

La maternidad antes de los 15 años: brechas, contextos y vivencias. .

Mónica Gogna y Georgina Binstock.

Cita:

Mónica Gogna y Georgina Binstock (2017). *La maternidad antes de los 15 años: brechas, contextos y vivencias*. XIV Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Santa Fe.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xivjornadasaepa/36>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e7Qs/EEP>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

**XIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población
Santa Fe, 20-22 de septiembre de 2017**

**La maternidad antes de los 15 años:
Brechas, contextos y vivencias**

Georgina Binstock¹ y Mónica Gogna²

Introducción

Desde los primeros estudios realizados en la década de 1980, el embarazo y la maternidad en la adolescencia continúa siendo un tema de interés en la agenda de política pública dada la resistencia al descenso de las tasas de fecundidad en este tramo etario y a que corresponde mayoritariamente a nacimientos no planificados, lo que supone una vulneración a los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.

Particularmente crítica resulta la maternidad en las menores de 15 años por diversas razones. Por una parte, muchos de estos embarazos son producto de abusos sexuales (Chiarotti (coord.), 2016; Planned Parenthood-Global, s.f.), con las devastadoras consecuencias que ello supone para la salud psíquica y emocional de una niña (Jeejbhoy y Bott, 2003). A su vez, las niñas de 14 años o menos tienen el mayor riesgo de complicaciones y muerte por el embarazo y el parto (UNFPA, 2013)³. En términos de su salud física, pueden padecer de anemia, infecciones urinarias y fístulas, entre otros problemas y en relación a la salud mental se ha vinculado con problemas de depresión, ansiedad, estrés postraumático, intentos de suicidio, indiferencia, y negación. No menos importantes son las potenciales consecuencias de la maternidad temprana sobre la vida cotidiana de la adolescente (escolaridad, sociabilidad, ocio, etc.) y sobre

Ponencia presentada en la sesión regular “Aspectos demográficos, socioeconómicos y culturales en fecundidad, reproducción y salud sexual y reproductiva”

¹ Centro de Estudios de Población y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. gbinstock@cenep.org.ar

² IIEGE y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. monica_gogna@yahoo.com

³ En el caso de Argentina, Pantelides, Marconi y Fernández (2014), advierten que si bien la escasa cantidad de casos llama a ser prudentes en las afirmaciones, la mortalidad materna es más alta entre las adolescentes menores.

sus posibilidades de desarrollo futuro.

Por otra parte, entre los hijos de madres menores de 15 años es donde se encuentran los mayores porcentajes de nacimientos pre-término y con bajo o muy bajo peso al nacer. Las tasas de mortalidad fetal y mortalidad infantil son significativamente más altas entre las menores de 15 con respecto a las madres de las demás edades (Pantelides, Marconi y Fernández, 2014; ASUMEN, s.f.)

No obstante su gravedad, la problemática de la maternidad precoz está invisibilizada. Un estudio diagnóstico reciente realizado por Pantelides, Marconi y Fernández (2014) es una de las pocas excepciones de estudios cuantitativos focalizados, y los estudios centrados en la adolescencia que suelen separar el grupo etario de 14 años o menos (e.g. Binstock y Pantelides, 2005). También se destacan noticias periodísticas acerca de las “madres niñas”, generalmente de tono sensacionalista. Así por ejemplo, el trabajo de la Sociedad Argentina de Pediatría (2010), que recoge el caso de una niña mendocina abusada por su padrastro, señala que los medios de difusión se embarcaron en dar una prolífica cantidad de datos referentes a la niña, su madre y las decisiones que tomo el juez pero que los comentarios referentes a la acción cometida por el padrastro no tuvieron igual repercusión.

Entre otras carencias informativas puede destacarse que no existen estadísticas oficiales del total de casos de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso a nivel país (UNICEF, 2016) o de interrupciones legales de embarazo por esta causa ni datos de madres menores de 15 años beneficiarias de la Asignación Universal por Embarazo (Bianco y Correa, 2016)⁴.

Objetivos

Este trabajo sintetiza algunos resultados de una investigación más amplia realizada para UNICEF Argentina cuyo objetivo principal fue, a partir de una aproximación cuantitativa y cualitativa, actualizar y producir conocimiento sobre la maternidad adolescente enfatizando la situación de las menores de 15 años⁵. En primer

⁴ Datos de ANSES de 2014 indican que la reciben entre un 10% y un 15% de las embarazadas de 15 a 19 años (Bianco y Correa, 2016).

⁵ Se trata del “Estudio sobre Embarazo adolescente en menores de 15 años” realizado por las

lugar se presenta un diagnóstico sociodemográfico de la maternidad precoz, enfatizando las brechas en las desigualdades, en base a datos cuantitativos de registros vitales y del último censo de población. La segunda parte ahonda en la historias de las adolescentes madres y arroja luz sobre los “contextos” en los que se producen estos embarazos (escolaridad, tipo de relación (consentida, abuso sexual) y edad del varón, acceso a educación sexual y métodos anticonceptivos), las reacciones de las adolescentes y su entorno, la atención del embarazo y el parto y las vivencias de la maternidad.

Metodología

El estudio combina datos y técnicas cuantitativas y cualitativas. La descripción sociodemográfica se base en datos de estadísticas vitales (2014) y a los del Censo de población del 2010. Ambas fuentes son las únicas disponibles de carácter nacional que contempla a todas las mujeres y cada una provee una mirada específica sobre la problemática. Los datos de las estadísticas vitales permiten identificar los nacimientos de madres menores de 15 años y contrastarlas con el resto de las adolescentes y de las adultas. Por su parte, la información censal permite distinguir a las adolescentes de 14 años de acuerdo a si ha sido o no madre y compararlas de acuerdo a la información familiar, educativa, entre otras.

El componente cualitativo del estudio indagó aspectos acerca de los que se carecía de información tales como las circunstancias en que se producen embarazos de menores de 15 años: si fue producto de una relación sexual consentida o no, si la adolescente estaba concurriendo a la escuela al momento del embarazo y qué ocurrió con la escolaridad después del parto; si había tenido acceso a educación sexual y métodos anticonceptivos; cómo recibió la noticia y si pensó en interrumpir el embarazo, etc.. También indagamos acerca de las experiencias de acceso a servicios de salud y de protección y justicia (en los casos en que correspondía), las consecuencias del embarazo y la maternidad sobre la escolaridad y la vida cotidiana y los planes a futuro. Dado el foco en la maternidad precoz, se incluyeron sólo adolescentes que habían llevado adelante sus embarazos y que tuvieron sus partos antes de cumplir los 15 años⁶. Se

autoras en el Cenep durante 2016-17 para el Area de Salud de UNICEF Argentina.

⁶ Vista la relativamente baja incidencia de estos partos y el tiempo disponible para el trabajo de campo optamos por incluir algunas adolescentes mayores (hasta 19 años) que hubieran sido

realizaron 19 entrevistas con adolescentes madres y una entrevista con una adolescente de 14 años embarazada. Las adolescentes fueron contactadas principalmente vía instituciones de salud, hogares para madres adolescentes y referentes barriales. El trabajo de campo se realizó en Castelli (Chaco), Posadas y sus alrededores (Misiones) y en el GBA. La muestra incluyó a dos adolescentes de la etnia qom y a una de la etnia wichi. En estos casos, algún familiar o integrante de la comunidad ofició de intérprete. Como es de rigor en la investigación social, se aplicó un consentimiento informado. Del total de contactos realizados, se registraron cuatro rechazos⁷.

Diagnóstico sociodemográfico

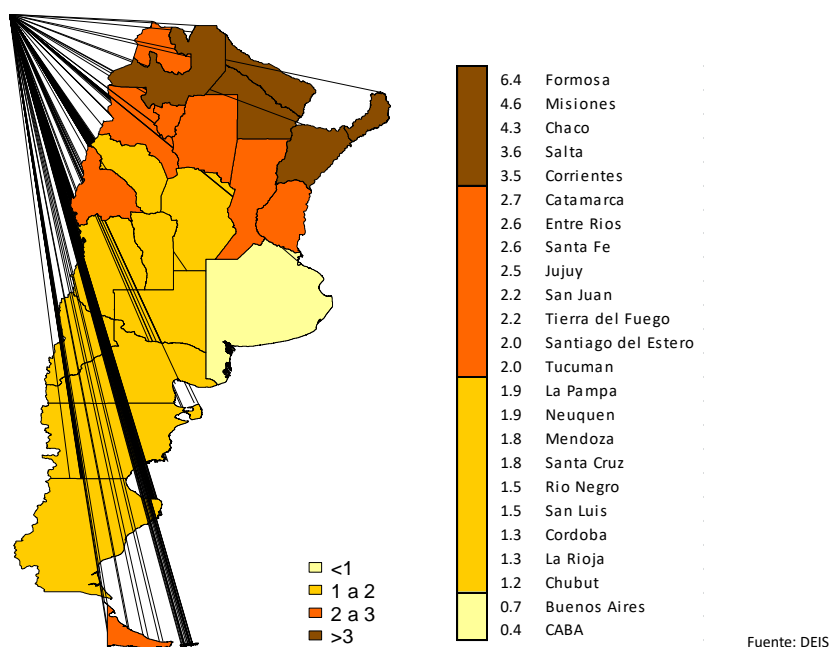
La fecundidad precoz (10-14 años), que es actualmente de 1.8 por mil, se ha mantenido relativamente estable en los últimos veinte años. Las diferencias jurisdiccionales en las tasas de fecundidad precoz son marcadas, y van del 0.4 por mil en la Ciudad de Buenos Aires al 6.4 por mil en Formosa. Misiones, Chaco, Salta y Corrientes, tienen tasas mucho más elevadas que el promedio (entre 3.5 y 4.6 por mil), provincias que son también las de mayor pobreza y vulnerabilidad social.

En términos absolutos, anualmente nacen en Argentina entre 2800 y 3200 niños de madres precoces (14 años o menos) y representan el 2.6 por ciento del total de los nacimientos adolescentes (y el 0.4% del total de nacimientos). La mayoría de estos nacimientos (82%) corresponde a madres de 14 años y el 18 por ciento restante a niñas de 13 o 12 años o incluso menores. Si tenemos en cuenta el volumen se trata (en el 2014) de 470 niñas que dan a luz a los 13 años y 65 a los 12 años, lo que refleja una situación de extrema vulnerabilidad. Asimismo, si bien se carece de la información precisa, es altamente factible que una porción significativa de estos nacimientos sea resultado de relaciones forzadas (Giusti y Pantelides, 1991), con todas las implicancias sociales y psicológicas que conlleva, y que se potencian aún más cuando dichas relaciones culminan en la ocurrencia de un embarazo y nacimiento.

madres antes de los 15 años

⁷ Tres adolescentes que habían pautado entrevistas no concurren ni se comunicaron con la entrevistadora y un padre no autorizó que su hija fuera entrevistada.

Gráfico 1. Tasa de fecundidad adolescente precoz (10 a 14 años), por provincia. 2014



Formosa, con algo más del 6 por ciento de los nacimientos de madres adolescentes que corresponden a las menores de 15 años es la provincia con representación más elevada. Le siguen en importancia las provincias de Chaco, Misiones, Salta, Tierra del Fuego y Corrientes con valores cercanos al 4 por ciento. Las jurisdicciones donde dicha proporción es la más baja son la provincia de Buenos Aires y la ciudad Autónoma de Buenos Aires (1.2 por ciento).

El acceso y permanencia en el sistema educativo es uno de los más importantes protectores de conductas de riesgo, y particularmente en lo que se refiere a la planificación familiar y prevención de embarazos tempranos. Los datos sobre las credenciales educativas de las madres adolescentes de acuerdo a los datos que recogen las estadísticas vitales refuerzan esta idea y muestran que a menor edad de la madre menor su nivel de instrucción. Más de la mitad (55%) de las adolescentes de 14 años o menos que fueron madres tiene primaria completa o menos educación. Dicha

proporción, va descendiendo sistemáticamente a medida que la madre adolescente avanza en edad, y alcanza a algo menos de un cuarto (23%) entre las de 19 años.⁸

La información del último censo muestra que las brechas en materia educativa entre las adolescentes madres y las no madres son importantes entre las precoces, si bien aumentan con la edad de la adolescente ya sea en relación a la asistencia escolar como a la instrucción alcanzada. Entre las de 14 años, casi la totalidad de quienes no son madres (95%) asiste a un establecimiento educativo mientras que entre las madres la proporción desciende al 66 por ciento (lo que representa una brecha del 45%).

La acumulación de las desventajas educativas que tienen las madres menores en relación a sus pares no madres se evidencia en los recursos con que en que unas y otras culmina la adolescencia. En este sentido, y concentrándonos únicamente en las adolescentes de 19 años (que quienes por su edad podrían haber culminado el secundario), sólo el 20 por ciento de las madres finalizó el nivel, proporción que se triplica entre quienes no son madres (56%) (no se muestra en cuadros).

Los datos censales son contundentes en relación a la desventaja educativa de las adolescentes madres, no permiten desentrañar el rol que juega la maternidad en dicha situación. Esto es poder discernir si el embarazo y la maternidad precipitan el abandono escolar o si estar fuera del sistema educativo acelera la ocurrencia de un embarazo temprano. Esta información diagnóstica es esencial para el diseño de política pública que vincula acciones en el ámbito educativo y la prevención de embarazos tempranos ya que una u otra situación requiere de aproximaciones diferentes para abordarlas.

Los hallazgos de estudios previos recientes (si bien no están basados en datos representativos a nivel nacional) muestran que la mayoría de las adolescentes madres dejan la escuela antes de la ocurrencia del embarazo (Binstock y Gogna, 2014). De hecho, estar fuera del sistema educativo duplica las probabilidades de ser madre en comparación con quienes asisten (Binstock, 2016). Pero, por otra parte, quienes se encuentran asistiendo a la escuela al momento del embarazo abandonan con frecuencia a poco de enterarse de su estado, aun cuando reconocen que la escuela hace esfuerzos por facilitar su permanencia (Binstock y Gogna, 2014).

⁸ Un dato importante de señalar es que las madres adolescentes han incrementado su perfil de instrucción en la última década. Así por ejemplo, entre nacimientos de madres de 15 años la proporción que inició el secundario aumentó del 34 en 2004 al 60 por ciento en el año 2015.

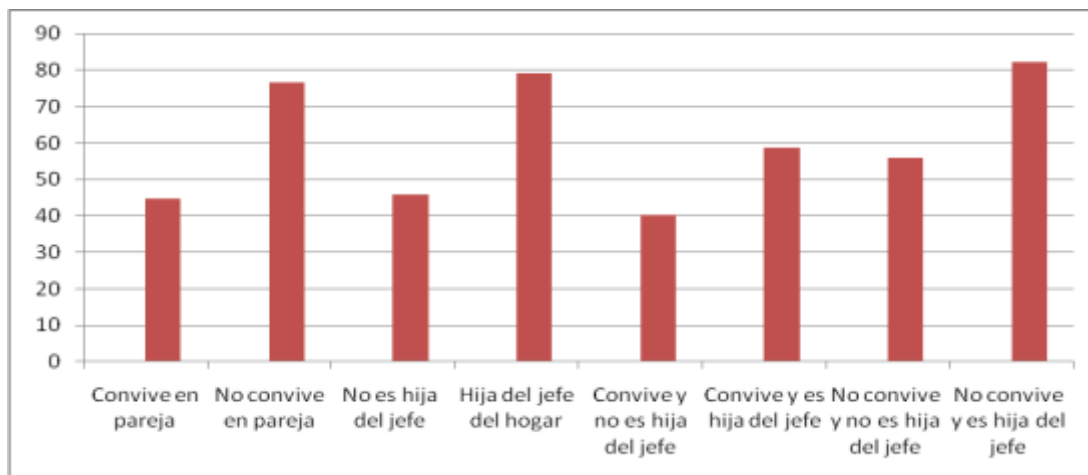
Los datos censales revelan también brechas importantes entre adolescentes madres y no madres, particularmente a edades precoces. en relación a la condición de actividad, su cobertura de salud, situación de pobreza, y condiciones de la vivienda en la que habitan.

En cuanto a la situación conyugal, algo menos de la mitad (44%) de las adolescentes de 14 o menos que fueron madres indicaron estar conviviendo en pareja al momento del nacimiento. Cabe señalar que ‘los estudios en profundidad muestran que la mayoría de dichas uniones son resultado del embarazo. Por lo tanto, no es de sorprender que la proporción de adolescentes de 14 años que son madres que está en pareja de acuerdo a los datos del censo sea menor (33%), ya que refleja la situación post-nacimiento de uniones que se disuelven rápidamente (o que incluso no se llegaron realmente a concretar post nacimiento).

Alrededor del 60 por ciento de las adolescentes de 14 años que son madres son hijas del jefe del hogar, mientras que el 40 por ciento restante, consistentemente con su situación de pareja, se define como jefa, cónyuge o –en menor medida, nuera. Como es de esperar dada su corta edad, entre las adolescentes no madres la absoluta mayoría son hijas del jefe.

La situación de las madres menores, particularmente en lo que refiere a su continuidad educativa varía de manera importante de acuerdo a estar o no en pareja y continuar o no viviendo con la familia de procreación. Como muestra el gráfico 2, que ilustra la proporción que asiste a la escuela de acuerdo a distintas situaciones de conyugalidad, y posición en el hogar evidenciando cómo se potencian en retraer o en promover la permanencia de las adolescentes madres dentro del sistema educativo.

Gráfico 2. Madres de 14 años. Porcentaje que asiste a la escuela según convivencia en pareja, y posición en el hogar.



Fuente: elaboración propia en base a censo 2010.

Maternidad precoz en primera persona: características de las entrevistadas

La gran mayoría de las entrevistadas pertenecen a familias de nivel socioeconómico bajo o muy bajo. Sus madres habían tenido su primer hijo/a en la adolescencia y la mayoría de ellas tuvo cinco o más. Dos de las veinte entrevistadas pertenecen a sectores medios o medio bajos. Una minoría de adolescentes convivía con su pareja al momento de la entrevista (en tres de los cuatro casos se trataba del padre de su hijo/a). La mayoría vivía con sus hijos/as y con alguno o ambos progenitores y varios hermanos. El resto, con otros familiares (abuela, abuelos, tía) o en hogares para madres adolescentes (dos casos). Sólo una entrevistada no convivía con su hija, aunque manifestó “me gustaría que se quede conmigo”⁹.

Cinco entrevistadas ya estaban fuera de la escuela al momento del embarazo. Habían dejado los estudios para realizar tareas que complementarían el ingreso familiar y/o para hacerse cargo de sus hermanos o debido a uniones tempranas. Romina, una adolescente qom de 14 años, dejó la escuela cuando se “juntó” y a Diana su ex-pareja (veintitrés años mayor) le “prohibió ir cuando estaban de novios”.

Entre quienes estaban asistiendo a la escuela al momento del embarazo, la gran

⁹ La niña vive con la abuela materna y su pareja y la adolescente vive en casa de sus abuelos y asiste a un Hogar de Día (se trata de un caso judicializado por una denuncia de abuso sexual).

mayoría dejó. Los motivos fueron muy similares a los reportados en el estudio de Chiarotti, (coord.), 2016: vergüenza y temor/experiencia de discriminación.

Como que tenía vergüenza después de ir con la panza... De eso sí tenía vergüenza. (Melina, Misiones).

Hablaban porque era chiquita y porque... no sé hablaban, nomás, así de mí... (...) me choca mucho lo que dicen y ahí dejé. (Paula, Misiones)

El abandono escolar también fue atribuido a circunstancias relacionadas con el embarazo (tener que caminar largas distancias para llegar a la escuela, dificultad para subir las escaleras; recomendaciones médicas, etc.). Al indagar acerca de la actitud de autoridades educativas y docentes, encontramos situaciones diversas. Algunas adolescentes reportaron actitudes de acompañamiento y cuidado. Otros testimonios, en cambio, indican que hay escuelas que no cumplen con la normativa de facilitar la continuidad de los estudios a las alumnas embarazadas o madres.

Al momento de la entrevista, tres adolescentes habían vuelto a la escuela. La única que completó el secundario (clase media) pudo hacerlo cuando su hijo tenía ya un año. Al igual que en el estudio de CLADEM, quienes retomaron sus estudios lo hicieron mediante módulos domiciliarios o en escuelas nocturnas. Además de facilitar la continuidad de los estudios, estas modalidades ofrecen espacios en los que las adolescentes parecen sentirse más cómodas.

(Me cambié de escuela) porque nunca iba a terminar. Veo las otras que salen y me siento mal. Y aparte no tengo charla. No puedo. (Acá) soy la única chiquitita y otra más. (Paula, Misiones)

Algo más de la mitad de las entrevistadas había tenido al menos una charla de educación sexual en la escuela. En general, fue luego de la iniciación sexual y no parece haber suscitado mayor interés.

Pasa que cuando yo estaba en 6° hicieron la primer charla y estaba 7° también y no nos llevábamos bien con ellos y entonces como que nos distraíamos, y yo no prestaba mucha atención (Julieta, GBA).

Una charla en séptimo grado sobre los órganos reproductores “de pasada” (Soledad, Misiones)

Los contenidos recordados se centran en el desarrollo sexual y la prevención del embarazo y las enfermedades sexualmente transmisibles. Lucía, adolescente de la etnia qom, a quien la charla de educación sexual le gustó “un poco nomás” manifestó que “le hubiera gustado que le enseñaran qué método tenía que usar”. A través de la traductora indicó que le habían explicado que podía quedar embarazada pero que su primera relación sexual (a los 13, con un chico de 17) fue imprevista. Él la invitó a tomar tereré pero ella “nunca pensó que iban a hacer esas cosas”. Agrega que no fue a la salita a buscar un método porque no tenía tiempo, ya que tenía que hacer los quehaceres de la casa. Su testimonio ilustra con claridad la distancia entre “saber” y poder implementar conductas para prevenir un embarazo no buscado más allá de que exista disponibilidad de métodos en los efectores de salud. La información recibida en la casa proviene fundamentalmente de las madres y parece circunscribirse a la menstruación y a un mensaje abstracto acerca de la necesidad de “cuidarse”. Una minoría reportó hablar de estos temas con amigas. Los profesionales de salud no jugaron un rol importante en la información y entrega de métodos anticonceptivos sino hasta el primer embarazo.

La iniciación sexual¹⁰

Las niñas que reportaron haberse iniciado sexualmente de forma consensuada lo hicieron mayoritariamente con un novio y a los 13 años, lo cual indica que el embarazo se produce a poco del debut sexual¹¹. Para algunas se trató de un evento inesperado. Una entrevistada, que refiere haberse iniciado con un “chico pasajero”, relata que tenía “muchos nervios” ya que fue “muy así...de sorpresa”. Otras, en cambio, relatan haberse iniciado luego de algunos meses de relación (entre dos y seis) y, en un caso al menos, la entrevistada le pidió al novio que le diera tiempo hasta que “se animara”. No parece haber sido la situación de Brenda (GBA), quien manifiesta que hubiera preferido esperar. Ni la de Andrea (12 años, en pareja con un joven de 19 años y embarazada al momento de la entrevista) quien sugiere que hubiera deseado postergar su iniciación sexual: “tenía miedo, no había pensado en eso”. Al agregar que “todavía no quería

¹⁰ No se obtuvo información sobre iniciación sexual en el caso de las dos niñas cuyo embarazo fue producto de violación. En uno se infiere que fue la primera relación sexual y en el otro (niña wichi) no se preguntó directamente pues la madre estuvo en la entrevista y contestaba las preguntas.

¹¹ Del resto, una se inició a los 10, dos a los 11 y dos a los 12

formar su familia” muestra que de haber podido elegir no hubiese quedado embarazada.

La mitad de las entrevistadas reportaron haberse cuidado en la iniciación sexual, conducta que se abandonó rápidamente o se volvió poco sistemática¹².

Los contextos de los embarazos, la intención de abortar y la atención del parto

A pesar de que no se trató de una muestra intencional, se observó un gradiente de situaciones. Dos embarazos fueron producto de violación (del padrastro y de un vecino respectivamente) y en ambos casos se iniciaron acciones penales (uno de los violadores fue condenado y en el otro caso estaba pendiente el resultado del ADN al momento de la entrevista). Otros dos embarazos (de entrevistadas que asisten a hogares de día) podrían haber sido producto de abuso sexual aún cuando no fueron reportados como tales por las adolescentes, ya que ellas se manifestaron reticentes a hablar de los padres de sus hijos y, en un caso, a indicar su edad. El resto de los embarazos fueron producto de relaciones que se reportan como consentidas¹³. Sin embargo, en algunos casos, la importante diferencia de edad entre la niña/adolescente y su pareja sexual permite inferir la existencia de una desigualdad de poder en la toma de decisiones respecto de las relaciones sexuales, el cuidado anticonceptivo y el deseo de maternidad/paternidad. Julieta (GBA) tuvo un hijo a los trece con un varón de 21 años (el novio de su tía). Cecilia, madre a los 14, se embarazó producto de una relación que tuvo a los 13 con un vecino de 21 años. Ana convivió desde los 12 años con un hombre de aproximadamente 40, con quien tuvo dos hijos -el primero a los 13 años (actualmente están separados y ambos tienen nuevas parejas). Quizás el caso más impactante sea el de Lara (madre a los 13, Misiones) quien tiene una hija de seis meses fruto de una relación con un hombre de alrededor de 50 años. Según relató, ella quería tener un hijo porque su mamá había muerto. En la entrevista manifestó: “Le dije "sí, yo quiero un hijo, por ahí me ayuda más". Más allá de lo que las adolescentes declaran, el

¹² Sólo una entrevistada afirma haberse cuidado “siempre” y atribuye su embarazo a que el preservativo debía estar pinchado.

¹³ En el estudio de Planned Parenthood, el 80% de los embarazos de la muestra de Perú se reportan como producto de relaciones consentidas. Un estudio sobre madres de 10 a 14 años en Chile indica que “la mayoría de las adolescentes menores de 14 años tienen relaciones sexuales voluntarias y en gran proporción con otro menor de edad” (Molina et al, 2007).

Código Penal en el artículo 120 establece la figura del abuso sexual¹⁴ por aprovechamiento de la inmadurez. Este caso ocurre cuando el abusador, que es un adulto, somete a un adolescente de entre 13 a 16 años a contactos sexuales gravemente ultrajantes o con acceso carnal por aprovechamiento de su inmadurez sexual (UNICEF, 2016).

Los embarazos fueron reportados como producto del no uso o mal uso de métodos o a que éstos fallaron. Los motivos de no uso fueron “no pensar que iba a quedar así...embarazada” (Lucía, Chaco), el rechazo del varón al uso del preservativo o a que la adolescente tomara pastillas y la vergüenza de ir a la salita a buscar un anticonceptivo por temor a que la madre se enterara que era sexualmente activa. Un pequeño número de entrevistadas explicitó que el embarazo se produjo cuando se estaban usando métodos provistos por la salita de salud (una adolescente qom indicó que las pastillas estaban vencidas y otra adolescente que los preservativos estaban “pinchados”).

Con algunas pocas excepciones, los varones se desentendieron del embarazo (o estuvieron con ellas unos pocos meses más) y no mantenían vínculos con sus hijos/as al momento de las entrevistas.

Aún cuando en solo dos de los veinte casos el embarazo fue producto de violación, en todos aplica -en sentido amplio- la noción de embarazo forzado: el que proviene de una relación sexual consensuada en el que la niña no conocía las consecuencias de la actividad sexual o conociéndolas no pudo prevenirlas (Chiarotti, 2016). La falta de acceso a una educación sexual temprana e integral, las relaciones desiguales de poder entre los géneros, la falta de servicios de salud amigables¹⁵ y la pobreza las expusieron a una maternidad temprana no buscada. Aquellas que hubieran querido interrumpir esa gestación tampoco pudieron acceder a esta práctica.

¹⁴ El abuso sexual es un delito sancionado por el Código Penal de la Nación en su Título III “Delitos contra la integridad sexual” (artículos 118 a 133). Existen diferentes tipos de abuso sexual que van desde manoseos o tocamientos en las zonas íntimas con fines sexuales hasta la penetración por diferentes vías (vaginal, anal, oral).

¹⁵ Se entiende por servicios de salud amigables aquellos que entregan un conjunto de servicios esenciales para los adolescentes, tienen proveedores motivados y capacitados que saben cómo comunicarse con los usuarios, garantizan la confidencialidad y trabajan en el marco de consentimiento informado. (UNFPA, 2005).

En algunos casos, las adolescentes desistieron por presiones de personas significativas de su entorno (la madre, la pareja), tal como lo evidencian con claridad los siguientes testimonios

Sí, se me cruzó la idea, antes de contarle a mi mamá. Una amiga me había dicho que yo tome un remedio para no tenerlo. Ella me había dado. Un yuyo. Y cuando estaba hirviendo mi mamá me preguntó por qué estaba por tomar eso, si estaba embarazada. Ahí me encerré en la pieza. Estaba por abortar. Yo no sabía qué hacer. Tenía miedo. (Cecilia, Misiones).

Y ahí yo ya hablo con mi pareja y yo no quería, no quería, no quería (continuar el embarazo) y mi mamá no sabía nada y yo le decía que yo no quería y él me dijo que “no podemos, no vamos a echarlo porque sería feo algo así”. “Y ahí yo pensé y después muchas personas me dijeron que era feo echarlo, que ya es tuyo y que es una persona, dijeron. (Melina, Misiones)

Otras razones para desistir fueron pensar que si la madre hubiera tomado esa “yo no estaría acá” (Brenda, GBA), haber visto “el corazoncito” en la ecografía (Paula, Misiones) y pensar que “peor dios te castiga” (Cristina, Misiones). La única entrevistada que intentó abortar con misoprostol no lo consiguió.

No quería saber nada. Estaba por abortar pero no pude... yo tomé pastillas, me puse pastillas, todo. Pero no lo despedía al bebé. Y bueno, después sentí que no lo quería hacer. Mi mamá me quería comprar más pastillas para...pero bueno. Era muy chica, no quería tener todavía un bebé (Eugenia, GBA).

Estos testimonios ponen de relieve la necesidad de implementar protocolos de reducción de riesgos y daños¹⁶ y de facilitar el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE), que aplica a las menores de 15 años sea porque el embarazo es producto de abuso sexual como por el mayor riesgo que supone para su vida y su salud (ASUMEN, sf.)

Con respecto a la atención del parto (la mitad de las entrevistadas tuvo parto normal y la mitad cesárea) varias adolescentes manifestaron que se trató de una experiencia sumamente dolorosa, lo cual puede ser un indicador de mal manejo del dolor (no uso de peridural) y/o de falta de contención adecuada. Asimismo los relatos

¹⁶ Esta estrategia "consiste en que el profesional desaliente a la paciente a que incurra en prácticas peligrosas para su salud y que la aconseje para que, si tomó la decisión de terminar su embarazo, lo haga de la manera más segura posible" (Zamberlin, 2013).

pusieron en evidencia distintos episodios de violencia obstétrica¹⁷. Se refirieron situaciones de trato deshumanizado, discriminatorio y humillante.

Cuando entré adentro y mi mamá entró conmigo, el doctor le dijo "no, sólo la nena nomás". Yo entré adentro y me dijo "¿tu mamá estaba cuando vos estabas poniendo?", me dijo así ¿viste? y yo ya le miré y... yo soy re maricona, ya empecé a temblar. Me dijo "¿te pregunté algo!, ¿no me vas a contestar?", me decía así y yo le miraba. (Melina, Misiones)

También se reportó el uso de prácticas desaconsejadas por la Organización Mundial de la Salud (1985) como la episiotomía y también el no uso de la anestesia peridural, considerada prácticamente como sinónimo de parto humanizado.

Acerca de la maternidad

Para la mayoría de las chicas, la maternidad ha significado un cambio muy importante en sus vidas y una experiencia ardua. Las palabras difícil y arrepentimiento fueron parte de muchas respuestas a la pregunta sobre cómo es ser mamá.

(Qué cambió con la maternidad?) Parece que se me hizo más difícil todo. Antes podía salir. Ahora no puedo salir. Eso cambió un montón. Me quedo en mi casa. A veces tengo ganas de salir pero tengo un hijo!. (Cecilia, Misiones).

Le re quiero pero hay cosas así que no podes hacer, por ejemplo, mi mamá me deja salir, me hace el aguante de cuidarlo... y eso, no? no siempre, a veces, pero... pero no es lo mismo. Vos estas saliendo... dejas al bebe allá y estás pensando que le dejaste, y si está llorando y todo eso (Paula, Misiones).

Me gustaría salir con mis amigas, pasear, sinceramente me siento encadenada. (Cathy, dos hijos, GBA)

Otras entrevistadas, en cambio, relativizaron el tema de las salidas ("no busco salir"; "tampoco antes salía mucho"; "a veces salía nomás con una amiga") o destacaron que la maternidad las ayudó a madurar o las protege, en cierto modo, de conductas socialmente reprobadas

¹⁷ Se entiende por violencia obstétrica aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales (Canevari Bedel, 2016).

Respecto de la relación con sus hijos/as, varias entrevistadas enfatizaron las dificultades que implica relacionarse con ellos y los sentimientos de enojo, frustración, cansancio e impotencia que el rol materno les genera en ocasiones. No sólo se ven afectadas la escolaridad y las salidas con amigas. La maternidad resulta un trabajo que demanda un esfuerzo físico y emocional para el que no están preparadas. Esta es una clara diferencia con lo que se observa cuando se habla de estos temas con adolescentes mayores (Gogna y Binstock, 2017). Una proporción de ellas (un tercio aproximadamente, según varias fuentes) reporta haber buscado el embarazo y considera a la maternidad una experiencia positiva en tanto es una fuente de reconocimiento social, autoestima y respeto por parte de la familia y la comunidad (Nauar Pantoja, 2003; López, 2006).

Conclusiones del estudio

El diagnóstico socio-demográfico, realizado en base a la información de las estadísticas vitales de la última década y del censo nacional de población 2010, muestra que la fecundidad precoz (1.8 por mil) se ha mantenido relativamente estable en los últimos veinte años. Las diferencias jurisdiccionales son marcadas siendo la tasa mucho más elevada que el promedio en aquellas provincias con mayores niveles de pobreza y vulnerabilidad social. El dato es muy preocupante. No sólo porque la maternidad antes de los 15 años conlleva mayor riesgo de morbi-mortalidad materna y perinatal (aunque la proporción de niños con bajo peso ha disminuido levemente en la última década), sino porque se trata de embarazos que pueden ser producto de abuso sexual o provenir de una relación sexual consensuada, en la que la niña no conocía las consecuencias o conociéndolas, no pudo prevenirlas.

En efecto, el análisis cualitativo arroja un panorama muy similar al de investigaciones que han explorado el contexto del embarazo y la vivencia de la maternidad precoz en otros países de la región (UNFPA, 2013; Planned Parenthood. s/f.)

Las historias recopiladas muestran que estos embarazos son el resultado del “entretejido” de un conjunto de factores: la pobreza, la aceptación de las uniones tempranas por parte de las familias y las comunidades, la incapacidad para mantener a

las niñas en la escuela, la violencia sexual, la falta de una educación sexual temprana que permita establecer relaciones de género más igualitarias y comunicar situaciones de abuso a adultos confiables, las dificultades para acceder a métodos anticonceptivos, a la anticoncepción de emergencia y a la interrupción legal del embarazo.

La mayor parte de esas niñas vivían en condiciones precarias antes del embarazo y la maternidad. En el marco de procesos de administración de justicia, algunas niñas fueron internadas en instituciones en las que sus necesidades básicas están cubiertas pero en los que la sensación de aislamiento y prisión puede ser difícil de sobrellevar. Aún cuando en solo dos de los veinte casos analizados el embarazo fue producto de violación, en los restantes aplica -en sentido amplio- la noción de embarazo forzado. Como señala el informe de CLADEM, frente a esta realidad es imperioso que los Estados implementen planes, políticas y medidas sociales para la prevención de los embarazos y las maternidades infantiles forzados y la adecuada sanción de la violencia sexual que los provoca (Chiarotti, coord., 2016)

Evitar la deserción escolar, garantizar la continuidad escolar de las adolescentes embarazadas, implementar la ESI desde el nivel inicial, abordar con las familias y comunidades muchos de los factores que están en la base de la maternidad precoz (la actitud pasiva y tolerante respecto de las relaciones en las que existe una brecha etaria significativa, la naturalización de la maternidad, etc.) son tareas imprescindibles. También lo es la abogacía y la capacitación del personal de salud respecto de los derechos y necesidades de niños, niñas y adolescentes (el conocimiento de la legislación vigente y del protocolo para la atención de los casos de aborto no punible). Una situación de gran vulnerabilidad, que requiere una atención especial, es la de las niñas y adolescentes indígenas que no tienen la posibilidad de ser comprendidas en su propio idioma. Resulta prioritario establecer alguna estrategia sistemática (por ejemplo, la formación e incorporación de agentes sanitarios bilingües) que permita “superar la barrera lingüística y acercar universos culturales muy distintos” (Menna, 2010).

Entre las recomendaciones para evitar y reducir los embarazos precoces, la OMS propone permitir a las adolescentes obtener servicios de aborto seguro (Chiarotti (coord.), 2016). De hecho esta medida, contemplada en nuestra legislación pero que enfrenta innumerables obstáculos, explica el descenso de la fecundidad precoz en países como Canadá, Inglaterra, Francia, Holanda y Suecia (Molina et al, 2007).

En síntesis, las políticas públicas para prevenir y disminuir los embarazos precoces deben focalizarse en dos grandes líneas de trabajo. La primera incluye la prevención del abuso sexual y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes menores de 15 años: educación sexual, acceso a anticonceptivos y acceso a la interrupción legal del embarazo. La segunda se centra en la sanción penal por la violencia sexual. Ello requiere la realización de campañas e intervenciones destinadas a visibilizar la problemática del abuso y desnaturalizar la violencia y que el Estado actúe con eficacia y celeridad frente a denuncias de abuso sexual y brinde protección integral a las víctimas.

Referencias bibliográficas

ASUMEN (Alianza Argentina para la Salud de la Madre, Recién Nacido y Niño). S.f. *Llegar tarde en los embarazos tempranos: una emergencia social* [Disponible en: http://www.asumen.org.ar/pdf/ASUMEN_Embarazo_temprano_enero_2012.pdf]

Bianco, M. y Correa, C. (2016). Situación del matrimonio o convivencia infantil en Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer.

Binstock, G. (2016). Maternidad adolescente en Argentina: Factores asociados en contextos sociales vulnerables. Ponencia a ser presentada en VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Foz de Iguacu, 17 a 22 de octubre 2016.

Binstock, G. y Gogna, M. (2014) Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina. En: Cavenaghi, S. y Cabella, W., editoras. Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa. Serie e-Investigaciones. N° 3. Río de Janeiro: FNUAP – ALAP; p 167-185.

Binstock, G. y Pantelides, E. A. (2005). La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico. In: M. Gogna (Coord.), Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas, CEDES/ UNICEF/ Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires: 77-112.

Canevari Bledel, C. (2016) El marco legal de la violencia obstétrica: derechos y reverses. Trabajo presentado a las XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Salud, sexualidades y derechos: cruces entre investigación, políticas y prácticas.

Chiarotti, S. (coord.) (2016). Niñas madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe. Balance regional. CLADEM.

Giusti A y Pantelides E A, 1991. Fecundidad en la adolescencia. República Argentina 1980-1985. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social, Dirección de Estadísticas de Salud, Serie 8 N° 11.

Gogna, M. y G. Binstock (2017). “Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas” en: Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, 13 (1): 63-72.

Jejeebhoy, S. and Bott, S. (2003). Non Consensual sexual experiences in young people: A review of the evidence from developing countries. Population Council.

López, E. (2006). “La fecundidad adolescente en la Argentina: desigualdades y desafíos” en Encrucijadas, Revista de la Universidad de Buenos Aires. 39: 24-31.

Menna, F. (2010). La mujer indígena en la Argentina: un nuevo sujeto que emerge en la agenda pública. Trabajo presentado en el Congreso Internacional Las políticas de equidad de género en perspectiva: nuevos escenarios, actores y articulaciones. Área Género, Sociedad y Política. FLACSO.

Molina C., Temístocles Molina, G. y González A., E. (2007). Madres niñas-adolescentes de 14 años y menos. Un grave problema de salud pública no resuelto en Chile En: Revista Médica Chile N° 135: 79-86

Nauar Pantoja A. L. (2003). “Ser alguém na vida”: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. Cad. Saúde Pública. N° 19 (Sup. 2): S335-S343.

Organización Mundial de la Salud (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento [Disponible en: <http://www.durga.org.es/webdelparto/images/oms-fortaleza.pdf>]

Pantelides, E. A. Fernández, M. y Marconi, E. (2014). Maternidad temprana en la Argentina. Las madres menores de 15 años. Trabajo aceptado para su presentación en las XIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Salta, Argentina- 16 al 18 de septiembre. Buenos Aires: CENEP- Ministerio de Salud.

Planned Parenthood. S/f. Vidas Robadas: Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años.

Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo (2010). Embarazos en niñas y adolescentes. Arch Argentina Pediatría.108(6):562-565.

UNFPA (2005) Equipo de Apoyo Técnico de América Latina y el Caribe. Capacitación en derechos y salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. México DF.

UNFPA (2013). Williamson, N. et al. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. UNFPA.

UNICEF (2016). Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Buenos Aires.

Zamberlin, N. (2013). Reducción de riesgos y daños asociados al aborto inseguro. II Conferencia Subregional CLACAI Cono Sur. El aborto en el Cono Sur: Avances hacia el acceso al aborto seguro y legal. Buenos Aires, 4 y 5 de noviembre. FUSA CLACAI.