

Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales

J. Madrid Gutiérrez⁽¹⁾, A.L. Hernández Cordero⁽²⁾, A. Gentile⁽³⁾, L. Cevallos Platero⁽⁴⁾. ⁽¹⁾Médico. Máster en Salud Pública y Director del Centro Joven del Ayuntamiento de Madrid. ^(2,3)Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, Universidad de Zaragoza. ⁽⁴⁾Socióloga.

Fecha de recepción: 7 de febrero 2019

Fecha de publicación: 28 de febrero 2019

Adolescere 2019; VII (1): 39-47

Resumen

En este artículo vamos a acercarnos a embarazadas y madres adolescentes desde una perspectiva cualitativa, es decir desde la voz de estas mismas jóvenes en primera persona. A través del análisis de varios estudios como los realizados en el Centro Joven de Madrid; la Federación de Planificación Estatal (FPFE) y el Centro Reina Sofía de la Fundación de ayuda contra la drogadicción (FAD) expondremos las claves para conocer los factores relacionados con el embarazo adolescente y las recomendaciones para conseguir una menor vulnerabilidad del mismo en el camino de los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia y la juventud.

Palabras clave: Adolescentes; Embarazo; Maternidad; IVE; Investigación cualitativa.

Abstract

In this article we are going to approach adolescent pregnancy from a more qualitative perspective, meaning directly from that of the adolescent girls. Through the analysis of various studies from the *Centro Joven* de Madrid, the *Federación de Planificación Estatal (FPFE)* and the *Centro Reina Sofía de la Fundación de ayuda contra la drogadicción (FAD)* we will present the necessary tools in order to know all the factors related to adolescent pregnancy and the recommendations to reduce vulnerability towards it, on the way towards sexual and reproductive rights during adolescence and youth.

Key words: Teenagers; Pregnancy; Maternity; IVE; Qualitative research.

“Aunque sí es muy cierto que una generación puede aprender mucho de las que le han precedido, no es menos que nunca le podrán enseñar lo que es específicamente humano. En este aspecto cada generación ha de empezar exactamente desde el principio, como si se tratase de la primera, ninguna tiene una tarea nueva que vaya más allá de la precedente ni llega más lejos que ésta a no ser que haya eludido su tarea y se haya traicionado a sí misma. Lo que yo considero como genuinamente humano es la pasión, en la que cada generación comprende plenamente a las otras y se comprende a sí misma. De modo que ninguna generación ha enseñado a otra a amar, ni ninguna ha podido comenzar desde un punto que no sea el inicial, y ninguna ha tenido una tarea más corta que la precedente” (Kierkegaard 1843).

El mundo afectivo-sexual de adolescentes y jóvenes

El uso de medidas de protección contra el embarazo no planificado (ENP) y las infecciones de transmisión sexual (ITS) en la adolescencia están condicionadas por la especificidad de sus relaciones afectivas y emocionales, algunas dificultades en el manejo de métodos anticonceptivos (MA), déficit en la educación sexual y reproductiva y problemas para manejar los recursos sanitarios, entre otros⁽¹⁾⁽²⁾.

En nuestra experiencia profesional observamos algunas características de los nuevos comportamientos sexuales que hace falta tener en cuenta para dar respuesta a las intervenciones con adolescentes:

- La mayor presión social en los y las jóvenes hacia una rápida iniciación de las relaciones sexuales coitales (15-16 años de "media", antes en la población de origen latino).
- Una apertura a una mayor iniciativa femenina en el ámbito de las relaciones personales y sexuales.
- La ampliación de las relaciones sexuales de unos modelos muy focalizados en el coito a unos modelos en los que el juego sexual está más abierto.
- La búsqueda de la satisfacción y el placer en el desarrollo de la relación sexual.
- El incremento de la complejidad de las relaciones heterosexuales en los jóvenes con la creciente afirmación de una sexualidad más lúdica y desvinculada del compromiso en relación con las generaciones anteriores.
- Un marco social más abierto y comprometido con la diversidad sexual con desarrollo de leyes contra la homofobia, los delitos de odio y la visibilización de los derechos del colectivo LTGBQ.

La información sobre SSR, incluida la información sobre anticoncepción, no está integrada en las vidas de los y las jóvenes, ni en sus experiencias

De los estudios realizados por el Observatorio de la Mujer con entrevistas a jóvenes, padres y madres, profesionales sanitarios y de la educación se puede deducir que la información sobre salud sexual y reproductiva (SSR), incluida la información sobre anticoncepción, no está integrada en las vidas de los y las jóvenes, ni en sus experiencias. Otro resultado de estudio cualitativo es que el papel que están jugando actualmente los adultos en la prevención de los ENP y de la transmisión de las ITS es insuficiente. En el medio familiar, la sexualidad es uno de los temas menos hablados y conversados mientras que la educación afectivo-sexual ha desaparecido prácticamente del sistema educativo reglado⁽³⁾.

Embarazos y maternidad en la adolescencia como problemas de salud pública

La maternidad adolescente se entiende como un factor que altera o debilita los itinerarios normalizados de desarrollo personal e inserción social de una joven

La maternidad adolescente se entiende como un factor que altera o debilita los itinerarios normalizados de desarrollo personal e inserción social de una joven. Asimismo, en general, se hace hincapié en su falta de autonomía e independencia o en su incapacidad práctica para asumir el embarazo y la crianza de un niño en condiciones idóneas. Por ello, la literatura especializada se preocupa por estudiar las causas que pueden provocar la maternidad antes de los 20 años y las consecuencias que este evento desencadena en la vida de las adolescentes y en sus hijos, a nivel físico, psicológico, social y económico⁽⁴⁾. Los significados y las representaciones de la maternidad dependen de las influencias sociales, económicas y culturales, es decir, de las tradiciones, de las costumbres y de los valores en un periodo histórico determinado, que definen el contexto dentro del cual cada mujer produce y lleva a cabo el embarazo y donde luego ejerce las tareas de cuidado y crianza.

Las sociedades occidentales perciben mayoritariamente el embarazo adolescente como un problema grave. Ser madre en esa etapa vital significa asumir de manera errónea y/o equivocada un rol adulto de gran responsabilidad, que a su vez implica un reajuste identitario profundo que las chicas deben asimilar y desempeñar rápidamente. Por eso, la maternidad no debería producirse en las menores de edad bajo ninguna circunstancia, independientemente de cuáles sean sus situaciones personales, familiares y sociales⁽⁵⁾. La identidad adolescente se entiende como intrínsecamente antagónica a la identidad maternal: la adolescencia se representa en el imaginario colectivo como una etapa de auto-observación y de autoconocimiento, mientras que la maternidad es más bien una etapa de dedicación, atención y responsabilidad hacia otra persona que depende principalmente de su progenitora. Es posible, pues, que la joven desempeñe una identidad maternal que es vivida por ella y percibida por los demás de forma distinta, alejada de la identidad maternal común, predominante y normalizada.

La maternidad adolescente está asociada con diversos factores negativos referidos a la joven, como por ejemplo el descuido personal, la promiscuidad sexual, la marginación social, el fracaso escolar y la desestructuración familiar

La maternidad adolescente está asociada con diversos factores negativos referidos a la joven, como por ejemplo el descuido personal, la promiscuidad sexual, la marginación social, el fracaso escolar y la desestructuración familiar. Además, se le reprocha una doble falta: no haber sido capaz de tener una relación sexual segura y tampoco de evitar que se produjera el embarazo. El mismo deseo de ser madre por parte de las adolescentes se concibe generalmente como "inapropiado", fruto de su inconsciencia, inmadurez o ignorancia ligadas a unas carencias educativas y socio-económicas graves. Aceptar y procesar el embarazo y la maternidad es complicado para una adolescente porque se expone a esta presión social y, al mismo tiempo, debe experimentar una re-significación profunda de sí misma y de su relación con los demás. Desde el principio del embarazo, ella redefine sus trayectorias biográficas y sus

estrategias de inserción social. Esta chica se encuentra en un momento complicado de su formación porque aún no ha acabado el ciclo escolar obligatorio y sigue dependiendo de su familia de origen. Se le hace difícil conciliar el seguimiento regular de las clases con una gestación en curso, por cuestiones relativas a su cuidado físico y anímico, al propio pudor de adolescente que se encuentra en un estado evidentemente distinto respecto a lo de sus coetáneas y, por ende, a los juicios ajenos que las pueden molestar o, incluso, mortificar.

La auto percepción de la joven embarazada, como también su cotidianidad y su proyección en el corto y largo plazo, cambian notablemente porque son muchas las novedades que le toca manejar: sus condiciones físicas y psicológicas mutan inexorablemente, el desarrollo de sus compromisos formativos, familiares y relacionales como adolescente se ven afectados y sus vivencias habituales (horarios, tipo de ocio y de consumos, relaciones con el grupo de pares, etc.) se reconfiguran drásticamente al mismo tiempo que se redefine tal y como los demás (familiares, grupo de pares, otros adultos en general) la ven y se relacionan con ella.

Estamos convencidos de que la maternidad adolescente no es un problema personal, donde la supuesta falta de competencia venga explicada únicamente por la edad de la madre; el principal problema que representa la transición a la maternidad en la adolescencia es, sin duda, la escasez de recursos con los que habitualmente estas chicas cuentan. De este modo podemos decir que el contexto social y familiar, donde se satisfacen o se frustran los proyectos personales, con la falta de apoyo afectivo, la presencia o no de recursos específicos, el acceso a información, orientación y acompañamiento sobre las posibles decisiones a tomar, y los juicios morales sobre el potencial resultado del embarazo, afectan a las chicas tanto o más que las mismas consecuencias biológicas de haber tenido un embarazo⁽⁶⁾.

El principal problema que representa la transición a la maternidad en la adolescencia es la escasez de recursos con los que habitualmente estas chicas cuentan

Las interrupciones voluntarias del embarazo desde una perspectiva bioética

En 2013 pusimos en marcha una investigación cuyo análisis se ha desarrollado hasta 2016. Su título es *Autonomía y confidencialidad en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en adolescentes de 16 y 17 años*. El Servicio Madrileño de Salud, el Centro Joven del Ayuntamiento de Madrid, la Universidad Complutense de Madrid y la Clínica El Bosque⁽⁷⁾ comenzamos este estudio para visibilizar la importancia de que las adolescentes tomen la decisión de interrumpir un embarazo de manera autónoma. La investigación aborda factores como la confidencialidad a la hora de tomar una decisión tan importante como lo es interrumpir un embarazo en la adolescencia.

En 2014, La Asociación de Clínicas Acreditadas para la IVE (ACAI) realiza un estudio en 22 clínicas autorizadas de interrupción de embarazo de España, en el que se muestra que la mayoría de las adolescentes de 16 y 17 años que acuden a una clínica para abortar lo hacen en compañía de alguno de sus padres. Las razones que se presentan en este estudio, por las cuales las adolescentes no han informado a sus progenitores, se encuentran incluidas entre las siguientes: "conflictos graves, violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, y situaciones de desarraigo o desamparo". Comparando con países de la Unión Europea se puede observar que España se encuentra entre los países que tienen una legislación más restrictiva, situando la edad de consentimiento para interrumpir un embarazo en la mayoría de edad (18 años)⁽⁸⁾.

Como se concluye en la tesis "Los adolescentes como actores en el espacio sanitario": "Resulta imprescindible acabar con el doble discurso que existe respecto de los adolescentes, por el cual de un lado se potencia su responsabilidad (en ámbitos laborales, penal, civil) y, de otro, se niegan espacios al ejercicio de la misma, amparándose en una errónea o al menos dudosa valoración de su vulnerabilidad"⁽⁹⁾.

Este cuestionamiento se hace evidente en la IVE, cuando se considera que las adolescentes no son lo suficientemente maduras como para poder tomar una decisión sobre el hecho de abortar, pero sí lo son para ser madres.

El estudio plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿es importante el respeto a la confidencialidad para la toma de decisión responsable de la IVE en las jóvenes de 16 a 18 años?. Como objetivo general se formula el siguiente: conocer los factores que influyen en la toma de decisiones prudentes y responsables en la IVE de las jóvenes de 16 a 18 años, con especial atención a la confidencialidad. Y de éste emanan los siguientes objetivos específicos:

- Conocer la vivencia e importancia de las adolescentes acerca de la confidencialidad.
- Conocer otros factores que pueden influir en la toma de decisiones.

Acabar con el doble discurso que existe respecto de los adolescentes, por el cual de un lado se potencia su responsabilidad (en ámbitos laborales, penal, civil) y, de otro, se niegan espacios al ejercicio de la misma

- Explorar su conocimiento acerca de la nueva ley de salud sexual y reproductiva y de la IVE y su aceptación e influencia.

En relación a la primera fase, las adolescentes mencionan que en algunos casos no se lo han contado a sus padres por el miedo a defraudarlos. En cuanto a figuras relevantes durante la toma de decisión y la IVE, se extrae de sus discursos que en primer lugar se encuentra la madre, seguida de cerca de los progenitores. Hay que resaltar que el padre es el gran ausente en las entrevistas. Otras figuras importantes para las adolescentes son las parejas, las hermanas y las amigas. Una vez más esta investigación constata que el peso de la sexualidad y concretamente de la parte reproductiva recae casi siempre en mujeres.

Las relaciones en general, ya sean de noviazgo, amistosas, maternas, paternas, no mejoran o empeoran por el hecho en sí de la IVE, sino que este suceso potencia o estimula lo que ya existía. Es decir, las relaciones basadas en la confianza se vuelven más fuertes, por el contrario las relaciones violentas se vuelven aún más destructivas. Como ocurre en muchas problemáticas sociales, como puede ser el caso del aborto o de la violencia de género, las medidas y las políticas se concentran en las consecuencias de ese problema. La consecuencia es la interrupción voluntaria de embarazo y no se atiende a las causas, como lo es la educación sexual integral desde la infancia, carencia que todas las entrevistadas manifiestan.

La Ley 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de la IVE, y su reforma posterior en lo que se refiere a las adolescentes, excluye a las chicas con situaciones de vulnerabilidad personal y social y en muchas ocasiones retrasa o impide la decisión de abortar. Las entrevistadas consideran como factor de protección el hecho de que la ley garantice la confidencialidad, sobre todo en situaciones donde exista mala relación con los padres. En 2015 esta posibilidad deja de existir y actualmente este derecho se encuentra debilitado por la Ley 11/2015⁽¹⁰⁾.

Todas las adolescentes entrevistadas reconocen la confidencialidad como un elemento esencial a la hora de tomar la decisión de interrumpir un embarazo y se sienten perfectamente capaces de decidir con autonomía. Disponer de estos dos componentes durante el proceso de la IVE les permite vivir esta opción como una experiencia de crecimiento personal, donde aprenden a tomar decisiones y alcanzan una madurez consciente.

Es necesario, por tanto, un enfoque de derechos y de género que garantice el acceso al derecho fundamental de decidir en qué momento tener hijos/as en condición de igualdad con las mujeres adultas. Todo esto tiene sentido si consideramos la maternidad como una decisión libre y autónoma, nunca como una imposición, porque este acontecimiento incidirá en todos los ámbitos de la vida de la mujer, y más aún en la época de la adolescencia, cuando el proyecto vital está en plena construcción.

Es necesario un enfoque de derechos y de género que garantice decidir cuándo tener hijos en condición de igualdad con las mujeres adultas

Factores que influyen en el embarazo de adolescentes y jóvenes

La Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE) realizó en 2012 un estudio sobre "Los factores que influyen en el embarazo de adolescentes y jóvenes" con 25 entrevistas en profundidad dirigidas a chicas tanto de origen autóctono como latinoamericano, con una edad media de 20 años⁽¹¹⁾. En las experiencias de estas adolescentes y jóvenes son significativos aquellos factores relacionados con su situación social (ocupación, proyectos personales, vivencia de ese momento en términos de satisfacción), las competencias socio-sexuales de las que disponen, la relación afectivo-sexual que mantenían en ese momento, el rol de género y los juegos de identidad.

Se evidencian muchos elementos de desigualdad de género, entre los cuales cabe mencionar las experiencias de violencia de género normalizadas en sus relaciones, como por ejemplo: sentirse desinformadas o manipuladas sobre las consecuencias de algunas prácticas sexuales; sentirse despreciadas si no acceden a mantener relaciones sexuales coitales, y en muchos casos sin preservativo; sentirse forzadas a terminar la relación sexual eyaculando dentro de la vagina, ante la negativa del varón a interrumpir el coito cuando se le pide; sentirse engañadas cuando el varón ha eyaculado dentro de la vagina sin su consentimiento, y les ha mentado al respecto⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

En cuanto a los elementos culturales distintivos de las chicas de origen latinoamericano, se desprende de sus vivencias que los puntos más diferenciales tienen que ver con menores redes afectivas y, en ocasiones, profundas vivencias de soledad en su cotidianeidad, una particular presión de género, un contexto familiar con tensiones ligadas al proceso migratorio, mayores expectativas

sobre su emancipación exitosa, y pautas distintas de transición a la vida adulta que las autóctonas españolas⁽¹¹⁾⁽¹³⁾.

A lo largo de las entrevistas las jóvenes explicitan algunas demandas sobre información y orientación afectivo-sexual, coincidente con otros estudios (centro joven)^(1,12,16):

- Información sobre anticonceptivos, embarazo, fertilidad, aborto, paternidad y maternidad.
- Información sobre placer sexual.
- Capacitación en materia de género y empoderamiento personal.
- Recursos con horarios amplios todos los días de la semana.
- Atención individualizada y espacios grupales de intercambio.
- Profesionales jóvenes con fuertes habilidades de comunicación interpersonal con jóvenes.
- Desarrollo de materiales gráficos y audiovisuales innovadores.
- Desarrollo de blogs, páginas webs, consultas online y líneas de atención telefónicas.
- Fomento de metodologías de intervención participativas.
- Mejora en la difusión y distribución de productos y materiales informativos existentes.

En relación al sistema educativo, tal y como se recoge en la “Carta de Derechos sexuales y reproductivos” de la FPFE y en la Ley de Salud Sexual y Reproductiva de 2010, la educación sexual debe incluir a toda la comunidad educativa: familias, profesores, profesionales educativos, sanitarios, sociales, monitores, etc. La educación reglada tiene que estar incluida en el currículo escolar, llevar un carácter científico y ser impartida por profesionales. Una visión amplia de la educación incluye no solo los aspectos reproductivos, sino también la comunicación, el placer, la autoestima y la negociación⁽¹⁴⁾. Asimismo, habrá que adoptar una perspectiva de género para confutar los mitos y los tabúes existentes en las distintas culturas sobre prácticas y opciones sexuales y reproductivas que dificultan el disfrute de la sexualidad, para deslegitimar la carga cultural negativa que establece prohibiciones o presiones sociales sobre las distintas opciones reproductivas, para incorporar la diversidad cultural, biográfica y sexual a través de un enfoque formativo adecuado, fomentando además la corresponsabilidad de los jóvenes en las relaciones sexuales y en la paternidad.

El déficit institucional en el ámbito sanitario se debe a varios factores: una concepción médica reduccionista de la salud sexual y reproductiva donde se desconoce el enfoque de derechos, la falta de formación específica de profesionales de atención primaria, pediatría y ginecología, y la escasez de tiempo y recursos humanos para los servicios socio-sanitarios básicos. Este déficit institucional empieza por la escasez de recursos específicos para la población juvenil, por lo que existe una clara necesidad de un mayor número de “consultas jóvenes”. De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) debería existir una red de centros de atención a la sexualidad que respondiera a la proporción de 1 centro por cada 100.000 jóvenes entre 15 y 24 años⁽¹⁵⁾.

Se debería garantizar la existencia de servicios específicos que ofrezcan una atención integral, adecuada a la salud de los jóvenes con el objetivo de favorecer decisiones informadas y autónomas, no basadas en un modelo autoritario ni paternalista. Esto implica servicios con un funcionamiento diario, abiertos en fin de semana prestando atención gratuita; servicios de proximidad accesibles, que cuenten con horarios amplios y fijos; servicios amigables donde la confidencialidad y el anonimato esté garantizada; donde la situación administrativa (tener o no tener papeles) de las jóvenes no sea un impedimento para acceder al recurso; y profesionales formados para la atención a jóvenes. Existen algunos ejemplos en los que apoyarse con mucha experiencia, como el Centro Joven de Madrid Salud y los CJAS de Barcelona, Madrid, Albacete de la FPFE⁽¹⁶⁾.

A lo anterior podemos añadir la importancia de dar voz a las y los jóvenes para que expresen y formulen sus necesidades y demandas, potenciando un asociacionismo que parta del respeto de su autonomía e impulse nuevas redes de apoyo o auto-apoyo entre ellos/ellas. Esto podría ayudar a mitigar los sentimientos de soledad de muchas jóvenes y su necesidad de contar con mayores referentes afectivos con los que compartir sus experiencias.

Narrativas de madres adolescentes: el estudio del Centro Reina Sofía

En 2017 la antropóloga Ana Lucía Hernández y el sociólogo Alessandro Gentile coordinaron el estudio *Relatos de Madres adolescentes en la España actual* patrocinado por el Centro Reina Sofía sobre

Se debería garantizar la existencia de servicios específicos que ofrezcan una atención integral, adecuada a la salud de los jóvenes con el objetivo de favorecer decisiones informadas y autónomas, no basadas en un modelo autoritario ni paternalista

Adolescencia y Juventud de Madrid, por la Dirección General de Igualdad y Familias del Gobierno de Aragón y por el Grupo de Estudio sobre la Sociedad del Riesgo de la Universidad de Zaragoza⁽⁴⁾. Esta investigación se fundamenta en una aproximación cualitativa a la maternidad adolescente, analizando la experiencia materna de 32 jóvenes españolas entre 18 y 29 años de edad (18 de ellas residentes en Madrid y las restantes 14 en Zaragoza) que durante su adolescencia se quedaron embarazadas y dieron a luz a su primer hijo.

En las entrevistas se registran sus relatos sobre el proceso que les ha llevado a ser madres: desde sus primeras relaciones afectivo-sexuales, hasta el embarazo, para luego pasar al momento del parto, a la activación del rol materno y a su nueva situación personal, familiar y social. Se da cuenta de sus puntos de vista en relación a cómo ellas se activan y adquieren confianza para conciliar su maternidad con las demás esferas personales, familiares y relacionales, con sus vivencias cotidianas y con su identidad como jóvenes y como mujeres. Entre las entrevistadas, 21 eran españolas autóctonas (4 de etnia gitana) y 11 nacionalizadas españolas, 9 de las cuales son de origen latinoamericano y otras 2 de origen africano. Estas entrevistadas han llevado a cabo su gestación entre 2005 y 2016, cuando: 2 de ellas tenían 14 y 15 años de edad; 6 tenían 16 años; otras 7 con 17 años; 13 con 18 años; y 4 acababan de cumplir 19 años.

Todas las participantes han tenido un embarazo –accidental o voluntario– resultante de unas relaciones con hombres mayores que ellas. En 12 casos sus parejas eran coetáneos (más mayores, pero solo con una diferencia de pocos meses) o menores de 20 años cuando nació su hijo o hija, y en otros 20 casos sus parejas tenían entre 20 y 28 años. Por lo que se refiere a la nacionalidad de estos hombres, 21 eran españoles (de los cuales 5 de etnia gitana y 2 nacionalizados originarios de América Latina) y 11 extranjeros (9 latinoamericanos, un rumano y un gambiano). Las parejas estaban constituidas de la siguiente manera: 15 parejas españolas, 9 parejas mixtas y 8 parejas de chicas nacionalizadas. De todas las entrevistadas 17 quedaron embarazadas de su primer novio y primera pareja sexual, mientras que 15 han mantenido relaciones sexuales con otras personas antes de ser madres.

Según sus testimonios, todas conocían y tenían acceso a métodos anticonceptivos modernos antes de tener el embarazo. Solamente una entrevistada declara haber perdido la virginidad en una relación no consentida, cuando además no sabía nada sobre prevención de embarazos e ITS. En cuanto al uso de estos métodos, sus prácticas antes de su primer embarazo son heterogéneas: 10 de ellas no utilizaban ningún método (2 por imposición de la pareja); 6 nos cuentan que su uso era ocasional e irregular; 12 se protegían siempre con sus primeras parejas pero posteriormente, a principios de la relación con el padre de sus hijos, 9 dejaron de usar cualquier método (entre ellas 2 chicas gitanas que decidieron prescindir del preservativo cuando se casaron con sus novios), 2 los utilizaban de forma intermitente y 1 chica, que siempre se protegía, sufrió una violación; otras 4 declaran que siempre utilizaban el preservativo y las píldoras anticonceptivas pero ambos métodos les fallaron.

La IVE ha sido experimentada por 4 chicas de nuestra muestra, 2 de las cuales antes de haber parido a su primer bebé, las otras 2 cuando ya eran madres, de éstas 1 acudió a la IVE en dos ocasiones. Destaca un quinto caso, referido a una chica que sufrió un aborto provocado por el maltrato físico de parte del padre de su primer hijo. Con respecto al número de hijos, al momento de la entrevista 22 de ellas siguen con la crianza de su único hijo, 9 tienen 2 hijos (incluyendo una chica con gemelos) y 1 tiene 3 niños.

En esta muestra 12 chicas mantienen una relación con el padre de sus hijos hasta la fecha, de las cuales 5 formaron una familia juntos y 7 viven en casa de los progenitores, suyos 3 o de su pareja 4, como es el caso de la única entrevistada que se ha casado. Las que han formado un hogar con otra pareja que no sea el padre biológico de sus hijos son 5, mientras que las restantes 15 son oficialmente solteras, de las cuales 7 ahora están en su familia de origen, viviendo con al menos uno de los progenitores, 5 se encuentran bajo la tutela administrativa de las autoridades locales y autonómicas, con domicilio en una residencia maternal, pública o privada, y 3 constituyen hogares mono-parentales de madre por su cuenta. Las 4 entrevistadas gitanas se incluyen en esta distinción por tipo de residencia y estado civil, sin embargo las características específicas de sus emparejamientos merecen una aclaración: todas se han unido con el padre de sus hijos a través del rito matrimonial gitano, ahora solamente una sigue con su marido; de las otras 3, una vive con su hijo en casa de sus progenitores, otra vive sola con su hijo en un piso de alquiler y la última está en una residencia maternal privada.

Las chicas que no acabaron los estudios obligatorios son 11, otras 13 finalizaron su etapa escolar con el título de la ESO, 2 completaron el Bachillerato y 3 la Formación Profesional de Grado Medio, 1 está terminando estudios superiores de teatro y danza y las restantes 2 acaban de empezar a cursar un Grado de Primer Ciclo en la Universidad. El embarazo significó para 14 de ellas interrumpir su formación y abandonar el centro escolar que estaban frecuentando, 1 lo hizo porque el colegio (concertado) le

impidió finalizar su último año de Bachillerato, otras 6 han podido retomar los estudios; 9 declaran haber dejado el Instituto antes de quedar embarazadas, mientras que las otras 9 continuaron estudiando.

Por lo que se refiere a su situación laboral, 13 están actualmente en paro y declaran no haber tenido nunca un empleo de calidad, aunque han estado buscándolo con insistencia; 6 no han trabajado nunca; 12 han firmado contratos de corta duración, que definen como “precarios”, en sectores poco cualificados de servicios, con experiencias previas al umbral de la economía sumergida; y solo una de ellas trabaja con contrato indefinido en el negocio familiar.

Gracias a sus relatos se han podido destacar seis formas de percibir, vivir y representar la maternidad adolescente. Las primeras tres narrativas ponen el énfasis en las circunstancias previas que han originado el embarazo. Las segundas tres hacen hincapié en los significados que ellas atribuyen a su rol materno y a un proyecto individual (emancipatorio) y familiar (de pareja) de cara al futuro. Durante el proceso de análisis hemos asociado diversos testimonios a cada uno de estos marcos interpretativos de la maternidad adolescente basándonos en los contenidos comunes de sus planteamientos discursivos y en la similitud de sus historias personales y circunstancias socio-familiares.

1) “La maternidad intencional dentro de un proyecto de pareja”. En este primer marco interpretativo se recuperan las experiencias de 5 chicas que llegan a ser madres de forma intencional, para responder al deseo compartido con su pareja de formar una familia juntos. La maternidad explicada desde este punto de vista se entiende como un proyecto de vida y una proyección de futuro a partir de la cual será posible, tanto para ella como para sus hijos, disfrutar del calor de un hogar propio, que no tuvieron durante su infancia. Las participantes que mantienen este discurso asumen la maternidad como una forma de completar su identidad: antes de convertirse en madres se consideran “insatisfechas” e “incompletas” como mujeres, pero una vez que se embarazan y pasan por la experiencia del parto se reconocen como personas ya maduras y responsables: esto significa que, según ellas, transitan a la vida adulta a través de su maternidad. Añoran embarazarse en su primera etapa adolescente, en una fase vital caracterizada por la desorientación y la incertidumbre en el rumbo a seguir, pero también en la cual todas las alternativas parecen posibles. Elementos contextuales como las crisis familiares o la difícil integración en sus grupos de pares, junto con la intensidad y la ilusión del primer enamoramiento, impulsan la transformación de este anhelo personal en un acto intencionado. La maternidad llega porque creen que un niño y un hogar propio les ayudarán a resolver o a cancelar las situaciones incómodas que estaban viviendo. Al contrario, parece que las están complicando aún más, aunque no lo reconozcan en sus entrevistas.

2) “La maternidad como consecuencia de pautas culturales o de problemas familiares”. La maternidad adolescente se interpreta como la consecuencia de unos factores contextuales que influyen en las conductas afectivo-sexuales y reproductivas de las entrevistadas. Es este el caso de 4 chicas de etnia gitana, que asumen el embarazo temprano en el marco de unas pautas socio-culturales propias de su entorno, y de otras 3 entrevistadas con desventajas sociales adscritas a sus familias de origen que, en cambio, lamentan la llegada del hijo como un problema irremediable. En estos últimos 3 casos, el problema no radica en los embarazos en sí, sino en las condiciones de inestabilidad familiar y emocional que hacen de telón de fondo de un proceso precoz de crecimiento, saltándose las etapas de su desarrollo vital para convertirse en madres y adultas “antes de tiempo”. Su maternidad no les genera unos riesgos específicos de exclusión, sino más bien es un indicador, y una consecuencia, de las situaciones de precariedad, marginación y de falta de atención en las que ellas se encuentran. Por otra parte, para las 4 participantes de etnia gitana que se reconocen en este planteamiento tener un hijo es una solución aceptable y viable, aunque no haya sido planificada ni deseada, para conseguir el reconocimiento y la integración social plena en su comunidad de pertenencia. Asumir el rol materno tempranamente les proporcionaría una oportunidad única y rápida para construirse una familia y tener una identidad (personal y social) más definida como mujeres, siguiendo una trayectoria biográfica muy similar a las que recorrieron sus madres y las demás mujeres de su grupo social cuando tenían su edad.

3) “La maternidad como efecto indeseado de una relación de pareja violenta”. Una variante de la perspectiva anterior es la que representa la maternidad adolescente como consecuencia de una situación de abuso y violencia, como relatan 4 entrevistadas del estudio. Las adolescentes que han tenido repetidos episodios de violencia en el seno de una relación de pareja presentan más riesgos de sufrir trastornos de la personalidad y problemas de salud mental, son más vulnerables a tener embarazos no planificados y están más expuestas a las ITS porque han mantenido relaciones no consentidas y sin protección. Todas las participantes que han padecido este tipo de relación relatan que el violador ha sido su primera pareja formal con la cual establecieron un vínculo de dependencia

afectiva que ellas confundieron con el “amor verdadero”. Con esos hombres, ya veinteañeros y más mayores que ellas, mantuvieron sus primeras relaciones sexuales completas. El embarazo ha sido un efecto indeseado de unos encuentros que no siempre se mantenían de forma consentida, ni en los tiempos (él decidía cuándo tener una relación) y tampoco en las formas (él decidía si utilizar el preservativo o no). Estas chicas decidieron por su cuenta seguir con el embarazo, sin saber que el hijo se iba a transformar en la nueva víctima de la violencia y en un pretexto utilizado por su pareja para endurecer su acoso físico y psicológico en contra de ellas.

4) “La maternidad como una experiencia de redención vital”. En esta cuarta narrativa se reconocen aquellas madres adolescentes que proceden de contextos de grave vulnerabilidad social y que depositan en su maternidad unas esperanzas concretas para cambiar el rumbo de sus existencias. Convertirse en madres para ellas es la única oportunidad de mejora en sus trayectorias vitales que pueden cultivar en el futuro inmediato, para sentirse finalmente realizadas y amadas como mujeres adultas que han dado un giro positivo a sus historias personales. Así es el relato de 4 entrevistadas que no han planificado su maternidad pero, una vez que llega, la perciben como una estrategia de supervivencia ante unas perspectivas muy malas de incorporación social. Tener un hijo es una solución que consideran “racional” para conseguir unos objetivos de bienestar y una estabilidad difícilmente accesibles por otros medios. En algunos casos se dirigen a construir ese hogar armonioso que no han tenido nunca, subrayando siempre la comparativa entre un antes y un después del embarazo: el antes entendido como una vida de riesgos, violencias y desorden frente a un después caracterizado por la oportunidad de convertirse en adultas y regenerarse gracias a sus hijos. Es indiferente para ellas si tendrán que emprender este proyecto en pareja o en solitario, lo importante es darse cuenta de que la maternidad es una oportunidad para dar sentido a su porvenir.

5) “La maternidad como causa de problemas que trastocan una vida normal”. Los relatos que dan forma a este marco interpretativo hacen hincapié en los problemas a los que se enfrentan 8 entrevistadas cuando se convierten en madres. Creen que su maternidad es la causa de las dificultades que tienen que soportar, tanto a nivel físico como emocional, psicológico y social. En particular, temen las consecuencias negativas que este acontecimiento puede tener en la consolidación de sus preferencias y proyectos personales, ya sea como jóvenes como adultas. Los peores efectos se refieren principalmente a la salida prematura de la escuela, a la aceleración de la primera unión de pareja, con el posible fracaso de sus incipientes relaciones afectivas, y a la entrada precaria al mercado de trabajo. Todo ello redundaría en una existencia caracterizada por muchos sacrificios y con una carga parental que frustra su afán de autonomía, independencia y libertad de elegir.

6) “La maternidad como causante de la consolidación de la pareja”. En este marco interpretativo se insertan las historias de cuatro jóvenes que han tenido un embarazo imprevisto pero que acaban enfrentándose a ello con su pareja sentimental. Después de un periodo de crisis y adaptación, los dos deciden empezar un proyecto de familia juntos, también por las presiones recibidas por parte de sus padres. La maternidad inicialmente es un elemento perturbador porque no ha sido planificado y porque acelera la transición a la vida adulta de los dos protagonistas de forma inesperada. La constitución de un hogar propio a través de la formalización de la pareja tiene el objetivo de garantizar una acogida segura para el niño que viene en camino. La razón por la cual estas entrevistadas optan por estrechar la unión con el padre de su hijo, e incluso pensar en casarse, es entonces el mismo embarazo, a pesar de que no haya sido intencional. Así la llegada de un hijo “antes de tiempo” se soluciona con un salto repentino de diversas etapas importantes en el desarrollo vital pautado de los dos y en la asunción de decisiones trascendentales para constituir una familia independiente, con una dedicación plena de la madre a la crianza infantil.

Una lectura positiva de la adolescencia permite entender de forma más acertada el proceso resiliente y proactivo que estas jóvenes ponen en marcha para seguir adelante con su rol materno y con su proceso de emancipación adulta a la vez

Reflexiones conclusivas

Las investigaciones que hacen hincapié en las narrativas de las jóvenes madres permiten enfocar la maternidad adolescente en su complejidad. En primer lugar, se logra una visión más comprensiva de este fenómeno que permite superar la disyuntiva analítica que lo describe solo como causa o como consecuencia de unas situaciones individuales y sociales negativas, tanto para esas madres como para sus hijos. En segundo lugar, se hace posible romper algunos prejuicios formulados desde la opinión pública y desde diversos ámbitos académicos y políticos que se adscriben a una perspectiva crítica de la adolescencia como etapa vital intrínsecamente problemática y deficitaria. A este propósito, en cambio, una lectura positiva de la adolescencia permite entender de forma más acertada el proceso resiliente y proactivo que estas jóvenes ponen en marcha para seguir adelante con su rol materno y

con su proceso de emancipación adulta a la vez. Con este análisis se consigue conocer las carencias y los márgenes de mejora en los recursos sociales, económicos y afectivo-emocionales a su alcance para calibrar mejor la intervención social desde las políticas públicas, ya sea para orientarlas en su formación de salud sexual y reproductiva, o más bien para acompañarlas y sostenerlas a lo largo del embarazo y en el ejercicio de su maternidad y de la crianza infantil.

Merced a estos estudios, entonces, los decisores políticos podrán contar con una "hoja de ruta" para plantear medidas eficaces dirigidas a embarazadas y madres adolescentes, porque conocerán de primera mano las necesidades que ellas mismas plantean y será así posible favorecer su inserción social integral, como también la de sus hijos y sus familias, además de fomentar la educación sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, sensibilizar sobre la conveniencia de mantener conductas afectivo-sexuales responsables en el marco de relaciones de pareja saludables y respetuosas, y prevenir el embarazo precoz como evento no planificado ni deseable.

Bibliografía

1. Madrid J. El preservativo entre los más jóvenes. *Evid Pediatr.* 2009.
2. Rodríguez Jiménez, M.J.; Brañas Fernández, P.; Rodríguez Molinero, L.; Curell Aguilà, N. Grupo de trabajo de sexualidad y ginecología de la SEMA. *Adolescere* 2015; III (3): 05-10.
3. Ministerio de Sanidad, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud-Observatorio de Salud de la Mujer. *La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes.* Madrid; 2007.
4. Ana Lucía Hernández Cordero y Alessandro Gentile (Coords.) 2017, "Relatos de madres adolescentes en la España actual", Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).
5. Perkal Rug, G. El embarazo adolescente. *Adolescere* 2015; III (2): 26-35.
6. Sánchez Hidalgo, J, y MV Hidalgo García. «Madres adultas y madres adolescentes. Un análisis comparativo de las interacciones que mantienen con sus bebés.» *Apuntes de Psicología*, Vol. 20, N° 2, 2002.
7. Cevallos, L. Autonomía y confidencialidad en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en adolescentes de 16 y 17 años. *TTFM del Máster de salud y género de la Universidad Complutense de Madrid.* 2017.
8. Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (ACAIV) (2014). *Mujeres de 16 y 17 años que no han podido comunicar a sus padres la interrupción de su embarazo. España.* Consultado el 30 de enero de 2019. Disponible en: <http://www.acaive.com/menores-de-16-y-17-anos-que-no-comunicaron-su-embarazo/publicaciones/>
9. Bórquez, B. (2014). *Del Objeto al Sujeto: Los Adolescentes como Actores en el Espacio Sanitario (tesis doctoral).* Universidad de Barcelona, Barcelona. Código Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de julio de 1889.
10. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo. <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-514.pdf>
11. FPFE (Federación de Planificación Familiar Estatal) (2012). *Factores que influyen en el embarazo de adolescentes y jóvenes. Aprendiendo de las experiencias de las jóvenes, Proyecto Europeo "Sexual Awareness Europe" (SAFE-II), Madrid.*
12. Antona, A. y Madrid, J. (2007). *Adolescencia, inmigración y violencia sexual. Informe SIAS*, 5, 95-104.
13. Bermúdez, M.P.; Castro, A.; Madrid, J. y Buela Casal, G. (2010). *Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 10, N°1, 89-103.
14. Hernández, M.D.; Madrid, J. *Educación para la salud aplicado a la educación sexual. En Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G, ed. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. Madrid: Ergón, 2012; 231-241.*
15. Goicolea, I.; Aguiló, E.; Madrid, J. *¿Es posible una atención primaria "amigable para los jóvenes" en España? Gaceta Sanitaria* 2015;29(4):241-243.
16. Madrid, J.; Antona, A. (2003). "Reflexiones a propósito de la atención a adolescentes y jóvenes en salud sexual y reproductiva desde un servicio municipal de salud", *Revista de Estudios de Juventud*, 63: 63-74.
17. Serrano, I. *Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. La experiencia del Centro Madrid Salud Joven. Pediatría Integral* 2009;XIII(3):213-220.

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. En relación con los nuevos comportamientos sexuales de los adolescentes es cierto que:**
 - a) Existe poca apertura de las mujeres a unas relaciones más igualitaria.
 - b) Existe una homofobia generalizada entre los adolescentes, en especial los varones.
 - c) La edad de inicio en las relaciones coitales está de media en los 17 años, algo más en las mujeres.
 - d) Existe una presión social hacia una rápida iniciación de las relaciones coitales, 15 a 16 años de media, antes aún en la población latina.
 - e) La sexualidad está vinculada al compromiso y a la formación de una pareja.

- 2. Respecto a la ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la IVE, es falso que:**
 - a) Define Salud reproductiva como la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona, que implica que se pueda tener una vida sexual segura, la libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos.
 - b) Se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida.
 - c) En el ámbito educativo promueve la prevención de embarazos no deseados, en el marco de una sexualidad responsable.
 - d) En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.
 - e) La IVE correrá a cargo de las mujeres, salvo en las menores de 18 años, si así lo solicitan.

- 3. Sobre las características que deben de tener los Centros Jóvenes que demandan las adolescentes es cierto que:**
 - a) Que ofrezcan una atención integral, adecuada a la salud de jóvenes con el objetivo de favorecer decisiones informadas y autónomas, y no basadas en un modelo autoritario ni paternalista.
 - b) Servicios con un funcionamiento diario, abiertos en fin de semana y que presten atención gratuita.
 - c) Servicios de proximidad que resulten accesibles y cuenten con horarios amplios y fijos.
 - d) Servicios amigables donde la confidencialidad y el anonimato esté garantizada.

- 4. ¿En cuáles de estas circunstancias NO puede darse un embarazo en edad adolescente?:**
 - a) Como efecto indeseado de una relación de pareja violenta.
 - b) Como consecuencia de una atención pediátrica inadecuada.
 - c) Como causa de problemas que trastocan una vida normal de la joven.
 - d) Como circunstancia propiciatoria para la consolidación de una relación de pareja.
 - e) Como experiencia de redención vital para una joven a riesgo de exclusión social.

- 5. En los estudios presentados emerge que un elemento esencial para las adolescentes embarazadas a la hora de tomar la decisión de interrumpir un embarazo es:**
 - a) La confidencialidad a lo largo de todo el trámite administrativo y sanitario para la IVE.
 - b) La opinión de la pareja.
 - c) La cercanía a la clínica donde se realiza la IVE.
 - d) La empatía del profesional sanitario que la atiende.
 - e) La posibilidad de regresar al centro escolar pronto tras la IVE.