

# Comportamiento en torno a la reproducción en la adolescencia. Acercamiento a sus condicionantes

## *Reproductive behavior in adolescence. An approach to its conditionants*

Recibido: 9 de diciembre de 2013

Aceptado: 17 de marzo de 2014

*Livia Quintana Llanio<sup>1</sup>, Yenisei Bombino Companioni<sup>2</sup>,  
Grisell Rodríguez Gómez<sup>3</sup>, Matilde Caridad Molina Cintra<sup>1</sup>,  
Nadina Peñalver Díaz<sup>4</sup>, Niuva Avila Vargas<sup>5</sup>*

### Resumen

Cuba ha desarrollado políticas y programas sociales con impacto positivo en la disminución de la maternidad adolescente; no obstante, la atención a esta problemática continúa siendo un reto para el Estado cubano, teniendo en cuenta la tendencia creciente en las tasas específicas de fecundidad en estas edades y su comportamiento desigual en los diferentes territorios del país. Este estudio cualitativo, exploratorio, utilizó una muestra de sujetos tipo y expertos en los municipios Guamá y Tercer Frente de Santiago de Cuba; Manzanillo y Jiguaní, de Granma, y San Miguel del Padrón, en La Habana. Los resultados encontrados señalaron que las inequidades de género están en la base de muchos de los embarazos en las adolescentes que continúan sus gestaciones, desde la iniciación en las relaciones sexuales, sin un proceso de negociación previa, ni de las condiciones en que se producen, en las que tampoco suelen pactar el uso de métodos de protección con los compañeros sexuales. Se apreció que reproducen creencias erróneas en torno a la sexualidad, a la reproducción y a la parentalidad, sustentadas en concepciones patriarcales. El patrón de reproducción familiar temprano es también un denominador común en las adolescentes que emprenden el camino de la maternidad en estos territorios. Es la familia el grupo primario en que se deposita la función de protección social ante el embarazo en la adolescencia. Sin embargo, las condiciones para asumir este proceso requieren de estrategias que involucren, además, activamente a la comunidad y a las localidades en estrecha interconexión.

### Palabras clave

Fecundidad adolescente, sexualidad, toma de decisiones.

### Abstract

Cuba has developed politics and social programs with a positive impact in the teenager maternity decrease; however, the attention to this problem continues to be a challenge for the Cuban State, taking into account the growing trend on specific rates of fertility in these ages and its unequal behavior in different territories of the country. This qualitative, exploratory study used typical subjects and experts sample at Guamá and Tercer Frente municipalities in Santiago de Cuba; Manzanillo and Jiguaní, in Granma, and San Miguel del Padrón, in Havana. The findings pointed out that the gender inequalities are based upon lots of pregnancies in teenagers who carry on their gestations, from the initiation in sexual relations, without previous negotiation process and the conditions in which such relations are produced, nor in those which usually they do not agree on the use of protective methods with the sexual partners. It was appreciated that teenagers reproduce erroneous beliefs about sexuality, reproduction and parentally, sustained on patriarchal conceptions. The early familiar reproduction pattern is also a common denominator in the adolescents who begin the maternity way on these lands. Family is the primary group on which the social protection function is deposited to face teenager pregnancy. Nevertheless, the conditions to assume this process require strategies actively involving both the community and locations in close interconnection.

### Key words

Adolescence fertility, decision makings, sexuality.

• Autora para correspondencia: [livia@cedem.uh.cu](mailto:livia@cedem.uh.cu)

<sup>1</sup> Profesora auxiliar, Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), Universidad de La Habana, Cuba.

<sup>2</sup> Investigadora agregada, Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS) La Habana, Cuba.

<sup>3</sup> Profesora titular, Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), La Habana, Cuba.

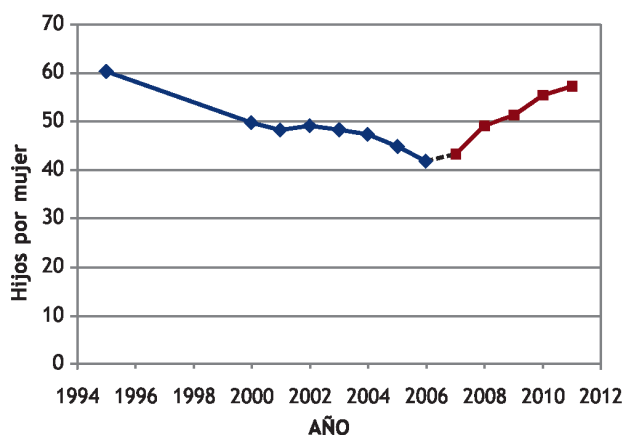
<sup>4</sup> Especialista, Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), La Habana, Cuba.

<sup>5</sup> Profesora asistente, Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), La Habana, Cuba..

## Introducción

La tasa específica de fecundidad adolescente en Cuba se incrementó de 48,3 por mil en 2001 a 57,3 por mil en 2011 (gráfico 1). En 2006 se produjo un declive a 41,8 por mil y desde entonces ha mantenido una tendencia al crecimiento sostenido, a pesar de las acciones desarrolladas en el contexto del Programa Nacional de Educación Sexual, el Programa Atención Materno Infantil (PAMI) y otros programas y proyectos de alcance nacional.

**Gráfico 1. Fecundidad de las mujeres adolescentes (Cuba, 1995-2011)**

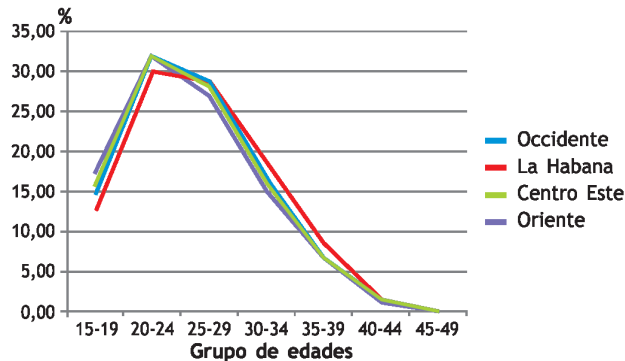


Fuente: Elaboración propia a partir de información del Anuario Demográfico de Cuba, 2011.

Los valores de la fecundidad adolescente son marcadamente diferenciados entre las regiones del país y al interior de las provincias. La Habana presenta las cifras más bajas, mientras la zona oriental es la que más aporta: en 2010, la fecundidad de mujeres menores de 20 años en la capital fue de 35,5 por mil, mientras que en el Oriente fue de 65,1 por mil, superior a 2009 en más de tres puntos, cuando alcanzó casi 62 por mil<sup>1</sup> (gráfico 2).

<sup>1</sup> Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE): Principales resultados. Encuesta Nacional de Fecundidad; Oficina Nacional de Estadísticas (ONE): Anuario demográfico de Cuba 2010.

**Gráfico 2. Estructura de la fecundidad según cuatro territorios (Cuba, 2010)**



Fuente: Anuarios Demográficos y Encuesta Nacional de Fecundidad 2009, ONEI, 2010

Las consideraciones aquí presentadas son resultado de un estudio de casos exploratorio, realizado entre octubre de 2011 y el primer semestre de 2012 en cinco municipios del país: Guamá y Tercer Frente (Santiago de Cuba), Jiguaní y Manzanillo (Granma) y San Miguel del Padrón (La Habana), con la finalidad de identificar condicionantes socioeconómicas, culturales y psicológicas incidentes en la toma de decisiones en torno a la reproducción en la adolescencia en estos territorios.

Como objetivos específicos se propuso:

- Identificar condiciones socioeconómicas, culturales y políticas incidentes en las decisiones en torno a la reproducción en adolescentes de los municipios, comunidades y familias estudiados.
- Indagar percepciones, actitudes en relación al embarazo y la maternidad en la adolescencia en prestadores de servicios de salud, educación y en la familia, en los territorios seleccionados.
- Caracterizar el comportamiento de las variables intermedias de la fecundidad en grupos de adolescentes diferenciados por la exposición a experiencias reproductivas.
- Explorar la esfera motivacional en grupos de adolescentes diferenciados por la exposición a experiencias reproductivas.

Se ejecutó por un equipo de investigadoras del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) y el Centro de Estudios Demográficos de La Universidad de La Habana (CEDEM), en el contexto del pro-

yecto del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) con CENESEX.

En 2010, Granma y Santiago de Cuba tuvieron tasas específicas de fecundidad de 62,8 y 57 por cada mil muchachas entre 15 y 19 años, respectivamente. Guamá y Tercer Frente presentaron tasas de fecundidad adolescente de 92,8 y 58,5. En Jiguaní y Manzanillo alcanzaron 60,8 y 59,3, aunque sus valores estaban por debajo de la tasa de la provincia.

San Miguel del Padrón es el municipio de mayor tasa específica de fecundidad en menores de 20 años en la capital. En 2010 alcanzó 57,7 por mil;<sup>2</sup> superó en 22 puntos los valores provinciales, de ahí que se decidiera su inclusión en el estudio.

En 2011, las tasas específicas de fecundidad adolescente en estos territorios se mantuvieron elevadas y sobrepasaron, en todos los casos, los valores provinciales. En Guamá alcanzó 104,9; en Tercer Frente, 65,5; Manzanillo, 71,0; Jiguaní, 63,9 y San Miguel, 49,0.<sup>3</sup>

Según los criterios de la ONEI, Guamá, Tercer Frente y Jiguaní son territorios con predominio de asentamientos rurales dispersos, en 96,6 %, 95,2 % y 92,9 % respectivamente. En Guamá 76 % de la población reside en áreas rurales, 64,5 % en Tercer Frente y en Jiguaní, 55,6 % de la población reside en zonas urbanas. En Manzanillo, a pesar de tener 65 asentamientos rurales, solo reside en ellos el 19,4 % de su población, 80,6 % de sus efectivos vive en zonas urbanas. San Miguel del Padrón es considerado 100 % urbano. De modo que el estudio accedió a la comprensión de las condiciones del contexto social próximo e individual, incidentes en la toma de decisiones en torno a la reproducción en contextos rurales y urbanos.

## Metodología empleada

En esta investigación se asumió como contexto social próximo/inmediato aquel en que acon-

tece la vida cotidiana del sujeto, tal como lo define Pantélides, 2003.<sup>4</sup> En él están contenidos las instituciones y grupos de pertenencia de los adolescentes.

Los determinantes de la fecundidad adolescente pueden segmentarse en dos grandes bloques. Por una parte están los factores socioeconómicos, culturales y políticos, que definen el deseo de tener hijos, las condiciones de acceso a los medios anticonceptivos y los patrones de comportamiento sexual y nupcial. Estos factores operan en tres escalas: comunidad, hogar e individuo, a veces de manera simultánea. Por otra parte están las variables intermedias o determinantes próximos, que son las que influyen mecánicamente sobre la probabilidad de embarazarse y tener finalmente un hijo.<sup>5</sup>

Para este estudio se consideró la toma de decisiones en torno a la reproducción como un proceso sociopsicológico producido a nivel individual, resultado de las múltiples interacciones del sujeto con el entorno sociocultural. Las decisiones reproductivas se expresan en los comportamientos individuales con relación a la formación de parejas, la anticoncepción, a la interrupción o continuidad de las gestaciones producto de las motivaciones del sujeto, de sus creencias, valoraciones y vivencias en relación con la sexualidad, la reproducción, la parentalidad, la familia y de sí mismo, conformadas a partir de sus experiencias vitales a través de sus múltiples pertenencias a un territorio, estrato social, etnia, color de la piel, filiación religiosa, sexo-género, orientación sexual, edad y otros.

Se trabajó con una muestra intencional de sujetos tipos y expertos conformada por: a) dos grupos de adolescentes: unas que no están embarazadas ni son madres y otras que han dado continuidad al menos a un embarazo, b) profesionales de salud y educación que se desempeñan en las comunidades, c) actores sociales en las comunidades seleccionadas (líderes formales e informales), d) decisores políticos en las municipalidades elegidas y familiares de primer grado de consanguinidad de las adolescentes embarazadas o madres.

<sup>2</sup> Según los datos de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información del Ministerio de Economía y Planificación del Estado (ONEI), en 2010.

<sup>3</sup> Valores de las tasas de fecundidad adolescente por cada mil mujeres de esas edades, calculados por Rodríguez G., a partir de la información estadística de la ONEI.

<sup>4</sup> Edith Alejandra Pantélides: «Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina».

<sup>5</sup> Jorge Rodríguez: Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción, p. 39.

Los datos se recolectaron a través de entrevistas individuales semiestructuradas, en profundidad, entrevistas grupales, revisión documental de los análisis de la situación de salud en los municipios y de historias clínicas de las embarazadas adolescentes, los diez deseos y registro de la actividad. Se procesó y analizó la información a través del análisis de contenido del discurso a partir de la propuesta citada de Rodríguez.<sup>6</sup> En el examen de los diez deseos fueron empleadas las categorías establecidas por el Dr.C. Diego Jorge González Serra, quien asesoró la incorporación de la categoría maternidad y paternidad al estudio de las motivaciones.

## Resultados. Consideraciones generales a partir del análisis

Las políticas sociales de salud y educación regidas por los principios de universalidad, accesibilidad y gratuidad garantizan el acceso a servicios básicos y el uso de los recursos en todo el territorio nacional.

Los servicios de salud están al alcance de toda la población a través de los programas de atención primaria y de la articulación de estos con otros niveles del sistema. Se constató en los sitios más recónditos y de difícil acceso, la presencia de consultorios médicos para atender las necesidades de salud de la población. Además, existen estrategias territoriales para el seguimiento prenatal, el parto y las interrupciones voluntarias de embarazos, según las condiciones de desarrollo del municipio y las características geográficas: municipios predominantemente rurales, montañosos y urbanos.

Los «ingresos geográficos» en los hogares maternos facilitan la atención de salud a las gestantes y el parto en condiciones seguras a las pobladoras de zonas rurales. Las mujeres de Guamá y Tercer Frente deben trasladarse a la cabecera provincial y a Contra maestre a recibir los servicios de parto e interrupciones de embarazo mediante el método de legrado. La concentración de estas prestaciones garantiza la calidad de la atención; sin embargo, puede constituir una dificultad para el acceso a las interrupciones del embarazo, en particular entre las adolescentes que con frecuencia decla-

ran en períodos más avanzados la posibilidad de la gestación, cuando ya no es factible la práctica de las regulaciones menstruales.

Se identificó que el personal de enfermería es el recurso humano más estable en los equipos básicos de salud y suelen ser pobladores de la localidad. En tanto, el personal médico se caracteriza por su elevada fluctuación, fundamentalmente en las comunidades rurales dispersas. Generalmente en estas zonas se cubre la demanda de galenos con recién graduados foráneos que cumplen el servicio social y a su culminación, retornan a su lugar de origen.

Esta situación influye en la sistematicidad del trabajo y en la calidad de las acciones de prevención y promoción de salud sexual, generalmente centradas en el cumplimiento de programas de educación para la salud. Además, sus acciones están más dirigidas a la prevención secundaria y la atención, que a la prevención primaria<sup>7</sup> y la promoción de la salud sexual. En este sentido, se consideró que los enfoques deberían partir de las necesidades de los territorios, localidades y grupos poblacionales específicos, así como encaminarse a fortalecer la prevención y el control del riesgo pre-concepcional en estas edades.

*Nos ha influido mucho que el Equipo Básico de Salud cambia mucho, yo por ejemplo trabajé en un área de salud durante 12 años y daba seguimiento a todo. Hoy no es así... En 2009 trazamos una estrategia que demostró la importancia de la calidad del seguimiento del Médico General Integral en el área (médica general integral dedicada al trabajo en el Programa de Atención Materno Infantil).*

Los prestadores de salud mostraron sensibilidad por las necesidades de atención y cuidado de las embarazadas y madres adolescentes, actitudes de apoyo, sentimientos de responsabilidad, comprensión de la problemática social que representa y las repercusiones para la salud individual de la mu-

<sup>6</sup> Jorge Rodríguez: ob. cit.

<sup>7</sup> “La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz”. OMS: Promoción de Salud. Glosario. World Health Organization, Ginebra, 1998, p. 13.

chacha, la descendencia y la familia. Identificaron la necesidad de disponer de métodos anticonceptivos modernos, con mayor diversidad y estabilidad durante el año, para atender las demandas de la población y en particular, de las adolescentes.

*Socializo mucho con las adolescentes, considero que este problema es mío, les explico que el embarazo no es un juego, que ya que lo tienen, deben asumirlo con toda la responsabilidad (...). Se les da un seguimiento especial, estas no son igual que el resto de las embarazadas, la adolescente es una niña que no ha madurado aún (médica de la familia).*

*Hay que apoyarlas para que todo salga bien y puedan seguir con su vida lo mejor posible (ginecoobstetra).*

*El uso del preservativo. No todo el mundo lo utiliza. Hoy se les habla mucho más de esto a los adolescentes. Nos falta un poco de información en los Equipos Básicos de Salud (EBS) sobre estos temas (...). Salen embarazadas porque da la casualidad que ese día no lo usaron. El déficit de métodos para evitar embarazos como el DIU, las vacunas. Las tabletas corren el riesgo de no usarlas, que se les olviden (médica de la familia).*

*Hace un tiempo atrás, hubo mayor accesibilidad a las vacunas, lo cual facilitó el control de los embarazos no deseados en las adolescentes, que eran usuarias priorizadas. En los últimos años ha disminuido este suministro. Esto nos ayudó mucho en ese tiempo (enfermera de la familia).*

En el profesorado se advirtió sentido de responsabilidad ante el embarazo en la adolescencia, lo consideraron como una falla en sus acciones educativas. Mostraron disposición favorable a apoyar a las estudiantes embarazadas y madres.

Se apreciaron dos reacciones, una es la preocupación por informarle del embarazo a la familia, en particular, a la madre de la adolescente:

*Les pregunto si se lo dijo a su mamá o a su papá. Si la respuesta es negativa, les digo que deben hacerlo. Muchas veces vienen primero con el profesor que con la familia (médica de la familia).*

La segunda estuvo relacionada con ofrecer apoyo y orientación a la estudiante, e incluía conversar sobre las consecuencias de la maternidad y la posibilidad de interrumpir el embarazo sin que le causara grandes riesgos para la vida e indagar los motivos por los que no interrumpieron la gestación.

*... en las clases se habla del uso del condón pero se debe hacer un trabajo más profundo; me frustra ver que las charlas no dieron los resultados esperados (profesora de centro mixto).*

En los centros docentes se trazaron estrategias flexibles para facilitar la continuidad de estudio de estas muchachas. Se constató la permanencia de adolescentes embarazadas y madres en el sistema escolar,<sup>8</sup> con el apoyo de la escuela y la familia. Sin embargo, en los centros docentes con regímenes internos se apreció la preocupación por la permanencia de las adolescentes embarazadas debido a las condiciones de abasto de agua y alimentación para mantener la seguridad de la satisfacción de sus necesidades. También se observó escepticismo en algunos docentes, con relación a que la presencia de estas adolescentes contribuya a la naturalización de este fenómeno entre la población escolar.

*No es lógico que la escuela fomente que haya embarazos; si hay embarazadas en la escuela, eso fomenta que se sigan embarazando; lo correcto es que el médico les dé un certificado y cuando para, regrese a la escuela (profesor de escuela interna).*

Se identificó entre los docentes creencias erróneas y prejuicios en torno a la sexualidad en esta etapa de la vida, en particular sobre el uso del condón, que evidenciaron la necesidad de actualización y formación en los temas de sexualidad, lo que sin dudas repercute en sus praxis como educadores.

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

<sup>8</sup> Amparadas por la Carta Circular firmada entre los titulares del MINSAP- MINED y la FMC en 2009, que lo regula para todo el país.

Son significativos los criterios de que:

*a veces la familia es quien propicia estos hechos, por desatención; además, es una comunidad con tendencia a propiciarlo (el embarazo), porque se imita (profesor).*

*Debería existir más comunicación con la familia, la mayor responsabilidad es de la familia (médico ginecobstetra).*

Prestadores/as de servicios de salud y de educación reconocieron la necesidad de la articulación intersectorial para la educación de la sexualidad e identificaron a las familias como las principales responsables de este proceso, así como de la prevención y la toma de decisiones en torno al embarazo en la adolescencia. Sin embargo, el estudio mostró que las familias no siempre están en capacidad de afrontar adecuadamente esta función.

En las familias se observaron indicadores que favorecen la continuidad del embarazo en la adolescencia: la aceptación de la maternidad como condición identitaria de la feminidad; el temor a los riesgos para la vida y la fertilidad futura, asociados a las interrupciones de embarazo en las adolescentes, y la falta de búsqueda de apoyo e intercambio de experiencias con otras redes sociales. Además, la poca disponibilidad de recursos comunicativos para tratar los temas de sexualidad, las carencias en los vínculos afectivos en la diada parento-filial, la ausencia física y funcional de la figura paterna y en algunos casos de ambos progenitores, la distribución de los roles de acuerdo a pautas sexistas tradicionalmente estereotipadas, los patrones de reproducción familiar tempranos que reflejaron el sostenimiento de la cultura patriarcal, así como condiciones socioeconómicas desfavorables. Estos factores incidieron en la escasa recurrencia a las interrupciones voluntarias del embarazo entre las muchachas que conformaron la muestra en los contextos rurales. En ellas se apreciaron también concepciones interiorizadas relacionadas con favorecer el nacimiento de los hijos, porque son seres vivos desde el claustro intrauterino.

*Generalmente te dicen que el marido quiere, casi siempre son adultos que están en la edad de tener hijos y presionan, muy pocas desconocen quién es el papá. Ellas te dicen en el trabajo de prevención: «pero profe, si él quiere», ¿qué vamos a hacer? (profesor).*

*Desde que nos empatamos nunca usé condón, quería un hijo (embarazada, 19 años).*

*Tenía tres meses, veía la menstruación, tenía hambre y sueño, los médicos explicaron los riesgos de una interrupción, yo no lo quería decir (madre adolescente, 17 años).*

*No se deben realizar [las interrupciones], el primer hijo debe nacer (madre adolescente embarazada, en espera de su segundo hijo, 19 años).*

*Es malo, es matar un bebé [se refiere a las interrupciones de embarazos], algo tuyo, el niño no tiene la culpa (madre adolescente, 18 años).*

Habitualmente las necesidades de comunicación e información sobre sexualidad son satisfechas con otros adolescentes. Comparten sus inquietudes, experiencias, se generan expectativas y presiones grupales que incentivan el inicio de las relaciones sexuales a edades tempranas y las prácticas riesgosas para el embarazo e infecciones de transmisión sexual. Las creencias erróneas relacionadas con la virilidad, la fidelidad y la estabilidad llevaron a los adolescentes a relaciones sexuales por presión, al cambio frecuente de pareja, y a dificultades con la negociación en el uso del condón. Fueron significativas las expectativas de reproducción a edades más tempranas en los varones que en las muchachas.

Las fiestas, el consumo de alcohol y los espacios naturales: el monte, las playas y los ríos, fueron reconocidos como los principales contextos de recreación y de empleo del tiempo libre para los adolescentes en los territorios estudiados. Estos grupos asociaron la relación sexo-erótica, como fuente de placer, al empleo del tiempo libre. Otras opciones recreativas y culturales como la lectura, visitas a museos, cines, casas de cultura, exposiciones artísticas y prácticas deportivas no fueron identificadas como alternativas para el ocio o el esparcimiento.

No se constató un diapasón motivacional amplio que favorezca el desarrollo espiritual. Sus necesidades se proyectaron en relación con su situación social del desarrollo, centradas en lo individual con una repercusión social, reflejaron necesidades de superación educacional, hacia la familia y, en menor medida, a la adquisición de bienes materiales, sin que se observara una elaboración de los contenidos.

Las adolescentes que dieron continuidad a las gestaciones concentraron sus aspiraciones en torno a la maternidad y a la formación de su propia familia. Expresaron el deseo de superación educacional y la adquisición de un empleo para garantizar la independencia económica y satisfacer necesidades que impone el nuevo rol.

*Este bebé significa todo, que tengo que luchar para él(...). Un hijo es lo que más se quiere en la vida porque sale de uno (embarazada, 19 años). Empezar a trabajar para poder comprarle todo lo que a mi hijo le haga falta (madre adolescente, 17 años).*

El análisis de las motivaciones en dos grupos de adolescentes: las que no tenían hijos ni estaban embarazadas y las que dieron continuidad al menos a una gestación, condujo a algunas interrogantes respecto a la naturaleza extrínseca o intrínseca de los motivos hacia el estudio, y su carácter regulador en el comportamiento. Si este fuera intrínseco, pudiera ser un factor protector para la evitación del embarazo en la adolescencia o para la permanencia en el sistema educativo, en caso de continuar la gestación. Si bien fue pequeña la muestra de adolescentes madres que se mantenían estudiando, se pudo observar en ellas que los deseos orientados hacia la culminación de los estudios aparecían entre los primeros lugares y en más de una ocasión, a diferencia de otras embarazadas o madres que se desvincularon del sistema educativo. Se advirtió además, en su elaboración, una definición concreta de su finalidad: «ser informática», «ser maestra». La continuidad de estudios en aras de satisfacer la necesidad de superación educacional, se produjo ante otras dos condiciones: el apoyo de la familia y el de la institución escolar, con relativa independencia de las condiciones socioeconómicas de la familia.

*Cuando lo supimos, mi mamá y mi papá fueron a la escuela a hablar con la directora. Ella les dijo que no había problemas para que yo siguiera estudiando. Yo sacaba buenas notas y no perdí ningún curso. Me hicieron las pruebas en mi casa cuando parí. En octavo cogía los repasos y aprobé. En noveno tuve que ir todo el tiempo. La escuela me apoyó mucho (...). La noche de la noticia del embarazo me preocupó que no iba a poder seguir estudiando. Me gusta la escuela, quiero seguir estudiando, quiero mantenerme yo misma, com-*

*prar las cosas de la niña. Mis padres no van a estar todo el tiempo al lado mío (madre adolescente, 15 años, estudiante de educación politécnica).*

Los resultados del estudio descubrieron un entramado de articulaciones y desarticulaciones producidas a nivel individual, a nivel del contexto social próximo y entre ambos, con atravesamientos culturales y de género.

A nivel individual se identificaron desarticulaciones entre el discurso y las prácticas en las muchachas embarazadas y madres, develadas en las necesidades manifiestas de trabajar para mantener a sus hijos, ser autónomas económicamente, en el reconocimiento del trabajo como requerimiento para asumir la maternidad, y sus praxis, distantes de estas consideraciones. La mayoría abandonó sus estudios y se convirtió tempranamente en amas de casa. Condición que se articuló con la reproducción de los modelos familiares de subordinación de la mujer al hombre, de dependencia económica y de reproducción temprana.<sup>9</sup>

El mercado laboral para las mujeres con baja cualificación en entornos rurales, cuya fuente de empleo fundamental es el sector agropecuario, evidenció la necesidad de fomentar la conciencia de equidad de género en la aplicación de las políticas de empleo. La sujeción a tradiciones culturales patriarcalistas, las estrechas fronteras en la proyección de sus sentidos de vida, estuvieron relacionadas con las dificultades para acceder a una pluralidad de opciones sociales desde los contextos comunitarios y familiares, las limitaron a funciones de cuidadoras en el ámbito doméstico y redujeron sus posibilidades para abrirse paso en la transformación de su realidad familiar.

Sería oportuna la creación o activación de otras redes de apoyo social para aliviar el tiempo de cuidado intrafamiliar, como círculos infantiles u otras opciones de cuidado infantil en las comunidades dispersas, que sirvan como fuente de empleo a las mujeres de la zona y permitan liberar la carga ocupacional de tiempo a las madres adolescentes para poder dedicarse a otras labores como su superación educacional o el empleo.

<sup>9</sup> Se constató que muchas de estas adolescentes fueron hijas de madres adolescentes, quienes a su vez también nacieron de mujeres adolescentes.

El análisis de las variables intermedias de la fecundidad develó en todos los territorios, que median aproximadamente dos años entre la ocurrencia de la menarquia y la primera relación sexual coital. Si bien la edad mínima para el inicio de las relaciones sexuales coincidió con la de la menarquia, la diferencia entre ellas pareció estar relacionada con presiones y controles sociales que catalizan o inhiben el inicio de las relaciones sexuales. Estas influencias provinieron de distintas fuentes: la pareja, grupo de pares y la familia. Generalmente se iniciaron con varones mayores entre cinco y hasta 20 años, quienes casi siempre tomaron la iniciativa sin que necesariamente se produjera un proceso de negociación previo, aunque ellas consintieran en el acto.

Suelen establecer relaciones fortuitas o en uniones consensuales con hombres mayores entre 5 y 10 años, cuyas expectativas acerca de la paternidad pueden precipitar, de manera clara o encubierta, la continuidad de embarazos en la adolescencia.

A partir de la investigación surgió esta interrogante: ¿son los varones con sus expectativas de tener hijos a edades más tempranas, los que compulsan a sus parejas femeninas, casi siempre menores que ellos, a asumir la maternidad mucho más temprano, incluso en la adolescencia? La gestación en muchachas adolescentes que responden a la presión del varón, sea por la dificultad para la negociación del condón o por responder al deseo del hombre de tener un hijo sin que ella se sienta preparada para hacerlo, es un indicador de que se debe avanzar mucho más en la educación de la sexualidad con un enfoque de género y en el empoderamiento de las mujeres para tomar decisiones autónomas.

Se apreció que las/los adolescentes reproducen creencias erróneas en torno a la sexualidad, en particular, a la reproducción y a la parentalidad, sustentadas en concepciones patriarcalistas.

Se evidenció conocimiento de los métodos anticonceptivos (MAC) en la población adolescente, lo que coincide con diversos estudios realizados en el país.<sup>10</sup> Sin embargo, su uso estuvo mediado por creencias erróneas sostenidas a partir de experiencias personales y familiares, que develan un cono-

cimiento incompleto y estereotipado; además, por la irregularidad en el acceso a MAC diversos y modernos. Los dispositivos intrauterinos, (T de cobre y multiload), y las tabletas anticonceptivas fueron más utilizados. Se debe destacar la accesibilidad al condón y la estabilidad de su suministro durante el año, en todas las zonas estudiadas.

## A modo de conclusiones

Se evidenciaron regularidades y particularidades en las condiciones socioeconómicas, culturales, psicológicas y en la aplicación de las políticas del Estado, en los territorios incluidos en la investigación. Estas se expresaron en articulaciones y desarticulaciones a nivel del contexto social próximo e individual que favorecieron el embarazo y la maternidad precoz.

Se constató que las adolescentes no tomaron decisiones responsables en torno a la reproducción. Sus comportamientos no se produjeron en un contexto de negociación consciente y planificada, en el que se eligió con autonomía la procreación. A menudo llegaron a la reproducción conducidas por la voluntad de otras personas y circunstancias –los hombres, la familia y el grupo de pares–, sin la evaluación suficiente y adecuada de las capacidades y las posibilidades que poseían para asumir los deberes asociados a ella, de acuerdo a las condiciones socioculturales particulares en que transcurre su vida. Su realidad socioeconómica y psicológica no articuló coherentemente en la organización y preparación consciente e intencionada de las condiciones que consideraron necesarias para la reproducción.

## Recomendaciones para la investigación

- 1) Extender el alcance de la investigación a nivel nacional, considerando las particularidades territoriales –municipal y local– y sus condiciones socioeconómicas en la comprensión de los comportamientos en torno a la reproducción en los diferentes grupos etarios y en particular, en la adolescencia.
- 2) Continuar incorporando estudios multi e interdisciplinarios así como intersectoriales en las cau-

<sup>10</sup> Entre ellos, la Encuesta Nacional de Fecundidad realizada en 2009 (ONE, 2010).

salidades del embarazo en la adolescencia, que incluyan variedad metodológica y de enfoques. Sensibilizar e incorporar a la investigación a los prestadores de servicios educativos y de salud.

- 3) Consolidar un marco teórico cubano para el abordaje de la fecundidad en general que particularice a la adolescencia.

### Recomendaciones estratégicas

- 4) Focalizar las políticas sociales macroestructurales a los contextos particulares, de modo que posibilite la reducción de las vulnerabilidades sociales, económicas y su reproducción intergeneracional.
- 5) Incluir la educación integral de la sexualidad con enfoque de género, diversidad y derechos, y la educación en población en los currículos de formación básica y continua de profesionales y técnicos del sector de la salud y la educación.
- 6) Desarrollar estrategias territoriales para la implementación del Programa Nacional de Educación Sexual enfocadas en los ámbitos formales, informales y no formales, de acuerdo a las necesidades específicas de cada contexto.
- 7) Potenciar la capacidad de gestión a nivel municipal y comunitario para garantizar el desarrollo de estrategias efectivas de acceso a la educación integral de la sexualidad, a servicios de salud y, en particular, de salud sexual de calidad, con énfasis en las zonas rurales, especialmente en comunidades dispersas.
- 8) Fomentar la autogestión y el empoderamiento comunitarios para el desarrollo de estrategias familiares e individuales que posibiliten la asunción de los retos de la adolescencia.
- 9) Favorecer el desarrollo de experiencias comunitarias con la participación activa de los grupos más jóvenes, de modo que permitan el empleo del tiempo libre en actividades que promuevan el desarrollo cultural comunitario y contribuyan a generar pluralidad de opciones para el crecimiento personal.
- 10) Continuar la búsqueda de alternativas para garantizar el acceso sistemático a una gama más amplia y diversa de anticonceptivos modernos, así como el acceso y funcionamiento de las consultas de ginecología infanto-juvenil.

### Bibliografía

- ALFONSO MARISOL, Laura Rodríguez y Paula de Miranda: "Las Transiciones Demográficas en Cuba y su relación con la salud sexual y reproductiva", trabajo sometido al Seminario Salud Sexual y Reproductiva en América Latina. Avances/retrócesos a la luz de Cairo +15 y los Objetivos del Milenio, Perú, 2009.
- ÁLVAREZ, Luisa: La tendencia de la fecundidad en Cuba, MINSAP, La Habana, 1982.
- ARRIAGADA, Irma: "La diversidad y desigualdad en las familias latinoamericanas", Revista Latinoamericana de Estudios de la Familia, Vol II, Manizares, Colombia, ene-dic, 2009, pp. 9-21.
- BENÍTEZ, María Elena: La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX, Editorial Ciencias Sociales, La Habana, 2003.
- CEPDE: "Principales resultados. Encuesta Nacional de Fecundidad", ONEI-CEPDE, La Habana, 2010.
- Colectivo de autores: "La población cubana en el 2009. Tendencias actuales y perspectivas. Recomendaciones para la acción", documento impreso, Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana, La Habana, 2009.
- D'ÁNGELO, Ovidio: Proyectos de vida y autorrealización personal, Editorial Academia, La Habana, 1999.
- DOMÍNGUEZ, Laura: Psicología del desarrollo: Adolescencia y juventud. Selección de lecturas, Editorial Félix Varela, La Habana, 2003.
- DE JESÚS, Alan David: Adolescencias escindidas. Sexualidad y reproducción adolescente en contextos urbano-marginales de Nuevo León, Universidad Autónoma de Nuevo León, México, 2011.
- ESPINA, Mayra Paula: Desarrollo, desigualdad y políticas sociales. Acercamientos desde una perspectiva compleja, Publicaciones Acuario, La Habana, 2010.
- FRANCO, María del Carmen: "La natalidad cubana del 2000 al 2008 según características sociodemográficas de las madres", *Novedades en Población*, año 5, n. 10, CEDEM, La Habana, 2009, <http://www.cedem.uh.cu/Revista/portada.htm>, fecha de consulta 28/06/2011.
- GONZÁLEZ SERRA, Diego: "Concepto de motivación", en Diego González Serra, *Psicología de la motivación*, Editorial de Ciencias Médicas, La Habana, 2008, pp. 51-60.
- ONE: Anuario demográfico de Cuba 2010. Capítulo Nacimientos, 2011, <http://www.one.cu/publicaciones>

[caciones/cepde/anuario\\_2010/8\\_anuario\\_NACIMIENTOS.pdf](#), fecha de consulta 31/07/2011.

PANTÉLIDES, Edith Alejandra: "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina, 2003", <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/22069/lcg2229-p1.pdf>, fecha de consulta 10/08/2011.

RODRÍGUEZ, Jorge: Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción, Secretaría General Organización Iberoamericana de Juventud ( OIJ), Santiago de Chile, 2008.

OMS: Promoción de Salud. Glosario, World Health Organization, Ginebra, 1998.