



Ministerio de Salud y Acción Social

Secretaría de Desarrollo Humano y Familia

LA MATERNIDAD ADOLESCENTE EN SOLEDAD

Introducción

Quando intentamos definir el universo constituido por las niñas y adolescentes madres -sus rasgos principales, sus causas precisas, su importancia numérica y social- nos encontramos frente a una gran complejidad en el fenómeno que dificulta su precisión empírica y teórica. Esta dificultad está marcada por la enorme posibilidad de enfoques y perspectivas que el tema contiene potencialmente y por el ocultamiento social del problema que se combina con un deficiente registro censal. Estos factores hacen que el acceso al conocimiento sea fragmentario, parcial y provisorio y por estos motivos el presente diagnóstico es preliminar y presenta datos e interpretaciones parciales, señalando los puntos problemáticos detectados hasta el momento. Un diagnóstico más preciso, necesariamente, requeriría de una investigación empírica y exhaustiva y una reflexión interpretativa más profunda.

Comencemos entonces por algunas consideraciones generales acerca de la problemática que nos ocupa. La revisión bibliográfica da cuenta en primer lugar de enfoques que centran la atención en los factores determinantes del embarazo adolescente a nivel macrosocial y básicamente en los aspectos sociodemográficos.

Así por ejemplo, La Organización Mundial de la Salud señala que el embarazo adolescente (y su relativo aumento o mayor visibilidad) se debe a cambios en las pautas demográficas y culturales, provocados por el crecimiento económico y los procesos de urbanización. Más concretamente, este enfoque destaca que como resultado indirecto del incremento del nivel nutricional general acaecido en las últimas décadas, la edad de la menarca desciende progresivamente a nivel mundial. Por factores de diversa índole, las parejas se constituyen más tardíamente en la actualidad. La conjunción de estos dos cambios socioculturales trae consigo la emergencia de la problemática que nos ocupa.

I 438. 37

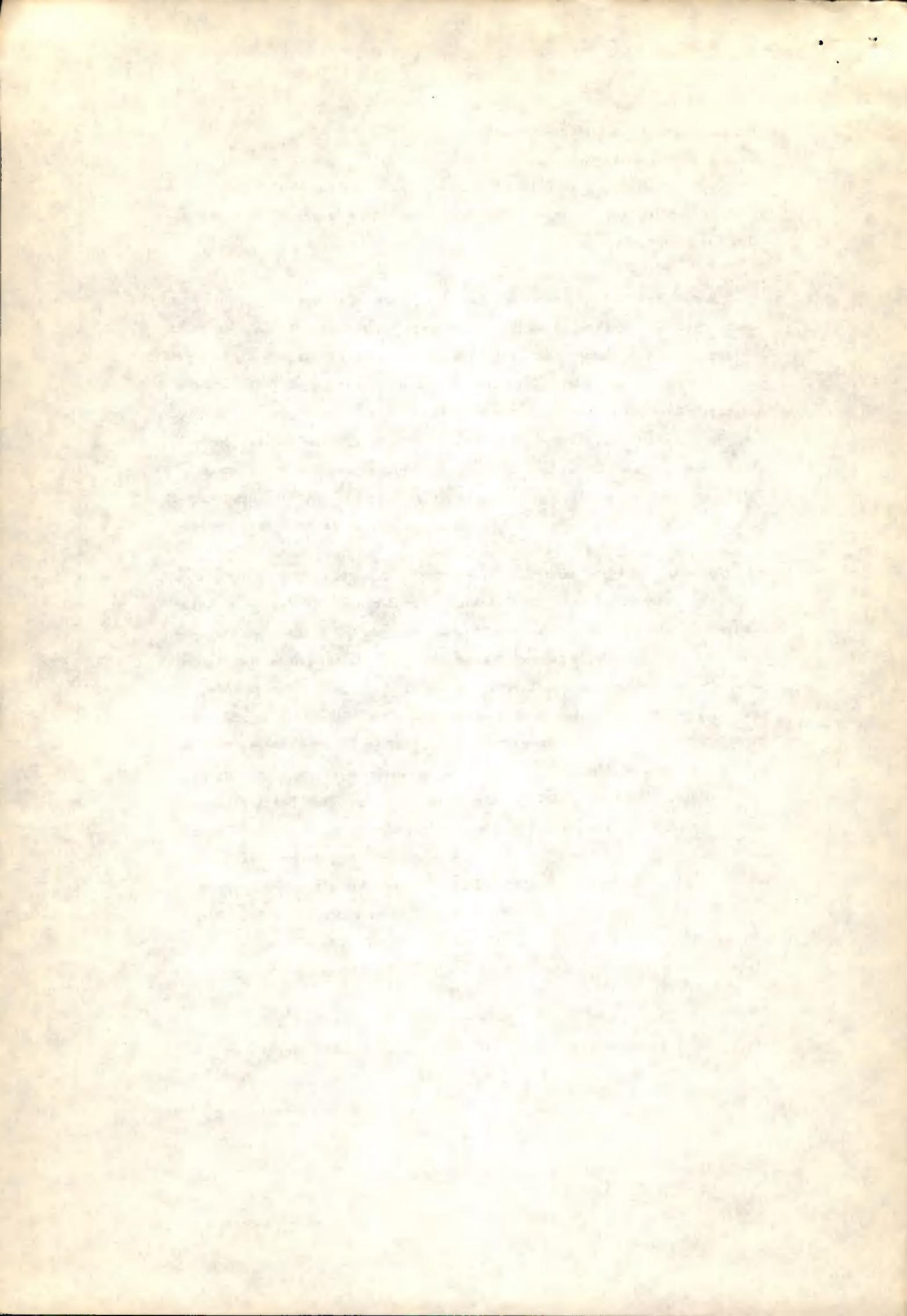


Ministerio de Salud y Acción Social
Secretaría de Desarrollo Humano y Familia

Ahora bien, una perspectiva que sólo se limite a la explicación histórico-demográfica del embarazo adolescente es sin duda limitada, en tanto soslaya los aspectos que lo convierten en "problemático".

Nos referimos básicamente al hecho de que en la población que nos ocupa la maternidad se produce en un período de transición desde el punto de vista orgánico, social y psicológico. La adolescencia, en efecto, está signada por la inestabilidad, la rebeldía, el florecimiento sexual; es un lento proceso de maduración que tiene como piedra de toque la constitución de un sujeto adulto que pueda elegir conscientemente la maternidad o paternidad. En tal sentido, el embarazo adolescente es un hecho biopsíquico^{social} que afecta a la mujer (su salud, su desarrollo psicológico, sus posibilidades futuras) independientemente de su estado civil, aunque la soledad y el abandono lo agraven en sus consecuencias de manera extrema.

En este trabajo consideramos al grupo etario de 14 a 19 años como típicamente adolescente. Esta delimitación coincide con uno de los tramos etarios establecidos por el Censo de 1.980. A partir de los datos previstos por éste y de otro tipo de informaciones se pretende indagar, sobre los factores asociados al fenómeno en tanto problema social. Para hacerlo entendemos, entonces, por madres adolescentes a aquellas mujeres entre 14 y 19 años que hayan quedado embarazadas o hayan tenido un hijo y que, por factores culturales, sociales, económicos y psíquicos encuentran en una situación de alta vulnerabilidad para vivir y desarrollar su maternidad. Estos factores aparecen generalmente expresado en los siguientes rasgos: la falta de contención afectiva; el abandono, la soledad, la inestabilidad, la precariedad económica. Empíricamente, encontramos que estos atributos están asociados a mujeres de sectores populares, por lo que el análisis, necesariamente, ilustra su situación, dejando de lado la problemática del embarazo adolescente en otros sectores sociales. Esta elección obedece a una jerarquización de la gravedad del problema en los grupos pobres de la sociedad y no a un desinterés por el problema en otros grupos de adolescentes. En tanto la falta de información sexual y reproductiva y la omnipotencia de pensamiento características del adolescente se dan también en otros sectores sociales (Rofman, 1986; Con-





Ministerio de Salud y Acción Social

Secretaría de Desarrollo Humano y Familia

triluciones, 1987) se hace evidente la necesidad de investigaciones puntuales en otros grupos sociales y, sobretudo, la urgencia de contar con políticas generales de prevención que contemplen la especificidad de la problemática en cada grupo social.

En virtud de la fragmentariedad de la información con que contamos entre el tema, los resultados del análisis que realizamos son provisorios. Los aportes realizados por investigaciones puntuales muestran desde distintos ángulos el fenómeno y, si bien permiten un acercamiento al mismo permitiendo su caracterización, sus conclusiones no pueden tomarse como generales o definitivas. La falta de estudios sobre la maternidad adolescente obliga a partir de estudios muy recortados para avanzar en el diagnóstico.

MADRES ADOLESCENTES Y JOVENES - ALGUNOS DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Los datos censales sobre la maternidad joven en Argentina describen que, sobre el total de mujeres de 14 a 24 años (2.498.593), el 24,7% son madres. Al especificar los grupos en dos tramos etarios observamos que tienen hijos el 9,9% de las mujeres entre 14 y 19 años y el 43,6% de las de 20 a 24.

Este porcentaje es significativo por dos motivos: en primer lugar, pone de manifiesto la diferencia entre ambos tramos etarios, como consecuencia de la concentración, en el segundo, resalta la importancia del embarazo cuasi-juvenil. Con respecto a este, es posible afirmar que su importancia numérica obedece al desarrollo y puesta en práctica de la sexualidad adolescente, sin que se tomen las medidas contraceptivas pertinentes. Este grupo habla, además, de una agudización de la situación en los factores asociados a la maternidad adolescente (falta de educación sexual y uso de métodos anticonceptivos, bajo nivel de escolaridad, escasa o mala inserción laboral, falta de contención afectiva, dependencia en la provisión de necesidades básicas, etc.)

LA MATERNIDAD ADOLESCENTE SEGUN EL SECTOR SOCIAL

Como señalado que el porcentaje de madres entre 14 y 19 años es el 9,9%; sin embargo, cuando analizamos este porcentaje introduciendo la comparación entre mujeres en hogares (ver Cuadro 4) con necesidades básicas insatisfechas(*) y las del resto de hogares, encontramos que acá el porcentaje de madres adolescentes aumenta sustantivamente en los hogares con NBI del 9,9%



Ministerio de Salud y Acción Social

Secretaría de Desarrollo Humano y Familiar

general al 18,8%. Esto permite afirmar que el fenómeno estudiado adquiere una mayor relevancia numérica en los sectores pobres de la sociedad correlativamente, si comparamos los porcentajes de este grupo con los de los hogares con necesidades básicas satisfechas, encontramos que en estos la maternidad adolescente representa el 6,7, que indica una discriminación con respecto a la cifra general planteada anteriormente.

Si ilustramos lo anterior comparativamente con lo que sucede en el siguiente grupo etario (20-24 años), vemos que mientras en los hogares con NBI el 69,5% de las mujeres son madres, en el resto de los hogares sólo son madres el 34,8%. En términos generales, entonces, se puede advertir una mayor importancia de la maternidad joven en sectores populares. A esto habría que agregar que en este tramo, probablemente, las mujeres de escasos recursos han tenido más de uno. Inversamente, esta afirmación coincide con el hecho de que en los hogares con necesidades básicas satisfechas el 65,2% de las mujeres aún no han tenido hijos.

CUADRO 4

Porcentaje de mujeres con hijos según edad y condición de pobreza del hogar.

| | Hogares NBI | Resto Hogares |
|-------|-------------|---------------|
| 14-24 | 40,6 | 19,1 |
| 14-19 | 18,8 | 6,7 |
| 20-24 | 69,5 | 34,8 |

Estos elementos permiten caracterizar a la maternidad adolescente y joven como un fenómeno fuertemente asociado a la pobreza. Esta se refiere a un alto nivel de carencias económicas y sociales (vivienda, trabajo, acceso servicios y a la salud), culturales y educativas, y acceso a la información. Todos estos factores intervienen de manera directa en la construcción del alto riesgo objetivo de la maternidad adolescente que, vinculados a otros aspectos como la falta de contención familiar y/o comunitaria hacia la adolescente madre y factores psíquicos que inciden en el desarrollo normal del vínculo madre e hijo, conforman una situación de extrema gravedad.

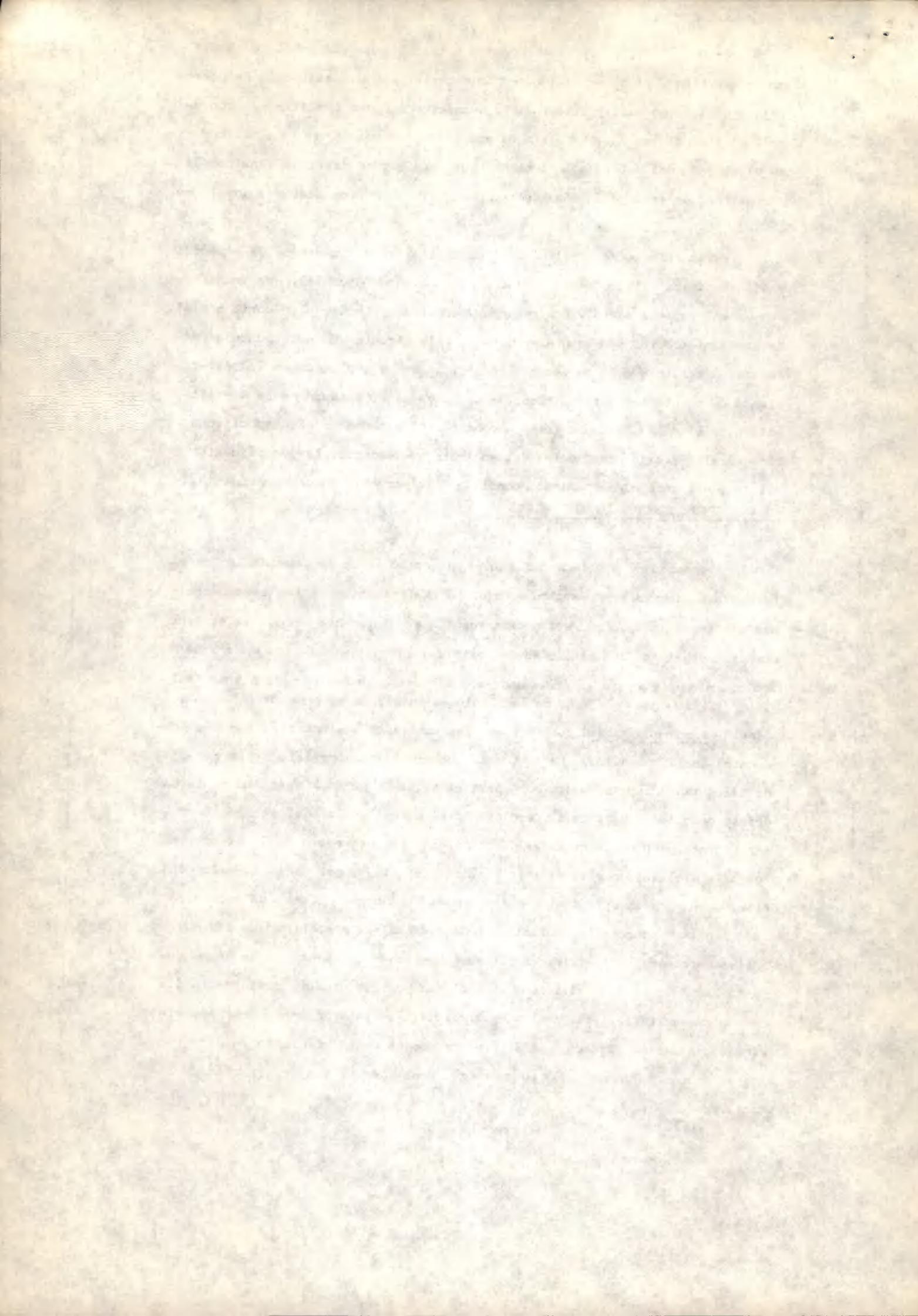
Según los datos expuestos podemos establecer que la población adolescente que tiene hijos se define, empíricamente, por una situación de desventaja social, económica y cultural. La ausencia de apoyo familiar y/o conyugal, el tipo de trabajo, la falta de educación se encadenan de tal modo en el momento del embarazo adolescente que agudizan en diversos sentidos la precariedad de esta población adolescente inserta en los sectores populares.

Estas reflexiones preliminares no agotan, ni mucho menos, la especificación empírica del fenómeno, ni los encadenamientos causales, que transforman en un problema social. Sin embargo, permiten sustentar el recorte social de las adolescentes madres que propusimos inicialmente. En este punto es necesario advertir que la importancia numérica de las adolescentes madres -teniendo en cuenta las dificultades de medición ya señaladas- no es significativa en sí misma, sino se traen a consideración aspectos más específicos como el alto riesgo psicosocial del embarazo adolescente. La justificación del tema es, como el tema mismo, compleja y no por ello menos contundente.

LA CONCEPTUALIZACION DE ALTO RIESGO

Abordando el problema desde sus consecuencias se ha considerado el embarazo adolescente como de alto riesgo. La explicitación de las consideraciones más importante sobre esta noción resulta absolutamente necesaria si tenemos como objetivo la formulación de políticas que prevengan los embarazos adolescentes y que ayuden a las madres adolescentes a mejorar su situación.

El Informe del Fondo de las Naciones Unidas en materia de población (Jusid, las nenas mamás) constata que los embarazos adolescentes son más frecuentes en la actualidad. Esto implica un problema demográfico y un problema de salud tanto para la madre como para el hijo. La amenaza de salud de la madre se debe a que durante el crecimiento el cuerpo de la adolescente aún no experimenta cambios hormonales que controlan su desarrollo; así, el embarazo en la adolescente obstaculizaría el crecimiento y, por ende, la salud del niño. Cuando estas apreciaciones se ejemplifican según países, se encuentra que en países pobres como Tailandia y Bangladesh, la mortalidad de las madres adolescentes no puede evaluarse solamente teniendo en cuenta el embarazo durante la adolescencia, olvidando situaciones previas de alta deficiencia alimentaria, sanitaria, etc. Aquí advertimos la necesidad de incorporar las visiones que matizan los elementos involucrados en esta definición de alto riesgo, ubicando al factor salud como uno más dentro de un complejo entramado de factores de riesgo psicosocial.



El motivo por el cual este encabecamiento no refiere al riesgo biológico se debe a que precisamente deseamos deslindar los factores causales uno por uno, desentrañando las acepciones de la biología. Notodos entendemos lo mismo por salud y biología.

Una investigación interdisciplinaria llevada a cabo en el Hospital Frí-tánico establece que el número de consultas en este rubro, por adolescentes, ha aumentado; la misma investigación ha permitido, como otras, incorporar una serie de elementos nuevos a la clásica consideración del embarazo adolescen-te como de alto riesgo obstétrico.

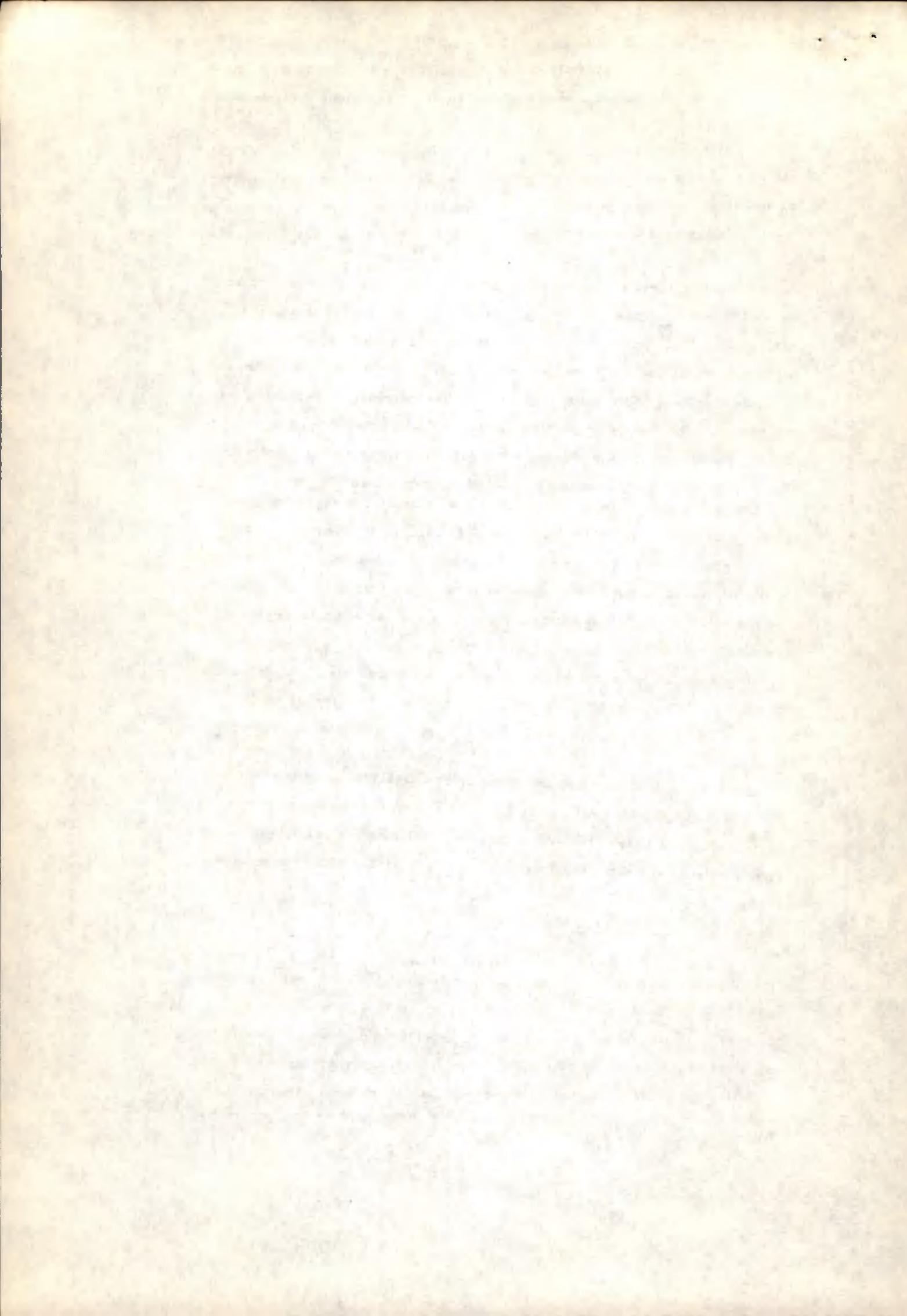
Cuando observamos los análisis preliminares sobre las causas de mor-talidad materna en relación al grupo etario (La mortalidad materna, 1937), vemos, que, efectivamente, existe una asociación que permite establecer una mayor vulnerabilidad de las mujeres más jóvenes; sin contar la altísima can-tidad de abortos (35%) que son causa de muertes maternas, en todos los gru-pos etarios. Sin embargo, a partir de estas cifras se considera que no es po-sible relacionar ambas variables a secas, sin incorporar factores económi-cos y sociales que intervienen en la salud de la población en general.

Al referirnos al embarazo infantil y al tratar de evaluar los grados de riesgo según la edad menor -según las estadísticas del Hospital Rivada-via, elaboradas por la Dra. Eugenia Trumper que el porcentaje de menores de 15 años atendidas es muy bajo, aunque el embarazo ha crecido notablemente como motivo de consulta adolescente. A pesar de que la patología orgánica es muy baja en las adolescentes, existen grupos de mayor riesgo: el inicio temprano de las relaciones sexuales genera una mayor potencialidad de cáncer de cuello del útero -debido a un epitelio inmaduro- motivo por el cual, además, se acrecientan las posibilidades de contraer enfermedades contagia-das sexualmente.

En un sentido similar, los datos sobre mortalidad materna establecen que el riesgo ginecológico-obstétrico mayor procedería del hecho de que la mayoría de las adolescentes madres menores de 20 años son primíparas, cues-tión que necesariamente aumenta el riesgo de mortalidad o de problemas obsté-tricos.

RIESGO PSIQUICO E IDEOLOGIA

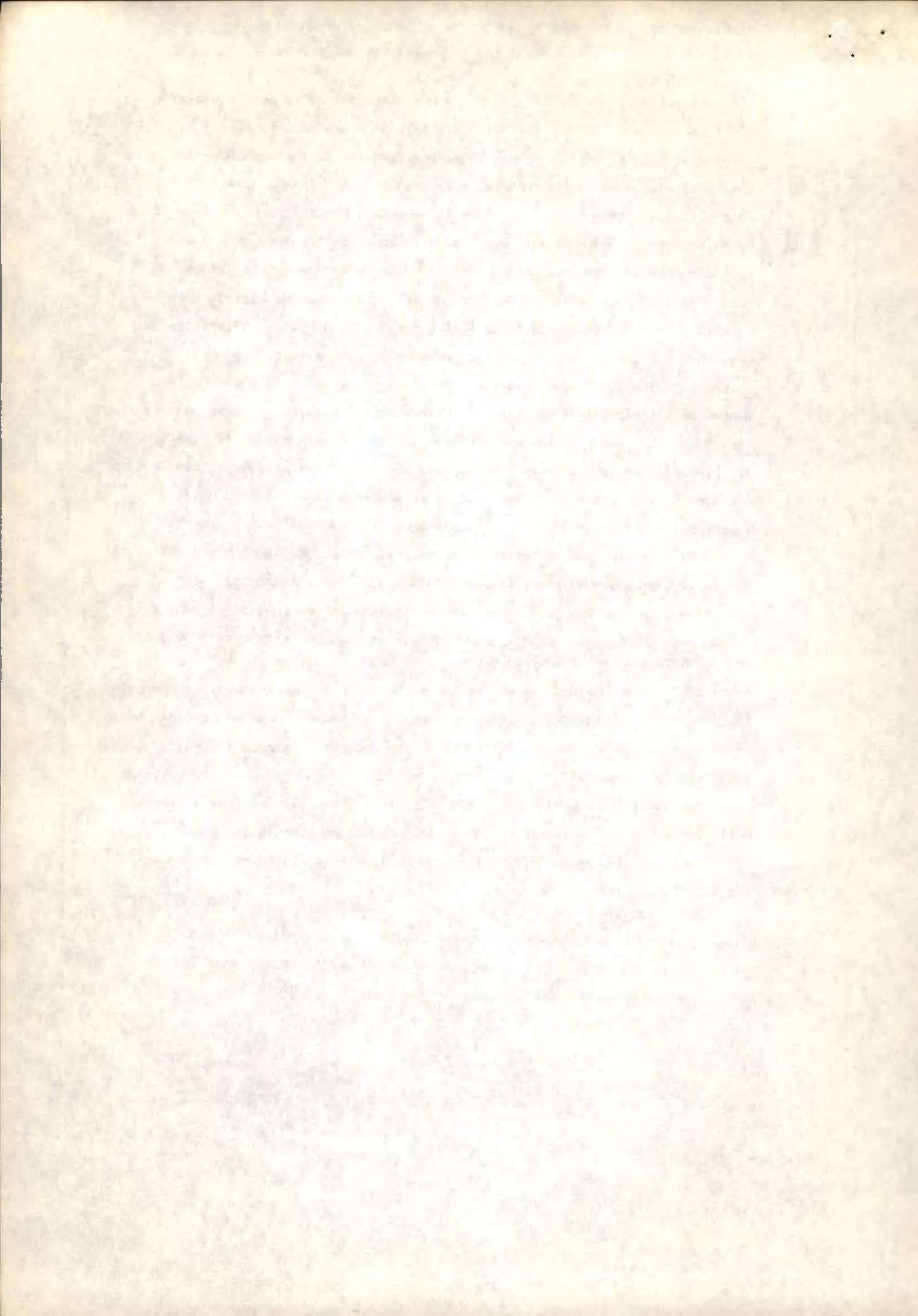
Desde la óptica del psicoanálisis, el Dr. Brennes (Cuaderno CEMA, 2: 22-23) señala que el individuo transita diversas etapas psicosexuales de gran complejidad durante la adolescencia para consolidar su identidad sexual. En este contexto, el primer coito es muy importante para el desarrollo poste-riores del adolescente, en tanto el fracaso erótico es fuente de conflictos neuróticos o psicóticos que suelen desencadenarse en forma alarmante en el me-



16
-nor riesgo la que corresponde entre los 18 y los 21 años, en tanto a pesar de la soledad y la carencia, la madre mayor de 18 años se encuentra psíquicamente más sólida, en un momento de maduración mayor.

El alto riesgo psíquico se construye, empíricamente, por la observancia de repeticiones en las historias familiares de las adolescentes madres asistidas. Este proceso comprende la personalización inconciente de roles que hacen a la adolescente vulnerable de realizar la fantasía maternal en la realidad, en estrecha relación con su necesidad de afecto. Diversos autores señalan que este proceso de repetición inconciente es muy frecuente en las madres adolescentes que repiten la historia de sus madres. En una investigación sobre embarazo adolescente de sectores populares llevada a cabo en diversos hospitales de la Capital Federal (Jusid, Ibid.) se observa una tendencia a tener el primer hijo fuera de la pareja legalmente constituida, en uniones de hecho o soledad. Por otra parte, se señala que si bien muchas de las mamás tuvieron a su vez madres muy jóvenes, se observa una disminución de la edad para tener el primer hijo en relación con la edad de los progenitores. En este caso, la mayoría (70%) conocían métodos anticonceptivos pero no los usaban invocando al pensamiento mágico o a la omnipotencia del pensamiento (Freud) que les aseguraba que "a ellas no les iba a pasar". En este punto se detecta, generalizadamente, una disociación entre la función reproductiva y la relación sexual, teñida de romanticismo, que tiene como punto de partida un desconocimiento del cuerpo, de su sentir, de sus potencialidades. En alguna medida esta enajenación es producto de la represión sexual -en sus muy abiertas y sutiles formas de operación- y de los mitos sobre la sexualidad, la sexualidad adolescente, la maternidad, el cuerpo. Tal parece que la sexualidad -siempre entendida pobremente como genitalidad- se legitima en el momento del matrimonio. Esto indicaría teórica e ideológicamente, que la sexualidad adolescente no existe; una concepción "naturalista" donde los cambios hormonales que irrumpen en la adolescencia -unidos al gran estímulo sexual de los medios de comunicación de masas- serían los causantes del embarazo adolescente. Esta visión deja de lado el tratamiento de la sexualidad adolescente.

Estos factores, asociados a valores sociales ambivalentes sobre la maternidad: "sólo se es mujer siendo madre", pero "la maternidad sólo es legítima dentro del matrimonio" y otros hacen que el adolescente cuente con un campo propicio para la frustración.



Si a esto unimos el mito que asocia la provisión de información sexual y métodos anticonceptivos al fomento de la premisocidad adolescente, arribamos a la constatación de que existe un dispositivo normativo verdaderamente represivo, entre cuyas consecuencias encontramos a la maternidad adolescente en soledad.

EL ESTIGMA SOCIAL

La existencia de un estigma social con respecto a la madre soltera (adolescente o no) no es comprensible sin considerar que existen pautas y normas socialmente consagradas que son erigidas como las reglas según las cuales debe regirse la práctica social.

Las pautas que establecen las líneas de conducta legítimas en referencia a la familia, el matrimonio, la sexualidad, etc. son particularmente rígidas y no cambian al mismo ritmo que la organización social. Por otra parte, someten a sanción y condena sociales a los conductas diferentes, aun que éstas obedezcan a motivos racionales en tanto se vinculan con formas de organización colectiva.

Tal es así como diferentes pautas culturales subsisten en una forma subordinada siendo objeto de diversos estigmas que los asocian con el desorden y la inmoralidad. Es por esto que no es casual que la unión libre, la maternidad fuera del matrimonio legal, etc. sean condenados en contextos urbanos cuestión que necesariamente redundará en la falta de contención de la comunidad y, en muchos casos, hasta de la propia familia de la madre soltera.

Aclaración: El presente trabajo es parte de un diagnóstico más extenso sobre el tema que ofrece una mirada inicial en base a datos del Censo de 1980 y del INDEC. El recorte realizado a efectos de reducir el número de páginas hace que no se incluyan en el presente trabajo los datos referidos a trabajo, núcleo de convivencia, educación, etc. Por el mismo motivo no se incluye en esta versión el aparato crítico del trabajo original.

Autora: Cecilia Luvecce

Institución: Subsecretaría de la Mujer; Secretaría de Desarrollo Humano y Familia, Ministerio de Salud y Acción Social.

Domicilio: Defensa 120, Primer Piso, Oficina 1014. Capital Federal (1065)

Teléfono: Laboral: 306349 Privado: 452504.

