violentos e infieles. Las mujeres más jóvenes, que han vivido en contextos urbanos (Valeria, Joana), recogen esta imagen de mujer fuerte, autosuficiente y se sienten capaces de vivir solas, sin dependencia masculina obligada, plantean la pareja como algo prescindible ya que sus metas estarían puestas en sus hijos/as y en el mejoramiento de su calidad de vida.

Un tercer patrón de la figura materna identificable es la de una mujer sumisa, apegada a valores y roles tradicionales de género. Dueña de casa o generadora de ingresos, no se rebela ante situa-

47 Están las madres y las «malas madres», las que han abandonado, ya sea, por proyectos personales distintos al de la maternidad, como por carencia de recursos sociales, económicos, cognitivos o emocionales. Por otro lado, «aquellas mujeres que no reproducen a los otros son consideradas menos mujeres, menos femeninas» (3).

48 Desde una perspectiva biopsicosocial, refiriéndose a las «capacidades maternas» se acepta que «existe una cierta transmisión intergeneracional de los vínculos inseguros», que estarían a la base de conductas de riesgo que se desarrollan a futuro (5).



ciones de abuso, maltrato o engaño, cometidas por el marido o pareja. Prefieren resistir y aceptar silenciosamente, y transmiten esa misma actitud a sus hijas para abordar situaciones similares con sus parejas. En el caso de la madre de Pamela y Silvia –ambas dueñas de casa, de estratos social medio bajo– enfrentan el primer embarazo con preocupación por la sanción social, mientras que las madres de Joselyn y de Rosa, empujan a su hija a asumir tempranamente el rol de madre y esposa, aunque ello implicara aceptar situaciones de infidelidad.

*«ella no quería que se enterara nadie, yo nunca le he dicho anda a mi mamá, pero era como una tontera querer ocultar algo si no era algo como para decir te van a crucificar y mi mamá lo tomó muy en esa actitud, qué van a decir aquí, que van a decir allá, qué van a decir los profesores, mi mamá lo vio más por ese lado, por el que dirán, igual venirme para acá fue complicado» (Silvia, 32 años de edad).*

Pareciera ser que en los casos de situación socioeconómica de mayor pobreza, tanto rural como urbana, la estabilidad marital se convierte en un mecanismo de sobrevivencia, sin embargo, sólo la niña del sector urbano tendrá recursos personales y sociales para desobedecer el mandato materno y tomar su propio camino.

*Lo masculino y los modelos del ser padre: el que abandona, el agresor, el ausente y el comprensivo.* El padre es también una figura importante, que va a influir en la imagen de lo masculino de las entrevistadas. Encontramos patrones claramente identificables. Uno de ellos es el padre cercano y más comprensivo que la madre. El mayor apego de la hija hacia su padre va asociado a la distancia con la madre, ya sea porque ésta la abandonó o porque no cumplió con las expectativas de su hija. Hay, al menos, dos relatos en que el padre aparece en los buenos recuerdos de infancia, invisibilizando de paso el abandono y la violencia ejercida por éste en contra de la madre. Valeria y Rosa acogen al padre aún cuando éste fue agresor, en un gesto de perdón. Silvia y América refieren que siempre fueron más apoyadas por el padre en cada uno de sus embarazos. Natalia se considera siempre agradecida de su padre adoptivo que la acoge cuando la madre la abandona, lo mismo, América que identifica como padre a su tío, que a pesar de describirlo como autoritario y machista, siempre la acoge. En general, la relación de cercanía y complicidad con el padre se da en oposición a una madre que abandona o que asume un papel normativo en la relación con su hija, dejando de lado la comprensión, la afectividad, la complicidad.

En cinco casos, el padre ejerce violencia física y/o psicológica en contra de la madre. En dos de ellos, en los que existe violencia psicológica, los padres mantienen otro hogar o relaciones amorosas con otra mujer. El abandono permanente o temporal es característica frecuente de estas relaciones, el padre se ausenta por largos períodos, aparentemente por motivos económicos o directamente por salir de un hogar a otro, pero siempre se traduce en un abandono económico o afectivo. Contrariamente a lo que sucede con la imagen de lo femenino, lo masculino está desvalorizado y fuertemente cuestionado, pero desde una mirada bastante tradicional, donde lo que debe cumplir un hombre se asocia a su función en tanto padre y proveedor.

Los modelos de maternidad y paternidad son factores que van a incidir en el embarazo adolescente precoz, toda vez que, transmiten pautas de comportamiento, valores, normativas y una concepción de mundo,<sup>49</sup> acerca del lugar que ella debe ocupar como mujer. Identificamos los siguientes:

49 La concepción de mundo es el conjunto de normas, valores y formas de aprehender el mundo, concientes e inconscientes, que elaboran culturalmente los grupos sociales (3).

- *Representación de modelos tradicionales de lo femenino a través de la figura de la madre o de quién asume ese rol:* Desde una noción psicoanalítica, la relación de la niña con la madre es vital para el traspaso del rol y de las capacidades parentales.<sup>50</sup> Por ello, la ausencia real o simbólica, de la madre (que caracteriza a los casos analizados), así como los modelos de comportamiento que representa, tienen un fuerte impacto en la construcción de identidad de género de las niñas. La relación madre-hija está centrada en que esta última asuma roles, normas, pautas de comportamiento, correspondientes a lo femenino, desde una perspectiva tradicional. Así, la madre cumple una importante función controladora y de sanción social, en desmedro de una orientadora y acogedora, por tanto, es más probable que no apoye procesos que habiliten a la niña para la vivencia de una sexualidad plena, sino para la reproducción, o que la habiliten para la autonomía, sino para la dependencia.
- *Representación de modelos tradicionales de lo masculino a través de la figura del padre o de quién asume ese rol:* El abandono del padre, la actitud ajena hacia todo lo que tenga que ver con la formación y crianza de la niña, la participación reducida al rol de proveedor, el autoritarismo, la desvalorización del aporte de las mujeres, entre otros, son modelos tradicionales del género masculino que influyen en la construcción de género de las niñas, es especial, en la forma en como ellas se relacionan con el hombre y lo que esperan de ellos.
- *Relaciones de pareja opresivas e inequitativas entre padre y madre o figuras adultas significativas:* Las relaciones de pareja enmarcadas en roles de género tradicionales generan dinámicas perversas de amor-odio, violencia-sometimiento, engaño-silenciamiento, libertad-opresión, influyen en la forma en como ellas se relacionan con el hombre, en las pautas de comportamiento que validarán para ellas mismas y en la posibilidad de establecer relaciones amorosas sanas.

#### b. El cautiverio de la maternidad

La maternidad es el centro de la construcción identitaria de las mujeres en nuestra sociedad y ello se confirma en los relatos de vida elaborados en el contexto de esta investigación. La maternidad representa para muchas mujeres la única oportunidad de emigrar del hogar primario y construir «algo propio», especialmente para aquellas que viven en situación de pobreza.<sup>51</sup> Cuando el contexto familia de origen no ofrece las condiciones de contención y protección que el/la niño/a requiere para su desarrollo, la maternidad se convierte en un medio de escape y una forma de llenar vacíos afectivos.

50 Según Chorodow, la relación de la niña con la madre determina lo propio de lo femenino, pero como el niño no tiene vínculo afectivo real con el padre hay un elemento de masculinidad que «está definido negativamente»; por eso la niña logra conservar las «capacidades parentales» establecidas en la temprana relación madre-hija mientras que el niño no (6).

51 Para muchas adolescentes que viven en situación de pobreza un/a hijo(a) representa no sólo un objeto de afecto, sino que es también un pasaje a la adultez y a una posición social de mayor respeto que responde al mandato social de la maternidad como destino de la mujer (7).

Identificamos las siguientes expresiones de la maternidad como eje de la construcción de género en los relatos:

*El primer embarazo y posterior maternidad marcan un antes y un después en la vida de las niñas.*

Las entrevistadas han vivido procesos drásticos de cambios a partir del primer embarazo que vino a irrumpir la transición entre la infancia y adolescencia. Algunas han ejercido como madres, otras han postergado esta experiencia; para algunas, ha implicado sacrificios y esfuerzos, no obstante, para todas es una referencia clave en su autopercepción y valoración social.

En todos los casos la maternidad es la principal experiencia de autoafirmación. Con el embarazo cambia la vida de estas mujeres, la forma en que se perciben a sí mismas y como se proyectan hacia adelante. Cuando se comparan con las demás mujeres, se posicionan en un nivel superior, como si el haber dejado atrás la vida que llevaban hasta ese momento, caracterizada por las amistades, la vida social que corresponde a su edad, las primeras exploraciones sexuales, fuera un mérito, una hazaña, que las ubica en una categoría distinta del ser mujer. Las demás siguieron siendo niñas: «yo tengo una amiga un año mayor que yo y anda pa' rriba y pa' bajo y es una cabra chica todavía, igual que una cabra chica... en cambio yo... maduré, para ellas es primero el carrete, para mi primero mi hijo» (Joana, 15 años de edad), o siguieron el camino «incorrecto», entendiéndolo por ello, a todas las que aún no son madres, cayendo en la categoría de mujeres incompletas, solas, «que no tienen a nadie», «sueltas» y «putas».

*La maternidad precoz como una experiencia expropiada.* Por distintas razones, cuatro de las mujeres entrevistadas, entregan la maternidad a otra madre, que puede ser la propia, la madre adoptiva o una madre «prestada» (a la «suegra»). El significado social del ser madre afecta la autopercepción de la niña que, habiendo vivido la experiencia del parto, luego se distancia de las funciones de reproducción social. Silvia y Pamela, que pertenecen a un nivel socioeconómico algo mejor que las demás mujeres, se desligan del hijo, presionadas por una madre empeñada en evitar sanciones sociales existentes hacia una maternidad fuera de los cánones convencionales y en ofrecer la oportunidad de continuar los estudios. Este desprendimiento tiene impacto distinto en ellas, ya que, mientras que Silvia cree que fue un error y hasta el día de hoy siente el peso de no haber asumido su maternidad: «mi mamá me quitó toda relación mamá hijo, o sea yo más bien pase a ser la hermana de mi hijo, incluso mi hijo tampoco no me dice mamá, me llama por mi nombre» (Silvia, 32 años de edad), Pamela, aparentemente, resuelve la situación sin mayores complicaciones psicosociales, sin embargo, después de un tiempo retoma este proyecto inconcluso con la misma pareja. Las experiencias de América y Natalia se diferencian en que ambas crecieron sin la madre, aumentando su fragilidad emocional y social para asumir una maternidad precoz, sin embargo, ambas se culpabilizan por no haberlo hecho.

*La maternidad en la adolescencia temprana como proyecto inconcluso.* Pareciera ser que la maternidad precoz, por las dificultades psicológicas, sociales y culturales que se imponen a su ejercicio y por el carácter disruptivo que tiene en el proceso de desarrollo de la niña, es percibida como una tarea incompleta, que se sienten obligadas a culminar más adelante teniendo más hijos/as. Todas, menos una –que lleva apenas 2 años de su primer hijo/a– de las mujeres entrevistadas, continuaron sus historias reproductivas.

*La maternidad como único proyecto.* Si bien, en todos los casos, la maternidad representa el único proyecto posible o al menos el más «lógico», es la experiencia de Rosa la que ilustra más dramáticamente la fuerza con que se impone el único proyecto que se visualiza para las mujeres de su condición de mujer proveniente de familia campesina pobre. Simplemente no tuvo ninguna

opción, incluso antes de quedar embarazada, porque su madre se empeñó en apurar su «destino» allanándole el camino para que constituyera su propia familia, no importando que el hombre tuviera 15 años más que la niña. Se trató en este caso de un rito de traspaso del tutelaje de la niña que estaba en manos de sus padres a manos de su marido, situación a la que ella misma se refiere de esa forma.

*«cuando yo conocí a marido, a mi mamá le gusto altiro él, habló con este caballero pa' que le diera un poder a este caballero para poder desligarme de ella, hablar con mi papá de que conociera y meterme más... por decirle yo pinchaba primero, ni siquiera andaba en cosas de grande, pero mi mamá "que el José se quedara en la casa, que no se fuera mas pa' Catemu, dile a él que se quede aquí porque se va a ir y te va a dejar", a mi no me importaba, le decía yo, si será, será no más po', pero mi mamá no, que los vecinos esto y esto que van hablar» (Rosa, 30 años de edad).*

**La maternidad como experiencia de abnegación y sacrificio.** La maternidad para casi todas las mujeres entrevistadas se ha dado en un contexto de adversidad. No sólo el reproche social por ser menores y «estar haciendo cosas de grande» se convierte en un obstáculo para su desarrollo sino también, la precariedad en que vive la mayoría de ellas. Una mejor situación económica ofrecerá la posibilidad de optar. Es lo que se ejemplifica en la situación que vive Pamela y Silvia, donde la primera acepta la alternativa que le ofrece la madre, de proseguir sus estudios y prácticamente «empezar de nuevo» su proyecto de vida, y la segunda, tiene la oportunidad pero se aferra al proyecto de vida maternal, intentando recuperar lo que le arrebató su madre. Distinta es la situación de las mujeres que provienen de hogares de mayor pobreza, ya que no tienen la posibilidad de optar. Sólo se rompe el mandato cuando existe un elemento traumático que de alguna forma actúa como «excusa» para no ejercer inmediatamente la maternidad, como sucede en el caso de América cuyo embarazo fue producto de violación y en el caso de Natalia, que fue abandonada por su madre y no logra insertarse en un hogar relativamente estable.

Esta abnegación, ligada a un modelo de maternidad tradicional, se traduce en el esfuerzo, incluso sacrificio, que se hace por mantener la relación de pareja aún cuando no entregue satisfacciones: *«Entonces yo siento que me sacrifiqué harto y uno a veces piensa por sus hijos no más y sí, a veces tiene que hacerlo uno, pero a veces yo ya estaba mal y después el Nicolás me decía mamá por qué terminaste con mi papá me decía después y yo le decía Nicolás tu preferirías que nosotros peleáramos, que discutiéramos todos los días, me decía no, ya po le decía yo entonces por eso con tu papá terminamos y ya no seguimos juntos por eso» (Joselyn, de 24 años de edad).*

**Ausencia masculina en el embarazo precoz.** Al concebir el proceso reproductivo como experiencia biológica, social y cultural específica y única de las mujeres, se convierte en un dato secundario la presencia o ausencia del progenitor. Durante el embarazo y el parto es más importante para la mujer estar acompañada de su madre u otro familiar cercano, así lo demuestra la experiencia de Pamela: *«lo que pasa es que mi suegro me dijo, era cabro... ese día me dijo 'no el Felipe salió anoche y cuando nos vinimos estaba durmiendo todavía', entonces yo sabía que estaba durmiendo y que iba a llegar, a lo mejor que en un rato más iba a llegar, que a lo mejor iba a estar 5 minutos, pero que de llegar iba a llegar, pero para mí no era como algo, este es un momento importante para que estés conmigo, no» (Pamela, 32 años de edad).* En otros casos, simplemente no está porque se fue apenas supo de la gestación.

La idealización de la maternidad reviste especial importancia como factor cultural que incide en el embarazo adolescente, en general, y en particular en las más niñas. En nuestro país se manejan

discursos contradictorios acerca de este rol social, se propone compartido, pero, al mismo tiempo, abundan mecanismos institucionales y comunicacionales<sup>52</sup> que refuerzan positivamente a las mujeres que, independientemente de la edad, de la situación socioeconómica, de la salud, de cualquier otra circunstancia de vida adversa o, incluso, de su voluntad, sean madres. En relación a este tema, se identifican los siguientes factores que inciden en el embarazo precoz:

- *Imposición de la maternidad como único proyecto personal posible para la mujer versus paternidad como opción para el hombre:* Culturalmente, la maternidad es el lugar de realización y definición social de las mujeres. Esta impronta se convierte en una obligación o en el único proyecto personal posible para las niñas en contextos sociales donde no hay otras oportunidades de desarrollo, es decir, de pobreza y marginación social. Como contraparte, el hombre tiene siempre la posibilidad de evadir su responsabilidad paternal, tanto que, no es condición para la realización de la maternidad.
- *Idealización de la maternidad, como una experiencia abnegada, sacrificada y totalizadora:* La maternidad tiene un significado y una valoración social que otorga a las mujeres la posibilidad de dar un sentido a sus vidas y de sentirse legitimadas socialmente. Junto con la afirmación de la madre se invalida a la mujer, porque la maternidad implica renuncia, sacrificio y abnegación, lo que no da espacio para proyectos individuales distintos de realización personal.

### c. Roles y estereotipos de género

Los roles de género<sup>53</sup> que adoptan las mujeres sujetas de la investigación tienden a ser tradicionales, es decir, se basan en la división social y cultural de los ámbitos productivo y reproductivo, y que aún mantienen la distinción de espacios de desarrollo entre lo público y lo privado. Los roles y estereotipos se expresan en las siguientes formas:

Se celebra un contrato económico que hace funcionar el hogar, en base a los roles de género. Mujeres jóvenes, de edades entre 24 y 30 años, que no trabajan fuera del hogar y se dedican a las labores de dueña de casa, pese a que en todas ellas, está presente el deseo de trabajar, de generar sus propios ingresos, de construir cierta independencia. La pareja les pide explícitamente que no trabajen, porque «no hay necesidad» y se dediquen a cuidar a los/as hijos/as, lo que ellas les parece lo más razonable. Se celebra un trato entre la pareja o, en el caso de América, entre ella y su padre adoptivo, de intercambio, donde ella aporta con las labores de reproducción social y él, con lo productivo. Sin embargo, en ellas se generan frustraciones.

*«ese es mi sueño, tener mi casa propia, vivir, decir yo hago esto y esto porque aquí ya no puedo decir voy a hacer una comida familiar porque primero tengo que pedirle permiso a mi papá para hacer cosas, en cambio yo en mi casa yo voy saber lo que hago y si quiero hago las cosas y si quiero no las hago, en cambio aquí tengo que si o si tener las cosas hechas, hacer las camas, hacer almuerzo, todo lo que se hace en una casa tengo que*

52 Paradójicamente, la garantía de permanencia en el sistema escolar de las adolescentes embarazadas genera un entorno escolar acogedor y afirmativo para las niñas, que podría estar actuando como fomento del embarazo. Por otro lado, programas de televisión como «mamá a los 15» transmite un mensaje que promueve el embarazo a esa edad, lo que fue corroborado por las mujeres entrevistadas.

53 Conjunto de tareas y funciones que se asignan a mujeres y hombres en una sociedad dada y en un momento histórico concreto (8).

*hacerlo yo aquí, yo en mi casa si yo amanezco enferma si quiero la hago o si no quiero no la hago, pero aquí yo enferma o no tengo que igual hacer las cosas»* (América, 24 años de edad).

**Proyectos de independencia a través de la generación de ingresos propios, estudios y jefatura de hogar.** Las más jóvenes de las entrevistadas no tienen pareja y batallan día a día por la sobrevivencia, otras dos, de más edad, generan sus propios ingresos como parte de un proceso de independencia que han ganado luego de la separación del padre de sus hijos/as. Se apoyan generalmente en la madre u otra mujer para amortiguar el peso de la doble jornada. Pamela, representa la vida de una mujer que alcanzó un nivel educativo universitario y ejercer la profesión que estudió, y que en la dinámica hogareña reproduce los roles tradicionales junto a la doble jornada de trabajo.

**Cambios y continuidades en los modelos de crianza.** Analizando en perspectiva histórica la reproducción de roles tradicionales, se aprecian cambios entre las madres, las hijas y los modelos que éstas quieren transmitir a sus hijos/as. Las que tienen más hijos/as y entre ellos/as una niña, declaran que fomentan la distribución equitativa de las tareas domésticas entre sus hijos/as independiente de su sexo: *«No, a la Daniela yo no la dejo que vaya a la cocina porque cuando va a la cocina me deja la embarrada, lo que es el Andrés no, el Andrés se mete a la cocina, ayer por ejemplo el me dijo siéntate yo te sirvo el almuerzo, o sea, no hago diferencias»* (Silvia, 32 años de edad). Sin embargo, mantienen la diferencia en las libertades que le otorgan al niño y a la niña, tendiendo siempre a ser más aprehensivas y restrictivas con las hijas: *«yo no las crío sueltas, que hagan los que ellas quieran, yo no, yo las mando a acostar y me tienen que contar si pasa algo grave»* (Rosa, 30 años de edad). De otra forma, la ruptura con el modelo que representa la madre, se manifiesta en el establecimiento de límites con la pareja o en una forma más horizontal de relacionarse. Joselyn, por ejemplo, se niega a obedecer a su madre que le plantea que debe continuar su relación de pareja con el padre de sus hijos perdonando su infidelidad. Valeria, por otro lado, se esfuerza por construir una relación equitativa, al menos en cuanto a la demostración de afecto, de entrega y dedicación a la pareja y a los hijos. Natalia y Joana, las más jóvenes, prefieren la vida sin pareja antes que soportar una mala relación o que no aporten económicamente a la manutención de los/as hijos/as:

*«al papá del Miguel no lo necesito a mi lado...igual se viste, igual se mantiene sin tenerlo ahí y yo también he comido, también me he vestido y también he mantenido mi vida, como mi mamá, porque mi papá traía plata pero traía bien re poco, y mi hermana también, no necesita un hombre al lado para mantener a su hijo»* (Joana, 15 años de edad).

**La construcción de lo femenino se sustenta en la restricción de libertades asociadas a la sexualidad y a la relación con el sexo opuesto.** Las mujeres que se asumen como madres por sobre todo, generalmente caracterizan su personalidad como introvertida, dedicada a la casa y a la familia, sin amigas ni vida social. Llama la atención que la sociabilidad y las actividades fuera de casa son percibidas como amenazas, que las exponen a la crítica social que pone en tela de juicio su comportamiento: *«yo soy distinta yo era de mi casa, de adentro no más, y salir, salir con todos mis niños»* (Rosa, 30 años de edad), *«no me gustan los enredos que arman, entonces soy como más de la casa»* (Silvia, 32 años de edad). La mujer que sale y se divierte se expone a los celos de su pareja, a las habladurías del vecindario y a las envidias de las mujeres: *«tenía 8 meses, estábamos a punto de venirmos y surge un problema con una amiga, que era mi mejor amiga, y le conté a mi marido que mi hijo no era de él que yo me había metido con casi media población»*

(Valeria, 26 años de edad). Esta forma de relacionarse entre mujeres es parte de la construcción de género femenino que lleva implícita la enemistad entre pares y la competencia por la atención y aprobación masculina. La situación de Natalia muestra una situación diferente, ya que ella desarrolla una activa vida social que, sin embargo, no puede conciliar con su rol de madre, por lo que se debate constantemente entre su impulso juvenil y el deber ser. En los recuerdos de las jóvenes que hoy tienen más de 20 años aparece también esta tensión, que generalmente se resuelve aceptando una forma de ser que socialmente corresponde al ser madre.

*En el plano de la sexualidad, los estereotipos de género tradicionales transitan entre la buena y la mala mujer*, dependiendo del comportamiento sexual de las mujeres. Donde más claramente se aprecia la inequidad de género en los relatos construidos es en el momento en que la relación sexual tiene como consecuencia un embarazo. La visión masculina de la sexualidad tiende a disociar, más que la femenina, el acto sexual con la reproducción, lo que explica que algunas de las reacciones más frecuentes cuando se enteran de la existencia de un embarazo es dudar de la honestidad de la mujer con quién tuvo relaciones, insinuando que «puede ser de cualquiera»:

*«según yo me iba a decir uu que bacán vamos a estar juntos y va a ser todo color de rosas, era lo que imaginaba, me pegué de frente con pared, me dijo de sopetón que no era de él y que no lo iba a amarrar con nada y le digo no, en todo caso yo quería que supieras que yo estaba embarazá pero no creai que te voy a poner juzgado, que te voy a demandar o que te voy a pedir algo le dijo yo, no soy pa eso le dije yo, así que no pensí que te voy a webiar o que te voy hacer algo, no, yo no me voy a calentar la cabeza, y ahí me di media vuelta y me fui»* (Valeria, 26 años de edad).

La otra reacción común es culpar a la pareja de arruinarle la vida: *«fue una relación bonita, pero después ya cuando yo quedé embarazada se puso tormentosa, porque después cuando él supo que estaba embarazada fue como pucha me arruinaste la vida, lo tomó él en ese sentido que le había embarrado la vida»* (Silvia, 32 años de edad). Así entonces, la paternidad es una opción para los hombres, mientras que para la mujer, es una obligación.

*Ser mujer, en el contexto en que lo han sido las protagonistas de estos relatos, es en sí misma una condición desventajosa*. Las mujeres enfrentan un destino, que se confirma con la historia de las mujeres antecesoras, las madres y las abuelas, quienes han padecido generación tras generación la explotación y abuso derivado de su pobreza y de su género. La madre de Rosa fue abandonada apenas nacida, la abuela de Natalia fue vejada y violada toda su vida, la madre de Valeria vivió en extrema pobreza siempre, lo mismo que la madre de América y de Joselyn, la madre de Pamela tuvo que hacerse cargo de sus hermanos a los 7 años, todo lo cual forma parte de la memoria histórica de las mujeres. Impresiona como estas mujeres, independiente de la edad, en que fueron madre por primera vez, comparten una conciencia acerca del ser mujer, ligada al sufrimiento, a la desventaja, a la desigualdad en relación con los hombres. Tanto es así, que Rosa se comporta como niño con su padre para obtener su atención, reflejo de su deseo infantil de ser hombre que le permitiría compartir los privilegios de sus hermanos:

*«cuando estaba chica me acuerdo que yo quería ser hombre quería ser mujer, yo tengo 3 hermanos hombres, siempre yo quería porque ellos no me dejaban a integrarme al grupo de ellos yo tenía que buscarme amigas por otro lado y yo no era de esas yo veía que mis hermanos llegaban a los amiguitos aquí lo dejaban jugar y mi hermano me corría me decía que tengo que jugar con las mujeres»* (Rosa, 30 años de edad).

Esta conciencia de los mayores obstáculos y dificultades que enfrentan las mujeres en su vida está presente en varios relatos, «la mujer pierde más» en palabras de Natalia y «es una desventaja súper grande ser mujer», en palabras de Valeria. La desventaja se materializa y acentúa cuando hay hijos/as:

*«... la mujer pierde más en el sentido que la mujer se hace más responsable que el hombre de la guagua, al hombre si le dan las ganas va y se manda a cambiar, te puede depositar al mes y venir una vez al mes a ver al niño, pero él no le va a dar pecho, no se va a levantar a media noche a ver si está enfermo o desvelarse para cuidar a su hijo... la mujer que está embarazada tiene que cuidarse todo el embarazo, no puede andar haciendo cuestiones, no puede salir a trabajar, en cambio el hombre si puede y puede pucha terminar los estudios y salir a trabajar, mientras la mujer que está embarazada tiene que quedarse en la casa (...) el hombre puede seguir trabajando, encontrar una pega mejor y seguir subiendo y la mujer se tiene que quedar ahí hasta que ya su guagua esté un poquito más grande, la pueda mandar al jardín, y aunque la mande al jardín igual no tiene tiempo, porque ponte ya está terminando el colegio, ya, sabi que tengo que ir a buscar la guagua al jardín...» (Natalia, 19 años de edad).*

*«En el sentido de que cuando tú te enamoras tú sufrí, cuando tú te embarazas tú quedas con los niños, cuando tu soy esposa también quedas con los niños, teni que cocinar, planchar, cocer, todo lo que quieras y más encima cuidar cabros chicos y cuidar marido, entonces pa una mujer es una desventaja súper grande ser mujer, porque soy una dama, una nana y por llamarlo así puta las 24 horas del día, porque la única que no se puede enfermar soy tú, a la que no le puede doler la cabeza cuando el marido quiere soy tú, entonces es así la cuestión y si teni que llevar al cabro chico al colegio teni que ir sola, porque el marido olvídale está cansado, llévelo usted y llame de allá pa ver cómo le fue, porque a mí me ha pasado ponte tu he tenido que llevar al Kevin a las 5, 4 de la mañana al poli y he tenido que ir sola al poli, porque él tiene sueño y al otro día se tiene que levantar temprano, entonces la única que jode aquí por ser mujer es uno, si por a o por b jodimos igual. Así es que ser mujer es una desventaja súper grande, ¿o no encontras tú?» (Valeria, 26 años de edad).*

*«...pero él siguió haciendo su vida normal, bueno yo con el tiempo igual, tampoco andamos con cuestiones de decir yo me encerré con mi hija, pero si por ejemplo habían muchas veces que yo tenía que ir al médico y en vez de ir él, cuando mi mamá no me podía acompañar, iba la mamá o iba la hermana entonces todo eso como que yo empecé sentir rechazo hacia el por decir por qué tiene que venir la mamá o por qué tiene que venir la hermana si él también puede» (Pamela, 32 años de edad).*

Esta conciencia no siempre se traduce en una voluntad de cambiar el estado de cosas, pero existen indicios mínimos de cambio en sus propias vidas, como lo demuestra Joselyn en su relato cuando habla de la relación con su madre: «yo le decía, cómo tu vas a querer que yo viva lo que viviste tú, pero es que él es el papá de tu hijo y tu tení que estar con él, no, le dije yo, así es que yo me separé y me separé»; y Rosa, en su relación con sus hijas: «yo le digo que no cambien eso de su niñez no pasen a ser adolescentes porque todavía no tienen la edad una recién tienen 10 la otra recién va a cumplir 13 le digo no se porque hasta cuando mas puedan, porque cuando tengas su familia, sus hijos, pucha que van a estar arrepentidas».



Los factores relacionados con los roles y estereotipos de género que inciden en el embarazo en la adolescencia temprana son los siguientes:

- *Adherencia a estereotipos de género tradicionales que califican a las mujeres como «buenas» y «malas»* (la madre-esposa y la puta) de acuerdo a su comportamiento sexual y social: Por un lado, el estereotipo de la dueña de casa es una mujer dependiente, desvinculada socialmente y asexuada, por otro, la mujer que se comporta en forma distinta es castigada. Estos estereotipos no ayudan a que las niñas inicien su vida sexual en forma segura y satisfactoria sino que, por el contrario, promueve conductas enajenadas de sus propios deseos, sentimientos e intereses.
- *Concepción de mundo donde es una desventaja nacer mujer*: La creencia acerca de que nacer mujer es naturalmente una desventaja obstaculiza procesos de cambio.

#### d. Violencia contra las mujeres

La violencia contra las mujeres es un problema estructural basado en la desigualdad entre los géneros. Esta violencia es parte de un sistema de opresión que coloca a las mujeres en un lugar de desventaja social, cultural, política y económica y en su vínculo relacional, delante de aquellos a los que se le ha encargado su tutelaje y control (9). La violencia contra las mujeres, es un ejercicio de coerción y dominación que se aplica cuando éstas no se comportan de acuerdo a lo establecido por las normativas del género o sólo por su condición de vulnerabilidad en la cual son definidas socioculturalmente. Esta violencia forma parte de la vida de todas las mujeres, ya que nacen y se desarrollan en una cultura que las considera y trata como personas de menor valía social. Sin embargo, junto a su carácter transversal, esta violencia afecta más fuertemente a aquellas mujeres que viven, además, en otras condiciones de exclusión social. En los relatos estudiados encontramos plasmadas estas y otras características de la violencia de género.

*La violencia es una realidad con la cual las mujeres entrevistadas han convivido en distintos períodos de sus vidas.* Valeria, Rosa, Joana vivieron en un hogar donde la madre era golpeada por el padre; Natalia y América fueron víctimas de violencia sexual; Pamela y Joselyn compartieron el dolor de una madre que fue humillada y destruida en su dignidad; Silvia sufrió violencia psicológica. Todas, de distintas maneras, han vivido experiencias que hacen de la violencia una experiencia propia del ser mujer. A través de las historias de mujeres concretas podemos visualizar el carácter continuo y estructural de la violencia contra las mujeres.

*Tomar partido: entre la defensa de la madre o la justificación del padre.* Al ser parte de una relación violenta, desde chicas se vieron impelidas a intervenir o «tomar partido». Rosa responsabiliza a la madre por provocar las peleas al no cumplir con sus obligaciones de esposa e instala la sospecha de que no era «inocente», insinuando incluso infidelidad u otro comportamiento considerado inaceptable para una mujer.

*«si mi papá fuera un hombre golpeador nos hubiera pegado a todos nosotros pero solamente era ella, y no era siempre, cuando ella le buscaba la cuestión, mi papá llegaba a comer, ella no quería servirle comida a mi papá le tiraba las cosas delante de nosotros, entonces yo creo que por eso venían las peleas después»* (Rosa, 30 años de edad).

Otras, como Valeria, Joselyn, Joana, defienden y apoyan a la madre en el proceso de toma de decisión que pone fin a la violencia. Algunas de ellas, a medida que crecieron, interviniendo direc-

tamente en el término de la violencia, exponiéndose ellas mismas a ser agredidas. Sin embargo, la larga historia de violencia, no causa la expulsión del agresor o de un término definitivo de la relación, al contrario, la relación continúa, bajo el supuesto de un cambio en el comportamiento y actitud del padre hacia la madre. Ante este aparente cambio, las hijas lo perdonan, lo asisten y acogen cuando se vuelve vulnerable (cuando se enferma, por ejemplo).

*«pasaba una semana y le volvía a aforrar de nuevo hasta que mi mamá se cansó, se cansó y ya nada más, ya ahí nos agarramos peleamos con mi papi, y ahí yo le dije porque nunca más iba a volver a levantar la mano a mi mamá» (Valeria, 26 años de edad).*

*«...y ahí no aguanté más y a mi papá le pegué, porque yo no iba a aguantar que ahora de grande él le pegara, él le quiso pegarle y le pegué yo a él...después cuando tenía dos meses de nacido...me echó a la calle, me echó a la calle lloviendo, mi mamá se metió pa' que no me echara, mi mamá quiso defenderme» (Joana, 15 años de edad).*

**Violencia psicológica.** La han vivido a través de sus madres y lo viven en sus propias relaciones de pareja. La violencia psicológica comprende descalificaciones, humillaciones, anulación de la capacidad moral y de la autonomía, dañando profundamente la autoestima de las mujeres. En el relato de Silvia, se aprecia como su marido la descalificaba porque no había completado sus estudios y se había dedicado sólo a tener hijos/as: *«No eres nadie, no tení estudios, cuando yo te conocí tenías un hijo, cosas así, pero obvio que toda relación es como bien complicada en ese sentido, nunca todas las cosas van a ser así de toda felicidad y después ver que siempre te miraron como que tú eras lo peor, como que porque tu no tenías estudios nunca te ibas a superar».* En el caso de Rosa, la violencia psicológica que su marido ejerció contra ella tenía su origen en la inseguridad y los celos que le provocada la diferencia de 15 años que hay entre ellos.

Joselyn y Pamela supieron de este tipo de violencia a través del sufrimiento de sus madres, que aceptaron por mucho tiempo los engaños del esposo o una aparente normalidad cuando éste mantuvo relaciones paralelas con hijos/as como resultado: *«sufría mucho mi mamá, incluso casi tuvieron que llevársela al manicomio, estuvo a punto de volverse loca» (Joselyn, 24 años de edad)*

**La violencia sexual<sup>54</sup> es, en esta sociedad, en cierta forma inherente al ser mujer.** Las niñas crecen acostumbradas a escuchar insultos o descalificaciones de connotación sexual. Si no se comportan como exige el deber ser de la construcción femenina, son catalogadas de prostitutas, lo que opera como advertencia antes de que ellas tengan noción de lo que significa: *«mi papá no más que nos putiaba de arriba y abajo, pero tampoco cachábamos mucho de que se trataba, en realidad daba como lo mismo en realidad, pero yo siempre igual con la idea clara de no seguir ahí, con la idea clara de estudiar algo, de salir de donde estaba» (Valeria, 26 años de edad); «El otro día tomó once se fue pa arriba, por ser, yo no me pinto porque el me dice te estay pintando para ir a maraquiar» (América, 24 años de edad. El padre, la madre y todos/as los/as adultos/as que forman parte del contexto social inmediato en que crecen las niñas, se sienten con el derecho de transmitir este mensaje cultural.*

54 La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como «todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independiente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluido el hogar y el lugar de trabajo» (10).

Natalia y América fueron víctimas de abuso sexual y violación. Ambas comparten la condición de desamparo generada por el abandono, de parte de la madre, luego del padre que es incapaz de hacerse cargo. Natalia fue criada en un hogar donde se imponía la violencia hacia las mujeres desde siempre, ya que el abuelo, capataz del campo, violaba a su propia abuela, a la hermana de ésta con quién forma pareja después quedar viudo y también a ella, cuando fue niña. Como toda experiencia de abuso en la infancia, no es fácil la toma de conciencia de la situación por parte de la niña, así como tampoco, la adopción de medidas concretas de parte de sus familiares para protegerla. Tampoco funcionó la institución educacional. De ahí en adelante, Natalia repite relaciones de violencia, llegando a correr riesgo vital en manos del padre de su primer hijo.

*«Primero yo pensaba que era un juego porque él me tocaba, me tocaba mis partes, aparte que no tenía amigas, nunca yo supe nada de esas cosas, vivían en un fundo, no había relación social, empezó solamente tocándome, ya después un tiempo más empezó a abusarme, a abusarme totalmente...»* (Natalia, 19 años de edad).

*«... mira yo conversé primero con una niña (...) yo le dije sabes que mi abuelo juega así conmigo y recién ahí ella me explicó lo que era, incluso ella fue la que dijo primero en el colegio, si yo no había dicho... De que era un abuso sexual y todo y ahí ella habló en el colegio, los profesores hablaron con mi abuela y todo y dijeron que no, que era mentira, que yo estaba inventando cosas y llegaron ese día me acuerdo, me sacaron la cresta en la casa»* (Natalia, 19 años de edad).

La violencia sexual que vivió América constituye su primera relación sexual coital, generando en ella un trauma difícil de borrar. Afecta su salud mental, desarrolla fobia a los hombres y le toma 6 años volver a relacionarse sexual y amorosamente. Sin embargo, las dos relaciones de pareja que tiene posteriormente, cuyo resultado son dos hijas, son fuente de rechazo y acumulan su frustración en este plano. La violación fue cometida por un primo cuando dos familias emparentadas cohabitaban, en un contexto de hacinamiento. Cuando se supo de esta situación, el padre del agresor culpó a la niña diciendo que “ella lo buscaba”, ambas familias se enemistaron por un tiempo, pero finalmente se reconciliaron. El agresor no obtuvo una sanción social proporcional a su conducta.

*«cuando el me dice sácate la ropa porque te voy a meter una cosita entre medio de las piernas, yo le dije no como se te ocurre, y me dice no sácatela y me empezó a golpear, y ahí el abusó de mi, y yo estuve pero mal po, yo estuve con psicólogos, intenté matarme, tomé pastillas, estuve hospitalizada porque me dejó pero mal»* (América, 24 años de edad).

*«yo recién vine a tener una pareja y a tener una guagua recién cuando mi hija tenía 6 años, porque cuando veía un hombre y me mirara yo decía ¡hay! este es depravado, para mí eran todos los hombres unos depravados»* (América, 24 años de edad).

**La violencia como un problema de salud mental.** Algunas de las mujeres protagonistas de los relatos de vida han elaborado una reflexión que les permite poner ciertos límites a su relación de pareja, pero en todas coexisten mecanismos de justificación que minimizan la gravedad de la violencia: identifican la violencia física como la más grave, creen que el problema es el alcohol o que ellas tienen la culpa por no comportarse como sus parejas esperan, expectativa que está anclada en la construcción tradicional de género.<sup>55</sup>

55 La violencia contra la mujer está tan entrelazada en nuestras sociedades que muchas de las mujeres que son víctimas sienten que ellas son las culpables (11).

«mi marido no pega pero si le gustaba tomar y cuando tomaba se ponía agresivo a decir cosas hirientes, entonces ya no me gustaba que me dijera cosas hirientes porque mi mamá fue una mujer golpeada mi papá le pegaba a mi mamá, entonces no quería yo que llegara a ese extremo» (Rosa, 30 años de edad).

Valeria plantea como aprendizaje que no se debe molestar nunca a un hombre cuando está con trago. Tanto en la experiencia de su madre como en la de ella ha estado presente el consumo de alcohol, mecanismo con el que ella desliga de responsabilidad al agresor. La violencia hacia las mujeres es expresión de la misoginia (odio a las mujeres) presente en nuestra cultura, Valeria ha vivido en carne propia este odio «esa fue mi lección, eso yo aprendí, porque el hombre curao como que te agarra odio» (Valeria, 26 años de edad).

La violencia contra las mujeres nace en la construcción de género de lo femenino y lo masculino como dos ámbitos opuestos y excluyentes, donde uno, el masculino tiene el poder social y simbólico. Lo anterior hace posible la naturalización de este tipo de violencia, dificultando los procesos de toma de conciencia y de autonomía, necesarios para romper con el círculo de la violencia. La naturalización de la violencia de género y la presencia de ella en sus distintas manifestaciones en la vida de las mujeres se convierte en un factor que incide en el embarazo de las niñas menores de 15 años; de manera más específica:

- **Tendencia a naturalizar y justificar la violencia contra las mujeres:** Se justifica cuando la mujer no responde a lo considerado como “buen comportamiento” o al rol que debe cumplir; cuando se trata de un problema asociado a la salud mental o de adicción al alcohol. La generalización de esta experiencia entre las mujeres, si no va acompañada de una reflexión acerca de la relación de poder que la define, puede entenderse como una realidad inherente al ser mujer, que las hace “naturalmente” vulnerables. Relacionado con lo anterior, la naturalización genera excusas y justificaciones, en vez de procesos de cuestionamiento y transformación.
- **Historias de años de violencia experimentadas por la madre:** La prolongación de una relación violenta sin que la mujer logre salir de ella, debido a mecanismos inmovilizadores como la autoculpabilización y victimización (que caracterizan a la violencia de género), genera un aprendizaje en la niña que la hace propensa a repetir este tipo de situaciones en sus relaciones de pareja futuras y que hace difícil el desarrollo de capacidades de autocuidado y de toma de decisiones.
- **Sensación de desprotección e impunidad social e institucional:** La percepción acerca de que la violencia contra las mujeres es tolerada socialmente, la ineficacia de las instituciones y la impunidad que rodea generalmente a estos hechos de violencia, inciden en que las niñas encuentren dificultades para desarrollarse fuera de los cánones convencionales de género.
- **Mayor vulnerabilidad de las niñas menores de 15 años a ser agredidas sexualmente:** La indefensión de las niñas por su condición de infantilidad o adolescencia sumada a la que deviene de su condición de género las expone a un mayor riesgo de ser vulneradas sexualmente.

## Referencias bibliográficas

- (1) Sen G, George A, Östlin P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center for Population and Development Studies. 2005.
- (2) Plan de Igualdad de Oportunidades 2011-2020 del Sernam.
- (3) Marcela Lagarde (2006), «Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas», Universidad Autónoma de México, México.
- (4) Rodríguez A. Principales modelos de socialización familiar. Foro de Educación, n.o 9, 2007, pp. 91-97. Disponible en: <http://www.forodeeducacion.com/numero9/007.pdf>
- (5) Larraín C, Kopplin E, Pugin E. Sistematización Programa «Emprende Mamá»: Apoyo psicoafectivo, educativo y formativo para el embarazo adolescente. Gobierno de Chile, Fondo de Solidaridad e Inversión Social, Ministerio de Planificación. 2006.
- (6) Lamas M. Política y reproducción. México D.F. 2001.
- (7) Gómez P, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. Lima, 2010
- (8) Briñón M<sup>a</sup> Angeles. Una visión de género... es de justicia. Departamento Educación para el Desarrollo de Entreculturas, InteRed y Ayuda en Acción, Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI). Disponible en: [http://www.mueveteporlaigualdad.org/docs/una\\_vision\\_de\\_genero\\_esp.pdf](http://www.mueveteporlaigualdad.org/docs/una_vision_de_genero_esp.pdf)
- (9) Eurosocietal, Ministerio de la Salud de Costa Rica. Documento técnico elaborado en el marco de la Línea de Intercambio Salud sobre «Violencia de Género en el Siglo XX». Disponible en: <http://eurosocietalsalud.eu/files/docs/00438.pdf>
- (10) Maira G, Santana P, Molina S. Violencia sexual y aborto: conexiones necesarias. Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual. 2008.
- (11) The Boston Women's Health Book Collective. Nuestros cuerpos, nuestras vidas. New York. 2000.

## 2.2.6. Historia Reproductiva

La reproducción biológica tiene particular relevancia en la vida de las mujeres, no sólo por los sucesivos eventos fisiológicos que ocurren en sus cuerpos como parte de un proceso de preparación de la potencial capacidad reproductiva, sino por los significados que tiene en nuestra sociedad. Por ello, al hablar de reproducción biológica debemos referirnos también a la reproducción como fenómeno social. Las mujeres, incluso aquellas que no experimentan el acto de parir, se definen socialmente por su contribución a la reproducción social y cultural de los sujetos particulares a través de actividades cotidianas que generan una plataforma material y simbólica necesaria para el desarrollo de la producción social. De acuerdo a Marcela Lagarde: «*La reproducción social y cultural está constituida por el conjunto de actividades, relaciones mecanismos y procesos que generan y renuevan los elementos esenciales que constituyen a las formaciones sociales y culturales concretas. Se trata de la reproducción de los modos de vida y, de las condiciones de vida que permiten la producción social en condiciones históricas dadas*». (1)

La reproducción, vista desde su dimensión de salud y, siguiendo la definición de salud reproductiva adoptada por en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo, alude a «*un estado general de bienestar, físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia*» (2). Más allá del carácter predominantemente biomédico y quizás poco operativa de la definición, es destacable que el alcance de este estado de bienestar está vinculado al reconocimiento y ejercicio de derechos en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, los que deben ser incorporados no sólo por el sector salud a través de los sistemas de atención sino que deben estar contemplados en todos los ámbitos de desarrollo. Los/as niños/as y adolescentes también tienen derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, no ha sido fácil que se les reconozcan e incorporen en los programas de salud.

Entran en la categoría de salud reproductiva, la menarquia, donde más allá de constatar la edad de la primera menstruación, interesa indagar acerca del significado que tuvo la experiencia en la vida de la niña y del nivel de información que tenía para comprender este evento biológico. La anticoncepción como uno de los derechos reproductivos que deben ser garantizados por la institución de salud y que para el caso de los/as adolescentes deben cumplir con ciertos requisitos que los hagan accesibles, aceptables y pertinentes; por otro lado, se recogen las creencias y nivel de información que las niñas manejaban antes de su primer embarazo y como esto fue modificándose. Se analizan también eventos asociados a la toma de decisiones reproductivas como los embarazos posteriores al primero, el aborto y el deseo de embarazo, como hitos significativos en la historia reproductiva de las niñas y mujeres de este estudio.

### a. Experiencias y significados del primer sangramiento

La primera menstruación es una experiencia cargada de significados y emociones para las niñas y es uno de los momentos importantes de la socialización de género, en que el entorno social reafirma sus expectativas respecto a la condición de mujer. Asimismo, es un momento crucial para encausar el desarrollo sexual de la adolescente hacia una sexualidad independiente de la reproducción, o por el contrario, reafirmar la noción de la sexualidad con fines procreativos. Se destacan los siguientes aspectos de la experiencia de la menarquia:

*La edad de inicio de este evento ha disminuido históricamente*, desde los 16 años en el siglo XVIII (3) hasta un rango considerado normal entre los 8 y 13 años, distinguiendo grados de precocidad para el inicio de la pubertad si ocurre entre los 8 y 9 (4). En Chile se estima que la edad promedio de la menarquia es de 12,2 años (5). En los relatos construidos, aparecen experiencias diversas respecto a la edad de inicio, que van desde los 9 hasta los 12 años.

*La menarquia es recibida sin información ni educación sexual y reproductiva*. Es común entre las mujeres que entregaron su relato, que la menarquia fue recibida sin ninguna o con un nivel superficial de información. Este desconocimiento fue total en algunas, provocando sensaciones de temor y desesperación, llegando incluso a asociar el sangramiento a enfermedad y muerte.

*«llegué a la casa y paso al baño, nosotros teníamos baño de fosa, afuera y yo me acuerdo que paso al baño y me miro el calzón y estaba con sangre y yo le digo a mi abuelita me estoy muriendo, porque a mí nadie me explicó lo que era una menstruación... a mí nadie me había dicho que era eso y yo te juro que pensé que me estaba muriendo, porque a mí nunca nadie me explicó lo que era una menstruación y cuando mi abuela me va a ver, se cago de la risa»* (Natalia, 19 años de edad).

*«estaba acostada, estaba en la casa, me había levantado y ese día me dolía aquí abajo, hay me duele la guatita dije yo, me levanto y veo la cama llena de sangre, pa mi fue pero como decir me estoy muriendo y le digo a mi mamá mira me estoy muriendo me esta saliendo sangre, y ahí me dijo no si eso es normal, te llevo la regla»* (América, 24 años de edad).

*Predominan el silencio y los mensajes normativos en torno a la menarquia*. La falta de información que caracterizó la llegada de la menstruación en todos los casos tuvo su origen en el silencio de las madres y la autoanulación de los padres respecto a estos temas. Cuando hubo preguntas, no hubo respuestas: *«...en ese tiempo jamás ella me dijo oye Pamela te va a llegar tu regla»* (Pamela, 32 años de edad). No se habla de nada relacionado con la transformación de sus cuerpos y con el desarrollo de la sexualidad. La mínima información que tuvieron provino de otras mujeres, como la cuñada o la hermana: *«cuando me llevo la regla mas me conversaba mi cuñá, lo que iba a pasarme, como tenia que cuidarme lo que no tenia que hacer porque mi mamá era nada, yo le preguntaba algo y ella se quedaba callá»* (Rosa, 30 años de edad).

Los mensajes que acompañaron a la menarquia en su mayoría fueron normativos y reforzaron creencias negativas de la menstruación. Casi siempre el mensaje fue *«ahora tienes que cuidarte porque puedes quedar embarazada»*. El mayor cuidado que la niña debe tener a partir de ese momento aparece relacionado principalmente con la posibilidad de un embarazo pero también con prácticas de higiene y relación con el cuerpo distintas, ancladas en una asociación simbólica con lo sucio, lo impuro de la menstruación: *«pero ahí ya tenias que cambiar tu higiene porque eso como que era mas hediondo, ya iban a empezar a crecer las pechugas»* (Valeria, 26 años de edad).

*La menarquia como rito de paso*. A través de las reacciones de las/os otras/os, las niñas comienzan a dimensionar el valor y significado que tiene la menarquia para las mujeres, influyendo en su autoimagen y su construcción identitaria. En el caso de Joana, su madre y padre lloraron, en el de Natalia, los/as adultos que convivían con ella, se burlaron: *«...llamé a mi mamá y mi mamá se puso a llorar...se puso a llorar y en la tarde cuando llegó mi papá, le contaron a mi papá y mi papá lloraba a mares, mi niñita, mi niñita, empezó»* (Joana, 15 años de edad).

La menarquia representa dejar la condición de niña, y con ello, la protección y condescendencia con que la sociedad las trata, para pasar a una condición de mayoría de edad, aunque sea simbólica, que las expone a todo tipo de riesgos y las hace responsables de sus actos. A este cambio se debe el llanto de los padres de Joana, que al ver que su niña «había crecido» ahora estaba expuesta al mismo riesgo que su hermana: ser violada. Llama la atención que desde la perspectiva de los padres, la niña pasa a ser sexuada junto al inicio de su capacidad de procreación y no antes, cuando también pudo haber sido violada. En el caso de Natalia, quién fue violada por su abuelo materno desde los 7 años, es decir, 2 años antes de su primera menstruación, la representación sexuada de la niña ya existía, debido a que la pubertad de manifiesta antes con otros cambios biológicos y corporales.<sup>56</sup>

La tristeza y la rabia son sentimientos que acompañan a la menarquia. En palabras de una de las mujeres entrevistadas: «*sí, me dio rabia más que nada porque yo dejé de ser niña y pasé a ser mujer*» (Rosa, 30 años de edad). La tristeza que acompaña el tránsito desde una vida liviana, donde los espacios de libertad y de disfrute se reconocen como un derecho de los/as niños/as, a una vida llena de limitaciones y cargas: «*tendría 12 años más o menos aproximadamente... Significado como especial no, o sea en realidad fue fome, yo creo que en el momento fue triste, pero uno lo supera, o sea a medida que va pasando el tiempo uno lo supera*» (Pamela, 32 años de edad). Pasar a ser mujer representa entrar en el mundo adulto que es significado negativamente, donde está presente la noción de peligro, de riesgo, violencia, dolor, que tienen significados específicos para las mujeres.

Para otras, la primera menstruación fue bien recibida, el significado de pasar de niña a mujer anunciaba un cambio de estatus y la posibilidad de ser atractivas para el otro sexo. En dos relatos se aprecia un recuerdo positivo de esta experiencia y en ambas situaciones, coincide con una vida social activa y con sentimientos de curiosidad e interés por las experiencias sexuales: «*Algo especial, o sea a uno le explicaban cuando a uno le llega la regla uno se hace mujer, era como otra etapa de la vida, como que fui más grande, porque ya pasé una etapa y ahora voy a vivir otra etapa y yo me preguntaba cómo será la otra etapa, siempre como con la curiosidad*» (Silvia, 32 años de edad).

En general, la menstruación no es significada de manera positiva por nuestra cultura, lo que se ve reflejado en los relatos contruidos. Pese a que existe mayor apertura a hablar de ello, al menos desde el punto de vista biológico, se mantienen creencias y actitudes de negación hacia el tema. Basta con observar la publicidad comercial de productos menstruales para corroborar que se transmite la idea de ocultamiento, reserva, secreto. No es de extrañar entonces que ninguna de las mujeres tuviera la oportunidad de conocer su menstruación como parte de un proceso normal de su desarrollo biológico y que para todas ellas, representó un rito de paso, un antes y un después, más o menos traumático, para el cual tampoco estaban preparadas. Este silenciamiento se traduce en el nulo manejo de información o de una muy superficial, centrada en tres elementos principales: posibilidad de un embarazo, peligro inminente en la cercanía con los hombres, existencia de toallas higiénicas y que se trata de una experiencia propia de las mujeres. No existió información que abordara el conocimiento del ciclo menstrual como una manera de prevenir futuros embarazos. Esta situación no ha cambiado sustancialmente en 20 años, lo que es confirmado por estudios actuales que abordan la menarquia desde una perspectiva psicosocial.<sup>57</sup>

56 El inicio de la pubertad en las niñas comienza unos dos años antes de la menarquia, con la acumulación gradual de los estrógenos y la progesterona liberada por la corteza suprarrenal (6).

57 Un estudio realizado con 826 adolescentes postmenárquicas en 2008, encontró que «La información entregada por las madres se focalizó solo en aspectos higiénicos y biológicos ambiguos.



Las experiencias más negativas pertenecen a mujeres que tuvieron una menarquia más temprana (9 años), que no tuvieron ningún antecedente sobre la menstruación, vivían en zonas rurales o en sectores periféricos de ciudades y tuvieron experiencia directa o indirecta de violencia sexual. Las experiencias más positivas son referidas por quienes en ese momento tenían alguna idea de lo que iba a sucederles y se encontraban en pleno proceso de afirmación de patrones sexuales femeninos, de socialización y separación con la familia. Para Natalia fue la experiencia que la impulsó a salir del hogar donde era abusada de diversas maneras. Podría pensarse que esta sensación de mayor madurez, de cambio de estatus, se vincula en algunas situaciones al deseo de dejar el hogar, donde la experiencia cotidiana no es agradable, porque representa la posibilidad de construir su propio proyecto de vida.

La forma en que las niñas vivan su menarquia es claramente un factor psicosocial y cultural que incide en el embarazo precoz. El tabú, la ausencia casi total de información, educación y orientación, los patrones de género tradicionales, que rodean a esta experiencia, promueven la vivencia de una sexualidad como medio para construir un proyecto de vida propio. Así entonces, la posibilidad siempre presente del embarazo no sería relevante, más bien es consecuencia esperada y lógica de las relaciones sexuales que comienza a tener la niña. Los factores relacionados con la menarquia, que inciden en el embarazo precoz, son los siguientes:

- *Acercamiento entre la menarquia y el inicio de la sexualidad coital.* El significado de la menarquia como un momento de maduración biológica y sexual, junto al tránsito al ser mujer, predisponen a la consumación del acto sexual penetrativo.
- *Significado cultural de la menarquia como rito de paso de niña a mujer, centrado en el valor de las capacidades reproductivas.* Se niega la sexualidad de las niñas como un proceso y se reduce a la manifestación biológica y mecánica de la menstruación. Así entonces, las niñas comienzan a ser valoradas como mujeres por su capacidad procreativa. La sexualidad con un sentido reproductivo junto al ensalzamiento de la maternidad como definición del ser mujer, actúan como dispositivos culturales que promueven el embarazo adolescente precoz.

#### b. Anticoncepción y prevención

*La anticoncepción es un concepto que aparece para ellas después del primer parto.* En todos los casos, se habla de ese período inmediatamente posterior como un tiempo de aprendizaje, a veces vinculado al inicio de una práctica de control de salud.

*«No sabía, o sea yo no sabía con qué me podía cuidar, yo después que tuve a mi hijo, al Luis, yo recién vine a saber que habían pastillas, que habían inyecciones, que habían intrauterinos, que habían condones, entonces era como que yo descubrí el mundo después que ya había pasado lo que tuvo que pasar» (Silvia, 32 años de edad).*

Anticoncepción en la primera relación sexual coital. En dos relatos aparece el uso de un método en la primera relación sexual coital –píldoras y preservativo–, sin embargo, el intento fue fallido. En ambas situaciones existía una relación afectiva, hubo común acuerdo en usar un método y la

---

Los mensajes fueron «ya eres una mujer, dejaste de ser niña y no puedes seguir haciendo cosas de niñas» (juegos), «tienes que cuidarte de los hombres, puedes quedar embarazada», pero sin explicar más acerca de la biología de la menstruación, ciclo menstrual, órganos reproductivos (3).

pareja tenía edades similares: «...pero me recuerdo que no se sabía poner el condón y por eso se rompió y después yo estaba muy asustada que después yo no lo quise ver durante un tiempo» (Pamela, 32 años de edad). La relación de pareja puede ser un factor que facilite el uso de método anticonceptivo en el primer acto sexual penetrativo, pero que no es suficiente si no se cuenta con la información correcta.

**Sobre la conciencia preventiva y la responsabilidad.** Algunas de las mujeres entrevistadas quedaron embarazadas en su primera relación sexual coital. La corta edad contribuyó a suponer que no hay posibilidad de embarazo: «es que yo tampoco pensé que podía quedar embarazada a los 11 años... ¿quién va a quedar embarazada a los 11?» (Joana, 15 años de edad). Para la mayoría de las mujeres un embarazo no esperado «sobreviene en medio del proceso de entrada en la sexualidad activa entre las mujeres» (7). La experiencia de la menarquia, aún con su significado cultural de ritual de paso, no se traduce en una conciencia de que las relaciones sexuales pueden derivar en un embarazo. Esto, debido a que las niñas viven en soledad su proceso de maduración sexual, se vuelven extrañas a su propio cuerpo, de manera que no pueden establecer una conexión cognitiva entre las transformaciones que están experimentando a nivel biológico con la manifestación de su sexualidad. Tal como se comentó acerca de la menarquia, la familia «tiende a estar focalizada en aspectos higiénicos y biológicos inmediatos y obvios pero desconectados de la experiencia del propio cuerpo de las niñas» (3).

Para decidir usar un método, debe existir la intención de evitar un embarazo y previamente, la niña y su pareja, debe haberse hecho la pregunta sobre sus proyecciones. Sin embargo, estas historias demuestran que en muchos casos el embarazo no está significado como un riesgo real, la advertencia «ahora puedes quedar embarazada» carece de sentido al no existir alternativas de realización personal que se vean afectadas por un posible embarazo.

Aún cuando la primera relación sexual tenga lugar en el marco de una relación de pareja, la adhesión a un concepto de amor romántico reflejado en la solicitud de «la prueba de amor», puede ser un obstáculo para la prevención de riesgos asociados a una sexualidad coital desprotegida. Esta idea del amor exige a las mujeres entrega total, anulación de individualidad y autonomía.

La experiencia de ser madre a tan temprana edad no se lee como una consecuencia de la irresponsabilidad o negligencia de otros/as, de quienes estaban a cargo de ellas en el entorno social inmediato o de las instituciones a las cuales se entregaba su educación, cuidado, protección. Más bien, se toma como una vivencia azarosa. Cuando identifican responsables, son ellas mismas. Valeria por ejemplo, se opone a que su experiencia de violencia intrafamiliar se vincule a su primer embarazo. Existe la percepción de que «sabía lo que estaba haciendo»:

*«me pasó porque no me cuide no más, porque no estaba ni con preservativos, no con pastillas ni con nada, me pasó por irresponsable, no me pasó por practicarlo o por querer embarazarme tampoco, me pasó porque no tuve la suficientemente consciencia de haberme cuidado» (Valeria, 26 años de edad).*

**Acceso a información y métodos anticonceptivos.** Existe la percepción entre las entrevistadas de que hoy los/as jóvenes tienen mayor acceso a información sobre sexualidad, marcando una diferencia importante con las condiciones en que les tocó vivir a ellas, sugiriendo que actualmente no hay razones para tener un embarazo no deseado o no planificado. Hay mayor acceso a la información, sin intermediaciones, haciendo posible gestionar por sí mismos el uso de diversos métodos. Se mantiene la creencia sobre la efectividad de la entrega de información como princi-

pal estrategia preventiva: «yo creo que la niña que queda embarazada hoy en día es porque se pasó de tonta, porque si tu hoy día tuviste una relación y sabes que tal vez pudiste quedar embarazada tu vas a la farmacia y te compras la píldora, es más o sea hay muchas veces» (Pamela, 32 años de edad).

Sin embargo, la experiencia de las niñas y mujeres de los relatos estudiados demuestran que el acceso a información sobre anticoncepción a la edad de estas niñas es prácticamente muy difícil, pues se impone la sanción y el prejuicio que cierran las posibilidades de apoyo. Para suplir esta necesidad insatisfecha, recurren a otras mujeres que manejan información no calificada, validada a partir de su propia experiencia.

*Historia reproductiva de las mujeres, una historia de métodos fallidos.* A partir del primer embarazo, los métodos anticonceptivos pasan a ser parte de la vida de las mujeres. Los métodos más usados por las mujeres entrevistadas son los anticonceptivos combinados inyectables mensuales, los progestágenos inyectable de acción prolongada —«las inyecciones»— los implantes subdérmicos de acción prolongada, los anticonceptivos orales y el Dispositivo Intrauterino con cobre, la «T de cobre».<sup>58</sup> Las interpretaciones acerca de los resultados que han tenido con cada uno de ellos suelen caer en lo que se conoce como «pensamiento mágico» o razonamiento no científico, pero validado empíricamente, a través de declaraciones como «mi organismo lo rechaza» o «a mi no me hacen efecto». La historia reproductiva de casi todas las mujeres entrevistadas está marcada por experiencias fallidas. Luego del primer embarazo, las mujeres refieren haber quedado embarazadas en casi todas las ocasiones usando algún método.

*«El de Daniela estaba con dispositivo y se me incrustó, después que nació Daniela volví a colocarme dispositivo y me lo rechazó, estuve como dos semanas hospitalizada con medicamentos y después me cuidé con pastillas, dejé las pastillas, porque también me hicieron mal, y seguí con el método del calendario y me falló, me vine a enterar cuando tenía como 5 o 6 meses del Gabriel, porque todavía me llegaba la regla»* (Silvia, 32 años de edad).

*«y del último quinto ya quede embarazá con pastillas, no sabía que estaba embarazando yo estaba trabajando yo, ya tenía tres meses cuando fui a control, pero fue porque me hicieron cambio de pastillas me dieron unas muy bajitas para mi organismo como yo, pensaba que yo todavía amantaba me dieron esas de amantar y yo no le daba pecho a niño, y ahora tengo un implante»* (Rosa, 30 años de edad).

*«... no, es que a mi no me hacen efecto, mi organismo las rechaza, y con este bebe también quede embarazando con pastillas, ayer me toco hora con la matrona y yo le explique que no me quería operar, porque más adelante yo quiero tener otra más, y me dijo ya, te puedo poner un este que dura tres años que es como una barrita de silicona que se usa en el brazo, porque ya la T no me la acepta»* (Natalia, 19 años de edad).

*La anticoncepción como medio para evitar riesgos, no como medio para una vivencia sexual plena.* La posibilidad siempre presente de la violencia sexual y el escaso control sobre la regulación de su fertilidad que han tenido, las motiva a usar método anticonceptivo aún cuando no tengan vida sexual activa por mucho tiempo, asumiendo con disciplina el control sistemático para

58 Se utiliza la denominación de anticonceptivos adoptada en las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad.

la entrega o aplicación del método, que generalmente se trata de inyección o implante. América refiere una situación que pone en riesgo su prevención, ya que hacía dos meses que no llegaban inyecciones al consultorio y por lo tanto había interrumpido su rutina de prevención. Quizás por ser aún muy jóvenes algunas de ellas, manifiestan bastante rechazo al método intrauterino.

El preservativo no goza de simpatía, algunas nunca lo han usado o ni siquiera lo conocen. Está instalada la creencia de que es incompatible con el placer. En un solo relato de acepta relativamente su uso en caso de «emergencia».

*«ante una emergencia obvio tendrá que usarse, pero es como muy fome, no se siente rico con el preservativo, porque yo de mi otra hija, de la del medio lo usábamos, ni él ni yo lo sentíamos, era como que había una muralla entremedio de los dos y como que eso no me gusta, aunque si el día de mañana me llega a decir, yo pucha, una pareja tengamos relaciones, yo le diría con preservativo o sola no po, y si el no quiere simplemente se tendrá que aguantar y listo porque sin preservativo no, aunque sea muy fome que digamos»* (América, 24 años de edad).

**La esterilización como única fórmula para controlar la fertilidad.** Al parecer, luego de una historia reproductiva caracterizada por la dificultad de controlar la fertilidad, después de sucesivos embarazos, la esterilización se convierte en una buena opción. Sin embargo, para quienes han hecho el intento de operarse en el sistema público de salud, ha sido imposible. El proceso está lleno de obstáculos institucionales, tanto burocráticos como culturales. En los relatos se aprecia que atribuyen los resultados negativos de sus gestiones a una falta de voluntad de parte del sistema de salud. América, Silvia y Rosa, que son las que tienen entre 3 y 5 hijos/as, llevan hasta 8 años esperando esterilizarse, una y otra vez les presentan trabas, como el cuestionamiento a la edad, la solicitud de documentos que acrediten situación de pobreza, la exigencia de que se utilice el parto por cesárea para realizar la operación, entre otras. Rosa, que tiene 5 hijos/as, no quiere esperar más y está pensando en la posibilidad de acceder a la prestación a través del sistema privado de salud, pese a que no cuenta con los recursos.

*«me dicen que hay que llenar unos formularos de lo que le pide el doctor y en tres años más, yo voy a tener 33 años, yo digo ¡como no va a operarme con 5 hijos y todo!, yo estoy joven, es que aquí cuesta mucho que la operen aquí, si no se opera particular, no la operan, una operación particular cuesta como 80 mil pesos mas o menos (...) yo tendría que hacer los tramites y llorarle al doctor que me opere de aquí en tres años más porque después me tendrían que volver a ponerme el implante»* (Rosa, 30 años de edad).

Entre los documentos que América tuvo que presentar con la solicitud se encuentra un certificado de beneficiaria del Programa Chile Crece Contigo, para comprobar su situación de pobreza. El largo tiempo de espera desincentiva y entorpece la posibilidad de decidir el número de hijos/as que quieren tener.

*«ahora me dijo la matrona que fuera de nuevo porque como había hecho los papeles para que yo me operara, me dijo que volviera a ir para ver si de nuevo salía en la lista para que me operaran, pero antes que yo hay todas estas mujeres para operar y me dijo puede tener tu hijo 7 años 8 años y recién puedes salir en la lista de que salgai operada, entonces en esos 7 años tendré otra guagua, si sigo así»* (América, 24 años de edad).

Con la Resolución Exenta N° 2326 del Ministerio de Salud, se amplía el acceso de las mujeres a la esterilización y explicita la vasectomía como opción para los hombres, generando un cambio sustantivo al convertir un acto médico en un acto voluntario de regulación de la fertilidad. Sin embargo, desde la perspectiva de la equidad en salud, la práctica de la esterilización refleja inequidades sociales y de género, ya que son las mujeres las que en su gran mayoría se esterilizan<sup>59</sup> y el acceso está condicionado por el nivel de ingresos, afectando de esta forma a las mujeres más pobres (8). En los casos documentados, sólo Pamela logra esterilizarse, ya que opta por programar la operación con ocasión de su último parto en el sistema privado.

Lo que queda en evidencia es que estas mujeres, que representan las condiciones de vida compartidas por muchas otras, tienen grandes dificultades para controlar su propia fertilidad, que va más allá del acceso al sistema de salud y más allá del acceso e información sobre los métodos anticonceptivos. Esta afirmación cobra mayor fuerza en la historia que luego de su primer embarazo, van urdiendo. No logran ajustar sus proyectos de vida ligados al desarrollo de otros ámbitos personales con los embarazos.

Los factores asociados a la anticoncepción y prevención que inciden en el embarazo en la adolescencia temprana son los siguientes:

- *Limitado o inexistente acceso a información sobre anticoncepción para las niñas.* Lo anterior se manifiesta en que las primeras nociones sobre anticoncepción las adquieren luego del primer parto; en que durante su vida reproductiva predominan mitos y creencias acerca del funcionamiento de los métodos anticonceptivos; en un rechazo al uso del preservativo sustentado en creencias erróneas.
- *El embarazo, a la edad de las niñas entre 10 y 14 años, opera como creencia,* por lo que no representa un riesgo real para las niñas, debido a que en el proceso de socialización se enmarca en lo que define a lo femenino y en el carácter tabú de la sexualidad.
- *La anticoncepción no se concibe como medio para el desarrollo de la sexualidad,* lo que incide en que sólo aparezca como necesidad una vez que han tenido un primer embarazo y desean controlar su fertilidad.
- *Naturalización de la desresponsabilización masculina en la prevención.* El hombre no asume en forma individual y por propia convicción, la responsabilidad de prevenir un embarazo no previsto, así como tampoco, las consecuencias de una relación sexual desprotegida.

### c. Deseo de embarazo

El deseo se confunde con el deber ser. El deseo de embarazo debiera analizarse en relación a las posibilidades de optar y de tomar decisiones. En las historias de vida capturadas, las niñas y mujeres no distinguen claramente entre un embarazo que corresponde a un evento involuntario y por lo tanto, circunstancial, y uno que adquiere sentido en una proyección de vida que lo incluye. Declarar que no se desea el embarazo expone a las mujeres a la crítica y sanción social, por ello, es frecuente que la expresión del deseo o no deseo sea distinto según se trate de una situación

59 En Chile, de acuerdo al Departamento de Estadísticas e Informaciones en Salud del MINSAL, en 2010 se realizaron 17.305 esterilizaciones, de las cuales 17.196 correspondieron a mujeres y 109 a hombres.

inicial o una de término del embarazo. Puede que algunas mujeres reconozcan que no deseaban el embarazo en el primer tiempo de gestación pero en el proceso terminan aceptándolo. Es, al menos cuestionable, que el deseo de embarazo sea reflejo de la posibilidad de elección de las mujeres, ya que si la maternidad es la especificidad de la condición femenina y «*a pesar del deseo de las mujeres de poder regular su fecundidad, su identidad y valoración sociales radican en la posibilidad de ser madres. Más allá de una verdadera elección individual, las mujeres buscan ser madres por cuestiones psíquicas y cuestiones sociales*» (9)

La ambivalencia del concepto «deseo de embarazo» se refleja también en los/as prestadores de salud cuando califican la situación en las fichas clínicas. En la primera fase de este estudio, se observó que en varias fichas se corregía manualmente la denominación, cambiando “deseado” por «aceptado» o «planificado», lo que da cuenta de las distintas miradas de los/as profesionales de la salud. Irma Palma recoge esta dificultad y propone el concepto de Embarazo No Previsto, como una manera de superar la subjetividad e inestabilidad del término embarazo no deseado y la exigencia de objetividad del término embarazo planificado (7). En los relatos recogemos los siguientes elementos sobre este tema:

**Proceso de aceptación del primer embarazo.** En medio del primer impacto emocional, algunas se permitieron no desearlo y otras, las menos, incluso verbalizarlo. Expresaron más su no deseo las niñas que tenían sueños y planes para sus vidas, que creían en un futuro de logros y satisfacciones, acorde con su imaginario infantil y no con el de una mujer que pudiera desear tener hijos/as y formar una familia. Algunas desarrollaron como reacción una actitud retrotraída, desesperanzada o de enojo con el medio externo.

*«Yo no quería tenerlo, no, decía yo, si no quiero estar embarazada, yo quiero sacar mis estudios primero, ya mucho más a delante pensar en eso y yo decía que no, no, no quería...»* (Joselyn, 24 años de edad).

*«... yo no lo quería aceptar, no es que no lo quisiera aceptar, como que pa mi se me caía el mundo, no quería asumirlo, de aceptarlo lo iba a aceptar, pero no quería asumirlo, porque a mí se me cayó mi mundo, porque mi mundo era ese de tener amigos, estudiar, salir adelante, irme del país, tener mi casa, graduarme, ir a la universidad, todo... yo tenía planeado un mundo para mí, yo pensaba solamente en mí y en nadie más, pa mí mi mundo era yo, yo y yo, salir yo adelante y quedando embarazada dejé de pensar en mí»* (Natalia, 19 años de edad).

*«yo me quería matar, no quería tener guaguüita...yo no quería tener al niño...me molestaba todo»* (Joana, 15 años de edad).

**Consideración de la interrupción del embarazo.** El aborto fue considerado una opción en el primer embarazo por cuatro de las ocho entrevistadas, pero ninguna tuvo buena acogida ni orientación. Joselyn se encontraba en una relación de pareja y al comunicarle lo que sentía no obtuvo su apoyo, si no por el contrario, le planteó que ambos iban a luchar juntos, sin dejarle opción. Joana, intenta interrumpir el embarazo sin una idea clara de cómo hacerlo, prueba con distintos métodos, una receta casera consistente en un brebaje de hierbas más alcohol, píldoras anticonceptivas e incluso inyecciones de progesterona. Finalmente desiste después de conocer la experiencia de una mujer que murió por este motivo. En este caso, los padres de Joana la apoyan en su deseo de terminar con el embarazo y luego en la decisión de aceptarlo: *«tenían miedo al final [padre y madre], al final la decisión la tomaron que no, tomaron la decisión de tener el niño...tuve que*

*tomarla si no me quedaba otra opción».* América, por su parte, no quería continuar el embarazo concebido en una violación, percibía como injusta su situación, pero su intención no prosperó y fue inhibida por el discurso culpabilizador de la vecina.

*«Piensa, por algo Dios te está mandando una guagua, pero yo le decía una cosa es que me mande una guagua y otra cosa es que me la mande por abuso, yo siempre tuve eso en mente y mi tía de al frente me dijo no, no hagai eso porque dios te va a castigar y te va a hacer pagar todo lo que estay haciendo»* (América, 24 años de edad).

La experiencia de Pamela fue distinta, en contra de su voluntad se sometió a procedimientos abortivos, pues fue a su madre a quién le costó más aceptar el embarazo. Esta misma postura de oposición al aborto la mantuvo cuando fue su hija la que repitió la experiencia de ser madre adolescente, a pesar de que pensaba que se iba 'a fregar la vida'.

*«Yo por ejemplo me acuerdo que yo sufrí harto, mucho durante el embarazo, porque de partida mi mamá no quería que yo lo tenga, ella no quería, ella me dijo que no, que yo no podía ser mamá, que era muy niña y todo el tema y resulta que me llevó a un montón de partes, contra mi voluntad, porque yo no podía tomar una decisión y decir no mamá yo no quiero hacer nada, yo no quiero hacerme un aborto»* (Pamela 32 años de edad).

**Creencias acerca del aborto.** En los demás relatos el aborto no aparece como posibilidad en el primer embarazo. Adhieren a la creencia generalizada sobre la ocurrencia de un asesinato, es decir, que se provoca la muerte de una persona: *«para mi es como si viniera alguien y te dispara en la cabeza, porque es lo mismo que yo viniera y matara una vida, se me pasó por la mente, pero sabia que no lo iba a hacer... yo siempre he tenido esa opinión del aborto, porque pucha para que voy a matar una vida si no soy dueña de esa vida»* (Natalia, 19 años de edad). Este pensamiento se impone en forma mecánica, dogmática, proviene de la posición doctrinaria de la iglesia católica sobre la sexualidad y la reproducción, donde la primera tiene un fin reproductivo y cualquier evasión de esta norma es castigada. Así entonces, el placer sexual es vivido con culpa, especialmente por las mujeres, a quienes está enmendada la misión procreativa. No debe extrañar entonces la vigencia –que vemos en los discursos de las mujeres que protagonizan los relatos de vida– del dicho «si te gustó tienes que aguantarte» o «si te gustó hay que apechugar», aludiendo a que el placer se vive con castigo.

*«porque yo siempre he dicho si a ti te gusta hacerlo tení que aguantar el tenerlo, el criarlo y el cuidarlo porque ellos no te dicen oye tráeme al mundo, cachai, tu lo traí al mundo porque tu quisiste porque así te gustó»* (Valeria, 26 años de edad).

*«Porque quitarle la vida a un ser humano que no tiene la culpa y después tener un cargo de consciencia para toda la vida, no, mi responsabilidad la asumo y lo tengo, aunque me haya costado»* (Silvia, 32 años de edad).

Posiciones más reflexivas aluden a la inexistencia de razones para evitar que nazca un/a hijo/a, porque aún cuando las condiciones económicas son difíciles, siempre es posible acoger y mantener a alguien más en la familia. Rosa responde de esta forma a los comentarios que le han hecho por los muchos/as hijos/as que tiene: *«a mí me han dicho personas que tengo muchos hijos, que yo debería... a mí por el Jans me dijeron que yo lo abortara que no lo tuviera, yo le dije a mi marido, seguramente yo le voy a pedir de comer a ellos que te están diciendo eso (...) que tenía muchos hijos me decían, no importa, me decía si hay pa cuatro también hay pa cinco...».*

*El/la hijo/a como algo propio.* El rechazo al aborto encuentra otra fundamentación en el significado que adquiere la maternidad a través de un sentimiento de propiedad, la niña quiere ser madre para tener por fin algo propio, una vida que dependerá de ella y también un proyecto de vida. El deseo de embarazo adquiere esta forma en algunos relatos. Los juegos de niñas con muñecas eran el reflejo de la ilusión del ser madre.

*«no porque cuando quede embarazo era una cosa nueva para mí, voy a tener un hijo me va a cambiar la vida, como irá a ser, estaba muy ilusionada, yo jugaba con mis muñecas y después a veces me compraba ropa de bebé chiquitito, como irá a ser»* (Rosa, 32 años de edad).

*«yo me acuerdo que para la navidad me regalaron un pelón, y entonces cuando yo lo recibí ¡uh!, yo dije que fuera como algo de verdad, pero que fuera mío, dije yo así»* (Valeria, 26 años de edad).

*Mecanismos institucionales de disuasión.* En el proceso de transformación de los sentimientos de rechazo hacia los de aceptación, son relevantes los mecanismos institucionales dispuestos para persuadir a la niña o adolescente y encausarla hacia la maternidad. Para América, Joana, este proceso duró hasta 5 o 6 meses, momento clave en que les realizan una ecografía como parte del control prenatal: *«cuando me lo mostraron, le vi hasta la carita, a color y con todo, me empezó a cambiar»*, lo que contribuye decisivamente a aceptar a situación. Por otro lado, circulan recursos negativos en la escuela, que consiguen provocar el mismo efecto pero a través del miedo: *«la ecografía de mi hijo, el video, como que me cambiaron esa, como que cambié...»* (Joana, 15 años de edad)

*Evolución de la historia reproductiva y contextos de los nuevos embarazos.* La historia que sigue al primer embarazo refleja la evolución de aspectos relacionados con el control de la fertilidad, como el deseo de embarazo, la capacidad de tomar decisiones sobre la vida reproductiva, la responsabilidad que asume la mujer y el hombre en cada uno de esos embarazos. La maternidad precoz es el punto de partida, en algunos casos, de una larga historia de embarazos y maternidades, sin que se logre tomar el control en este ámbito. En su relato, la vida pasa mientras nacen y crecen los hijos/as, dejando entrever frustraciones personales y el deseo de retomar sueños postergados. En el caso de Silvia, la imposibilidad de controlar su fertilidad le costó la separación de su marido, quién la culpó de reducir sus vidas al cuidado de los/as hijos/as y su crianza. El riesgo de romper su matrimonio instaló en ella, por primera vez, la idea del aborto.

*«y mi cuarto hijo nació, o sea yo no sabía que estaba embarazada, a mí me seguía llegando la regla y yo vine a saber que yo estaba embarazada cuando yo tenía 4 meses, pero para mí fue algo terrible, para mí se me destruyó todo lo que yo tenía, cuando yo supe que estaba embarazada yo no quería nada, nada, nada»* (Silvia, 32 años de edad).

Las historias reproductivas de 4 de los casos estudiados muestran como un/a segundo/a hijo/a representa la posibilidad de reconstruir la vida que de alguna forma se vio truncada con el primer embarazo. Pamela, interrumpió su vida sexual por muchos años y cuando la retoma, continua una relación de pareja con el progenitor de su primera hija y tienen otros/as hijos/as. Joselyn tiene a su segundo hijo con la intención de rescatar su relación de pareja, con quién ya tuvo el primero, pero no resulta. Valeria, tiene a su segundo hijo 10 años después, cuando conoce a su actual marido, obtiene su casa propia, lo que ella define como formar una familia. Natalia y América



–ambas vivieron situaciones de violencia sexual– se embarazaron nuevamente de otros hombres y quedaron nuevamente solas.

Joana es la única entrevistada que no vuelve a embarazarse hasta ahora y que asume con rigurosidad el uso de método anticonceptivo. Han pasado sólo dos años después de su primer embarazo, sin embarazo, expresa la firme voluntad de no repetir historias de otras mujeres cercanas, de embarazos, abortos y violaciones. Ella previene aunque no tenga una vida sexual activa porque tiene la experiencia de que aunque ella no quiera, existe la posibilidad de quedar embarazada a la fuerza.

En los casos en que las maternidades posteriores se viven sin pareja, las recriminaciones y falta de apoyo de parte de la familia aumentan. El primer embarazo se concibe como un error, mala suerte, una situación que le ocurre a una niña inexperta, por lo tanto, inocente. Sin embargo, con el segundo embarazo y los que vienen, ya se considera que la niña es mujer, que es conciente de lo que está haciendo a lo que se expone y, por otro lado, caen las expectativas que otros/as tienen en las posibilidades de superación de la joven. América, es expulsada de su hogar; Silvia es continuamente reprochada por su madre; Natalia, vive su segundo embarazo prácticamente sola.

*«mi papá no pensó nunca que yo iba a quedar de nuevo embarazada de que iba a empezar de nuevo con guagua, él nunca lo pensó, él siempre pensó que yo iba a sacar mi profesión, él pensó que yo iba a estudiar vestuario, que iba a ser modista, él pensaba que yo iba a sacar una profesión algo pero la profesión quedó aquí en los temas de la casa» (América, 24 años de edad).*

**Desligamiento del hombre del proceso reproductivo.** La situación de los hombres es la otra cara de la maternidad de una adolescente temprana. En 5 de las ocho historias, el progenitor del/a primer/a hijo/a desaparece de la vida de la niña, en las otras 3, se mantiene la relación. La participación en la historia reproductiva de la mujer es, en general, despreocupada y desligada de las decisiones en este ámbito. El caso de Silvia es ilustrativo en este sentido, ya que, el rompimiento de su relación se origina por el cuarto embarazo. Si bien, él manifiesta su deseo de no tener más hijos/as y adopta medidas concretas, usando condón, no se hace cargo de la falla del método y la responsabiliza sólo a ella. Rosa, que tiene 5 hijos/as no ha tenido problemas con su marido porque responde a su concepto de familia y ha sido ella la que ha fortalecido su voluntad para tomar medidas concretas que le permitan limitar el número de hijos/as. La diferencia de edad entre la niña y el progenitor del/a primer/a hijo/a –que va entre 7 y 15 años en los casos recopilados– no parece influir en la respuesta que tienen frente a un embarazo no previsto.

El control de la fertilidad no es tarea fácil para las mujeres, tal como lo ilustran las historias de vida presentadas en esta investigación. A pesar que, para la mayoría de ellas, el primer embarazo mejora el acceso a la información sobre regulación de la fertilidad y las integra al sistema de salud a través de controles periódicos en el programa de salud de la mujer, ello no se traduce en una historia reproductiva construida de acuerdo a la voluntad de las mujeres y de sus parejas. El acceso a información y a recursos de salud debería ir acompañado de estrategias de promoción de los derechos sexuales y reproductivos, la postergación de la maternidad y la co-responsabilidad. Los factores asociados al deseo de embarazo que inciden en el embarazo precoz, son los siguientes:

- **El deseo de embarazo carece de significado para las niñas** pues no existe una intención consciente o un razonamiento de causalidad entre la relación sexual y el embarazo.

- *Negación de la posibilidad de interrumpir el embarazo*, tanto por sus propias creencias al respecto como por las sanciones sociales e institucionales a las que se exponen.

#### d. Relación de las mujeres con las instituciones de salud

*El test de embarazo, primera acción de salud reproductiva.* La relación que las madres adolescentes establecen con la institución de salud comienza, generalmente, cuando son llevadas por sus madres a consultas de urgencia o a controles de salud infantil. La mayor morbilidad en la niñez está asociada a situaciones de pobreza. Sin embargo, posteriormente se convierte en un hito cuando acuden al consultorio o al hospital (donde hay atención primaria) para confirmar su embarazo, generalmente acompañadas y empujadas por las madres.

*«mi mamá me llevó la hospital, había una matrona que era como amiga de ella y le dijo aquí traigo a mi niña pa saber si esta embarazá, ya, que vaya a hacer pichi en una bottellita y me hace un test de embarazo y la cagá salió positivo altiro, no se demoró ni dos minutos, y le dice “estamos”, le dice la matrona a mi mamá, ¿estamos qué?, le dice mi mamá, estamos embarazadas»* (Valeria, 26 años de edad).

Relación con la institución de salud, entre la familiaridad y el rechazo. De ahí en adelante son diversas las formas que adquiere el acceso a salud. Casi todas refieren haber comenzado una práctica de controles de salud con el objetivo de controlar su fertilidad, luego del primer embarazo. Algunas, generan una relación familiar con el personal de salud, que las conocen desde niñas porque, como Rosa, se atiende en el mismo establecimiento durante toda su historia reproductiva. Quizás sea esta familiaridad, la que lleva al médico a intervenir en las decisiones reproductivas de Rosa, motivándola, en uno de los controles del método anticonceptivo a que «ahora tuviera una niñita», pero que sin duda por su investidura médica, el efecto de su comentario ejerce fuerte influencia sobre la mujer: *«un día fui a un ginecólogo y el me dijo “¿qué es tu guagua?”, yo le dije que el niño era hombre, me dijo que me hacía mal el tratamiento, me dijo por qué no te sacaí el tratamiento y quedaí embarazo, me dijo, y después te cuidaí en otras cosas, ponte que te salga una niñita me dijo. Pero fue como una talla que me echó el ginecólogo, yo le decía a mi marido, tenía razón, deberíamos hacerle empeño de tener una niñita»* (Rosa, 30 años de edad). Otras, desarrollan una actitud de aversión hacia la institución de salud, lo que entorpece la práctica de controles periódicos.

*«Yo tengo el dispositivo, ni me lo he ido a revisar, no me gusta ir al hospital, me carga, ni un examen me he hecho, yo creo que me lo puse cuando el chico tenía 6 meses me lo revisé como a los 6 y de ahí no fui nunca más, no me he revisado nunca más el dispositivo»* (Joselyn, 24 años de edad).

El primer embarazo es recordado con mucho detalle por las entrevistadas, como una experiencia importante, llena de emociones fuertes, tanto positivas como negativas. Lo positivo está dado por el significado del parto. Lo negativo se vincula a la experiencia hospitalaria, cargada de pautas de conductas, normativas, actitudes y emociones que la interpelan permanentemente a tener un «buen comportamiento», con las otras que están en su misma condición, con el personal de salud y con el/la recién nacido/a<sup>60</sup>. No deben «exagerar», es decir, manifestar sus dolores, más bien, se refuerza positivamente a quienes son «valientes», dan el ejemplo y no gritan. Se transmite generacionalmente el temor sobre el tratamiento hospitalario del parto.

60 «...Pero el punto merece mayor atención; la despersonalización y expropiación que el sistema ejerce sobre los cuerpos y las identidades es tal, que incluso puede deconstruir el valor madre» (10).

*«me dijeron ya va a nacer su hijo, porque me dijeron que con de dilatación puedes tener a la guagua, yo llegué con 8, y me tuvieron como media hora con el monitor de contracciones y de ahí me pasaron a una sala de post-parto, que sea de pre-parto y ahí estuve cuando me pusieron la anestesia, la raquídea, y yo, en ese sentido, yo las contracciones empezaron tremendas, y yo calladita, porque me habían dicho que cuando tu reclamaí mucho en el hospital te trataban mal las enfermeras, miedosa yo, entonces callá... y después justo y como que mi hijo empezó a salir solo» (Natalia, 19 años de edad).*

El objetivo es reducir al máximo la estadía en el recinto hospitalario, lo que consiguen llevando al límite el trabajo de pre parto, soportando el dolor hasta cuando ya no pueden resistir más, poniéndose incluso en riesgo ellas mismas. Por ejemplo, Joana huye del hospital una vez que ya está ingresada porque considera que aún no está «lista»; después cuando está en trabajo de parto, las funcionarias la destacan como ejemplo para otras mujeres porque no se quejaba a pesar de las contracciones. Los relatos son dramáticos, no sólo por lo que ellas viven sino por la naturalización del trato.

*«(tenía) contracciones cada 5 minutos y ya no me voy aguantar porque igual a esta hora igual aquí en la noche cuesta que pasan autos en la noche aquí, yo dije no me voy aguantar, mi mama pendiente como estoy y nunca le dije que estaba con contracciones» (América, 24 años de edad).*

*«No, nada y aparte que igual cuando me fui a mejorar del Nicolás al lado había una niña mayor que mí y ella gritaba harto y le decían mira ella tiene 14 años y ella está calladita y a mí me habían dicho como era y yo me aguantaba no mas los dolores, me pescaba de arriba no más...» (Joselyn, 24 años de edad).*

*«me hizo tacto y me dijo [el médico] 'ya po' cabra estoy lista', y empecé a sangrar antes que tuviera al niño, mandaron hacer un registro para ver cómo iba y estaba lista, yo pesque el registro, el carné y me vine, no pesqué mucho el registro, me iban a dejar hospitalizá y me vine, me encontré con mi hermana ...y nos fuimos caminando pal 21 de mayo, voy saliendo del hospital y me empezaron las contracciones fuertes, y ahí me vine agarrando todo el camino en las rejas de la esta...' negra te llevamos al hospital, no, no quiero...fuimos al muelle conseguimos pescao, nos fuimos a la liquidadora...me fui a pagar una letra...me fui caminando hasta corona, me fui caminando con todos los dolores, llegué hasta la casa...y eran como las 1.30 hrs, 'mamita ya no aguanto más'... iba con contracciones, me hice tira todos mis labios, iba con todos mis labios sangrando...» (Joana, 15 años de edad).*

Las representaciones sociales sobre la institución de salud van a influir en la actitud que las niñas y mujeres tengan hacia la atención y, por supuesto, van a incentivar o, por el contrario, desalentar la demanda en salud sexual y reproductiva. Especial relevancia tiene lo anterior cuando se trata de niñas, para quienes la atención debe ser necesariamente especializada. Los factores asociados a la relación que las niñas y mujeres establecen con el sistema público de salud y que podrían estar incidiendo en el embarazo precoz, son los siguientes:

- **Rechazo a la institución pública de salud**, debido a experiencias propias o de otras mujeres de maltrato en la atención ligada al parto. Existe un comportamiento aprendido de las niñas y mujeres en el contexto hospitalario para reducir o evitar recriminaciones y maltratos, que adquieren formas específicas en el caso de las niñas.

- *Rol normativo y de control social de la institución de salud en la salud reproductiva de las mujeres*, en desmedro de la consejería y el apoyo.

## Referencias bibliográficas

- (1) Marcela Lagarde (2006), «Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas», Universidad Autónoma de México, México.
- (2) N.U., 1994. Disponible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>
- (3) González A Electra, Montero V Adela. Factores psicosociales y culturales que influyen en el evento de la menarquia en adolescentes posmenárquicas. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2008 [citado 2011 Ago 09]; 73(4): 236-243. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262008000400004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000400004&lng=es). doi: 10.4067/S0717-75262008000400004
- (4) Shokery Awadalla; Felipe Canizo; Humberto Beltrán. La obesidad exógena; una causa de la pubertad temprana en las niñas. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/pediatria/actualiza-pediat12202obesidad.htm>
- (5) Molina C Ramiro, Molina G Temístocles, González A Electra. Madres niñas adolescentes de 14 años y menos: Un grave problema de salud pública no resuelto en Chile. Rev. Méd. Chile [revista en la Internet]. 2007 Ene [citado 2009 Ago 03]; 135(1): 79-86. Disponible en: <http://www.scielo.cl>
- (6) Bullough y Bullough, 1994:288-9; Kagan 1998:521-3; Patton y Viner 2007. En: La salud sexual y reproductiva en los adolescentes más jóvenes.
- (7) Palma I. Trayectorias sexuales, preventivas y sociales en el embarazo no previsto de los segmentos juveniles en Chile. Última Decada N° 33, CIDPA Valparaíso, Diciembre 2010
- (8) Ministerio de Salud de Chile. Normas Nacionales De Regulación de la Fertilidad. Disponible en: [http://www.bcn.cl/carpeta\\_temas/temas\\_portada.2006-10-03.7146246056/mas-documentos-sobre-embarazo-adolescente/NormasFertilidad%20MINSAL.pdf](http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2006-10-03.7146246056/mas-documentos-sobre-embarazo-adolescente/NormasFertilidad%20MINSAL.pdf)
- (9) Lamas M. Política y reproducción. México D.F. 2001.
- (10) Sadler, Acuña y Obach, \_acer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Catalonia, 2004, Santiago de Chile, pp. 15-66.

Tabla 11: Factores Psicosociales y culturales identificados por categoría

Categorías Analizadas		Factores que inciden en el embarazo de niñas menores de 15 años
Condición Socioeconómica	Factores asociados con la situación de Pobreza	<p>Limitadas capacidades socioeducativas en los padres y/o adultos a cargo</p> <p>Cotidianidad familiar centrada en la sobrevivencia</p> <p>Hacinamiento</p> <p>Deserción del sistema educativo</p> <p>Condiciones materiales precarias: mala calidad de la vivienda, falta de servicios básicos, insuficiente inmobiliario y equipamiento, etc.</p> <p>Problemas de acceso a instituciones educativas o de salud, lo que dificulta el control médico y la entrega de información preventiva.</p>
	Factores asociados a la condición de Marginalidad Social	<p>Aislamiento social que limita la posibilidad de contar con redes sociales de apoyo que suplan limitaciones de su entorno familiar.</p> <p>Trabajo infantil o participación activa de la niña en el trabajo de la madre, limitando sus expectativas y espacios de desarrollo.</p> <p>Necesidades afectivas insatisfechas de las niñas</p>
Redes Sociales	Factores asociados con la dinámica familiar	<p>Modelo de crianza restrictivos – autoritarios o permisivos</p> <p>Exposición a dinámicas familiares violentas o abusivas</p> <p>Dinámica familiares que no satisfacen las necesidades de sus integrantes</p> <p>Procesos de parentalización en el núcleo familiar</p> <p>Existencia de patrones culturales que promueven el embarazo de las niñas</p>

Categorías Analizadas		Factores que inciden en el embarazo de niñas menores de 15 años
Redes Sociales	Factores asociados con las redes comunitarias	Escasos vínculos sociales estables con agentes externos al grupo familiar
	Factores asociados con la vinculación a redes institucionales	Asociación de las niñas a grupos de pares con conductas de riesgo Desvinculación y valoración negativa del espacio comunitario Carencia de estrategias de vinculación de las instituciones de salud con las familias y las adolescentes Falta de preparación y especialización del personal de salud Creencias asociadas al maltrato de las instituciones de salud públicas Carencia de educación sexual y reproductiva Desvalorización del proceso educativo
	Factores asociados a la experiencia corporal	Aceptación conflictiva de la nueva imagen corporal
	Factores asociados a las carencias materiales y afectivas	Vivencias de experiencias de vulneración graves «Madurez precoz»
Construcción Identitaria	Factores asociados a la construcción de lo femenino	Maternidad infantil, brindar cuidados a niños/as menores.
	Vivencia de la Primera relación coital a temprana edad asociada a una escasa conciencia preventiva	Prácticas sexuales desinformadas e inseguras
Sexualidad	Motivaciones y valoraciones ligadas a la primera experiencia coital sexual penetrativa	Limitaciones a la práctica sexual femenina en la infancia Persistencia de un concepto de amor que implica total entrega y anulación de los límites y espacios individuales

Categorías Analizadas		Factores que inciden en el embarazo de niñas menores de 15 años
Sexualidad	Percepciones en torno a la sexualidad	Carácter tabú de la sexualidad
	La figura de la madre y del padre como modelos de identidad de género	Representación de modelos tradicionales de lo femenino a través de la figura de la madre o de quién asume ese rol Representación de modelos tradicionales de lo masculino a través de la figura del padre o de quién asume ese rol Relaciones de pareja opresivas e inequitativas entre padre y madre o figuras adultas significativas
Construcción de Género	El cautiverio de la maternidad	Imposición de la maternidad como único proyecto personal posible para la mujer versus paternidad como opción para el hombre Idealización de la maternidad, como una experiencia abnegada, sacrificada y totalizadora
	Roles y estereotipos de género	Adherencia a estereotipos de género tradicionales que califican a las mujeres como “buenas” y “malas” Concepción de mundo donde es una desventaja nacer mujer Tendencia a naturalizar y justificar la violencia contra las mujeres
	Violencia contra las mujeres	Historias de años de violencia experimentadas por la madre Sensación de desprotección e impunidad social e institucional
		Mayor vulnerabilidad de las niñas menores de 15 años a ser agredidas sexualmente

Categorías Analizadas	Factores que inciden en el embarazo de niñas menores de 15 años
Experiencias y significados del primer sangramiento	Acercamiento entre la menarquia y el inicio de la sexualidad coital Significado cultural de la menarquia como rito de paso de niña a mujer, centrado en el valor de las capacidades reproductivas
Historia Reproductiva	Limitado o inexistente acceso a información sobre anticoncepción para las niñas El embarazo, a la edad de las niñas entre 10 y 14 años, opera como creencia La anticoncepción no se concibe como medio para el desarrollo de la sexualidad Naturalización de la desresponsabilización masculina en la prevención
Deseo de embarazo	El deseo de embarazo carece de significado para las niñas Negación de la posibilidad de interrumpir el embarazo
Relación de las mujeres con las instituciones de salud	Rechazo a la institución pública de salud Rol normativo y de control social de la institución de salud en la salud reproductiva de las mujeres



### 3. Continuidades y Discontinuidades de los Factores Psicosociales y Culturales Presentes en los Relatos de Vida de Niñas Menores de 15 Años Embarazadas entre los Años 1990 al 2009

En el marco del presente apartado, se realizará un análisis comparativo entre los distintos períodos de tiempo de los casos, intentando identificar continuidades y discontinuidades relativas a los factores psicosociales y culturales que a nivel socioeconómico, historia reproductiva, sexualidad, redes sociales, construcciones de género y construcción identitaria, incidieron en el embarazo de las niñas antes de cumplir los quince años de edad entre el año 1990 y el 2009.

Para realizar este análisis comparativo los casos fueron agrupados atendiendo al quinquenio en el cual las niñas quedaron embarazadas. De este modo, los casos se distribuyeron de la siguiente manera:

Tabla 12: Casos Analizados Según el Quinquenio de Embarazo

Caso	Año de Nacimiento	Quinquenio del Embarazo*	Edad Actual (2011)
Pamela	1978	1990 - 1995	32 años
Silvia	1979	1990 - 1995	32 años
Rosa	1981	1990 - 1995	30 años
Valeria	1985	1995 – 2000	26 años
América	1987	2000 - 2005	24 años
Joselyn	1987	2000 - 2005	24 años
Natalia	1992	2005 - 2010	19 años
Joana	1996	2005 - 2010	15 años

\* El año que cierra el quinquenio se utiliza sólo como límite superior, por lo cual se excluye como rango temporal para incluir casos. De este modo, los casos del año 1995 se incorporan en el segundo quinquenio y no en el primero. Así sucesivamente.

Como se ha señalado, estos factores psicosociales y culturales que incidieron en el embarazo de las niñas durante su adolescencia temprana, los hemos entendido a nivel de análisis, como factores de riesgo presentes en los casos que se cristalizan en sus trayectorias vitales en diversas circunstancias o situaciones de carácter psicosocial y cultural que condicionarían o aumentarían las probabilidades del embarazo de las niñas antes de cumplir los 15 años de edad.

En este contexto, a continuación se presentan algunas continuidades y discontinuidades asociadas a estos factores de riesgo psicosocial y cultural identificadas en cada una de las categorías de análisis utilizadas en el estudio.

### 3.1. Condiciones Socioeconómicas

Como se señaló, las condiciones socioeconómicas se entendieron como los escenarios materiales y las capacidades instaladas en las familias para generar recursos y satisfacer las necesidades básicas de sus integrantes. Al respecto fue posible identificar dos cualidades centrales que se presentaban con cierta recurrencia en los casos analizados. Estas cualidades y características se asocian a las situaciones de pobreza y marginalidad social en la cual se desenvolvían gran parte de las familias de las niñas antes de su embarazo.

Respecto a las situaciones de pobreza y su vinculación con el embarazo de las niñas antes de cumplir 15 años de edad, los factores de riesgo psicosociales y culturales que fue posible identificar fueron los siguientes:

- Limitadas capacidades socioeducativas en los padres y/o adultos a cargo.
- Cotidianidad familiar centrada en la sobrevivencia.
- Hacinamiento.
- Deserción del sistema educativo.
- Condiciones materiales precarias: mala calidad de la vivienda, falta de servicios básicos, insuficiente inmobiliario y equipamiento, etc.

A partir de un análisis comparativo entre los relatos de vida considerando el quinquenio en el cual ocurrieron los embarazos precoces, se pueden identificar las siguientes diferencias o similitudes.

- En relación a las incapacidades socioeducativas de los padres y/o adultos a cargo, esta fue una situación común tanto en los casos de las niñas que se embarazaron en el quinquenio 1990 - 1995 (salvo el caso de Janet) como las que se embarazaron en el quinquenio 2005 - 2010.
- El segundo factor identificado, la cotidianidad familiar centrada en la sobrevivencia, es transversal a los casos de todos los quinquenios. Si bien las razones o las causas que generan esta escasez de tiempo son variadas: por motivos laborales, por problemas de salud mental entre los integrantes, por negligencia y abandono, etc., esta fue una situación transversal a todos los casos.
- Respecto al factor asociado a las condiciones de habitabilidad que generan hacinamiento, cabe señalar que este es una situación que se presenta con mucha más fuerza en los casos de las niñas que se embarazaron en los quinquenios del 1990 - 1995, 1995 - 2000, 2000 - 2005 que las que se embarazaron en el quinquenio 2005 - 2010.
- Otro factor identificado asociado a la situación de pobreza que vivencian la mayoría de los casos, es el riesgo permanente de desertar del sistema educativo. Esta es una situación que se presenta de forma relativamente transversal en los casos de todos los quinquenios.
- Por último, el factor relacionado con la precariedad de condiciones de vida materiales, se presenta con mayor fuerza en las niñas que se embarazaron en los quinquenios 1990 - 1995, 1995 - 2000 y 2000 - 2005 que las que fueron madres por primera vez en el quinquenio 2005-2010.

Respecto a las situaciones de marginalidad social y su vinculación con el embarazo de las niñas antes de cumplir 15 años de edad, los factores de riesgo psicosociales y culturales que fue posible identificar fueron los siguientes:

- Problemas de acceso a instituciones educativas o de salud, lo que dificulta el control médico y la entrega de información preventiva.
- Aislamiento social que limita la posibilidad de contar con redes sociales de apoyo que suplan limitaciones de su entorno familiar.
- Trabajo infantil o participación activa de la niña en el trabajo de la madre, limitando sus expectativas y espacios de desarrollo.

Analizando comparativamente los casos de acuerdo al quinquenio en el cual se ubican los embarazos precoces, se pueden identificar las siguientes diferencias o similitudes.

- En relación al primer factor –los problemas de acceso a instituciones educativas y de salud–, entre los casos del quinquenio 1990 - 1995 se observa un caso asociado a una marginalidad social vinculada a la residencia en una zona rural, el caso asociado al quinquenio 1995 - 2000 no presenta este factor, entre los casos del quinquenio 2000 - 2005 se presenta una situación asociada a una marginalidad urbana y en los casos del quinquenio 2005 - 2010 esta fue una situación que se presentó asociada a la residencia en zonas rurales y también en sectores periféricos de las urbes.
- Respecto a la situación de aislamiento social, su presencia suele correlacionar con existencia del factor anterior.
- Respecto al factor de la participación activa de la niña en el trabajo de la madre, se observa que se trata de una situación transversal para aquellas mujeres cuyas madres eran sostenedoras económicas del hogar, no contaban con el apoyo de sus parejas y vivían en situación de pobreza extrema.

### 3.2. Redes Sociales

Como se señaló, la categoría de redes sociales se conceptualizó como el proceso asociado al manejo de las interacciones y relaciones sociales que establecen las niñas y sus familias a nivel de dinámica familiar, redes sociocomunitarias y vinculación con la red institucional.

A nivel de dinámica familiar, tanto a nivel de estructuración como de dinámica propiamente tal, fue posible identificar los siguientes factores de riesgo psicosocial y cultural:

- Necesidades afectivas insatisfechas de las niñas
- Modelo de crianza restrictivos-autoritarios o permisivos
- Exposición a dinámicas familiares violentas o abusivas
- Dinámica familiares que no satisfacen las necesidades de sus integrantes
- Procesos de parentalización en el núcleo familiar
- Existencia de patrones culturales que promueven el embarazo de las niñas

Analizando comparativamente los casos de acuerdo al quinquenio en el cual se ubican los embarazos precoces, se pueden identificar las siguientes diferencias o similitudes:

- En relación a la existencia de necesidades afectivas insatisfechas de las niñas, esta fue una situación que se presentó claramente a nivel transversal en los casos de todos los quinquenios. Respecto a los modelos de crianza restrictivos-autoritarios o permisivos, no es posible identificar diferencias a nivel de los casos por quinquenio, sin embargo parece existir una tendencia relativa a la predominancia de modelos restrictivos-autoritarios en el quinquenio 1990 - 1995 (no se identifican casos con modelos permisivos en este quinquenio), en cambio, en los quinquenios más actuales, es posible identificar claramente modelos de crianza más permisivos.
- Los factores asociados a la exposición a situaciones de violencia y abuso y la presencia de dinámicas familiares que no satisfacen las necesidades de sus integrantes, al igual que las necesidades afectivas insatisfechas, se presentan a nivel transversal en los casos de todos los quinquenios. La ocurrencia de procesos de parentalización en el núcleo familiar, se da en todos los casos del quinquenio 1990 - 1995 y en el caso del quinquenio 1995 - 2000, entre los casos del quinquenio 2000 - 2005 esta fue una situación que no se observó y entre los casos del quinquenio 2005 - 2010 se presentó de forma transversal.
- En relación a la existencia de patrones culturales que promueven el embarazo de las niñas, fundamentalmente en lo que se refiere a creencias y valores familiares, esta fue una situación que fue posible identificar en algunos casos de zonas rurales, fundamentalmente en un caso del quinquenio 1990 - 1995.

En relación a las redes comunitarias, tanto a nivel de las familias como de las niñas, fue posible identificar los siguientes factores de riesgo psicosocial y cultural:

- Escasos vínculos sociales estables con agentes externos al grupo familiar
- Asociación de las niñas a grupos de pares con conductas de riesgo
- Desvinculación y valoración negativa del espacio comunitario

A partir de un análisis comparativo entre los relatos de vida considerando el quinquenio en el cual ocurrieron los embarazos precoces, se pueden identificar las siguientes diferencias o similitudes:

- El factor asociado a los escasos vínculos familiares establecidos con agentes externos al grupo familiar, fue una situación que se presentaba con matices en gran parte de los casos vinculados a todos los quinquenios sin embargo, esta situación se acentuó en los dos casos del quinquenio 2000 - 2005 y en un caso del quinquenio 2005 - 2010. Respecto a la asociación de las niñas a grupos de pares con conductas de riesgo, tiende a presentarse con mayor fuerza en los casos más actuales (un caso del quinquenio 2005 - 2010).
- La desvinculación y valoración negativa del espacio comunitario se da en fundamentalmente en un caso del quinquenio 2000 - 2005 y uno del 2005 - 2010.

Respecto a la vinculación con redes institucionales, a nivel del acceso y valoración hacia los servicios de salud, fue posible identificar los siguientes factores de riesgo psicosocial y cultural:

- Carencia de estrategias de vinculación de las instituciones de salud con las familias y las adolescentes
- Falta de preparación y especialización del personal de salud
- Creencias asociadas al maltrato de las instituciones de salud públicas

Las continuidades y discontinuidades observadas de acuerdo al quinquenio del primer embarazo son las siguientes:

- La carencia de estrategias de vinculación de las instituciones de salud con las familias y las adolescentes (deficiencias y escasez de atenciones en conserjería y educación sexual) y la falta de especialización del personal médico como factor, se presentó de forma transversal en los casos asociados a todos los quinquenios (salvo en el caso de Marianela del quinquenio 1990 - 1995, que se vinculó a un consultorio especializado en salud adolescente). Las creencias asociadas al maltrato de las instituciones de salud, se presentaron de forma transversal en los casos de todos los quinquenios, sin embargo se acentuó en dos casos del quinquenio 1990 - 1995 y uno del 2005 - 2010.

En relación a la vinculación con las instituciones educativas, fue posible identificar los siguientes factores de riesgo psicosocial y cultural:

- Carencia de educación sexual y reproductiva.
- Desvalorización del proceso educativo.

Las continuidades y discontinuidades observadas de acuerdo al quinquenio del primer embarazo son las siguientes:

- El primer factor se presenta de forma transversal a los casos de todos los quinquenios, sin embargo, la desvalorización del proceso educativo se presenta de forma atenuada en casos de distintos quinquenios, pero se acentúa y expone claramente en un caso del quinquenio 1990 - 1995 y otro del 2005 - 2010.

### 3.3. Construcción Identitaria

Vinculada con la categoría construcción identitaria, ésta fue definida a partir de tres ejes analíticos: por un lado la experiencia corporal, vivenciada como un tránsito entre el cuerpo infantil y cuerpo mujer que ocurre en la adolescencia temprana, por otro, se consideró las carencias materiales y afectivas, dado que la identidad depende en gran medida de los contextos en los cuales se despliega la vida cotidiana y finalmente como tercer eje, se incorporó la construcción de lo femenino, porque el ser mujeres marca desde la infancia la incorporación de valores y significados que establecen lo que se espera de ellas. Considerando lo anterior, se establecieron como factores de riesgo los siguientes:

- *Aceptación conflictiva de la nueva imagen corporal:* la que no solo se asocia con una no aceptación de la nueva imagen corporal, la que incluso puede presentar sintomatología específica vinculada a alteraciones de la imagen corporal, la que a su vez incide en un aumento de la vulnerabilidad de esta etapa del ciclo vital, sino que también, se incluye en este factor, la aceptación de los modelos culturales imperantes en torno a lo femenino en tanto cuerpo mujer- objeto de deseo, lo que sumado a la madurez precoz, puede incidir en la ocurrencia de conductas de riesgo.
- *Vivencias de experiencias de vulneración graves:* Se consideran que las vivencias de violencia sexual en tanto hecho traumático afecta la construcción identitaria acentuando la inestabilidad psicoafectiva de las adolescentes.

- «**Madurez precoz**»: durante la infancia, dada las carencias afectivas y materiales, muchas de estas niñas tuvieron que asumir responsabilidades que implicaban cumplir con funciones adultas y por tanto, dejan de sentirse niñas precozmente.
- **Maternidad infantil**: Una de las responsabilidades que deben asumir las niñas, sin mayores cuestionamientos, se relaciona con labores de cuidados de niños más pequeños.

Si se analizan estos factores en tanto continuidades y discontinuidades, considerando los quinquenios en los que se produjo el embarazo precoz, es posible señalar:

- El primer factor denominado aceptación conflictiva con la nueva imagen corporal, si bien se presenta de manera transversal durante la adolescencia temprana, en los casos analizados existe —principalmente en los relatos que corresponden al último quinquenio— una mayor preocupación por el aspecto corporal y las transformaciones vividas.
- El segundo factor relacionado con la vivencia de experiencias de vulneración graves, en las que se consideró especialmente los casos de violencia sexual, no se postula que exista alguna asociación relevante ligada a los quinquenios en los cuales se produce el embarazo precoz. Por tanto, este factor está vinculado a elementos culturales relativos a la condición de género, que implican que las mujeres, especialmente adolescentes, tengan un mayor riesgo de vivenciar este tipo de eventos traumáticos.
- El tercer factor identificado «Madurez precoz», se vincula con las carencias materiales que se presentaron durante la niñez, en la mayoría de las mujeres entrevistadas, a lo que se suman las ausencias o dificultades en la vinculación afectiva con las figuras significativas. Este factor es vivenciado de manera transversal, con la excepción de uno de los casos, en que las condiciones materiales generales, permitían tener acceso a diversas experiencias infantiles y por tanto, vivenciar este periodo del ciclo vital de acuerdo a los patrones tradicionales asociados a la infancia.
- Finalmente, Maternidad infantil, es una función que debieron cumplir la mayoría de las mujeres antes de quedar embarazadas. No obstante, se presentan diferencias en la medida en que existen disponibilidad de otros integrantes de la familia que puedan suplir los cuidados que tanto padre o madre no pueden brindar, o inclusive, la posibilidad de pagar a un tercero para que cumpla estas funciones.

### 3.4. Sexualidad

La categoría sexualidad, definida como prácticas condicionadas por variables como el género, condición socioeconómica y valores sociales predominantes, que hacen de la sexualidad un ámbito de la experiencia humana modificable y por tanto dependiente de contextos socioculturales más que biológicos. Consideró como factores que inciden en el embarazo en niñas menores de 15 años:

- **Carácter tabú de la sexualidad**: La sexualidad aparece como una temática no hablada en los distintos espacios en los que se desarrollaron las mujeres durante su infancia y por tanto, se instala como un tema que se estigmatiza como algo prohibido e inadecuado.

- *Limitaciones a la práctica sexual femenina en la infancia:* No existen referencias en torno a prácticas de exploración corporal o prácticas de masturbación, lo que pudiera asociarse a inhibiciones en el proceso de desarrollo sexual y por tanto, a dificultades en la apropiación de las experiencias sexuales.
- *Persistencia de un concepto de amor que implica total entrega y anulación de los límites y espacios individuales:* El amor «romántico» caracteriza, especialmente, el contexto en que se dan las primeras exploraciones sexuales en pareja, pero en general, es la motivación principal de las niñas y mujeres para tener relaciones sexuales. La connotación que el amor tiene en contexto social y cultural, no facilita el desarrollo de comportamientos preventivos y de autocuidado.
- *Prácticas sexuales desinformadas e inseguras:* Primeras experiencias sexuales sin utilización de métodos preventivos, por desconocimiento o inadecuada utilización de los mismos. Lo que se vincula con la inexistencia de instancias, ya se familiares o institucionales, en las que se aborde adecuadamente esta temática, por lo que las mujeres evidencian una carencia de formación en este ámbito.

A partir de un análisis comparativo entre los relatos de vida considerando el quinquenio en el cual ocurrieron los embarazos precoces, se pueden identificar las siguientes diferencias o similitudes.

- El carácter tabú que asume la sexualidad en las diversas experiencias señaladas por las mujeres entrevistadas, aparece como un factor de carácter cultural que no presenta grandes modificaciones si se consideran los distintos quinquenios, así tampoco, la condición socioeconómica o el área (rural o urbana) en la que vivían al momento de quedar embarazadas incide en este factor, por tanto parece una falencia de carácter transversal.
- Asociado también con aspectos del ámbito cultural y por lo tanto, que tienen una presencia transversal en los relatos, las limitaciones a la práctica sexual femenina en la infancia, están fuertemente restringidas por valores y creencias asociadas a la condición de género, las que restringen las prácticas sexuales autoexploratorias.
- Finalmente, las prácticas sexuales desinformadas e inseguras, se presentan de manera transversal en los relatos durante el primer tiempo de las trayectorias sexuales.

### 3.5. Construcción de Género

El concepto construcciones de género se refiere a las diferencias construidas social y culturalmente con base en el sexo biológico, que en nuestra sociedad occidental se expresan en una relación de dominación del género masculino sobre el femenino. La interpretación de las diferencias biológicas da lugar a una organización social, instituciones y a una división del trabajo que contempla roles, pautas de comportamiento, valores, normas específicos para hombres y mujeres. El género es una categoría excluyente, así, lo femenino se asigna al ámbito privado y reproductivo y se caracteriza por cualidades asociadas a su naturaleza procreativa tales como la pasividad, dependencia, afectividad, entre otras, mientras que lo masculino se asigna al ámbito público y productivo, y se caracteriza por cualidades tales como la actividad, dominancia, fuerza,

entre otras; que determinarán el acceso a recursos, la capacidad de tomar decisiones, el desarrollo de la personalidad y de la identidad de hombres y mujeres.

Los factores que surgieron de esta categoría como elementos que inciden en el embarazo en la adolescencia temprana se relacionan con la relevancia que tiene en la construcción de género la figura de la madre o quién cumpla ese rol y asimismo la del padre; los roles y estereotipos de género que encarnan estas mujeres y que en sus experiencias de vida han reproducido o cambiado; la fuerza de la maternidad como impronta cultural y la experiencia de violencia de género. De estos ejes de análisis se identificaron los siguientes factores:

- *Representación de modelos tradicionales de lo femenino a través de la figura de la madre o de quién asume ese rol:* La relación de la niña con la madre es vital para el traspaso del rol y de las capacidades parentales. Por ello, la ausencia real o simbólica, de la madre (que caracteriza a los casos analizados), así como los modelos de comportamiento que representa, tienen un fuerte impacto en la construcción de identidad de género de las niñas. La madre que cumple una función controladora y normativa, de acuerdo a las pautas de género, en desmedro de una función orientadora y acogedora, no va apoyar procesos que habiliten a la niña para la vivencia de una sexualidad plena, sino para la reproducción, o que la habiliten para la autonomía, sino para la dependencia.
- *Representación de modelos tradicionales de lo masculino a través de la figura del padre o de quién asume ese rol:* El abandono del padre, la actitud ajena hacia todo lo que tenga que ver con la formación y crianza de la niña, la participación reducida al rol de proveedor, el autoritarismo, la desvalorización del aporte de las mujeres, entre otros, son modelos tradicionales del género masculino que influyen en la construcción de género de las niñas, es especial, en la forma en como ellas se relacionan con el hombre y lo que esperan de ellos.
- *Relaciones de pareja opresivas e inequitativas entre padre y madre o figuras adultas significativas:* Las relaciones de pareja enmarcadas en roles de género tradicionales generan dinámicas perversas de amor-odio, violencia-sometimiento, engaño-silenciamiento, libertad-opresión, influyen en la forma en como ellas se relacionan con el hombre, en las pautas de comportamiento que validarán para ellas mismas y en la posibilidad de establecer relaciones amorosas sanas.
- *Imposición de la maternidad como único proyecto personal posible para la mujer versus paternidad como opción para el hombre:* Culturalmente, la maternidad es el lugar de realización y definición social de las mujeres. Esta impronta se convierte en una obligación o en el único proyecto personal posible para las niñas en contextos sociales donde no hay otras oportunidades de desarrollo, es decir, de pobreza y marginación social. Como contraparte, el hombre tiene siempre la posibilidad de evadir su responsabilidad paternal, tanto que, no es condición para la realización de la maternidad.
- *Idealización de la maternidad, como una experiencia abnegada, sacrificada y totalizadora:* La maternidad tiene un significado y una valoración social que otorga a las mujeres la posibilidad de dar un sentido a sus vidas y de sentirse legitimadas socialmente. Junto con la afirmación de la madre se invalida a la mujer, porque la maternidad implica renuncia, sacrificio y abnegación, lo que no da espacio para proyectos individuales distintos de realización personal.



- *Adherencia a estereotipos de género tradicionales que califican a las mujeres como «buenas» y «malas» (las madre-esposa y la puta) de acuerdo a su comportamiento sexual y social:* Por un lado, el estereotipo de la dueña de casa es una mujer dependiente, desvinculada socialmente y asexuada, por otro, la mujer que se comporta en forma distinta es castigada. Estos estereotipos no ayudan a que las niñas inicien su vida sexual en forma segura y satisfactoria sino que, por el contrario, promueve conductas enajenadas de sus propios deseos, sentimientos e intereses.
- *Concepción de mundo donde es una desventaja nacer mujer:* La creencia acerca de que nacer mujer es naturalmente una desventaja obstaculiza procesos de cambio.
- *Tendencia a naturalizar y justificar la violencia contra las mujeres:* Se justifica cuando la mujer no responde a lo considerado como «buen comportamiento» o al rol que debe cumplir; cuando se trata de un problema asociado a la salud mental o de adicción al alcohol. La generalización de esta experiencia entre las mujeres, si no va acompañada de una reflexión acerca de la relación de poder que la define, puede entenderse como una realidad inherente al ser mujer, que las hace «naturalmente» vulnerables. Relacionado con lo anterior, la naturalización genera excusas y justificaciones, en vez de procesos de cuestionamiento y transformación.
- *Historias de años de violencia experimentadas por la madre:* La prolongación de una relación violenta sin que la mujer logre salir de ella, debido a mecanismos inmovilizadores como la autoculpabilización y victimización (que caracterizan a la violencia de género), genera un aprendizaje en la niña que la hace propensa a repetir este tipo de situaciones en sus relaciones de pareja futuras y que hace difícil el desarrollo de capacidades de autocuidado y de toma de decisiones.
- *Sensación de desprotección e impunidad social e institucional:* La percepción acerca de que la violencia contra las mujeres es tolerada socialmente, la ineficacia de las instituciones y la impunidad que rodea generalmente a estos hechos de violencia, inciden en que las niñas encuentren dificultades para desarrollarse fuera de los cánones convencionales de género.
- *Mayor vulnerabilidad de las niñas menores de 15 años a ser agredidas sexualmente:* La indefensión de las niñas por su condición de infantilidad o adolescencia sumada a la que deviene de su condición de género las expone a un mayor riesgo de ser vulneradas sexualmente.

A partir de un análisis comparativo entre los relatos de vida considerando el quinquenio en el cual ocurrieron los embarazos precoces, se pueden identificar las siguientes diferencias o similitudes.

- La figura de la madre, si bien, representa modelos tradicionales del género en todos los casos, en las mujeres cuyo embarazo corresponde al quinquenio 1990-1995, que hoy tienen entre 30 y 32 años, se aprecia una figura más tradicional, apegada al rol de dueña de casa, que tolera situaciones de engaño o violencia y/o moralista y muy normativa en su relación con la hija. En cuanto a la figura del padre, de manera transversal, responden a comportamiento tradicionalmente masculinos: definición en torno al rol de proveedor, demostración de poder dominante sobre la mujer, poca o nula participación en la crianza de los/as hijos.

- Se identifican diferencias en los roles y estereotipos de género que las mismas niñas-mujeres adoptan en sus vidas. Existe mayor valoración de la independencia y autosuficiencia de la mujer, principalmente en el ámbito económico, así como de una actitud positiva hacia la sexualidad, la posibilidad de romper con relaciones insatisfactorias y la prevención, de parte de las mujeres cuyo embarazo corresponde a los quinquenios 2005-2010 y 2000-2005. Con mayor fuerza en las más jóvenes se aprecia una actitud de mayor poder sobre sus propios cuerpos, deseos e intereses, sin embargo, la experiencia directa o indirecta de violencia sexual que han vivido, no permiten que esta actitud se traduzca en la vivencia de una sexualidad plena y en el control de la fertilidad.
- La maternidad como proyecto de vida de las mujeres y su idealización, es un factor que está presente transversalmente en el imaginario de las niñas, incidiendo en la falta de recursos psicosociales e institucionales para prevenir un embarazo precoz.
- La percepción acerca de la desventaja social de las mujeres sustentada en la naturaleza, es transversal en los casos estudiados.
- La violencia de género es también una experiencia transversal en el tiempo y entre mujeres que han vivido en contextos diferentes y, asimismo, es compartida por todas una actitud de cuestionamiento, rechazo a la violencia de género, y una mayor conciencia de derechos. Sin embargo, en las mujeres más antiguas la actitud queda a nivel discursivo, pero en las más jóvenes –entre 15 y 26 años de edad– se identifican acciones y decisiones coherentes con ello.
- Las experiencias de violencia, en sus distintas manifestaciones, propias o indirectas, a través de la madre o hermana, son transversales. No obstante, las mujeres cuyo embarazo corresponde al quinquenio 1990-1995 han vivido menos violencia que las de quinquenios más recientes.

### 3.6. Historia reproductiva

La categoría historia reproductiva se refiere al proceso biológico ligado al desarrollo de las capacidades reproductivas, donde se identifican hitos que en la vida de las mujeres tienen especial impacto, no sólo biológico sino psicosocial, debido a que la reproducción tiene una dimensión sociocultural. Por otro lado, la reproducción, como un proceso de salud reproductiva, se define como «un estado general de bienestar, físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia».<sup>61</sup> Finalmente, el bienestar en este ámbito, implica que se garantice social e institucionalmente, una serie de derechos sexuales y reproductivos para todas las personas, con pertinencia cultural, generacional, histórica, etc.

Los factores que surgieron de esta categoría como elementos que inciden en el embarazo en la adolescencia temprana se relacionan con la menarquía, como uno de los hitos más significativos

61 N.U., 1994. Disponible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>

del desarrollo reproductivo de las niñas; conductas y significados de la anticoncepción y prevención; deseo de embarazo y, construcciones de género asociadas al sistema público de salud. De estos ejes de análisis se identificaron los siguientes factores:

- *Acercamiento entre la menarquia y el inicio de la sexualidad coital.* El significado de la menarquia como un momento de maduración biológica y sexual, junto al tránsito al ser mujer, predisponen a la consumación del acto sexual penetrativo.
- *Significado cultural de la menarquia como rito de paso de niña a mujer, centrado en el valor de las capacidades reproductivas.* Se niega la sexualidad de las niñas como un proceso y se reduce a la manifestación biológica y mecánica de la menstruación. Así entonces, las niñas comienzan a ser valoradas como mujeres por su capacidad procreativa. La sexualidad con un sentido reproductivo junto al ensalzamiento de la maternidad como definición del ser mujer, actúan como dispositivos culturales que promueven el embarazo adolescente precoz.
- *Limitado o inexistente acceso a información sobre anticoncepción para las niñas.* Lo anterior se manifiesta en que las primeras nociones sobre anticoncepción las adquieren luego del primer parto; en que durante su vida reproductiva predominan mitos y creencias acerca del funcionamiento de los métodos anticonceptivos; en un rechazo al uso del preservativo sustentado en creencias erróneas.
- *El embarazo, a la edad de las niñas entre 10 y 14 años, opera como creencia,* por lo que no representa un riesgo real para las niñas, debido a que en el proceso de socialización se enmarca en lo que define a lo femenino y en el carácter tabú de la sexualidad.
- *La anticoncepción no se concibe como medio para el desarrollo de la sexualidad,* lo que incide en que sólo aparezca como necesidad una vez que han tenido un primer embarazo y desean controlar su fertilidad.
- *Naturalización de la desresponsabilización masculina en la prevención.* El hombre no asume en forma individual y por propia convicción, la responsabilidad de prevenir un embarazo no previsto, así como tampoco, las consecuencias de una relación sexual desprotegida.
- *El deseo de embarazo carece de significado para las niñas* pues no existe una intención consciente o un razonamiento de causalidad entre la relación sexual y el embarazo.
- *Negación de la posibilidad de interrumpir el embarazo,* tanto por sus propias creencias al respecto como por las sanciones sociales e institucionales a las que se exponen.
- *Rechazo a la institución pública de salud,* debido a experiencias propias o de otras mujeres de maltrato en la atención ligada al parto. Existe un comportamiento aprendido de las niñas y mujeres en el contexto hospitalario para reducir o evitar recriminaciones y maltratos, que adquieren formas específicas en el caso de las niñas.
- *Rol normativo y de control social de la institución de salud en la salud reproductiva de las mujeres,* en desmedro de la consejería y el apoyo.

A partir de un análisis comparativo entre los relatos de vida considerando el quinquenio en el cual ocurrieron los embarazos precoces, se pueden identificar las siguientes diferencias o similitudes.

- La menarquia, es en forma transversal un hito significativo en la historia reproductiva de las niñas y mujeres, que, sin embargo, no la viven adecuadamente. Siempre es recibida con temor, vergüenza y/o desconocimiento. Se observa mayor nivel de información en las mujeres más jóvenes pero no es suficiente para hacer de ésta una experiencia natural y positiva con cuerpo y la sexualidad.
- Respecto a la anticoncepción se observan mayores dificultades para controlar la fertilidad a través del uso de métodos anticonceptivos en las mujeres que fueron madres por primera vez en el quinquenio 1990-1995. En las más jóvenes, que se ubican en el quinquenio 2005-2010 demuestran tener más cercanía y mejor disposición hacia el uso de métodos anticonceptivos, considerando que aún son adolescentes, en comparación con quienes vivieron esa etapa en períodos anteriores. En cuanto a la esterilización, es claramente una opción de las mujeres que tienen más años en combinación con un mayor número de hijos/as. Las mujeres más jóvenes no la consideran una opción. Los tipos de métodos usados con los mismos para todas, dependen en general, de la oferta del sistema público de salud.
- El número de hijos/as es mayor proporcionalmente con la edad de la mujer. Tienen entre 3 y 5 hijos/as las mujeres que se ubican en los quinquenios 1990 - 1995 y 2000 - 2005. En cuanto al contexto de los embarazos, para las mujeres cuyo primer embarazo se ubica en los quinquenios anteriores al año 2005, el segundo, respondió al deseo de reconstruir un proyecto de vida y de pareja que había quedado inconcluso con el/la primer/a hijo/a.
- El deseo de embarazo, definido como una disposición consciente y que supone intencionalidad, está ausente en todas las mujeres que entregaron su relato de vida.
- Así también, la participación del hombre en la prevención y en las decisiones reproductivas, en general, es escasa o nula y no se observan diferencias que respondan al período histórico.
- En cuanto a la relación de las niñas y mujeres con el sistema público de salud, es transversal en el tiempo, la creencias acerca del comportamiento que las mujeres deben tener en la atención del embarazo y parto para evitar recriminaciones y maltratos.

#### 4. PERFILES PSICOSOCIALES Y CULTURALES DE NIÑAS EMBARAZADAS MENORES DE 15 AÑOS

Considerando los diversos factores psicosociales y culturales identificados, además de algunas características sociodemográficas descritas en la fase cuantitativa del estudio, se han construido algunos perfiles, que como forma de presentar la información obtenida, pretenden facilitar el abordaje en el ámbito de salud con niñas que se encuentren en la adolescencia temprana, de manera de actuar preventivamente en lo que respecta a la vivencia de una sexualidad segura.

Tomando como referencia la conceptualización de perfiles socioculturales elaborada por Berho (1, 2), se entiende que éstos se configuran a partir de experiencias concretas y capitales simbólico-culturales específicos ligados a condiciones objetivas de existencia (sistema económico particular, políticas educativas, etc.) que al mismo tiempo se relacionan con atributos sociales constituyentes del sujeto (sexo, edad, origen étnico, ocupación, escolaridad, etc.).

Cabe destacar que estos perfiles elaborados a partir de los factores psicosociales y culturales que se identificaron como incidentes en el embarazo de las niñas menores de 15 años, hay que visualizarlos a nivel de lo que Weber (1990) denominó tipos ideales. Para Weber (3), a estos tipos ideales *«se los obtiene mediante el realce unilateral de uno o varios puntos de vista y la reunión de una multitud de fenómenos singulares, difusos y concretos, que se presentan en mayor medida en unas partes que en otras o que aparecen de manera esporádica, fenómenos que encajan en aquellos puntos de vista, escogidos unilateralmente, en un cuadro conceptual en si unitario. Este, en su pureza conceptual, es inhallable empíricamente en la realidad: es una utopía que plantea a la labor historiográfica la tarea de comprobar, en cada caso singular, en qué medida la realidad se acerca o se aleja de ese cuadro ideal»* (op. cit.)

En este contexto, es posible señalar respecto a la construcción de los perfiles psicosociales y culturales que:

- Se han elaborado a partir de un realce o acentuación de ciertos factores psicosociales y/o culturales identificados en los casos analizados. En este marco, el ejercicio de elaboración de los perfiles ha tratado de abstraer y destacar rasgos particulares y conectarlos entre sí a partir del criterio de los/as investigadores/as, a la luz de los resultados del estudio. De este modo, desde los casos singulares examinados en base a las distintas categorías de análisis utilizadas (condiciones socioeconómicas, construcción identitaria, sexualidad, etc.) y la consiguiente construcción de conexiones, se ha elaborado un cuadro referencial ideal del fenómeno del embarazo de niñas menores de 15 años de edad.
- En cuanto cuadro referencial del fenómeno (embarazo de niñas menores de 15 años de edad), este busca abordar, comprender y resaltar a través de un modelo operativo la especificidad y diversidad de los casos analizados.<sup>62</sup>
- De este modo, cada uno de los perfiles elaborados, responde a una construcción lógica realizada por el equipo de investigación que se aleja de la realidad empírica, pero que a la vez permite entender cómo se presentó el fenómeno en el marco del estudio, teniendo a estos «perfiles» como puntos de referencia para la comparación. De este modo, los perfiles psicosociales y culturales buscan aportar en la configuración de una guía de observación para la realidad del embarazo de niñas menores de 15 años de edad.

Desde este marco, al examinar los distintos factores reconocidos en el estudio, es posible identificar algunos de carácter transversal, es decir, que se encuentran a la base de todos los casos y que por lo tanto, se posicionan como telón de fondo de todos los perfiles construidos.

62 De este modo, valga la salvedad, el cuadro referencial se construye a partir del análisis de las características y factores identificados en los casos analizados. Esta situación circunscribe los perfiles a las características de la muestra utilizada y abre la posibilidad de la existencia de otros, en caso de constituirse una muestra con otras características (niñas de otro nivel socioeconómico, por ejemplo).

En este sentido, como se presentó en el apartado de continuidades y discontinuidades, algunos de los factores culturales identificados, no presentan transformaciones de relevancia en el periodo de tiempo que abarca este estudio, por lo que son por excelencia factores de tipo transversal, es decir, se sitúan en este modelo como características que trascienden la individualidad («el caso») y los contextos familiares e institucionales particulares.<sup>63</sup>

Es así como, estos factores culturales se vinculan con perspectivas ideológicas, sistemas de creencias y valoraciones arraigadas en las sociedades, como por ejemplo el Carácter tabú de la sexualidad, factor que está estrechamente relacionado con una mirada ideológica de tipo conservadora que obstaculiza la apertura de esta temática en los distintos ámbitos de la realidad social. Así también, las Limitaciones al desarrollo de la sexualidad de las niñas, se asocia a una construcción de género que abalada por visiones tradicionalistas, asignan valores y comportamientos a las mujeres y hombres, que tienden a establecer diferencias, que a la vez se traducen en desigualdades e inequidades durante las distintas fases del ciclo vital.

Así también cabe destacar, que un importante factor psicosocial transversal, ligado a los comportamientos de las niñas y adolescentes, se vincula con la vivencia de prácticas sexuales desinformadas e inseguras. Todos los casos que se analizaron en este estudio, presentaron este factor, por lo que también se considera como factor base de cada uno de los perfiles caracterizados.

Patrones de género hegemónicos que se relacionan con una cultura que promueve las inequidades entre hombres y mujeres, también se asocian con factores de carácter transversal. Así la existencia de la transmisión intergeneracional de modelos tradicionales asociados a lo femenino que tienden a imponer la maternidad como principal articulador de los proyectos vitales de las mujeres, estaría a la base de todos los perfiles que se caracterizarán a continuación.

Una vez realizada estas precisiones, es importante señalar que los perfiles elaborados tienen un carácter descriptivo y operativo y se fundan en el agrupamiento y realce de aquellos factores psicosociales y culturales que permiten identificar diferencias entre los casos. De este modo, no presentan ni el dinamismo ni la complejidad real de todo fenómeno social, pero si, como el concepto lo indica, los perfiles permiten visualizar el contorno o silueta de la trayectoria vital y los contextos existenciales en los cuales se desarrollaron las niñas antes de quedar embarazadas a los 15 años de edad a partir de un factor especialmente manifiesto, recurrente y/o significativo en sus vidas.

De este modo, la construcción de los perfiles se ha realizado agrupando y realzando algunos factores a través de la caracterización de ciertas trayectorias vitales «tipo» asociadas a ciertos contextos existenciales en los cuales se desarrollaron las niñas. Por contextos existenciales, se entienden los espacios físicos, culturales e históricos concretos en los cuales se desarrollaron y desarrollaron las niñas y el conjunto de circunstancias y contingencias significativas que experimentaron antes de quedar embarazadas.

63 Aunque en el marco del estudio, fue posible reconocer claramente como estos niveles (familiar e institucional) inciden en las modalidades de manifestación, en los matices y en la profundidad con la que estos factores presentan sus efectos.

Los perfiles identificados fueron los siguientes:

### **Trayectorias vitales condicionadas por la ruralidad**

Este perfil se funda en aquellos casos de niñas que residen en zonas rurales, los cuales se caracterizan por poseer problemas de acceso a distintos servicios sociales, educacionales y de salud. Además, desde la ruralidad se tiende a desarrollar códigos culturales, que se asocian con una intensificación de los patrones de género hegemónicos, por lo que la maternidad precoz no se presenta necesariamente como un hito conflictivo en las vidas de las niñas y adolescentes. Paralelo a esto, emerge una desvalorización de los espacios educativos formales y un aislamiento social de las niñas y sus familias que limita la posibilidad de contar con redes sociales de apoyo que suplan las limitaciones de su entorno más próximo. Del mismo modo, las condiciones materiales en las cuales se desarrollan son precarias, existiendo una mala calidad de las viviendas, falta de servicios básicos, insuficiente inmobiliario y equipamiento, etc.

### **Trayectorias vitales condicionadas por la vulneración de derechos de infancia**

Este perfil agrupa los casos de familias que presentan problemas en el ejercicio de su función parental, lo que normalmente se asocia a limitadas capacidades socioeducativas de las/os adultas/as a cargo y dinámicas familiares conflictivas, violentas o negligentes que impiden satisfacer las necesidades de las niñas. Estas situaciones generan que las niñas se vean expuestas y/o experimenten diversos tipos de vulneración de derechos, tengan necesidades afectivas insatisfechas (lo que se manifiesta concretamente en situaciones de desapego materno-paterno, padre-madre poco accesible y/o conflictivo/a, padre-madre ausente y/o adultos a cargo incompetentes a nivel parental, modelos de crianza restrictivos-autoritarios o permisivos etc.) y se vean expuestas a dinámicas familiares violentas o abusivas. Normalmente en sus familias existen historias de violencia experimentadas por sus madres, lo que las lleva en ocasiones, a naturalizar y/o justificar estas situaciones.

### **Trayectorias vitales condicionadas por experiencias de violencia sexual**

Este perfil refiere como característica central la violencia sexual, entendida como un riesgo que en esta sociedad se acentúa cuando se es mujer y cuyas consecuencias, se pueden asociar con embarazos no previstos. Así también, se considera que la violencia sexual vivida en la infancia, afecta de manera significativa la construcción identitaria, acentuando la inestabilidad psicoafectiva de las adolescentes, lo que también las expone a vivenciar situaciones de riesgo en la medida que estas experiencias no hallan sido abordadas.

### **Trayectorias vitales condicionadas por la pobreza**

Este perfil agrupa los casos en los cuales la cotidianidad del grupo familiar se encuentra marcada fuertemente por las exigencias que genera el reto diario de la sobrevivencia y la satisfacción de las necesidades básicas. Esta situación, genera que las niñas experimenten procesos de parentalización dentro de las familias, asumiendo funciones propias de los adultos, lo que a la vez provoca una autopercepción ligada a la autosuficiencia e independencia del mundo adulto a temprana edad. Entre las funciones que deben cumplir muchas niñas a temprana edad, una de las más comunes, se relaciona con labores de cuidados de niños más pequeños. Entre las niñas suele existir una idealización de la maternidad como una experiencia abnegada, sacrificada y totalizadora, y al mismo tiempo, se adhieren a estereotipos de género tradicionales, se suele naturalizar la irresponsabilidad masculina frente a la prevención y normalmente existe una desvinculación y valoración negativa del espacio comunitario.

### **Trayectorias vitales condicionadas por contextos familiares que naturalizan el embarazo adolescente**

Este perfil se funda en los casos en los cuales existen experiencias previas de embarazo adolescente en las familias a las cuales pertenecen las niñas y adolescentes lo que se relaciona con la existencia de patrones culturales que naturalizan el embarazo de las niñas. Así la maternidad adolescente en tanto patrón femenino de las familias, tiene una relación con el anclaje a la función materna de las mujeres, las que en algunos casos, deben cumplir en paralelo con las tareas de generación de recursos para la subsistencia del núcleo familiar. Al mismo tiempo, estos grupos familiares suelen establecer escasos vínculos sociales estables con agentes externos al grupo familiar, generando una preponderancia de relaciones sociales endogrupales.



## IV. CONCLUSIONES

Los/as adolescentes entre 10 a 14 años viven una etapa marcada por cambios físicos, psicológicos, sociales y culturales, cuya resolución va a ser determinante en sus vidas. Algunos/as se inician sexualmente, se embarazan, se exponen a violencia sexual o a relaciones coercitivas, sin embargo, debido a la minoría de edad que los define socialmente, suelen ser invisibilizados/as en los programas de salud, desatendiendo sus necesidades particulares. Es por ello que los/as adolescentes muy jóvenes (AMJ), así llamados los/as adolescentes entre 10 y 14 años en el Plan Andino para el Embarazo Adolescente (PLANEA), del cual Chile es parte, constituyen un grupo que vive en condiciones de vulnerabilidad.<sup>64</sup>

El embarazo que ocurre en la adolescencia precoz, es decir, en los primeros años de entrada a la adolescencia, es planteado en este estudio en distintas dimensiones y niveles de análisis. En tal sentido, los factores psicosociales y culturales identificados, se pueden relacionar con aspectos individuales, familiares, institucionales y sociales. La comprensión sistémica aquí planteada, implica que lo individual y lo social se anudan en el despliegue de las vidas y que, por tanto, las particularidades que se hacen patentes en cada uno de los relatos revisados, no se explican cómo características aisladas o que puedan ser comprendidas por sí solas, sino, más bien, forman parte de un entretejido social y cultural.

Siendo los/as adolescentes muy jóvenes un grupo social que, desde ya, por el ciclo vital que atraviesan, viven en condiciones de vulnerabilidad; factores estructurales como las concepciones culturales sobre sexualidad, niñez y adolescencia, género; condiciones sociales como la pobreza, la marginación social, la ruralidad y la pertenencia étnica, entre otras, construyen experiencias particulares donde se agudizan las desventajas sociales, económicas, culturales, que finalmente se traducen en una mayor vulnerabilidad. Desde este punto de vista, el embarazo precoz es un problema de equidad social, ya que no todas las personas se ven igualmente afectadas, sino las mujeres, las más pobres y marginadas social y culturalmente. Como problema de salud pública, el embarazo adolescente, principalmente en las más jóvenes, responde a determinantes sociales de la salud que deben ser abordados en las estrategias y acciones que se emprendan para disminuir su prevalencia.

Respecto al grupo poblacional específico al cual pertenecen los/as adolescentes entre 10 y 14 años de edad, se aprecia una ambigüedad conceptual considerando las diversas definiciones de los organismos internacionales y nacionales. Los sujetos de esta investigación, pueden comprenderse en la infancia o en la adolescencia e incluso, dentro de ésta, de acuerdo a los cambios físicos y evolutivos, una niña de 14 años puede ubicarse en la adolescencia temprana o media. Esta ambigüedad contribuye a anularlas como sujetos de política pública, lo que se hace aún más patente en lo que se refiere al abordaje de la salud sexual y reproductiva.

64 Family Care Internacional. Buenas prácticas para la prevención del embarazo en adolescentes. 2011. New York. Disponible en: [http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/BP%20FINAL\\_web.pdf](http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/BP%20FINAL_web.pdf)

En este estudio se habla de adolescencia precoz buscando particularizar este momento del ciclo vital, lo que implica además evidenciar las características específicas que se asocian con el embarazo en este tramo etareo. Por tanto, los siguientes aspectos se establecen como distintivos del embarazo en niñas menores de 15 años:

- Carencia de figuras significativas que apoyen el proceso de desarrollo biopsicosocial que vivencian las niñas, sobre todo, en los primeros años de la adolescencia. Los cambios corporales y sus arrastres cognitivos, afectivos, morales que implican la entrada en este estadio del ciclo vital, hacen fundamental el acompañamiento de, al menos, una persona adulta que permita contener, comprender y acoger las vivencias de esta nueva etapa. La inexistencia de este tipo de figuras, genera sentimientos de soledad, vacío, inquietud, que pueden traducirse en conductas de riesgos. Esta carencia muchas veces está dada por las condiciones de pobreza que exigen que la cotidianidad de las familias se focalice en actividades de sobrevivencia, lo que generalmente impacta en las posibilidades de brindar los cuidados necesarios a las niñas.
- La distancia física y/o afectiva que se expresa en los relatos, entre las figuras parentales y las niñas, está presente desde la infancia, por lo que la carencia de una figura significativa entrada la adolescencia, es una consecuencia del abandono parcial o total sufrido con anterioridad. Esto supone la necesidad de que otros contextos, como la institución escolar, jueguen una función relevante en tanto instancia compensatoria, en la medida en que asuman la promoción del desarrollo psicosocial integral de niñas, niños y adolescentes.
- En general, en la adolescencia precoz estas niñas tampoco cuentan con grupos de pares que compensen de alguna manera las carencias vivenciadas en otros espacios, dado que como se aprecia en las historias la mayoría de las niñas viven procesos que hemos denominado como «madurez precoz», los que se traducen en una concepción de sus pares como otras distintas, más niñas, con inquietudes y necesidades que se alejan a las que ellas vivencian. Esto ocurre en la medida en que las vivencias sexuales no están instaladas como temática reconocida en los primeros años de este estadio de desarrollo, por lo que las experiencias sexuales en la adolescencia temprana no son habladas ni compartidas, ni siquiera con el grupo de pares. Por otro lado, el proceso de construcción identitaria de género las empuja a relacionarse en forma competitiva con otras mujeres, lo que dificulta el desarrollo de relaciones cómplices entre las niñas.
- Negligencia de los contextos institucionales y del Estado, dado que no se responde a los requerimientos y necesidades de las y los adolescentes, lo que se traduce en la inexistencia de una educación en torno a la sexualidad y a los derechos sexuales y reproductivos, de atención de salud especializada y, de políticas públicas destinadas a este grupo de la población. Vinculado con lo anterior, prima el desconocimiento de las y los adolescentes precoces como sujetos sexuados en estas instancias y en el mundo adulto en general, lo que genera una distancia significativa entre las necesidades psicosociales de las Adolescentes Muy Jóvenes y lo brindado por los distintos contextos de desarrollo. Se instala una tensión permanente entre la realidad de sus experiencias sexuales y la negación de la sexualidad como experiencia estructurante de la identidad, lo que actúa como obstáculo para el desarrollo de una conciencia preventiva. Esta tensión se manifiesta en las instituciones dado que coexiste un discurso a favor de los derechos de los/as niños/as con una negación de sus derechos sexuales y reproductivos.

- El análisis de las fichas clínicas permite corroborar la ausencia de las niñas y adolescentes como sujetos de políticas con necesidades particulares en salud. Los registros hospitalarios y de la atención primaria demuestran falta de rigurosidad y sistematicidad respecto a las variables biopsicosociales que contextualizan al embarazo precoz.
- Queda en evidencia que las niñas que llegan a ser madres entre los 10 y 14 años viven el embarazo y posteriormente la maternidad, como un corte abrupto en su proceso de desarrollo que condiciona la construcción de proyectos de vida, los que en muchos casos, quedan anclados en la maternidad. Así también, existe una fragilización mayor en los ámbitos biopsicosociales, dado que al momento de embarazarse era reciente su ingreso a un nuevo estadio de desarrollo, por lo que las herramientas y procesos sociales y psicoafectivos que se asocian con esta etapa, no necesariamente han sido experimentados.
- Si bien, existen progenitores de edades similares a las que poseen las niñas, en muchos casos la diferencia de edad es significativa. La diferencia de edad entre la niña y el progenitor aumenta en niñas que viven en zonas rurales, de acuerdo a lo observado en el análisis de las fichas clínicas. Así, existen relaciones que se dan entre adultos y niñas, lo que puede asociarse con relaciones abusivas y desiguales.
- El embarazo en la adolescencia temprana coincide con una etapa de construcción de identidad caracterizada por procesos vertiginosos de cambios. Por tanto, estas niñas vivencian dos procesos abruptos de transformaciones corporales y simbólicos en un corto periodo de tiempo, lo que implica que los procesos de adaptación propios de la adolescencia se ven tensionados e incluso obstruidos por el embarazo y maternidad que asumen.
- El adelantamiento de la menarquia supone una anticipación de las primeras vivencias sexuales coitales, por tanto, como hito del desarrollo biológico y por su significado de rito de paso, el manejo educativo y psicosocial de esta etapa adquiere un enorme potencial estratégico. Actualmente, es una experiencia que las niñas viven frecuentemente en soledad y sin información ni educación sexual y reproductiva, y esto sumado a su no reconocimiento como sujetos sexuadas, se convierte en un factor que impide el desarrollo de una sexualidad desligada de lo reproductivo.
- Las experiencias y necesidades de exploración que emergen de manera más significativa en esta etapa vital, es enfrentada sin información, orientación u orientación en sexualidad. Los/as adultos/as significativos no cuentan con recursos cognitivos para entregar esa formación, pero además, prima una actitud de negación hacia la sexualidad de las niñas.
- Existen algunos casos donde las constantes y graves vulneraciones de derechos y las carencias afectivas vivenciadas por las niñas, se pueden vincular con la necesidad de construir un lazo afectivo permanente, emergiendo la posibilidad de tener un hijo/a como mecanismo idealizado que permitiría satisfacer estas carencias, no obstante, siempre esta idealización se encuentra latente, no está racionalizada, ni tampoco implica una intencionalidad. Por tanto, no se plantea –como probablemente se pueda identificar en los embarazos de adolescentes mayores– que exista una clara significación del embarazo como vía de escape, como posibilidad de salir o distender las problemáticas vividas.

- En el total de los casos, los embarazos son no previstos. En este sentido, se relativiza lo que algunos estudios plantean en torno a que existe la posibilidad de que la gestación adolescente haya sido planificada, cuestión que incluso si se diera así, es cuestionable dada la evidente carencia de información que existe para que adolescentes puedan decidir de manera consciente. En el análisis de las fichas clínicas fue posible constatar que este dato es ambiguo, ya que si bien, en más del 70% de los casos no se registra el deseo de embarazo, cuando se hace, transita entre las categorías de «deseado», «aceptado» o «planificado», reflejando que de parte de los/as profesionales de la salud se cuestiona la planificación del embarazo a esta edad. Por tanto, el embarazo en la adolescencia precoz, es un embarazo no previsto, que supone un proceso de gestación conflictivo en términos psicoafectivos para las niñas que lo vivencian.
- La maternidad, como lugar de definición de lo femenino y el proyecto de vida más viable y «lógico» para las niñas que viven en condición de mayor vulnerabilidad, opera como mecanismo cultural inhibitorio de proyectos de vida alternativos y naturaliza el deseo de embarazo. Este concepto, que supone una intencionalidad y consciencia, carece de significado para las adolescentes muy jóvenes, debido a que tienen menos posibilidad de expresar su voluntad en forma autónoma y a que, siendo niñas, la maternidad es parte de su imaginario infantil (muchas de ellas aún juegan con muñecas y simbolizan su maternidad en ellas).
- La violencia sexual es un riesgo permanente para las adolescentes muy jóvenes, particularmente, para aquellas que viven en condiciones de pobreza y de marginación social.
- Dificultades en el proceso de escolarización, lo que se relaciona principalmente con las dificultades que presentan en el proceso de embarazo como posterior a él, en torno a la mantención en el sistema escolar, aspecto que se acentúa en estas niñas, dado que su trayectoria escolar es afectada por el embarazo mucho antes que las adolescentes que se embarazan posterior a los 15 años. Muchas de estas niñas quedaron embarazadas cuando cursaban sexto año básico, lo que implica lidiar con una doble función por varios años. Es en este sentido, que se hace patente la posibilidad de deserción.

Finalmente, es importante señalar que esta investigación plantea nuevas temáticas a estudiar que tendrían como norte generar conocimientos en torno a este problema. Se hace necesario indagar en las consecuencias psicosociales que deben enfrentar estas madres precoces, lo que por un lado, se puede relacionar con las dificultades que vivencian para terminar sus procesos escolares, con los métodos de crianza que a tan temprana edad deben comenzar a implementar, los efectos en su proceso de desarrollo biopsicosocial que supone llevar a cabo distintas funciones, posibles consecuencias biopsicosociales que pueden presentarse en los hijos/as de estas madres precoces, los probables cambios en la relación de las adolescentes con sus madres en tanto éstas pueden ejercer funciones de cuidadoras de los niños y niñas, entre otros. Resulta interesante además, profundizar cocimientos en torno a la relación que existe entre violencia sexual y embarazo precoz, así como entre éste y el aborto. Por último, los hombres están bastante marginados de este tipo de investigaciones, por ello, es clave mejorar los conocimientos al respecto para incidir en cambios de comportamientos favorables a una vivencia sexual plena y responsable y en el cuestionamiento de relaciones desiguales.

## V. RECOMENDACIONES

- Se requiere un cambio de paradigma en las políticas sociales en general y en las políticas de salud en particular, dirigidas a los/as adolescentes y especialmente a aquellos/as menores de 15 años en lo que refiere a su proceso de desarrollo biopsicosocial. Este cambio de paradigma debe considerar al menos:
  - A los/as adolescentes como personas que atraviesan por un período de sus vidas que ofrece oportunidades para el desarrollo de conductas y habilidades positivas que les permitan una vivencia sexual plena y segura, en vez de un período de connotación negativa y riesgosa.
  - Ser coherentes con lo que indican las investigaciones sobre sexualidad adolescente, donde se reconoce la diversidad de prácticas sexuales y la reducción de la edad de inicio de las relaciones sexuales penetrativas. Por tanto, acciones de salud orientadas a la prevención en sexualidad, como la consejería en salud sexual y reproductiva y la entrega de métodos anticonceptivos, debiera incluir a los/as adolescentes menores de 15 años.<sup>65</sup>
  - Entregar servicios basados en los derechos sexuales y reproductivos, de los/as adolescentes, en general, y en especial, de los/as menores de 15 años. Para el grupo de menor edad garantizar especialmente los siguientes derechos: Derecho a buscar y recibir información y educación sexual orientados a preservar la salud física, mental y psíquica de niños, niñas y adolescentes; el derecho a la libertad, a la seguridad y al ejercicio de la sexualidad libre de coerción, lo que implica asegurar el acceso a métodos anticonceptivos y a la anticoncepción de emergencia.
  - Revisar y modificar las estrategias de vinculación entre los servicios de salud y los/as adolescentes, promoviendo un acercamiento temprano y de carácter promocional basado en la libre elección en el ámbito de la sexualidad y reproducción, las que faciliten la toma de decisiones informadas, conscientes y autónomas.
  - Fortalecer el enfoque preventivo y promocional en desmedro de uno orientado a la atención del daño, facilitando que los/las adolescentes puedan vivir una sexualidad enriquecedora, sana y segura.
- Se considera indispensable retomar la experiencia de los servicios de salud chilenos de los años 90', en torno a la implementación de *servicios de salud especializados para el/la adolescente*, con dependencias propias y personal de salud capacitado desde un

65 En el documento borrador Objetivos Estratégicos en Salud, se establece como meta para la década 2010-2020 respecto a la conducta sexual de riesgo «Aumentar prevalencia de Conducta Sexual Segura en adolescentes y jóvenes (15 a 19 años)». MINSAL, noviembre de 2010. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/94a33f151ef4a574e04001011f0131dd.pdf>

enfoque integral de salud, lo que implica considerar las necesidades de este grupo poblacional en todas sus dimensiones. Actualmente existe el Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes que se implementa en forma transversal en todos los niveles de atención y que no contempla recursos humanos, físicos, tecnológicos suficientes para responder específica e integralmente a las necesidades de salud de este grupo poblacional.<sup>66</sup>

- Revisar las metas sanitarias sobre embarazo adolescente, en especial, las referidas a niñas menores de 15 años, ya que no fueron cumplidas las propuestas para la década 2000-2010.<sup>67</sup> Consideramos que es erróneo definir una meta de 0 embarazo adolescente en niñas de 10 a 14 años debido a que no es viable, en la medida que esta meta no se asocie a otras vinculadas a la prevención del embarazo adolescente (acceso a información y métodos preventivos). Por tanto, se sugiere la elaboración de metas específicas para este tramo etáreo que consideren las distintas dimensiones y particularidades que supone la sexualidad en la adolescencia precoz.
- Es importante que se elaboren e implementen estrategias de prevención del embarazo adolescente que consideren:
  - La construcción de indicadores de riesgo psicosocial y cultural que permitan desarrollar estrategias de prevención y promoción de salud desde un enfoque de determinantes sociales de la salud.
  - Un abordaje intersectorial con el fin de considerar acciones que apunten a superar condiciones estructurales de vulnerabilidad, como las pautas de género, problemáticas familiares, pobreza, aislamiento, violencia, concepciones culturales acerca de la infancia y la adolescencia, entre otros.
  - Las particularidades de la población objetivo, atendiendo que el embarazo adolescente de niñas entre 10 y 14 años es un problema que no se presenta de manera homogénea en la sociedad, afectando más fuertemente a las niñas que viven situación de pobreza y/o exclusión social.
- Se convierte en una necesidad urgente la educación sexual para todos/as los/as niños/as desde la edad preescolar, con diseños específicos de acuerdo a la etapa de desarrollo. Una educación sexual integral, como parte fundamental del desarrollo humano, que habilite para la vida, que afirme la identidad y la autonomía juvenil y fomente la construcción de relaciones sociales equitativas y colaborativas. Ello implica que la educación

66 Los recursos específicos se traducen en la implementación de Espacios Amigables, destinados a la atención diferenciada de adolescentes con el propósito específico de la prevención del embarazo MINSAL. Subsecretaría de Salud Pública, Departamento Ciclo Vital. Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes Minuta descriptiva situación actual embarazo adolescente. 2011. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/aa54ffcc4262258de04001011e017558.pdf>

67 En la década pasada, no se cumplió el objetivo sanitario de reducir el embarazo no planificado en un 30%, lo que significaba reducir la tasa de fecundidad de 65,4 por 1000 a 46 por 1000, alcanzando una tasa de 53,4 por 1000. Por otro lado, la meta 2010 de bajar la tasa de fecundidad de 10-14 años a 0 no se logró, alcanzándose una tasa de 1,2 por 1.000. MINSAL, noviembre de 2010. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/94a33f151ef4a574e04001011f0131dd.pdf>

sexual debe ser asumida como tarea de Estado, universal y accesible para toda la población escolarizada. Es vital considerar las características estratégicas de la adolescencia temprana o de los/as adolescentes más jóvenes como una oportunidad para desarrollar planes y programas educativos sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva, que favorezcan el desarrollo de una sexualidad sana, plena y segura.

- Considerar las recomendaciones del Comité de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)<sup>68</sup> acerca de revisar las leyes punitivas sobre el aborto, en especial en aquellas situaciones en que se pone en riesgo la vida y la salud de las mujeres, incluso la mental. El embarazo adolescente en niñas menores de 15 años tiene una fuerte relación con la violencia sexual, por lo que reviste especial importancia adoptar medidas legislativas y de políticas públicas que protejan la salud de las niñas cuyo embarazo es producto de violación, incluida el acceso a anticoncepción de emergencia e interrupción del embarazo.
- Se requiere reforzar el rol y la acción coordinada e intersectorial que las instituciones públicas, en especial de educación, salud, justicia y programas sociales de protección a la infancia y adolescencia, deben tener en la prevención, detección, denuncia y atención de situaciones de violencia sexual.
- Es necesario, finalmente, que se amplíe la investigación sobre el embarazo adolescente en niñas menores de 15 años, que aborden el problema desde una perspectiva psicosocial y cultural, con el fin de mejorar y profundizar el conocimiento que se tiene acerca de los factores que inciden como de las consecuencias que el embarazo tiene para estas niñas.

68 CEM, et.al. Informe sombra CEDAW 2003-2006. Disponible en : <http://www.eclac.org/mujer/noticias/noticias/2/27332/Informe%20Sombra%202003-2006.pdf>

