





---

# Relatos de madres adolescentes en la España actual

## Coordinadores

Alessandro Gentile (Universidad de Zaragoza)

Ana Lucía Hernández Cordero (Universidad de Zaragoza)

## Equipo de trabajo

Estela Santos Díaz (Complutense de Madrid)

Elena Luminita Tanase (Universidad de Zaragoza)

Alba Aventín Bielsa (Universidad de Zaragoza)

Laura Hervás Blanco (Universidad de Zaragoza)

En colaboración:

Dirección General de Igualdad y Familias  
Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales



Grupo de Estudio sobre la Sociedad del Riesgo



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y del Trabajo  
Universidad Zaragoza

Autores:

Alessandro Gentile, Ana Lucía Hernández Cordero, Estela Santos Díaz, Elena Luminita Tanase, Alba Aventín Bielsa, Laura Hervás Blanco.

Maquetación: Joaquín Hornero Muñoz

ISBN: 978-84-17027-07-0

FAD ©

Nota: Las opiniones vertidas en el texto son responsabilidad de sus autores. El Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud y la FAD no se identifican necesariamente con ellas.

## Agradecimientos

*La realización de este estudio ha sido posible gracias al apoyo y a la confianza que nos ha brindado el Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) de Madrid, en particular Eusebio Megías y Anna Sanmartín.*

*A ellos se ha sumado la ayuda y el aval muy importantes de la Directora General de Igualdad y Familias del Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales del Gobierno de Aragón, Teresa Sevillano Abad, y del Grupo de Estudio sobre la Sociedad del Riesgo de la Universidad de Zaragoza, por iniciativa de su coordinador, José Ángel Bergua. Asimismo, la Decana de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, Ruth Vallejo, ha seguido la evolución de la investigación ofreciéndonos la posibilidad de dar difusión en su centro a los hallazgos que hemos alcanzado.*

*Nuestro sincero agradecimiento va dirigido también a todos los expertos y profesionales de aquellos organismos públicos y privados que hemos contactado y entrevistado en Madrid y en Zaragoza, que nos han proporcionado unas informaciones muy útiles sobre sus experiencias de trabajo con adolescentes, además de la mayoría de los contactos de las participantes del estudio.*

*Finalmente, estamos muy agradecidos a todas estas jóvenes madres que se han puesto a disposición para contarnos sus historias personales tan densas de significados y valor.*

*A todas ellas el equipo de investigación quiere dedicar el presente trabajo de investigación.*



# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>14</b>
Planteamiento del estudio	14
Objetivos de la investigación	15
Estructura del informe	17
<b>1. Planteamientos teóricos sobre la maternidad en edad adolescente</b>	<b>19</b>
1.1 Complejidad de la adolescencia y centralidad de la dimensión afectivo-sexual	20
1.2 La maternidad estigmatizada de “niñas que tienen niños”	25
1.3 Dos enfoques teóricos sobre maternidad adolescente como problema	28
1.3.1 Consecuencias y complicaciones de una maternidad temprana	28
- Consecuencias físicas	29
- Consecuencias psicológicas	30
- Consecuencias en las relaciones sociales más cercanas	31
- Consecuencias socio-económicas	33
1.3.2 Las causas de la maternidad adolescente desde una perspectiva sistémica	34
- Tener un hijo pronto como opción voluntaria	38
1.4 Abordar la maternidad adolescente como una experiencia subjetiva	40
<b>2. Evolución reciente de los embarazos tempranos y perfil socio-demográfico de las jóvenes madres</b>	<b>45</b>
2.1 Embarazos y maternidades en edad adolescente a nivel internacional	46
2.2 Conductas afectivo-sexuales de jóvenes y adolescentes en España	50

# ÍNDICE

2.3	La interrupción voluntaria del embarazo de las jóvenes en España	55
2.4	Evolución reciente de los nacimientos de madres adolescentes en España	57
2.5	Distribución regional de los nacimientos de madres adolescentes	60
2.6	Una comparación entre madres adolescentes nacionales, extranjeras y gitanas	62
2.7	El papel de la pareja: estado civil y tipo de convivencia de las jóvenes madres	65
2.8	Hacerse adultas de prisa: emancipación, inserción socio-laboral y nivel educativo	71
<b>3.</b>	<b>Estrategia metodológica y plan de investigación</b>	<b>75</b>
3.1	Una aproximación cualitativa al estudio de la maternidad adolescente	75
3.2	Consultas con los profesionales que trabajan con embarazadas y madres jóvenes	78
3.3	Las madres adolescentes que participan en nuestro estudio	84
3.4	Explotación de las informaciones recopiladas	90
<b>4.</b>	<b>Seis narrativas sobre maternidad adolescente</b>	<b>93</b>
4.1	1ª narrativa: “La maternidad intencional dentro de un proyecto de pareja”	95
4.1.1	Las relaciones familiares y de pareja antes del embarazo	97
4.1.2	El embarazo como paso decisivo para empezar a construir una familia	98
4.1.3	Un embarazo según lo planificado	100
4.1.4	La coherencia frente a la opción del aborto	103
4.1.5	Darse cuenta poco a poco	105
4.1.6	Volver a casa, volver a la realidad	107

# ÍNDICE

4.2	2ª narrativa: “La maternidad como consecuencia de pautas culturales o de problemas familiares”	110
4.2.1	Las premisas de un embarazo precoz	112
4.2.2	El noviazgo según la tradición gitana	114
4.2.3	Los riesgos de tener una pareja “en el centro de todo”	116
4.2.4	De la sospecha al hecho confirmado	118
4.2.5	Las reacciones de los progenitores y la opción del aborto	120
4.2.6	La ilusión del embarazo y una maternidad que cobra sentido	122
4.3	3ª narrativa: “La maternidad como efecto indeseado de una relación de pareja violenta”	126
4.3.1	La ceguera del amor ante la violencia	128
4.3.2	¿El machismo no cabe en un preservativo?	129
4.3.3	Una mala sorpresa, más o menos anunciada	130
4.3.4	Seguir adelante con un embarazo indeseado y un novio violento	133
4.3.5	Una maternidad llevada con miedo y preocupación	133
4.4	4ª narrativa: “La maternidad como una experiencia de redención vital”	137
4.4.1	Salir e ir de fiesta como antídotos a los problemas en casa	139
4.4.2	No basta con conocer los riesgos para poderlos evitar	140
4.4.3	Un embarazo inesperado, con reacciones inesperadas	141
4.4.4	Desde la idea de abortar hasta la asunción del hijo como nueva oportunidad	144
4.4.5	“Te cambia la vida, completamente: cuesta reconocerlo pero es así” (8-M)	146
4.4.6	¿La maternidad ayuda a madurar?	148
4.5	5ª narrativa: “La maternidad como causa de problemas que trastocan una vida ‘normal’”	151
4.5.1	La vida común y corriente de una adolescente con su primer novio formal	152

# ÍNDICE

4.5.2	Traicionadas por la confianza, por un fallo... o por el alcohol	154
4.5.3	La primera reacción ante “una mala noticia”	156
4.5.4	IVE impracticable y adopción inviable: “¡me lo quedo yo!”	160
4.5.5	Cansancio y tantas lágrimas antes y después del parto	161
4.5.6	Las dificultades (personales y estructurales) para adaptarse al rol materno	162
4.6	6ª narrativa: “La maternidad como causante de la consolidación de la pareja”	165
4.6.1	El primer amor y un embarazo por descuido	166
4.6.2	La disponibilidad del novio y el empuje de los progenitores	168
4.6.3	Seguir adelante una vez que ya está montado un plan de familia	171
4.6.4	La emoción del parto y las primeras pruebas para los jóvenes progenitores	172
4.6.5	¿El tiempo lo cura todo?	174
<b>5.</b>	<b>Elementos transversales y puntos de vista compartidos en todas las narrativas</b>	<b>177</b>
5.1	La activación del rol materno	177
5.1.1	Las mejores acompañantes: mamás y amigas	178
5.1.2	La participación de la pareja en la crianza y el reto de la conciliación	183
5.2	La “buena madre”: un modelo a seguir	186
5.3	¿Demasiado joven para tener un hijo?	189
5.4	Ser y sentirse madres: entre realidad y ficción	191
5.5	Los planes a futuro	194
<b>6.</b>	<b>¿Qué dicen los expertos? Valoración del fenómeno, atención sociosanitaria y algunas recomendaciones</b>	<b>199</b>

# ÍNDICE

6.1	Cómo los profesionales valoran el fenómeno de la maternidad adolescente	199
6.2	Atención médico-sanitaria: edad de atención y cartera de servicios	203
6.3	La salud sexual desde el SNS: ¿un compromiso incompleto?	205
6.4	La educación afectivo-sexual en el sistema educativo: ¿una asignatura pendiente?	207
6.5	Actuaciones desde los servicios sociales para embarazadas y madres adolescentes	210
6.6	Una agenda para la maternidad adolescente	217
	- Campañas de prevención de embarazos no deseados y series televisivas	219
	- ¿Funciona promocionar la abstinencia sexual entre los jóvenes?	219
	- Unas reflexiones sobre el papel de la pareja y la violencia de género	220
	- El acompañamiento de profesionales y familiares	221
	- El apoyo mutuo entre iguales	223
	- Por un parto no traumático	223
	- Integralidad de la intervención y servicios de proximidad	224
	- Sostenibilidad de los planes a futuros de una joven madre	225
<b>7.</b>	<b>Reflexiones conclusivas</b>	<b>227</b>
<b>8.</b>	<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>235</b>



# ÍNDICE

## DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1:	Edad media al inicio de la actividad sexual y al primer uso de anticoncepción	52
Tabla 2:	Indicadores de referencia para describir las proporciones de nacimientos de madres adolescentes (15-19 años) en España	59
Tabla 3:	Nacimientos de madres adolescentes por Comunidad Autónoma de residencia (en porcentaje sobre el total)	60
Tabla 4:	Número de nacimientos de madres adolescentes no casadas según el tipo de convivencia	70
Tabla 5:	Códigos identificativos e informaciones básicas de las 32 entrevistadas	88
Tabla 6:	Madres adolescentes por el deseo propio de tener un hijo	96
Tabla 7:	Madres adolescentes por la influencia de los contextos en los que viven	110
Tabla 8:	Madres adolescentes a causa de la violencia sufrida en la relación de pareja	127
Tabla 9:	Adolescentes que viven su maternidad como una experiencia de redención vital	138
Tabla 10:	Adolescentes que viven la maternidad como un problema para su desarrollo vital esperado	151
Tabla 11:	Adolescentes que viven la maternidad como razón para consolidar su noviazgo	166
<hr/>		
Gráfico 1:	Número de las IVE practicadas en adolescentes (1996-2015)	55
Gráfico 2:	Tasa de natalidad adolescente en España (1980-2014)	58
Gráfico 3:	Número total de nacimientos de madres adolescentes (menores de 20 años) ocurridos en España (1996-2015)	58
Gráfico 4:	Tasa de fecundidad adolescente por Comunidad Autónoma (1996-2015)	61
Gráfico 5:	Proporción de nacimientos en madres adolescentes por nacionalidad de las jóvenes (españolas y extranjeras)	63
Gráfico 6:	Nacimientos de madres adolescentes por grupo de edad del padre biológico	67
Gráfico 7:	Proporción de nacimientos en madres adolescentes por estado civil de las jóvenes (casadas y no casadas)	69





# INTRODUCCIÓN

## PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

La maternidad en edad adolescente ha existido siempre y tiene lugar en todo el mundo. Su reconocimiento como un asunto de salud pública merecedor de una intervención política específica no comienza a tomarse en cuenta, por los organismos internacionales (Naciones Unidas) y por los gobiernos de Estados Unidos y de los países de Europa occidental, hasta finales de los años sesenta (Hoffman, 2011). A partir de entonces se investigan de forma sistemática las implicaciones médicas y las circunstancias familiares y sociales de aquellas "niñas que dan a luz niños". Pronto se evidencia que la difusión del fenómeno varía en razón de los grupos sociales, de las regiones geográficas y de los entornos socio-económicos y culturales de estas adolescentes, con mayor incidencia de madres jóvenes en los contextos más marginales, y se entiende el embarazo en edad adolescente como un indicador del riesgo de exclusión social para ellas (OMS, 2004; UNFPA, 2013).

En España se empieza a recopilar datos con regularidad sobre embarazos adolescentes solamente en las últimas décadas, mientras que la maternidad temprana ha sido relativamente poco estudiada en sus causas y efectos sociales hasta principios de los años noventa (Yago et al., 1990; Martín Barroso, 1992; Armells et al., 1995). Desde entonces, se han publicado los primeros informes sobre estos temas basados principalmente en análisis descriptivos y estadísticos que resaltan los casos de las jóvenes adscritas a algunos colectivos socialmente vulnerables: como inmigrantes, minorías étnicas (sobre todo gitanas) y chicas con historiales de violencia intrafamiliar o procedentes de contextos precarios y marginales, es decir, aquellas más expuestas a conductas sexuales de riesgo que pueden derivar en embarazos no deseados o infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, datos recientes evidencian que estas prácticas de riesgo ya son bastante generalizadas en la juventud española: se adelanta paulatinamente la tasa de iniciación sexual entre las menores de 20 años, el número de los abortos voluntarios entre ellas llega a un nivel nunca alcanzado antes, mientras que la tasa de fecundidad adolescente se duplica entre 1996 y 2008 (pasando de 7,37 nacimientos por 1.000 mujeres entre 15-19 años a 13,3).

Aunque en la actualidad los nacimientos de madres adolescentes disminuyan de forma notable respecto a los años setenta del siglo pasado y más sensiblemente respecto a mediados del 2000 en España (en 2015 la tasa de fecundidad adolescente es de 7,74 casi el mismo nivel de hace veinte años), y a pesar de que esos casos son proporcionalmente minoritarios en los países europeos en comparación con los países en vías de desarrollo, el fenómeno alcanza una cierta trascendencia pública y en el debate social y político –a nivel nacional e internacional– sobre la salud sexual y reproductiva, las relaciones de género y de pareja y los modelos de planificación familiar y transición a la vida adulta de las nuevas generaciones.

En particular, la centralidad de la sexualidad en la vida de los jóvenes, como experiencia de autodescubrimiento personal y de reconocimiento social de creciente importancia (Ayuso y García, 2014), favorece el adelanto cada vez más acentuado del debut sexual entre la población adolescente. Junto a ello, el mayor acceso a los métodos anticonceptivos y la actividad sexual desvinculada del matrimonio y de la finalidad reproductiva (Alberdi, 2014), pero a su vez el aumento de las interrupciones voluntarias del embarazo en las cohortes más jóvenes y de las violencias de género detectadas en los centros escolares de educación obligatoria (Díaz-Aguado, 2006) imponen una atención constante sobre las formas y los contenidos de las conductas afectivo-sexuales de los/las menores. De hecho, todos estos aspectos influyen en sus pautas de convivencia y de construcción identitaria y definen el escenario en el cual se insertan los embarazos tempranos y no deseados.

La maternidad adolescente se entiende como un factor que altera o debilita los itinerarios normalizados de desarrollo personal e inserción social de una joven (Nóblega, 2009). Asimismo, en términos generales, 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 (Berga i Timoneda, 2005). La maternidad antes de los 20 años es entonces vista como un problema grave, y como tal, la literatura especializada en el tema se preocupa por estudiar las causas que pueden provocarlo y las consecuencias que este evento desencadena en la vida de las adolescentes y en sus hijos, a nivel físico, psicológico, social y económico.

No obstante, los planteamientos de expertos y académicos que siguen estas líneas argumentativas y de investigación carecen de una visión integral que aborde el fenómeno en todos sus aspectos. La complejidad del mismo, en nuestros contextos socio-culturales actuales, precisa de una comprensión más profunda para rescatar su realidad multidimensional y sus significados reales –individuales, sociales y simbólicos– en la vida de las mismas jóvenes que lo protagonizan. Tener en cuenta las perspectivas de esas chicas que han tenido la experiencia de un embarazo precoz nos permite conseguir mejores claves interpretativas sobre los elementos que determinan y caracterizan su maternidad temprana. Esto significa, en términos empíricos, entender la maternidad adolescente como el resultado de una conducta de riesgo, de acuerdo con la literatura ya existente; pero, en términos analíticos, consideramos que queda pendiente conocer mejor la realidad de estas jóvenes, compuesta por sus vivencias, circunstancias, creencias, tensiones, ilusiones y necesidades, tal como solo las ciencias sociales pueden hacer al adoptar una perspectiva hermenéutica de análisis.

## OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se fundamenta en una aproximación cualitativa a la maternidad adolescente. Por ello, analizamos las representaciones de la experiencia materna de una muestra de mujeres jóvenes españolas que parieron su primer hijo

cuando tenían una edad comprendida entre 14 y 19 años. Las hemos entrevistado para conocer sus relatos y para poner en valor sus historias, insistiendo en los significados que ellas otorgan a su situación vital anterior al embarazo, a las decisiones tomadas respecto a su continuidad hasta llegar al momento del parto, a sus fuentes –formales e informales– de apoyo para adaptarse al rol de madres y al despliegue de las tareas de crianza, siendo todavía adolescentes, es decir en el momento pleno de su etapa evolutiva y formativa. Damos cuenta, pues, 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 que articulan sus vivencias cotidianas y su identidad como jóvenes y como mujeres.

El resultado esperado de estas operaciones es múltiple. En primer lugar, queremos complementar los estudios existentes sobre maternidad adolescente en España con unas perspectivas interpretativas nuevas y útiles para su mejor comprensión. En segundo lugar, y estrechamente conectado con lo anterior, es nuestra intención ofrecer una visión más comprehensiva del fenómeno que permita 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 tercer lugar, intentamos confutar los prejuicios formulados desde la opinión pública y desde algunos 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, creemos que una lectura positiva de la adolescencia nos ayuda a 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. Finalmente, con este análisis podemos conocer eventuales carencias 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 este estudio, entonces, los decisores políticos podrán contar con una “hoja de ruta” para plantear medidas eficaces dirigidas a embarazadas y madres adolescentes, porque conocerán 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, proponemos elementos de reflexión para 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. Por tanto, y como valoración compartida por los integrantes de nuestro equipo de investigación, a lo largo de este informe no pondremos nunca en cuestión la problematización e inoportunidad de ese acontecimiento en la vida de una menor. Serán nuestras mismas entrevistadas las que avalarán con sus historias esta postura frente a ese fenómeno.

# ESTRUCTURA DEL INFORME

El presente informe se compone de seis capítulos.

Después de esta introducción, en el primer capítulo revisamos la literatura más destacada y reciente, nacional e internacional, que aborda el embarazo y la maternidad en edad adolescente desde distintas perspectivas: desde el análisis médico-sanitario, hasta un enfoque más propiamente adscrito a las ciencias humanas y sociales, pasando por las contribuciones de los estudios de género y de la psicología social y evolutiva. Identificamos dos perspectivas analíticas que hacen hincapié, respectivamente, en las consecuencias bio-psico-sociales de la maternidad adolescente y en los elementos estructurales que reproducen con más frecuencia este fenómeno en distintos contextos familiares, socio-económicos y culturales. Con nuestro estudio pretendemos participar en el debate animado por esos dos enfoques desde una tercera perspectiva que da cuenta de la maternidad adolescente como experiencia subjetiva de las mismas jóvenes que se vuelven madres antes de haber llegado a la mayoría de edad.

En el segundo capítulo encuadramos la maternidad adolescente como problema social en el escenario mundial para detenernos en la descripción de la evolución de este fenómeno en España, desde mediados de los años noventa hasta la actualidad. Gracias a la explotación de datos secundarios de encuestas nacionales y al manejo de los hallazgos alcanzados por numerosas investigaciones anteriores a la nuestra, describimos algunas de las características más significativas que definen el perfil socio-demográfico de las madres adolescentes en España en los últimos veinte años.

En el tercer capítulo exponemos la metodología empleada para la realización de la investigación cualitativa. Gran parte de nuestro trabajo está sostenido por las indicaciones de unos profesionales que pertenecen a diversos organismos públicos y privados, que ofrecen servicios socio-asistenciales y socio-sanitarios a jóvenes embarazadas y a madres adolescentes en Madrid y Zaragoza, las dos ciudades donde realizamos el estudio. Su colaboración es determinante para afinar el planteamiento de nuestro análisis y para poder contar con los testimonios de algunas de sus usuarias. Realizamos entrevistas semi-estructuradas a una muestra de 32 jóvenes españolas (autóctonas y nacionalizadas) entre 18 y 29 años de edad que durante su adolescencia se quedaron embarazadas –algunas intencionalmente, otras no– y dieron a luz a su primer hijo. Las entrevistas tienen lugar a distancia de un mínimo de seis meses de su alumbramiento para poder registrar, a través de sus relatos y de forma retrospectiva, todo el proceso que les ha llevado a ser madres: desde sus primeras relaciones afectivo-sexuales, hasta el embarazo, para luego ocuparnos del momento del parto, de la activación del rol materno y de su nueva situación personal, familiar y social. En este capítulo especificamos las características individuales y sociales básicas de todas nuestras participantes, los mecanismos utilizados para seleccionarlas y contactarlas, los contenidos que articulan el guión de las entrevistas y algunas indicaciones sobre la estrategia interpretativa utilizada para la explotación de sus testimonios.

El resultado de este análisis se expone en los dos capítulos sucesivos. En el cuarto capítulo damos cuenta de seis narrativas en las cuales encajan todos los relatos ofrecidos por nuestras entrevistadas sobre su embarazo y su maternidad. Cada narrativa refleja una representación distinta de este fenómeno para destacar la heterogeneidad de sus historias y de sus valoraciones sobre los inicios de sus experiencias maternas. En cambio, en el quinto capítulo nos enfocamos en los puntos de vista que ellas comparten con respecto a la asunción de sus responsabilidades de crianza, a la construcción de su identidad como madres y a sus proyectos futuros de emancipación e independencia.

En el sexto capítulo nos apoyamos en los testimonios de los expertos consultados para hacer un breve repaso de su labor profesional con jóvenes embarazadas y madres adolescentes y, en concreto, para revisar los procedimientos de actuación socio-sanitaria ante esos casos y los marcos normativos de referencia en la actualidad. Aprovechamos estas informaciones también para hacer un estado de la cuestión sobre el abordaje institucional de este fenómeno en España y sobre las alternativas políticas posibles para prevenir los embarazos en edad adolescente y, considerando los casos ya existentes, para apoyar a las jóvenes madres.

Finalizamos el trabajo con algunas reflexiones conclusivas y de resumen sobre los hallazgos más importantes de la investigación, sobre todo en términos sociológicos y resaltando la importancia de la perspectiva de género y de un enfoque holístico para seguir tratando a la maternidad adolescente como fenómeno social problemático, complejo y multidimensional. En el último apartado recogemos todas las referencias bibliográficas citadas en el informe.

# PRIMER CAPÍTULO

## 1. PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS SOBRE LA MATERNIDAD EN EDAD ADOLESCENTE

Ser madre es una de las experiencias más intensas e íntimas vividas por una mujer: un tránsito existencial que no es reducible solo a los aspectos físicos relativos a la concepción, la gestación y el alumbramiento (Imaz, 2010). 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 el cual cada mujer produce y lleva a cabo el embarazo y donde luego ejerce las tareas de cuidado y crianza (Gaitán, 2015).

En la cultura occidental la maternidad se define como una de las experiencias más importantes que estructuran la vida de una mujer, porque va ligada directamente a su naturaleza biológica, y se entiende como la expresión principal de los roles reproductivos adquiridos, culturalmente interiorizados y socialmente esperados en el medio donde se desenvuelve (Tubert, 1999; Monreal, 2000). Ella se hace cargo de una gran variedad de responsabilidades hacia su criatura y responde a muchas presiones procedentes de su entorno con respecto a la forma adecuada para desempeñar el rol materno, sin la certeza de estar siempre acompañada por su pareja, por su familia o por otras redes de apoyo.

La forma de entender e interpretar la maternidad como un fenómeno humano y social varía en función del rango de edad en el que una mujer llega a tener hijos (Traverso, 2007). Cuando hablamos de una maternidad (y también de un embarazo, como acontecimiento previo) que tiene lugar en edad adolescente nos referimos a un proceso complejo, con implicaciones psicológicas, médicas y sociales específicas para la joven. En particular, los efectos de un embarazo temprano, y en ocasiones no deseado, y en condiciones socialmente difíciles, pueden revertir negativamente en su bienestar y en el de su hijo.

En este capítulo abordamos la maternidad adolescente en sus diversas dimensiones constitutivas: individuales y sociales. En primer lugar, presentamos una breve revisión de la adolescencia como etapa vital densa, de cambios trascendentales en el desarrollo de una persona, tratando en lo específico la sexualidad como uno de sus elementos más importantes. En segundo lugar, describimos los embarazos tempranos como resultado de una conducta sexual de riesgo entre las menores de edad y señalamos las imágenes estereotipadas que éstas pueden sufrir desde el principio de su gestación. Seguidamente, nos detenemos en dos perspectivas de investigación que plantean diferentes maneras de analizar la maternidad adolescente: por un lado, el enfoque más tradicional que aborda las consecuencias negativas en términos socio-sanitarios de embarazos y maternidades ocurridos en las menores de 20 años; por el otro, un enfoque más reciente, de corte sistémico, que insiste en las causas y en las circunstancias contextuales que aumentan la probabilidad de que una adolescente se convierta en madre. Finalmente, acabamos este capítulo con una propuesta de investigación que asume el punto de vista de las

jóvenes madres para superar los límites interpretativos de estos dos modelos analíticos y para contribuir al debate sociológico sobre el fenómeno que nos interesa gracias a un entendimiento más en profundidad del mismo.

## 1.1 Complejidad de la adolescencia y centralidad de la dimensión afectivo-sexual

La adolescencia es una fase del desarrollo humano que se extiende desde los 10 a los 19 años de edad (OMS, 2004) y que conduce a cada individuo a la reorganización de su personalidad fruto de su maduración física y sexual (Llanes, 2012). Durante este período, los y las adolescentes construyen su identidad mediante un proceso de aprendizaje de actitudes y competencias que irán articulando su transición de la dependencia a la independencia adulta. Estos cambios conllevan el aumento de la presión social para que los adolescentes se integren correctamente en sus grupos de iguales, lo cual supone también un replanteamiento general de la forma en que ellos mismos se definen, reconocen y aprecian, es decir una modificación de la propia autoestima y de la propia individualidad.

La construcción de la identidad en este periodo pasa por una serie de crisis personales más o menos intensas y sostenibles para cada uno, que se resuelven cuando se convierten en adultos, es decir cuando alcanzan unos roles de responsabilidad y autonomía que están valorados en la sociedad. Hasta entonces, la adolescencia se define más por sus déficits respecto a las dos etapas vitales entre las cuales se inserta –la niñez y la juventud– que por sus especificidades (Oliva et al., 2010).

Esta etapa formativa y de ubicación social para las personas adolescentes está definida por sus primeros cuestionamientos de los valores adultos. Sus comportamientos forman parte de un proceso de exploración y experimentación continuo que supone un debilitamiento progresivo de los ritmos compartidos con los progenitores durante la infancia y que ahora representa la primera búsqueda de un sentido existencial propio (Galland, 2004). Los mismos progenitores se sienten desorientados en esta fase. Se dan cuenta de que no son más el punto de referencia central para sus hijos e hijas y su autoridad está cuestionada de forma continua, especialmente cuando se trata de negociar con ellos sus tareas cotidianas y sus tiempos y espacios de diversión, seleccionar qué amistades mantener y cuáles evitar y prevenir conductas de riesgo, desvinculadas del control familiar o de las normas socialmente instituidas (Meil, 1999; Megías et al., 2002).

Aunque los y las adolescentes conozcan los peligros que se esconden en algunas de sus prácticas, tienden a infravalorar los efectos futuros, a veces perjudiciales, que pueden provocar sus actos. Tales prácticas se dan cada vez más tempranamente<sup>1</sup>, se expresan

---

<sup>1</sup> En la actualidad la precocidad de estos actos es incongruente con las pautas de emancipación adulta (salida del hogar familiar y consolidación de la propia independencia gracias a un empleo estable) que se realizan más tardíamente si comparamos las cohortes de veinteañeros actuales con quienes se han hecho adultos a esa misma edad pero en décadas anteriores (Gil Calvo, 2005).

con impulsividad y conciernen el debut sexual y las relaciones sexuales no protegidas, el consumo de alcohol, tabaco y drogas y los comportamientos transgresores y antisociales (Megías y Elzo, 2007). Muchas veces, todo ello forma parte del repertorio de experiencias que les conducirá hacia la plena conciencia de sí mismos: “en los procesos de socialización modernos el riesgo es un elemento más, en algunos casos, de orden primordial entre el grupo joven, entendiéndolo que éstos se exponen a los mismos en muchos casos justificándose por la necesidad de educarse en los mismos, de exponerse a los límites y experimentar con sus capacidades” (Ballesteros, 2008: 85). De aquí deriva una concepción de la adolescencia, en términos psico-evolutivos, como condición vulnerable, potencialmente patológica, que necesita una atención y un seguimiento constantes por parte de los adultos a la hora de informarles, orientarles y, si hace falta, sancionarles o castigarles.

El desarrollo socio-emocional de un adolescente está influenciado por su aceptación y personalización de la propia imagen corporal<sup>2</sup> y por su descubrimiento y reconocimiento de las propias necesidades afectivo-sexuales (Galland, 2004). La pubertad representa un momento crucial en este proceso porque se caracteriza por unos cambios fisiológicos, hormonales, psicológicos y sociales determinantes en el pasaje de la infancia a la juventud<sup>3</sup>. El conjunto de estas novedades provoca una mezcla de emociones contrastantes: el adolescente debe aprender a expresar y a gestionar la sorpresa, la curiosidad, el deseo y el entusiasmo al mismo tiempo que la incertidumbre, la preocupación y el miedo, ligados a la construcción de su personalidad e identidad de género (Serapio, 2006).

La sexualidad ocupa entonces un lugar central en este proceso porque abarca los actos físicos, la orientación y el tipo de atracción erótico-sentimental de cada uno, así como el sentido del placer, el gusto y la presentación estética, la construcción de la intimidad y la aceptación de los demás, desplegando unos códigos comunicativos y de conducta hasta entonces inéditos para el/la joven. Es también un símbolo de emancipación individual y por tanto influye en las formas en que se producen su reconocimiento colectivo y su aceptación social. La necesidad de iniciación sexual temprana entre los adolescentes se

---

<sup>2</sup> Los cambios físicos, estéticos y sexuales representan una constante fuente de atención y de interés para los adolescentes, pero también van mezclados con muchas preocupaciones y miedos para ellos y para sus familias. La insatisfacción con el propio cuerpo a menudo es asimilada a través de rituales que asumen significados distintivos en los grupos de pares y entre los coetáneos. Los tatuajes, los piercing, los cortes de pelo o unas formas de vestir particulares sirven para reafirmar el propio dominio del cuerpo que está cambiando rápidamente. Estos comportamientos podrían parecer contradictorios a los ojos de los padres y de los adultos en general, sin embargo para los adolescentes desarrollan la función de destacarse de los padres y afirmar su individualidad o la pertenencia a unos grupos sociales y a unas modas específicas (Andreoli, 2009).

<sup>3</sup> Hoy en día la maduración hormonal se adelanta gracias a la mejora de la alimentación y de la salud de la población adolescente en el mundo, especialmente en los países de ingresos medio-altos, como Europa occidental y América del norte. La pubertad para las niñas tiene lugar en promedio entre 18 y 24 meses antes que los niños: ellos transitan por esta fase entre los 14 y 17 años, mientras que ellas desarrollan su capacidad reproductiva a los 12 y 13 años. En algunos países desarrollados la edad de la menarquía puede ser incluso de 8 y 9 años (OMS, 2010).

hace cada vez más explícita, por la vivacidad fisiológica (los impulsos básicos) que se vive en esa fase de desarrollo, por el cambio psicológico que condiciona la disposición a la acción y por el discurso social que establece el marco de referencia sobre los modelos de belleza y lo que se considera deseable y preferible para mujeres y hombres en sus relaciones interpersonales (Megías et al., 2005; Rodríguez y Megías, 2015). Asimismo, el auge de las libertades civiles en nuestra sociedad en las últimas décadas, las nuevas vivencias familiares basadas en relaciones paterno-filiales más horizontales respecto a las que se daban en el pasado (Meil, 1999), el menor peso de la moral católica, las variaciones en la cultura hacia una mayor des-tradicionalización y las nuevas relaciones de pareja, más flexibles y menos orientadas a la monogamia o a un proyecto reproductivo y de vida en común, son factores que contribuyen al adelanto del debut sexual entre los y las menores de edad (Iglesias de Usset et al., 2009; Ayuso y García, 2014).

En sus vivencias cotidianas, especialmente en los hogares y en las relaciones con sus familias extensas y con sus primeras amistades, todos los adolescentes interiorizan aquellos estereotipos que guiarán sus comportamientos, afinidades y expectativas respecto a la propia identidad sexual y al otro sexo (Rodríguez y Megías, 2015). En particular, durante los años escolares se manifiestan los primeros mensajes de atracción e interés afectivo-sexual con sus iguales (Sánchez y Sánchez, 2015: 94). Todos experimentan los primeros enamoramientos y los primeros desencuentros, pero estas iniciaciones son vividas de manera distinta por parte de los chicos y de las chicas porque las aspiraciones afectivo-sexuales se definen desde la organización socio-cultural de los roles de género (Stern, 2007).

En el caso de los jóvenes varones la sexualidad está asociada a una conducta más activa y exhibicionista y a un deseo explícito, menos controlable, que da pie a una gran urgencia y necesidad de satisfacerlo: diversos estudios (Rodríguez, 2003, CIMOP, 2005, Megías et al., 2005) demuestran que sus mayores temores están relacionados con culminar un encuentro, “dar la talla” y “no quedar mal” con la pareja en la intimidad, creyendo que así pueden mantener su reputación alta. Sus coetáneas, en cambio, se consideran menos impulsivas, expresan sus gustos de manera más pausada, se inclinan por seleccionar y seducir a sus pretendientes poniendo en valor su feminidad y buscan mantener relaciones sinceras, basadas en la afinidad, complicidad y, preferiblemente, exclusividad con el compañero<sup>4</sup>.

Por tanto, otra diferencia de género durante la adolescencia se refiere a la elección de la pareja con la cual iniciarse sexualmente. Nadie quiere fracasar o ser juzgado negativamente y, para ello, todos buscan el/la acompañante más idóneo según sus respectivas preferencias. Mayoritaria e idealmente, ellas depositan sus expectativas de emparejamiento en compañeros mayores de edad, con más experiencia y madurez intelectual que los coetáneos (Manlove et al., 2006), optan por sostener encuentros sexuales con un varón

---

<sup>4</sup> Aunque estos estereotipos se sigan manteniendo, una encuesta de CIMOP (2005) señala un cambio paulatino de tendencia hacia una mayor igualdad de género en las relaciones afectivo-sexuales, especialmente entre las chicas y los chicos que pertenecen a familias de clase social medio-alta más que en las de clase medio-bajas.

que les proporcione confianza, seguridad y cierta estabilidad emocional. Por el contrario, los chicos buscan a alguien fundamentalmente accesible y disponible, además afirman su virilidad con una propensión mayor a la asunción de riesgos o con el mantenimiento de múltiples parejas sexuales, evitando o postergando los compromisos sentimentales exclusivos con una única mujer (Megías, et al., 2005; Stern, 2007).

El exordio sexual asume el valor de un rito de paso para los adolescentes porque les supone un cambio de estatus. Perder la virginidad les coloca, de forma casi automática, en una nueva posición social que les diferencia inequívocamente de quienes no lo han hecho y les identifica con los ya iniciados, afirmando un contrastable “yo adulto” como asunción de esa transformación (Megías et al., 2005: 189). Desde entonces, la frecuencia de los encuentros sexuales se vuelve importante para seguir confirmando –y posiblemente disfrutando– la nueva condición alcanzada. Sin embargo, los significados personales que se atribuyen a las prácticas sexuales dependen del lugar que la sexualidad ocupa en sus vidas y del tipo de relación de pareja que quieran mantener (Lailla, 2011).

La búsqueda del placer como fin en sí mismo, la diversión, la experimentación y el descubrimiento del propio cuerpo y del ajeno convierten la sexualidad en un componente determinante para la calidad de vida de los jóvenes (Ayuso y García, 2014) y para su autoestima y reconocimiento dentro de los grupos sociales de amigos y compañeros. En este sentido, las relaciones afectivo-sexuales de los adolescentes suelen ser más intermitentes, ocasionales y de corta duración en comparación a las preferencias de estabilidad planteadas por las chicas.

La liberalización de los comportamientos sexuales y de los emparejamientos, considerando la vinculación entre sexualidad y procreación como una opción más que como una constante, caracterizan esta realidad y definen una situación ambivalente: por un lado las experiencias íntimas son más variables porque están más centradas en el individuo y en sus formas de vivir el amor y el erotismo, a la vez que más desconectadas de las ataduras morales tradicionales y conservadoras; por el otro surgen y/o aumentan unos graves riesgos ligados a tales prácticas como el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS)<sup>5</sup>, los embarazos no deseados y también los maltratos, los abusos y las violencias de género (Ayuso y García, 2014).

Gran parte de la literatura reciente sobre adolescencia desde una perspectiva socio-psicológica y evolutiva aborda esta ambivalencia como el resultado de un recorrido de ensayos y errores que los jóvenes realizan sin ser plenamente conscientes de las consecuencias que pueden acarrear sus actos. En particular, los embarazos en

---

<sup>5</sup> El listado de las ITS que se pueden contraer en las relaciones sexuales desprotegidas, y que pueden desarrollarse durante la gestación con riesgo de contagio fetal, es largo. Las más frecuentes en nuestro entorno son la del Virus del Papiloma Humano (VPH), la hepatitis B y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); otras infecciones como la gonorrea, la Clamidia, el herpes simple, la sífilis, siguen presentes en los países occidentales pero se han vuelto cada vez más minoritarias gracias a los avances médicos en sus tratamientos.

las adolescentes, y su eventual desenlace en una maternidad temprana, varían en función de los tiempos de iniciación, de la frecuencia y de la estabilidad en que ellas desarrollan sus relaciones afectivas-sexuales.

Para algunos investigadores, las relaciones de pareja durante la adolescencia ya de por sí representan unas situaciones específicas de riesgo porque las primeras relaciones afectivas se vinculan con unas prácticas sexuales precoces, que no se pueden controlar completamente en términos cognitivos o conductuales (Ferguson y Woodward, 1999; Serapio, 2006). Las relaciones sexuales desprotegidas (con penetración y coitales) se entienden como riesgos asumidos porque los jóvenes creen que no utilizar el preservativo aumenta el placer y porque la percepción de los efectos indeseados que se pueden producir está superada por una necesidad de autoafirmación, que se retroalimenta con la misma realización y repetición de este comportamiento temerario (Megías et al., 2005). Asociado a ello, a pesar del cada vez mayor acceso a los métodos anticonceptivos para las adolescentes, sigue existiendo una parte de ellas que no muestra ninguna preocupación por su uso correcto ni le da importancia a la repercusión de sus acciones: en consecuencia, o bien no utilizan ningún anticonceptivo, o bien el momento de inicio de su uso no coincide con el de su actividad sexual (Delgado, 2011). Esto significa que ellas y sus parejas entienden los embarazos y las ITS como algo que "les ocurre a otras", lo que provoca que su percepción de estas consecuencias se debilite peligrosamente durante sus encuentros sexuales, puesto que "la presunción de bajo riesgo percibido anima y fortalece la experimentación entre los jóvenes en sus comportamientos de riesgo" (Ballesteros, 2008: 91).

Bajo otra perspectiva, las conductas sexuales de riesgo se han interpretado también como unos comportamientos que encubren unos malestares generales del chico y/o de la chica que los practican (Antona, 2001), como pueden ser las depresiones, las tensiones paterno-filiales o las dificultades en las relaciones interpersonales, con las posibles equivocaciones a la hora de manifestar y compartir los propios sentimientos. En relación a este último propósito, la asunción de riesgos en el ámbito de la sexualidad entre las adolescentes tiene mucho que ver con el concepto del amor romántico. La búsqueda de ese tipo de relación es una constante en esa etapa vital: es precisamente a través de su disponibilidad en las prácticas sexuales como algunas chicas consiguen retener a sus parejas y así creen sentirse amadas y valoradas como mujeres (Galligan y Terry, 1993; Berga i Timoneda, 2005). En esos casos la seguridad afectiva a la que piensan acceder a través de las relaciones sexuales cobra más relevancia que los riesgos relacionados con los embarazos o con las ITS (Megías et al., 2005).

Los efectos de este modelo ideal de amor romántico en la vida sexual de una pareja pueden ser devastadores, sobre todo para ella: por ejemplo cuando el varón no corresponde a los sentimientos de su compañera pero los manipula para llegar a satisfacer sus deseos eróticos, se despliega un chantaje emocional que acaba afectando a las esferas más íntimas y menos visibles de la relación (Díaz-Aguado, 2006). La forma perversa de experimentar este sentimiento puede perjudicar a la joven emotivamente (dependencia afectiva, frustración y baja autoestima) y físicamente

(exposición a las consecuencias negativas de una relación sexual desprotegida), siendo una situación concreta en que la desigualdad de género da lugar a una violencia de género (Herrera, 2016).

El *amor romántico* puede ofrecer la falsa ilusión de un noviazgo que sea sincero y duradero. En muchas ocasiones es uno de los motivos que conduce a la adolescente a tener relaciones sexuales intencionalmente desprotegidas, cediendo a las solicitaciones de su pareja, o más bien a plantear un proyecto de familia que les permita involucrar al compañero en una vida compartida, bajo el mismo techo, cuidando de la criatura que juntos han procreado (Madrid y Antona, 2003). La equivocación con respecto a este tipo de expectativa puede ser dañina también para el hijo que puede llegar, sobre todo cuando la chica se queda sola para cuidar de él, sin el respaldo de un hombre que ni ha querido ser verdaderamente su pareja, ni quiere ejercer su rol de padre.

Las relaciones afectivos-sexuales de los adolescentes son pilares de su desarrollo psico-físico y social, pueden cambiar sus vidas de manera irreversible, y no siempre con resultados positivos. Es entonces oportuno averiguar si y hasta qué punto tales relaciones son el resultado de unas decisiones que las jóvenes toman de forma libre y ponderada, y en qué condiciones ellas consiguen enfrentarse a las consecuencias de sus acciones, intencionales o no. El embarazo y la maternidad representan unos de los efectos más complicados de estas relaciones y precisan de mucho cuidado para ser tratados y entendidos en esas edades, tanto por parte de quien la experimenta sobre su piel como por parte de quienes intentan entenderla y explicarla desde las ciencias sociales.

## **1.2 La maternidad estigmatizada de “niñas que tienen niños”**

La maternidad es una categoría estructural e identitaria cargada de simbolismo, significados y consecuencias para las mujeres porque está intrínsecamente unida a la identidad femenina (Hernando, 2000). Desde una perspectiva feminista, se observa que los discursos patriarcales preponderantes asocian la feminidad principalmente con unos cuerpos que pueden albergar a otros y dar a luz. De esta manera no solo se reduce el papel social de las mujeres a su capacidad biológica de engendrar y atender a sus hijos, sino que también se entiende que la identidad de cualquiera mujer se construye con base en el deseo de tenerlos (Tubert, 1999). Hoy en día, la asociación indisoluble y esencialista entre “ser mujer” y “maternidad obligatoria” no es tan estable como antes de la reflexión feminista, pero sigue influenciando las relaciones de género y el reparto de tareas sociales entre hombres y mujeres, fundándose en la idea de que las madres deben dedicarse por completo al cuidado de sus descendencias. El punto de partida es el mismo: cuando una mujer se vuelve madre su deber moral y social es volcarse en los hijos, incluso si esto le supone cambiar sus condiciones y prioridades vitales. Sin embargo, esta consideración se matiza parcialmente en función de la edad de las madres y de las circunstancias que las llevan a tener descendencia (Ferguson y Woodward, 1999).

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 (Heras y Tellez, 2008).

La identidad adolescente se entiende como intrínsecamente antagónica a la identidad maternal (Cabero, 2007): 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 y alejada de la identidad maternal común, predominante y normalizada (Neill-Weston y Morgan, 2017).

En un imaginario colectivo fuertemente estigmatizador 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 (Caricote, 2006). El mismo deseo de ser madre por parte de las adolescentes se concibe generalmente como "inapropiado". Es por ello que un embarazo producido por una menor de edad se suele asociar a la idea de un embarazo no deseado (Becker, 2009). Si la madre, por su parte, reconoce que el embarazo es querido o intencionado, se le puede censurar esta decisión por ser fruto de su inconsciencia, inmadurez o ignorancia ligadas a unas carencias educativas y socio-económicas graves (Ellis-Sloan 2014a: 133).

La gestación representa la formación de un nuevo ser humano y la contemporánea conversión de una mujer en madre. Ahora bien, aceptar y procesar el embarazo y la maternidad es muy 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 (Ellis-Sloan, 2014b). 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 en gran medida de su familia de origen. Se hace difícil para ella 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 (Neill-Weston y Morgan, 2017).

El embarazo en las mujeres menores de edad es un comportamiento considerado como desviado: "el modelo hegemónico de adolescencia y juventud en nuestra sociedad

entra en contradicción con lo que representa ser madre antes de los veinte años” (Berga i Timoneda, 2010: 279). En particular, el escepticismo sobre las competencias y la preparación práctica de una madre adolescente es elevado, desde antes de parir y a la hora de hacerse cargo del recién nacido. Existen unas pautas formales, establecidas cultural y socio-históricamente, que determinan las condiciones óptimas en las que una mujer debe conducir y llevar a cabo su embarazo. No se trata solamente de llegar a la maternidad y ejercerla tal como viene, sino más bien de activar el rol materno correctamente (Moreno, 2000). A partir de esta impostación, se construye el modelo ideal de la buena madre y de su directo contrario, el modelo de la mala madre (Hays, 1998; Palomar, 2004). De acuerdo con esta dicotomía, existen maternidades “inapropiadas” porque no responden a las convenciones que definen los recursos necesarios para la gestación y para el sucesivo puerperio (Darré, 2013). En consecuencia, unos determinados comportamientos se entienden como válidos y aceptables mientras que otros son socialmente criticados, estigmatizados y hasta rechazados.

La autopercepción 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. Algunos de estos rasgos son típicos de la experiencia de la maternidad, como acontecimiento que “revoluciona” la vida de una mujer e impone un replanteamiento de su condición en el medio donde se desenvuelve. Pero la peculiaridad, no estereotipada, de la maternidad adolescente es asimilable a la asunción y a la gestión de un riesgo que se ha hecho realidad, sin que esté resuelta la ambivalencia de fondo que define su caso: esa mujer, menor de edad, no deja de ser una persona todavía dependiente, en el pleno de su desarrollo, que lleva consigo un ser cuya existencia, crecimiento y atención básicos dependen de su cuerpo y de las decisiones que ella tome (Smithbattle, 2000).

Las publicaciones más importantes y recientes que abordan el estudio de la maternidad adolescente a nivel nacional e internacional comparten este punto de partida para luego detenerse en unos aspectos distintos del fenómeno: algunas investigaciones hacen hincapié en las consecuencias médicas, psicológicas y sociales para la joven madre y para su hijo, mientras que otras prestan más atención en las causas que aumentan la probabilidad de que este fenómeno se produzca y se repita en una determinada realidad socio-económica y cultural.

## 1.3 Dos enfoques teóricos sobre maternidad adolescente como problema

Los planteamientos teóricos que nos ayudan a entender la maternidad adolescente pueden resumirse en dos perspectivas principales (Breheny y Stephens, 2007): la primera entiende este fenómeno como causa de unas situaciones problemáticas, la segunda como consecuencia de un contexto socio-económicamente desigual y vulnerable. Ambas perspectivas han fomentado –y siguen animando– un amplio debate social y entre los profesionales que intervienen en este ámbito (personal médico-sanitario, trabajadores sociales, educadores, etc.), para averiguar si los efectos negativos de la maternidad adolescente reflejan una casualidad o una mera correlación con otros elementos individuales o estructurales (Hoffman, 2011). Aunque suene como una cuestión meramente académica, aclarar esta disyuntiva permite destacar unos importantes matices interpretativos del fenómeno, en términos sociológicos, y vislumbrar cuáles son las opciones de intervención política más oportunas para estos casos.

### 1.3.1 Consecuencias y complicaciones de una maternidad temprana

La primera perspectiva analítica se apoya en una larga tradición investigadora a nivel internacional en los ámbitos médico-sanitarios (principalmente pediátricos, psiquiátricos y obstétricos); describe la maternidad adolescente como un problema de salud pública resultante de una relación sexual coital desprotegida mantenida por una mujer antes de haber cumplido los 18 años (y después de que haya empezado su ciclo reproductivo) que da lugar a un embarazo no deseado. Esta circunstancia es entendida como un riesgo en sí mismo por la escasa motivación y la limitada preparación bio-psico-social de esta chica a la hora de desempeñar unas responsabilidades parentales (Nóblega, 2009) y porque produce unas consecuencias negativas que pueden perjudicar la salud de la joven y de su bebé desde los primeros meses de embarazo, hasta causar unos efectos nocivos irreversibles para el desarrollo psico-físico de la madre y empeorar sus oportunidades vitales (Cunnington, 2001).

Los estudios que se enmarcan en esta perspectiva insisten en el análisis de todas estas consecuencias y en las fórmulas mejores para prevenirlas o reducirlas desde los sistemas de socialización primaria (familias y grupos de pares) y secundaria (centros educativos) y desde la administración pública (principalmente desde los centros de salud y planificación familiar). Es importante que las jóvenes mantengan relaciones sexuales sanas y eviten embarazos no planificados, y también que actúen acertadamente, ya sea en el caso que quieran interrumpirlos o que decidan llevarlos a cabo. Por eso, es imprescindible fomentar la educación sexual y el uso correcto de los métodos anticonceptivos y, si el embarazo sigue su curso, dar a conocer los procedimientos necesarios para tratarlo desde un punto de vista obstétrico y psicológico, ayudando a la joven durante su gestación y en las fases de preparación pre- y postnatal.

## Consecuencias físicas

Los embarazos se definen como precoces (antes de los 14 años de edad) o tempranos (entre los 15 y 19 años) en función de la madurez biológica de la mujer para que lleve la gestación en condiciones de bajo riesgo para su salud (Cabero, 2007). La mayoría de las adolescentes son capaces de llevar un embarazo regular y tener bebés sanos si cuidan de sí mismas y reciben atención médica calificada. Sin embargo, estos embarazos no son ni recomendables ni deseables porque pueden conllevar múltiples complicaciones maternas, fetales y perinatales. Una amplia literatura especializada alerta sobre las consecuencias negativas para el bienestar físico de la joven y de su criatura desde los primeros meses de embarazo. Los riesgos se adscriben a la combinación de varios factores, como por ejemplo ser primeriza, tener problemas nutricionales, no haber finalizado el propio desarrollo psico-fisiológico y recibir una atención prenatal escasa, irregular o inadecuada (OMS, 2004).

De acuerdo con los resultados de unos estudios obstétricos sobre los riesgos de salud más comunes para la adolescente durante el embarazo están la insuficiente ganancia de peso, la anemia, la presión arterial alta, con posibles convulsiones hasta llegar al coma (eclampsia, especialmente después de la vigésima semana de gestación), las hemorragias y los abortos espontáneos. Estos riesgos aumentan si la joven no está bien alimentada, cuando el embarazo se produce en los dos años posteriores al primer ciclo menstrual (menarquía) o cuando su canal del parto aun no está completamente desarrollado (OMS, 2004; León et al., 2008).

En los países donde el aborto está despenalizado, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE, en adelante) es una opción muy extendida entre todas las mujeres para el control de su fecundidad. Pero las adolescentes recurren a esta práctica cada vez con más frecuencia, también por la presión de sus progenitores o sus parejas (Save the Children, 2012). Esta decisión no está exenta de posibles consecuencias negativas en los aspectos fisiológicos y psicológicos de la menor, sobre todo si el aborto se ejecuta en circunstancias médico-sanitarias precarias e inseguras. Algunos estudios alertan que la IVE es una práctica que se está volviendo habitual entre las jóvenes como resolución relativamente accesible y veloz de un embarazo no intencionado, tanto en España como en el resto de Europa (Madrid y Antona, 2003; FPFE, 2012), pero no sabemos con exactitud cuántas de ellas conocen los riesgos que se esconden detrás del aborto. Aunque esta intervención se haya vuelto bastante común en el ámbito médico, entre las consecuencias más dañinas de la IVE para gestantes muy jóvenes se incluyen las hemorragias, los desgarros del cuello uterino, la perforación del útero, las infecciones pélvicas crónicas y hasta la infertilidad. Además la IVE es una experiencia que puede poner a prueba el equilibrio emocional de la joven, y en ese caso se precisa de una atención psicológica experta para que quien la haya practicado aprenda a procesarla y a vivir con su recuerdo (Cabero, 2007).

Si se decide continuar con el embarazo o si es demasiado tarde para interrumpirlo, la adolescente se dirige hacia un tipo de alumbramiento que puede presentar complicaciones específicamente relacionadas con su condición juvenil. A nivel

mundial, las mujeres entre 15 y 19 años tienen una probabilidad doble de morir durante el parto que las mayores de 20 años; entre las menores de 15 años este riesgo es seis veces mayor (Save the Children, 2012). El riesgo de muerte materna perinatal depende de una gran variedad de inconvenientes en ese momento. Los más comunes de ellos son: la desproporción céfalo-pélvica, las lesiones y la ruptura de membranas que pueden provocar hemorragias internas, los nacimientos pre-término y las complicaciones derivadas del contagio de ITS, que causan infecciones graves de las vías urinarias, irritaciones vaginales, embarazos ectópicos y cáncer (Alonso et al., 2011; Álvarez et al., 2012).

Las madres menores de 18 años dan a luz con más dificultades en comparación con las madres entre 20 y 29 años. En los últimos meses de gestación de los embarazos adolescentes aumentan las probabilidades de sepsis (inflamaciones originadas por infecciones graves) de muertes fetales y partos prematuros; el bebé se expone a un mayor riesgo de malformaciones y disfunciones fisiológicas (como el cierre del tubo neural), enfermedades neurológicas permanentes, morbimortalidad perinatal en los primeros años de vida y al "síndrome de muerte súbita" (Salazar et al., 2006; Lawlor y Shaw, 2002). Es más probable que las gestantes adolescentes tengan un trabajo de parto prolongado y expulsivos laboriosos, con el empleo de fórceps u otras intervenciones mecánicas delicadas, por las malas posiciones y presentaciones fetales o por las obstrucciones y por unas dilataciones más lentas, que pueden causarles fístula obstétrica, una enfermedad debilitante que provoca incontinencia en la mujer y mortinatalidad o muerte del bebé en la primera semana de vida. Los embarazos adolescentes acaban más frecuentemente en partos por cesárea que los partos de las gestantes adultas, con más efectos secundarios para la salud de las madres y mayores riesgos de que sus hijos presenten un bajo peso al nacer (menos de 2,5 kg.) o sean macrosómicos (Norma y Herly, 2012: 154).

### Consecuencias psicológicas

La maternidad temprana puede alterar el bienestar psicológico y emocional de la adolescente (Salazar et al., 2006). A las molestias propias de la gravidez del parto y del periodo de lactancia se suman las inquietudes relativas a la transformación y a la aceptación de su nueva imagen corporal y las alteraciones inducidas por los naturales cambios hormonales de su organismo. Tantas novedades les suponen unas dificultades mayores en la asunción del rol materno en comparación con las mujeres que tienen hijos más tarde, porque en el caso de las adolescentes se trata de cambios que se solapan y se confunden con la ya de por sí difícil emancipación que van construyendo respecto a sus figuras paternas (Furstenberg, 2003). Ahora se proyectan hacia responsabilidades adultas sin completar el proceso de maduración intelectual propia de su etapa de crecimiento, con la posibilidad de que el embarazo y la maternidad trastorquen seriamente su personalidad y su carácter (Moreno et al., 2015).

Las primeras reacciones emotivas de estas chicas frente al embarazo reflejan su vivencia en esta fase tan convulsa: sorpresa, incredulidad, desorientación, resentimiento y hasta rabia se mezclan con la manifestación de ansiedad y miedos recurrentes (Contreras et

al., 1999). Temen la desaprobación de sus padres, sus madres y de su pareja y sufren los juicios que pueden recibir en sus contextos más habituales: por ejemplo su embarazo y su maternidad les pueden causar vergüenza e incomodidad en el ámbito escolar y en la relación con su grupo de pares, cuando se confronta con otros coetáneos que siguen otras pautas de crecimiento y de participación social (Cabero, 2007). Les frustra tener que redefinir de repente las formas y el orden de sus actividades cotidianas y en particular sus hábitos de ocio y consumo. Es de entender que ellas añoren la vida antes de embarazarse y envidien cómo las amigas y las demás coetáneas sin hijos llevan su adolescencia, más despreocupadas y libres (Kait, 2007). Sin embargo tampoco pueden negar la evidencia: si intentan ocultar su estado, sobre todo si son primerizas, la situación puede empeorar porque retrasar la detección médica y desatender los controles prenatales necesarios las exponen a peligros graves para su salud y para el mantenimiento regular de su gestación (Madrid y Antona, 2003).

Su estabilidad emocional, más allá de la esperanza en que todo vaya bien, se ve afectada por las muchas preguntas a las cuales les toca enfrentarse, todas al mismo tiempo: en principio no sabe si continuar el embarazo o quedarse con el bebé y tampoco sabe con certeza si lo criará sola, con el padre de la criatura o lo dará en adopción. Otras preocupaciones tienen que ver con quién participará en la vida del hijo y financiará su crianza, suelen además surgir dudas sobre si seguirá con los estudios o si buscará un trabajo para ser independiente. Cuando estas cuestiones no encuentran respuestas coherentes pueden acarrear ulteriores complicaciones, entre las cuales muchos psicólogos y psiquiatras que se ocupan de madres adolescentes destacan: tristeza, sentido de culpa, desánimo, baja autoestima, dejadez, fatiga, agobio, crisis de pánico, trastornos de la personalidad, comportamientos autolesivos y tendencias suicidas, especialmente si el embarazo procede de una violencia o de una relación sexual no consentida (Gogna et al., 2008; Wolff et al., 2009).

Si se manifiestan estas problemáticas, la adolescente estará más propensa a desarrollar una depresión perinatal (es decir durante el embarazo y/o después del parto) que a su vez, si no viene detectada a tiempo, puede quebrar la relación materno-filial recién constituida (Bolzán et al., 2010). Cuando no se consigue una construcción sana de apego con el recién nacido la joven puede llegar a descuidarlo, ignorarlo, rechazarlo y, en el peor de los casos, a procurarle daños intencionalmente (Luster y Dubow, 1993). Diversos estudios confirman que las implicaciones de estas conductas son dúplices: en primer lugar, se refuerza para ella la etiqueta de "mala madre", profundizándose su soledad e indefensión frente a los juicios morales y a la presión social a su alrededor; en segundo lugar, la negatividad de la madre se transmite a su hijo que con más probabilidad llegará a desarrollar una personalidad agresiva y poco empática cuando sea joven y adulto (Contreras et al., 1999).

### Consecuencias en las relaciones sociales más cercanas

El debilitamiento y la pérdida de las redes informales más cercanas (progenitores, parejas y amigos) son consecuencias sociales muy comunes en las madres adolescentes

(Cabero, 2007): su condición puede poner en entredicho los vínculos afectivos y solidarios con sus familiares más cercanos, la estabilidad de sus uniones de pareja y la continuidad de sus amistades.

Las reacciones de sus familias ante el embarazo inesperado de su hija son fundamentales para el bienestar emocional y la seguridad de la joven gestante. Las relaciones paterno-filiales se suelen poner tensas después de conocer la novedad, para luego resolverse de distinta manera. El apoyo de los progenitores depende de lo que ellos quieran y puedan proporcionarle en términos no solamente prácticos, logísticos y materiales sino también afectivos y psicológicos.

La permanencia en el hogar es una solución conveniente durante la gestación y después de parir, cuando estas chicas están más desorientadas y estresadas, no son todavía autosuficientes económicamente y necesitan tiempo para ir asimilando poco a poco todas las novedades y las tareas de crianza (Duncan, 2007). Si el entorno familiar es poco receptivo, conciliador y cooperativo, es más probable que los progenitores desarrollen una actitud punitiva y de reproche hacia ella y le impongan fuertes controles y chantajes morales y disciplinares hasta no hacerle halagüeña la permanencia en casa (Stern, 2007). En particular, cuando el historial psico-social de la familia presenta unos episodios de desestructuración, conflicto o violencia, un evento como el embarazo de una menor puede hacer estallar los equilibrios –ya de por sí precarios– bajo el mismo techo. Las incomprensiones y las tensiones fomentan conflictos que a la postre provocan un progresivo desarraigo de la joven y de su bebé respecto a su familia de origen (Yago et al., 1990; Yago y Tomás, 2015c).

Una situación parecida se verifica en la relación que la adolescente mantiene con su pareja. Durante los primeros meses de vida un niño busca principalmente consuelo y alimento en la madre; mientras tanto una de las principales tareas del padre es cuidar de la madre para que ella pueda atender las necesidades básicas del bebé. Se ha comprobado empíricamente que el soporte proporcionado por la pareja de una adolescente mejora de forma significativa su nivel de aceptación y adaptación con respecto a su maternidad (Samuels et al., 1994). Sin embargo su influencia positiva decrece con el tiempo, desde el momento de la concepción, sobre todo si los chicos son coetáneos de la gestante y se estrenan por primera vez en ese rol y cuando la relación de pareja no está consolidada (Alberdi y Escario, 2007).

La llegada de un niño cambia el estilo de vida de los jóvenes novios: “aunque el hijo haya sido planificado y deseado, las obligaciones que impone su cuidado se viven en gran medida como un sacrificio, como la limitación de unas capacidades que se dejan sin colmar” (Alberdi, 2014: 19). Se trata de una transformación irreversible que puede desestabilizar las incipientes relaciones de pareja, sobre todo porque surgen los celos (“síndrome del tercero”), hay mayores dificultades para la intimidad y la comunicación, con unas relaciones sexuales menos frecuentes, y se asiste a unos cambios bruscos en las prioridades de atención y en la gestión del tiempo juntos (Samuels et al., 1994). Estos elementos no favorecen un despliegue positivo de los roles de padres y tampoco hacen

sostenible un proyecto familiar armonioso, al revés pueden incrementar la ansiedad, el estrés y las incomprensiones recíprocas.

La relación se complica cuando ninguno de los dos ha planificado el embarazo o si esto ha sido deseado solamente por uno de los dos. En consecuencia, se alimentan dudas y decepciones, se frustran las expectativas personales y se desvelan desencuentros que pueden debilitar las uniones en pareja hasta llegar a romperlas. En unos casos tales rupturas dan lugar a familias mono-parentales donde la joven madre acaba haciéndose cargo de su descendencia en solitario. En otros casos, se intenta evitar que el niño renuncie a una de las dos figuras paternas forzando la relación entre la joven y su compañero, en ocasiones incluso se contrae matrimonio para dar una cierta oficialidad a esta unión. Sin embargo, es una solución ficticia que posteriormente, en la mayoría de estos casos y con más frecuencia en comparación con las madres más adultas casadas y con hijos, acaban resolviéndose en divorcios y separaciones (Furstenberg, 1980; Delgado, 2011).

Los círculos de amistades pueden quebrarse durante la gestación y con la llegada del niño a través de un proceso similar, pero menos intenso, a lo que caracteriza las crisis en las parejas. La gestación impone un estilo de vida más relajado y más controlado para la menor embarazada que poco se concilia con las actividades de ocio y diversión propias de su etapa adolescente. El replanteamiento –a la baja– de la intensidad de su tiempo libre le impone una selección inevitable de los amigos que consiga mantener. Las y los coetáneos sin hijos siguen teniendo unos hábitos de consumo comunes en esa etapa vital, con mayores facilidades de movimiento para salir, divertirse y viajar que ella porque sus actividades están desvinculadas de unos compromisos ineludibles como son, por ejemplo, los de cambiar pañales o dar el pecho a un lactante cada dos horas (Alberdi, 2014).

### Consecuencias socioeconómicas

La perspectiva teórica que se concentra en las consecuencias del embarazo en edad adolescente hace hincapié en los riesgos de empobrecimiento relativo y de marginación social para las jóvenes que se vuelven madres tempranamente. Hacerse cargo de un hijo supone un gasto que reduce considerablemente, y de forma prolongada en el tiempo, los recursos económicos disponibles. Se entiende, pues, como una progresión insostenible para una chica que aun no es activa en el mercado del trabajo y que sigue dependiendo de sus padres. Cuando las responsabilidades de mantenimiento de esta joven y de su bebé pasan a sus padres/abuelos, el peso de los gastos necesarios para ambos se traslada al hogar de origen, con la posibilidad de que, en ese caso, vayan menguando los ahorros familiares. Por su parte, desde el embarazo hasta la crianza, se altera el curso regular de los itinerarios educativos de esa joven y se dificultan sus oportunidades de encontrar un empleo estable y de calidad, sobre todo por cuestiones ligadas a su baja formación. Su transición a la vida adulta se retrasa y se complica, con mucha probabilidad de que estos fallos repercutan negativa e irreversiblemente en su proyecto biográfico (Campbell, 1968).

Una amplia literatura internacional, sobre todo anglosajona y procedente de América Latina, aporta evidencia empírica sustancial para demostrar que, desde los meses más avanzados de gestación, a estas adolescentes les resulta muy difícil conciliar los estudios con su rol materno: para ellas se hace más complicado finalizar los ciclos escolares obligatorios, alcanzar un rendimiento académico satisfactorio y continuar formándose en los ciclos educativos superiores (Nuñez et al., 2003; Llanes, 2012). Los prejuicios morales y, en algunos casos, el aislamiento perpetrado por los compañeros y por los docentes en los institutos relegan a la joven embarazada/madre a la marginalidad, minando su autoestima y aumentando en ella la inseguridad e impotencia (Neill-Weston y Morgan, 2017).

Todo eso repercute negativamente en su posibilidad de asumir el nuevo rol de madre sin desatender los compromisos de inserción social propios de la etapa adolescente que está viviendo. La confusión y las presiones generadas por estas dificultades vulneran su autonomía personal a la hora de construir un proyecto de emancipación que sea ordenado y sostenible, quedándose atrapada en un círculo vicioso: tener que renunciar a los estudios redundando en unas condiciones laborales precarias, en un porvenir profesional inestable y en unos ingresos económicos bajos, por tanto, en una mayor dependencia del soporte financiero y material que les pueden proveer sus familias de origen, sus parejas o las instituciones asistenciales y caritativas (McDermott, 2005).

En algunos países las madres adolescentes y solteras están sostenidas por medidas sociales específicas para el mantenimiento de sus hijos. Las jóvenes beneficiarias de estas políticas a menudo sufren un estigma social por estar a merced del erario público, como han comprobado algunos estudios realizados en Reino Unido y en Estados Unidos, países con un Estado de Bienestar liberal y residual (Luker, 1997; Daguerre y Nativel, 2006). Estos mismos estudios definen la maternidad adolescente como un fenómeno que favorece la dependencia prolongada hacia el sistema de provisión social y que supone también unos costes altos para el sector de la salud, además de la pérdida del capital humano y del potencial económico que la joven madre y su hijo podrían desarrollar (Furstenberg, 1998).

Sobre la base de todas estas evidencias es plausible afirmar que tener un hijo en edad temprana puede limitar el desarrollo vital y las relaciones sociales de estas chicas, les inserta en unas trayectorias educativas y laborales desventajosas, y puede perpetuar un ciclo inter-generacional de precariedad socio-económica y de estigmatización social, a través de la transmisión de madre a hijo de todos esos problemas (Billari y Philipov, 2004). Prevenir los embarazos precoces significa entonces evitar unos problemas que pueden exponer a estas jóvenes madres y a sus hijos no solamente a peligros concretos para su salud física y psíquica sino también a situaciones duraderas de marginación y exclusión social para ambos (Nativel y Daguerre, 2006; Duncan, 2007).

### **1.3.2 Las causas de la maternidad adolescente desde una perspectiva sistémica**

La segunda perspectiva teórica sobre embarazo y maternidad en la adolescencia se afirma a principios de los años ochenta en los países anglosajones para luego

extenderse a nivel mundial a través de campañas e iniciativas de diversos organismos internacionales (Naciones Unidas, Save the Children, Organización Mundial de la Salud, etc.) para dar a conocer estos fenómenos. Es una perspectiva que complementa los análisis médicos y demográficos ofreciendo una visión holística y más compleja gracias a investigaciones adscritas a las ciencias sociales, en particular a la sociología de la familia y a la antropología cultural, a los estudios feministas y de género, y a aquellos que abarcan las desigualdades sociales desde un enfoque comparativo. El punto de partida común es entender la maternidad en las adolescentes como consecuencia de unas estructuras sociales y simbólicas que las predisponen a mantener conductas afectivo-sexuales de riesgo, a veces en contra de su voluntad y libertad de conciencia (Cunnington, 2001).

Siguiendo esta lógica, existe una correlación directa entre las características del contexto familiar, cultural, legal y socio-económico y la probabilidad de tener un embarazo precoz. Como regla general, la proporción de chicas que se vuelven madres tempranamente es mayor en aquellos países, regiones, comunidades o barrios donde las carencias estructurales son más acuciantes, la presencia en el territorio de colectivos socialmente vulnerables es más fuerte y las desigualdades sociales son más acentuadas (Lawlor y Shaw, 2002; Daguerre y Nativel, 2006). Más específicamente, el embarazo y la maternidad temprana están vinculados a una posición social de desventaja en la que se encuentran las adolescentes con recursos socio-económicos bajos, con redes formales de apoyo débiles e insertadas en comunidades que las penalizan en sus oportunidades vitales por ser mujeres, menores de edad y no autosuficientes.

Estos fenómenos son entonces más frecuentes allí donde la renta per cápita es más baja, los años de escolarización de las niñas son pocos, el mercado de trabajo es muy precario, la educación sexual en las escuelas y en los centros de secundaria es ausente o incompleta, las informaciones sobre la prevención de las ITS son insuficientes, el acceso a los métodos anticonceptivos (sin el consentimiento de los padres o de la pareja/cónyuge) es muy limitado<sup>6</sup>, la IVE está condenada por las tradiciones sociales o religiosas y penalizada por la justicia y los sistemas nacionales de salud no ofertan servicios básicos de planificación familiar y de atención socio-sanitaria calificada (pre- y postnatal) por la falta crónica de financiación (Save the Children, 2012). Tales condiciones afectan sobre todo a poblaciones muy desfavorecidas residentes en las aldeas rurales o en las grandes periferias urbanas de los países en vías de desarrollo y a las jóvenes que pertenecen a colectivos marginales (UNFPA, 2013), como las minorías étnicas (por ejemplo las mujeres gitanas) y los inmigrantes (Stern, 1997)<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup>Según el UNFPA (2013) 222 millones de mujeres en el mundo no pueden acceder a preservativos o a anticonceptivos hormonales (píldoras, implantantes, parches) y tampoco a dispositivos intrauterinos, es decir, a métodos modernos para no embarazarse independientemente que su pareja acepte o no utilizar el condón.

<sup>7</sup> En el siguiente capítulo aportamos unos datos estadísticos actualizados para describir esta realidad.

Las asimetrías de género influyen grandemente en la vulnerabilidad de las más jóvenes dentro de estas realidades sociales, basadas en unos modelos culturales conservadores y patriarcales, que perpetúan los roles reproductivos de las mujeres incluso a temprana edad (Heras y Téllez, 2008). Como consecuencia, en esas circunstancias son más frecuentes las segregaciones, los abusos, la coacción y la violencia sexual<sup>8</sup> contra ellas, como es el caso de los matrimonios infantiles, de la prostitución de menores y de las violaciones, fuera y dentro de los ámbitos domésticos (UNFPA, 2013).

Las discriminaciones que sufren estas chicas son múltiples y se ejercen también en el seno de sus familias: no se les considera económicamente productivas (por lo menos no a la par de un varón), se les empuja para que se casen jóvenes, a veces tras haber probado su virginidad antes del matrimonio (OMS, 2012), abandonen los estudios pronto y se dediquen solo a las tareas del hogar, pasando de la dependencia de sus padres a la dependencia de sus maridos. Sus familias intentan conseguir un doble provecho de todo esto: se libran del sostenimiento de un miembro más en casa y, al mismo tiempo, mejoran un poco su situación financiera gracias a la dote que la familia del esposo les proporciona (Casas et al., 2016).

Gracias al análisis sobre cómo la condición socio-económica, la convivencia paterno-filial y el historial psico-social de la familia influyen en la maternidad temprana de sus integrantes más jóvenes, algunos estudios (Yago et al., 1990; Furstenberg, 1998) evidencian que las chicas procedentes de hogares disfuncionales o desestructurados (con divorcios conflictivos, ausencia de los progenitores, etc.) y con escasos recursos económicos y sociales por la mala situación laboral de los padres (trabajos de baja cualificación y de bajos salarios, paro de larga duración, permanencia en la economía sumergida, etc.), o por sus conductas desviantes (drogadicción, alcoholismo, violencia doméstica, etc.), tienen una probabilidad más elevada de ser madres antes de los 20 años en comparación de sus coetáneas que proceden de ambientes familiares que no presentan las mismas dificultades.

Dependiendo del tipo de problemas que afectan a sus respectivas familias, cada adolescente madura una personalidad más o menos proclive a conductas de riesgo, que las llevan a reproducir situaciones similares o peores en el futuro (deserción escolar, inestabilidad laboral, comportamientos antisociales, etc.). El embarazo temprano es uno de los posibles percances que pueden ocurrir en estos casos (Yago et al., 1990), reforzando la espiral negativa de la transmisión inter-generacional (de padres a hijas)

---

<sup>8</sup> La OMS define la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o las insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comerciar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante la coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima” (Krug et al., 2002: 149). Según esta organización en 2002 alrededor de 150 millones de niñas y adolescentes fueron víctimas de violencia sexual en el mundo.

de la pobreza que, a su vez, afectará también a la personalidad y a las condiciones educativas y socio-laborales de sus hijos<sup>9</sup>.

La Convención sobre los Derechos del Niño aprobada en 1989 reconoce que las chicas que se quedan embarazadas en estas realidades micro y macro-sociales tan perjudiciales para ellas no pueden ejercer sus derechos a una infancia libre, saludable y segura como están recogidos en los tratados internacionales sobre la tutela de la infancia. La maternidad adolescente reproduce y hace persistente la precariedad existencial en aquellos colectivos sociales ya estructuralmente marginales por cuestiones etarias, de género y ligadas a su entorno de pertenencia (Save the Children, 2016). Encuadrado en estos términos, este fenómeno se define como un problema multidimensional que impone una reflexión y unas respuestas políticas más amplias y más ambiciosas de las meras cuestiones de salud pública, capaces de abarcar la igualdad de género y el sistema de reparto de riqueza y de fomento de las oportunidades vitales en la población joven (Nativel y Daguerre, 2006).

De hecho, el desamparo de estas adolescentes se conecta con su condición de víctimas de una violencia sistémica, que está invisibilizada o manipulada simbólicamente en los contextos más pobres. Prueba de ello es, en primer lugar, la falta o la imposibilidad de acudir con regularidad a las revisiones ginecológicas prenatales o hacerlo tardíamente, según el permiso y la cobertura económica que decidan concederle el padre o el esposo, poniendo en peligro la salud suya y de la criatura que llevan dentro (Simkins, 1984). En segundo lugar, en conexión con lo anterior, la normalización y la legalización (por leyes escritas, hábitos consuetudinarios o preceptos religiosos) de la posición que la mujer debe ocupar en estas comunidades les impide cualquier forma de reacción sin exponerse al juicio y a la sanción pública, del mundo adulto (y de su familia), profundizándose su estigmatización y aislamiento social.

En tercer lugar, ellas no están educadas para ser independientes y tampoco están capacitadas para estimar las consecuencias personales y sociales de ser madres pronto y por tanto, casi paradójicamente, acaban asumiendo esta responsabilidad como si fuera la opción vital más importante que les reserva el contexto socio-cultural donde han sido socializadas (Parra, 2012). Entienden, pues, que la única posibilidad a su alcance para ser reconocidas socialmente como unas personas adultas e integradas en su comunidad es ocuparse de las tareas del hogar, de sus parejas y de sus hijos, tal como les han enseñado desde la infancia: “el embarazo como imaginario instituido, obra como dispositivo de control de los cuerpos y de las subjetividades, funda los deseos y las aspiraciones de las adolescentes al punto que es natural embarazarse. En

---

<sup>9</sup> A esta conclusión llegan también los estudios que pertenecen a la perspectiva anterior, con la única sustancial diferencia que allí la pobreza es descrita como consecuencia negativa del embarazo adolescente mientras que aquí ésta se entiende como pre-condición estructural que lo fomenta, sobre todo entre los jóvenes más expuestos a la precariedad y, en el caso de las mujeres, a una integración social con desventaja (Stern, 2007).

este escenario, el embarazo en la adolescencia es una especie de cristalización de la feminidad tradicional que aparece como destino y condición de realización” (Oviedo y García, 2011: 993), a menudo creyendo que el embarazo sea el éxito inequívoco de su decisión “autónoma” (Smithbattle, 2000; Kait, 2007).

### Tener un hijo pronto como opción voluntaria

Los estudios que se enmarcan en esta segunda perspectiva analítica deben confrontarse con las controversias generadas por el siguiente hallazgo: no necesariamente es la maternidad durante la adolescencia la causante de la pobreza, más bien es probable que las jóvenes en situación de pobreza acaben teniendo hijos antes que sus coetáneas con mejores condiciones socio-económicas (Hoffman, 2011). Estudios recientes (Marcus, 2006; Becker 2009; Berga i Timoneda, 2010; Madalozzo, 2012) demuestran que la maternidad es una opción válida e intencionalmente buscada por muchas adolescentes en situaciones de riesgo y desamparo social. Ante las perspectivas de tener escasas posibilidades de emanciparse por cuenta propia y de integrarse en el mercado de trabajo, para ellas ser madres representa una “estrategia social llena de sentido” (Berga y Timoneda, 2010: 280), es decir, una oportunidad para crecer, madurar e independizarse de sus progenitores con un proyecto personal y familiar propio.

Algunas chicas quieren tener un bebé “para amar y para que las amen” (Berga i Timoneda, 2010): por un lado, porque creen que con la llegada de un hijo se fortalecerá la unión con su pareja y podrán cuidarlo juntos recibiendo a cambio un afecto sincero e incondicional<sup>10</sup>; por el otro, porque quieren demostrar a su familia y a su entorno más cercano que ellas son lo suficientemente responsables para desempeñar el rol materno (FPFE, 2012). Se dan estas circunstancias sobre todo si ellas han sufrido tensiones afectivas-relacionales con sus padres o en el caso de que sus familias sean poco cohesionadas o las marginaran (Madalozzo, 2012). Con estas premisas, ellas perciben la llegada de un hijo como un incentivo concreto para buscar un porvenir mejor, construir su independencia, retomando los ciclos educativos y/o consiguiendo un trabajo (Parra, 2012) y para adquirir el estatus adulto y sentirse plenamente realizadas como mujeres (Luker, 1997).

No todas sus expectativas se cumplen. En muchos casos se trata de unas ficciones que acaban resolviéndose en tristes decepciones (Kait, 2007). La falta de preparación y disposición personal complican la apropiación adecuada –práctica y psicológica– del rol materno (Moreno et al., 2015): manifiestan expectativas poco realistas con el hijo (esperan mucho o muy poco de él) y con su situación vital (se autoimponen más de lo

---

<sup>10</sup> En algunos estudios se matiza este asunto: las chicas priorizan las relaciones con sus hijos, porque sienten que “su nuevo papel de madres es una fuente de intimidad más fiable que las relaciones que han tenido con sus progenitores masculinos” (Graham y McDermott, 2005); por su parte, los hombres jóvenes no tienen muchos recursos que ofrecer al hijo y a su compañera, si consideramos que ellos también suelen ser padres precoces y primerizos, no están involucrados plenamente en la relación y tienen una inserción laboral débil (con paro intermitente y precariedad salarial) en sus comunidades, donde más significativa es la tasa de maternidad adolescente (Furstenberg, 1998).

que pueden dar), sufriendo mucho en el intento de encajar sus compromisos maternos con sus proyectos y preferencias de transición a la vida adulta (Smithbattle, 2000; Llanes 2012).

Sin embargo, algunos estudios señalan que la maternidad temprana no empeora su condición socio-económica, considerando que su posición social de partida no varía mucho con este evento y tampoco a distancia de unos años. En su famoso estudio longitudinal con un seguimiento biográfico de 300 mujeres afro-americanas residentes en áreas marginales de la ciudad de Baltimore y con hijos nacidos antes de que ellas cumplieran 18 años, Furstenberg (1976 y 2003) demuestra que la maternidad adolescente no ha empeorado su vida en el periodo observado, entre los años sesenta y los noventa. Después de casi treinta años desde su primer embarazo la mayoría de ellas había completado los estudios y encontrado un trabajo. Por otra parte, la limitación y la escasez de sus oportunidades socio-económicas por pertenecer a unos contextos deprimidos les han impedido cualquier posibilidad de mejora económica y de movilidad social ascendente, como ha ocurrido también con sus compañeras de clase y de barrio según se relata en el estudio, con la diferencia que éstas aplazaron la llegada del primer hijo hasta después de su adolescencia.

Según Furstenberg, las evidencias recopiladas en su análisis sugieren que muchas políticas orientadas a la prevención de la maternidad en las adolescentes de contextos marginales, como medida para aliviar sus riesgos de pobreza, están planteadas de forma equivocada porque no resuelven y tampoco reducen sus desventajas sociales, al revés, pueden tener efectos adversos. Por ejemplo la reproducción de la marginalidad y el fomento de ulteriores problemas familiares pueden darse cuando se impulsan las uniones matrimoniales entre estas chicas y los padres biológicos de sus hijos, originarios de sus mismos barrios, que en la gran mayoría de los casos fracasan por la joven edad y/o por la escasa educación y la precariedad laboral de ambos (Luker, 1997; Furstenberg, 1998).

Las chicas de familias de clase media o de altos ingresos, urbanitas y con más educación se posicionan frente a un embarazo temprano de manera bien distinta. Ellas explicitan otras prioridades personales y sociales, disponiendo de unos medios mejores para perseguirlas en comparación con sus coetáneas residentes en zonas periféricas y pobres. Ser madres es un objetivo importante en sus vidas pero no es deseable ni aceptable que ocurra antes de lo planificado. Si para algunas el embarazo y la maternidad “manchan” el honor de su linaje, para la mayoría se trata de obstáculos muy serios en sus procesos de emancipación porque pueden alterar sus condiciones acomodadas y frustrar sus perspectivas de inserción laboral y de ascenso social (Stern, 2007).

Es entonces más conveniente postergar ambos acontecimientos (junto con el matrimonio) hasta cuando se tengan unas condiciones profesionales y circunstancias personales adecuadas. Mientras tanto, durante su adolescencia, los perciben como imprevistos que es necesario evitar, prevenir o más bien ocultar y resolver con todos los recursos a su disposición (Azevedo et al., 2013). No renuncian a empezar

tempranamente sus relaciones afectivo-sexuales, pero están protegidas por un mayor y mejor acceso a los métodos anticonceptivos. En la eventualidad desafortunada que incurran en un embarazo, la solución de emergencia más practicada es acudir a centros hospitalarios privados para practicarse una IVE, pudiendo contar con el respaldo de sus progenitores para cubrir los costes que les suponen, como demuestra un estudio realizado en México (Stern, 2007).

Tener un hijo pronto es, pues, más probable para una chica de extracción social baja. Pero su situación es aún más complicada porque padece una doble privación relativa: está insertada en una realidad social donde no encuentra otras alternativas viables a la maternidad y, cuando llega el niño, echa en falta un sostén institucional eficaz que le ayude a desempeñar sus funciones de crianza y cuidado. Una vez más, aquí se cuestiona la noción de la maternidad adolescente como problema “per sé” y se pone en tela de juicio la lógica de un sistema que desatiende el reparto de recursos y oportunidades para las jóvenes integrantes de colectivos marginales que, por las características propias de su entorno, están más expuestas a la adquisición precoz de cargas familiares y corren más riesgos de profundizar su marginalidad y volverse adultas de prisa: “no hay moratoria y la autonomía deviene en embarazo; para ellas, no hay un tiempo de espera en tanto no hay para qué prepararse, ni cómo hacerlo; ya son, y desde edades muy tempranas han asumido roles adultos centrados en el cuidado y en la manutención de sus familias; no han tenido niñez, ni adolescencia, y la precariedad de sus vidas no les muestra otro camino” (Oviedo y García, 2011: 934).

Ante este escenario, las estructuras públicas encargadas de la provisión de bienestar a favor de las adolescentes eluden sus responsabilidades sociales en los contextos más precarios, también porque no entienden el verdadero sentido de las circunstancias en las cuales ellas se encuentran. De tal manera, las instituciones que rigen estas estructuras entorpecen el destino de las jóvenes madres y de sus hijos, limitando y sesgando sus opciones de mejora inmediata y de estabilidad en el medio-largo plazo y, al mismo tiempo, descargan sobre ellas la responsabilidad de sus embarazos y la supuesta “culpa” por encontrarse en apuros frente a ellos desde un punto de vista social, económico y familiar.

## **1.4 Abordar la maternidad adolescente como una experiencia subjetiva**

En muchas publicaciones internacionales sobre maternidad adolescente las dos perspectivas teóricas antes señaladas se complementan entre sí, aunque sigan utilizando unos enfoques analíticos distintos y fundamentando unas políticas sociales diversas frente a este fenómeno. Las investigaciones realizadas en el marco de la primera perspectiva plantean unas intervenciones de salud pública centradas en la falta de preparación bio-psico-social de las chicas, como problema, y en el cambio de sus conductas afectivo-sexuales de riesgo, como solución (Kait, 2007). Con la segunda perspectiva se amplía el espectro de análisis hasta incluir los factores socio-económicos,

familiares, culturales e institucionales que aumentan la probabilidad de embarazos entre las adolescentes y se recomiendan unas políticas más trascendentales, en grado de garantizar más bienestar y más oportunidades vitales para ellas.

Las dos perspectivas llegan a conclusiones similares: el contexto socio-cultural de las adolescentes tiene un peso considerable en sus prácticas afectivo-sexuales y en las causas y consecuencias de una maternidad temprana (UNICEF, 2014), por eso habría que resolver el fenómeno de raíz, proporcionándoles más y mejor educación. En la primera perspectiva esta solución tiene una finalidad preventiva o paliativa frente a sus conductas de riesgo, mientras que en la segunda se entiende como medio irrenunciable para emanciparlas y rescatarlas de situaciones sociales difíciles, potenciando su autonomía e independencia (Lloyd y Young, 2009). Pero ambas toman poco en consideración el punto de vista de esas jóvenes para averiguar cuáles serían los impactos (reales y esperados) de la educación recibida y para conocer su forma de entender la experiencia que están viviendo y así encuadrar mejor su situación, en términos tanto personales como estructurales.

Una perspectiva subjetiva sobre el embarazo y la maternidad en edad adolescente permite aclarar las controversias existentes entre esas dos perspectivas y superar algunas de sus limitaciones analíticas. La primera se desarrolla a partir de una visión patológica de la adolescencia, como etapa vital de riesgo en sí, y de una explicación de la maternidad juvenil sesgada por los análisis médico-clínicos y por unos modelos idealizados de "buena madre". La segunda es más ambiciosa pero excesivamente determinista a la hora de describir la influencia del contexto en los destinos de las adolescentes, en concreto en su probabilidad de quedarse embarazadas pronto y de ser madres, sin aclarar hasta qué punto ellas pueden decidir por sí mismas frente a las presiones estructurales que reciben y a las circunstancias sociales en las que se encuentran. Este tercer enfoque propone un estudio integral para averiguar cómo ellas perciben tales acontecimientos y cómo se organizan alrededor de (y a pesar de) estos mismos una vez que irrumpen en sus vidas (Llanes, 2012).

Algunos estudios destacados (entre otros: Paván, 2001; Roman, 2000; McDermott y Graham, 2005; FPFE, 2012; UNICEF, 2014; Rodríguez, 2016) atribuyen más protagonismo a las historias de las adolescentes para poder disponer de una lectura en profundidad de sus motivaciones y condiciones personales. De acuerdo con los resultados alcanzados en estas investigaciones, observamos que estas chicas desarrollan un "proceso de subjetivación" que las lleva a sentirse y a actuar como madres. En otras palabras, la asunción del rol materno depende de cómo ellas entienden y resuelven las ambivalencias presentes en su transición de "ser unos sujetos que reciben cuidado" (pasivos) a "ser unos sujetos que cuidan a otros" (activos), cambiando así el tipo de participación que desarrollan en sus respectivos contextos sociales y familiares.

Las adolescentes construyen progresivamente su identidad de "madres" a través de una acción reflexiva sobre sus sentimientos, sus conductas, sus relaciones con el entorno y sus planes de vida que derivan de este tipo de transición. Los planes de vida se refieren

a “un modo específico de organizar el tiempo, pues la construcción de la identidad del ‘yo’ depende tanto de la preparación para el futuro como de la interpretación del pasado” (Giddens, 1997, 111). Las adolescentes elaboran sus circunstancias y sus decisiones antes de embarazarse para poder dirigir un futuro como madres hacia otro tipo de planificación vital respecto a lo que ya tienen. Bajo esta idea, el embarazo y la maternidad son puntos de inflexión densos de significados en su construcción como sujetos individuales y sociales, porque implican unas nuevas formas de comprenderse a sí mismas, de aceptarse y de presentarse en sociedad.

Este proceso de subjetivación, rico en novedades y retos, es crucial para lograr o mantener su bienestar personal, su integración social, su apego emocional con los hijos y para ejercer su rol materno (Smithbattle, 2000). Asimismo, pasar por este proceso les ofrece la posibilidad de entender lo que han vivido, reordenar sus trayectorias y sus proyectos vitales, o por lo menos darle sentido. Maduran una perspectiva propia frente a las dificultades y a la incertidumbre que estos fenómenos les suponen, reconocen los problemas y se activan para buscar posibles soluciones. Este proceso de subjetivación puede entonces definirse como un aprendizaje que les permite adaptarse progresivamente a su nueva condición y a sus nuevas responsabilidades.

En la perspectiva subjetiva de análisis los relatos de las madres adolescentes ocupan una posición central para interpretar esta construcción identitaria. Como primera novedad respecto a las dos perspectivas teóricas anteriores, la categoría de “madres adolescentes” ahora no se puede definir como un grupo homogéneo: cada una atribuye a sus vivencias unos significados diversos, incluso contradictorios, que hace falta descifrar para entender sus circunstancias actuales y aquellas previas al embarazo. El planteamiento de unas políticas sociales adecuadas y no discriminatorias o estigmatizadoras para ellas depende del éxito de esta interpretación. Además, ellas mismas pueden señalar las condiciones específicas de la vulnerabilidad que han sufrido, o que siguen sufriendo, y reclamar sus derechos a ser protegidas, cuidadas, queridas y respetadas, como adolescentes, como mujeres y como madres (Climent, 2009).

En segundo lugar, abarcar la maternidad adolescente como experiencia subjetiva significa ocuparse de unas problemáticas sociológicas que son dinámicas, más que estáticas, como las interacciones entre las chicas (agencia) y sus entornos y oportunidades vitales (estructuras) (Breheny y Stephens 2007; Silva, 2007). De esta forma, es posible vislumbrar otros caminos más allá de unas perspectivas interpretativas rígidas, que encuadran la maternidad adolescente como una causa de ulteriores problemas o como una consecuencia de problemas preexistentes. Superar esta disyuntiva no significa justificar el embarazo y la maternidad tempranos abrazando los argumentos utilizados por las protagonistas; más bien es preciso explorar las narrativas y los discursos que avalan tales argumentos y preguntarse: ¿Cuáles son los modelos de referencia que inspiran las conductas afectivo-sexuales de estas chicas previamente a su embarazo? ¿Cómo los interpretan a la hora de desenvolverse en sus medios? ¿Cómo se relacionan con las personas más próximas social y afectivamente (padres, parejas, amigos y profesionales que operan en los centros de asistencia socio-sanitaria a los cuales pueden

haber acudido) en momentos distintos de su experiencia (antes, durante y después del embarazo)? ¿Es correcto considerar la maternidad adolescente como el reflejo de unas específicas pautas de transición a la vida adulta? Y para saberlo, entonces ¿cómo se articulan los planes de vida de estas jóvenes marcados por tales acontecimientos? Y ¿de qué manera ellas entienden, construyen y concilian su proceso de subjetivación como adolescentes, mujeres y madres?

En tercer lugar, de acuerdo con una perspectiva subjetiva de análisis, solamente las directas protagonistas del fenómeno que aquí nos interesa son capaces de contestar a estas preguntas. Desde un punto de vista metodológico, las dos perspectivas anteriores se apoyan preferentemente en la explotación de evidencias estadísticas para buscar generalizaciones y correlaciones significativas que expliquen las pautas recurrentes de la maternidad adolescente. La aproximación cualitativa a este fenómeno es residual en la primera perspectiva y ha sido empleada con más frecuencia solo recientemente en la segunda, sobre todo por iniciativa de la investigación feminista en el ámbito de la psicología social (Traverso, 2007; Oviedo y García, 2011) y de la antropología (Monreal, 2000; Imaz, 2010) y gracias a los estudios sobre la percepción del riesgo de embarazos tempranos en jóvenes situadas en distintos peldaños de la escala social (Solé y Parella, 2004; Stern, 2007; Parra, 2012). La perspectiva subjetiva admite como prioritario e imprescindible el análisis sobre sus representaciones y valoraciones de las trayectorias vitales que las han llevado a ser madres y sobre su adaptación a ese nuevo rol.

Por todo ello, consideramos oportuno utilizar esta opción metodológica e interpretativa para abordar las cuestiones antes formuladas, como hemos acordado hacer en el presente estudio.



# SEGUNDO CAPÍTULO

## 2. EVOLUCIÓN RECIENTE DE LOS EMBARAZOS TEMPRANOS Y PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO DE LAS MADRES ADOLESCENTES

Las características que definen la categoría de madres adolescentes varía notablemente entre países, regiones geográficas, grupos etarios y étnicos, clases sociales y tipo de familias. Para describir este cuadro tan variado hemos utilizado diversas fuentes de datos secundarios, de ámbito nacional e internacional, haciendo hincapié en tres aspectos: 1) en la incidencia del fenómeno a nivel mundial, para poner en contexto el caso español; 2) en la evolución reciente en España y su distribución a nivel de Comunidades Autónomas; y 3) en algunos rasgos socio-demográficos y socio-laborales básicos de estas madres en nuestro país.

Antes de empezar con este análisis es necesario aclarar una cuestión ligada a la evidencia empírica disponible: los datos sobre embarazos en adolescentes no son siempre precisos y completos. Estas cuestiones se explican por diferentes razones. Es muy difícil informar sobre los embarazos porque es posible que muchos de ellos acaben perdiéndose precozmente por causas naturales (abortos espontáneos), a veces antes de que la mujer sepa con certeza si está gestando un feto. No sabemos mucho sobre los embarazos que quedan indocumentados, especialmente en los países en vías de desarrollo donde los servicios médicos de atención prenatal son limitados (UNFPA, 2013: 29). Los embarazos que terminan en abortos provocados clandestinamente tampoco se incluyen en la mayoría de las bases de datos oficiales a nivel mundial; esto significa que en muchos países se manejan los datos existentes sobre los partos como informaciones indirectas para conocer los embarazos en adolescentes.

A continuación hacemos lo mismo, teniendo en cuenta que las estimaciones de las tasas de fecundidad son siempre menores que las tasas de embarazo<sup>11</sup>. Utilizamos datos recogidos a través de dos tipos de análisis demográfico (tal como se sugiere también en UNFPA, 2013): con un método retrospectivo, es decir, a través de encuestas en las que se pregunta a mujeres entre 20 y 24 años si tuvieron un hijo antes de los 18 o de los 15 años; y calculando la tasa de fecundidad adolescente, que incluye solo los nacimientos de niños vivos paridos por mujeres entre 15 y 19 años.

El intervalo de tiempo en examen para el caso español (1996-2015) corresponde al periodo en que las participantes de nuestro estudio vivieron su adolescencia, se

---

<sup>11</sup> Las tasas de fecundidad incluyen únicamente los niños nacidos vivos mientras que las tasas de embarazo se refieren también a los abortos (espontáneos y provocados), a la mortalidad fetal y a los embarazos a término (aquellos que duran entre las 39 semanas y 0 días y las 40 semanas y 6 días).

quedaron embarazadas y dieron a luz. Por tanto, las estadísticas que presentamos en este capítulo nos permiten dibujar el contexto temporal en que se insertan sus vivencias y averiguar cómo se reproducen muchas de las características individuales y sociales que ellas mismas evidencian en sus entrevistas.

## 2.1 Embarazos y maternidades en edad adolescente a nivel internacional

Numerosos estudios describen los embarazos y las maternidades en la población adolescente como problemas sociales muy correlacionados con las altas tasas de pobreza, paro, delincuencia y desigualdad de los países africanos, latinoamericanos y asiáticos con más subdesarrollo socio-económico (Save the Children, 2012; UNFPA, 2013) y de las áreas rurales y urbanas más deprimidas, también en Norteamérica y, en menor medida, en Europa (UNICEF, 2013).

El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) publica en el informe Estado de la Población Mundial 2013 que cada año en el mundo una de cada cinco mujeres tiene un hijo antes de cumplir la mayoría de edad; en las regiones más marginales esta ratio es de una de cada tres. La OMS (2014) alerta que casi 16 millones de chicas entre 15 y 19 años dan a luz cada año y son casi 2 millones los niños nacidos de madres menores de 15 años<sup>12</sup>. UNICEF (2014) confirma que los nacimientos de madres adolescentes representan casi un 2% en China, un 18% en América Latina y el Caribe y más del 50% en el África Subsahariana. Más en detalle, el Banco Mundial (Azevedo et al., 2013) informa que en 2010 se registran 108 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15-19 años en África Subsahariana, 72 en América Latina y 73 en el Asia Sudoriental. Los autores de ese mismo estudio del Banco Mundial afirman que el embarazo a temprana edad es uno de los problemas de salud pública más grave en el mundo.

No obstante, la maternidad en edad adolescente es un hecho normalizado en aquellas comunidades con rígidas desigualdades de género, donde se socializa a las mujeres desde pequeñas para los roles de esposas, madres y cuidadoras del hogar que ellas deben cumplir si quieren formar parte de su comunidad (Stern, 1997; Oviedo y García, 2011).

Según el informe de Save the Children titulado Hasta la última niña (2016) nueve de cada diez nacimientos de madres adolescentes ocurren dentro del matrimonio o de la unión en pareja. En 60 países del mundo los matrimonios infantiles (con menores de 15 años) superan el 20% del total de los casamientos: este dato se ha mantenido estable desde los años noventa. Muchos de estos matrimonios son forzados por sus familias y

---

<sup>12</sup>La mayoría de las estadísticas disponibles y comparables procedentes de organismos internacionales cubre solamente la cohorte de 15-19 años, aunque en el mundo las niñas entre 10 y 14 años de edad también se exponen a los riesgos de sufrir abusos, violencias, incestos y quedar embarazadas (Save the Children, 2016).

permitidos por unas costumbres sociales y religiosas patriarcales, a menudo avaladas por normas instituidas. Al contrario de lo que ocurre con las niñas, los varones pueden casarse sin consentimiento parental a partir de los 18 años. El 16% de las menores de 18 años en los países con renta per cápita medio-baja (sin contar a China) están casadas o en una unión de hecho, comparado con el 3% de sus coetáneos (UNFPA, 2013); una de cada nueve chicas se casa antes de cumplir los 15 años.

En los contextos más precarios donde son más fuertes los mandatos de género supeditados a unas formas explícitas de dominación masculina, los embarazos adolescentes son provocados por coerción, incestos y violencias sexuales<sup>13</sup> en más del 20% de los casos (UNFPA, 2013). Un estudio sobre abuso sexual y embarazo infantil forzado en América Latina y el Caribe (CLADEM, 2016) evidencia que las jóvenes están en desventaja con respecto a sus parejas a la hora de negociar el uso de algún método anticonceptivo, en particular del preservativo, en sus encuentros sexuales. El libertinaje no está censurado entre los hombres, al revés, se acepta como un comportamiento que refuerza su imagen masculina en el propio entorno social, sin considerar las consecuencias de esta práctica en lo que se refiere a abortos y embarazos no deseados, cuyas cargas afectan físicamente solo a las mujeres, y en cuanto a ITS<sup>14</sup>.

El riesgo de que las jóvenes sufran tales abusos es mayor cuando sus parejas son varones adultos o personas con una posición de autoridad dentro de sus comunidades. En su último *Informe Mundial sobre la Infancia 2017* titulado "Infancias robadas", Save the Children destaca que la gran mayoría de estas jóvenes víctimas no denuncia las violencias sufridas por miedo, vergüenza, sumisión o por la falta de recursos y de un efectivo amparo jurídico: en algunos países pobres la violación en una pareja casada no está tipificada como un delito (por ejemplo en Afganistán, Yemen, India o Somalia); además, cuando se procede a una denuncia, no está garantizado que se abra un proceso y se sancione al responsable.

En las periferias deprimidas de las grandes áreas urbanas (barrios pobres, marginales y conflictivos) el embarazo adolescente es recurrente sobre todo entre las chicas de familias desestructuradas, que llevan unas trayectorias de fracaso escolar, trabajan en sectores de la economía sumergida o, en el peor de los casos, son explotadas sexualmente (pornografía infantil, trata y tráfico por prostitución). Una de las particularidades de los países de América Latina y el Caribe es que la mayoría de estos embarazos son

---

<sup>13</sup> Saffioti (1997) refiere el incesto a una relación igualitaria entre dos personas ligadas por un vínculo familiar y el abuso sexual incestuoso a una relación jerárquica donde la voluntad de un sujeto se impone con la fuerza sobre otro. Siguiendo esta distinción, el informe de CLADEM (2016) destaca que en muchas regiones pobres de América Latina lo primero suele ocultarse y permanecer impune para defender la integridad familiar, mientras que lo segundo suele provocar un repudio inmediato y escandaliza a los padres de la víctima, lo que les empuja a solicitar un resarcimiento por el daño ocurrido.

<sup>14</sup> La OMS (2012) alerta que cada año los jóvenes de 15-24 años contribuyen con 40% de los nuevos casos de infección por VIH entre la población mundial.

el resultado de unas relaciones sexuales extra-conyugales que en pocas ocasiones se resuelven en matrimonios, por tanto estas jóvenes acaban haciéndose cargo de su prole en solitario y en condiciones complicadas (Save the Children, 2016). Al contrario, en muchas comunidades locales y más tradicionales de África y Asia se impulsan las uniones conyugales tempranas para que la joven mujer empiece a procrear pronto y esté ya insertada en su nuevo hogar (Azevedo et al., 2013).

El encierro de estas chicas en instituciones caritativas (estatales o concertadas) para menores embarazadas cuando sus condiciones de privación material son graves, la prohibición legal de la IVE (por ejemplo en Honduras, Nicaragua y República Dominicana) y la presión de sus familias, las obligan a una maternidad forzada (CLADEM, 2016: 8)<sup>15</sup>. En las regiones más pobres tampoco existen condiciones sanitarias adecuadas para interrumpir el embarazo: cada año en el mundo se practican 3,2 millones abortos inseguros<sup>16</sup>, la mayoría de forma clandestina, a las jóvenes de 15-19 años (Ahman y Shah, 2012) y unas 70.000 adolescentes mueren debido a las complicaciones durante el embarazo o en el parto. La mortalidad materna representa el 15% de todas las causas de muerte en las menores de 20 años, siendo la segunda causa principal de muerte en las chicas de 15-19 años después del suicidio (OMS, 2014)<sup>17</sup>.

La maternidad adolescente no alcanza niveles tan alarmantes en Europa como en otros continentes: desde los años ochenta disminuye la tasa de embarazos en las adolescentes<sup>18</sup> y al mismo tiempo aumenta la edad en que las mujeres tienen el primer hijo (Daguerre y Nativel, 2006). Además, en los países occidentales el embarazo y el parto de chicas menores de edad no representan unos riesgos directos para la salud de las gestantes como ocurre en muchos países en vías de desarrollo. Las consecuencias físicas, psicológicas y socio-económicas de un embarazo en ese periodo vital, reseñadas en el capítulo anterior, deben entonces matizarse teniendo en cuenta las variables estructurales de los contextos nacionales y regionales donde se manifiestan estos fenómenos.

---

<sup>15</sup>No hemos encontrado datos sobre las adopciones internacionales que proceden de estas madres adolescentes, pero sabemos que numerosos hospitales y organizaciones no gubernamentales se ofrecen como mediadores entre ellas y las redes de familias disponibles e interesadas para adoptar (Save the Children, 2016).

<sup>16</sup>Un aborto inseguro o en condiciones de riesgo "es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o realizado en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos" (OMS, 2012: 18)

<sup>17</sup> Hay que matizar este triste dato en los países donde está en vigor una prohibición total del aborto y se empuja a las jóvenes embarazadas a una maternidad forzada. Para evitarla, muchas de ellas se quitan la vida, como en El Salvador donde la ley penaliza duramente cualquier práctica de IVE (sin ningún tipo de excepción) y el 57% de las muertes de adolescentes embarazadas se produce por suicidio.

<sup>18</sup> Reino Unido es la excepción, con una frecuencia de casi 50 embarazos por cada 1.000 adolescentes (OMS, 2004); sin embargo, cabe subrayar que el 50% de ellos se produce en el 30% de la población situada en los límites del umbral de pobreza relativa, correspondiente sobre todo a la población inmigrante.

En su informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia 2012* UNICEF (2013) subraya el notable contraste entre los nacimientos de mujeres de 15-19 años que se producen en los países desarrollados (23 de cada mil adolescentes) y en los países en vías de desarrollo (123 de cada mil adolescentes). Las leyes que despenalizan el aborto, la oferta de centros públicos de planificación familiar y la introducción de cursos específicos de educación sexual y reproductiva en los ciclos escolares obligatorios hacen que los embarazos tempranos en Europa y en los países occidentales avanzados sean comparativamente muchos menos respecto al resto del mundo.

Un análisis sistemático de las investigaciones sobre vida sexual y reproductiva de las jóvenes en Europa durante los últimos treinta años (Imamura et al., 2007) destaca tres factores para explicar el mayor riesgo de embarazo entre las menores de 20 años: 1) unas condiciones de privación o desventaja socio-económica; 2) la pertenencia a familias desestructuradas y/o inestables; 3) unos bajos niveles de educación reglada. La probabilidad de que estos embarazos conviertan a las jóvenes gestantes en madres es residual en la población adolescente europea, siendo mucho mayor en las chicas que pertenecen a minorías étnicas (es este el caso de las jóvenes de etnia gitana) y a colectivos vulnerables como las poblaciones procedentes de África Subsahariana, de América Latina y de Europa del este (sobre todo de Rumanía) que residen en las áreas urbanas de la Europa occidental y cuya migración a España se ha vuelto consistente solo recientemente (Lailla, 2011; Parra, 2012).

Tal como hemos observado para los países en desarrollo, la desigualdad de renta y la precariedad de las oportunidades vitales en los estratos marginales de la sociedad son dos descriptores importantes de los embarazos en las menores y, por ende, de las posibles maternidades que de ellos puedan surgir, también en los países occidentales más desarrollados (Wilkinson y Pickett, 2009). Prueba de ello es, por ejemplo, el caso de Estados Unidos, un país socio-económicamente muy fuerte pero con fracturas profundas en su tejido social por la clase social, el origen étnico y el lugar de residencia de la población juvenil que revierten en una de las tasas de fecundidad adolescente más elevadas del planeta (55) (OMS, 2004). Desde los años sesenta estos embarazos se concentran en los colectivos afro-americanos y de origen latino que viven en los barrios marginales de las grandes ciudades estadounidenses (Furstenberg, 2008). Junto con Estados Unidos, también Reino Unido y Nueva Zelanda presentan unas tasas de fecundidad adolescente mucho más altas en comparación con las tasas de fecundidad de las mujeres adultas; al contrario que en países más igualitarios como Noruega, Suecia y Japón, donde la maternidad adolescente es más baja en relación con la frecuencia de los nacimientos registrados entre las mujeres adultas (Wilkinson y Pickett, 2009: 145-148).

## 2.2 Conductas afectivo-sexuales de jóvenes y adolescentes en España

Entre los factores que mejor explican los embarazos en edad adolescente en España cabe mencionar la centralidad de la sexualidad en el proceso de transición a la vida adulta del joven, como conducta que implica la búsqueda del placer y el desarrollo de lazos afectivos significativos, y el adelanto de la vida sexual activa, junto con el aumento de las prácticas anticonceptivas y del acceso a las IVE.

Según el informe *Jóvenes, valores y drogas* (Megías y Elzo, 2007) la población española de 15-24 años otorga una nota de 8.2 sobre 10 a la importancia de tener una vida sexual plena y satisfactoria, desvinculada de su finalidad de procreación. El sondeo *Jóvenes y diversidad sexual* realizado por el Instituto de Juventud (INJUVE, 2010) sobre una muestra nacional de jóvenes de 15-29 años llega a un resultado similar: el 73,2% de los encuestados está bastante o muy de acuerdo en afirmar que la sexualidad ocupa un lugar importante en su vida. Esta valoración aumenta con la edad: el sexo es una práctica relevante en las relaciones de pareja (independientemente que sean esporádicas o estables) para la mayoría de chicos y chicas de 15-19 años (53,6%) y esencial para la gran mayoría de los y las veinteañeros (75,7% en el caso de la cohorte de 20-24 años y 83,9% para los y las encuestadas de 25-29 años).

En términos generales, este dato referido a jóvenes nos ayuda a entender un cambio generacional de mayor calado en los comportamientos sexuales de los españoles que, en última instancia, condiciona la pirámide demográfica del país: entre los años setenta y la primera década del siglo XXI España pasa de una situación de fecundidad alta y precoz a otra con una fecundidad baja y tardía<sup>19</sup> (Reher, 1996; Devolder y Cabré, 2009; Castro y Martín, 2013). Gracias a la explotación de la *Encuesta de Fecundidad y Valores 2006* del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), un estudio dirigido por Delgado (2011) y patrocinado por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) muestra que el 20% de las mujeres nacidas antes de 1956 tiene su primera relación sexual completa cuando aún no ha cumplido los 20 años; este porcentaje llega al 52,7% para las nacidas entre 1956 y 1970 y aumenta al 74% en la cohorte 1971-1985.

La edad media de la primera relación sexual completa se adelanta en 5,6 años desde la década de los sesenta del siglo pasado. El porcentaje de mujeres que pierde su virginidad antes de los 16 años se multiplica por 12 y en 2010 representa el 16,7% de la población juvenil (Lailla, 2011). Según la *Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales* del

---

<sup>19</sup> En 1970 España es el país con mayor fecundidad de Europa (2,9 hijos por mujer) pero en 1998 registra el índice más bajo (1,15 hijos por mujer). Según el informe 49/2016 de Eurostat titulado *Births and fertility in the EU en 2014* las mujeres españolas son las que más retrasan la maternidad en el conjunto de la Unión Europea porque tienen su primer hijo con 30,6 años de media, por encima de los 28,8 años de media comunitaria.

Instituto Nacional de Estadística (INE) de 2003 la edad media de la primera relación sexual es de 17,5 años para los chicos y 18,2 para las chicas. Unos años más tarde, en la *III Encuesta sobre Sexualidad y Juventud Española* (Grupo Daphne, 2009) observamos que la edad media del debut sexual para los y las jóvenes es 16,3 y 16,6 años, respectivamente. Esa encuesta evidencia un aumento de la población de 15-19 años sexualmente activa respecto a la segunda edición de la misma encuesta, realizada en 2005, con una subida levemente mayor para las chicas (de 52,8% en 2005 a 65,7% en 2009) respecto a los chicos (de 55,8% a 67,1%).

Las más recientes generaciones de mujeres adelantan sus relaciones sexuales desvinculándolas de la finalidad reproductiva gracias al uso de métodos y técnicas que anulan la posibilidad de tener hijos en el transcurso de las mismas (Castro Martín, 2007) y que les protege también de las ITS. Hasta 1978 la contracepción en España estaba prohibida por ley. Un médico podía prescribir la píldora anticonceptiva (introducida en Europa en 1961) únicamente para regular el ciclo menstrual. Desde finales de los años sesenta, gracias a su despenalización, los anticonceptivos ayudan a las mujeres a planificar sus comportamientos reproductivos y favorecen la reducción de los embarazos entre las jóvenes (Alberdi, 2014).

A partir de ese cambio histórico se acentúan las diferencias generacionales con respecto al inicio de la actividad sexual de las jóvenes españolas: el 10,4% de las mujeres que ahora tienen entre 70 y 74 años ha mantenido relaciones sexuales completas antes de los 20 años mientras que en el caso de las chicas entre 20 y 24 años de hoy en día esta proporción alcanza el 86,2% (Delgado, 2011). Por otra parte, los embarazos adolescentes entre las mujeres sexualmente activas antes de los 20 años pasan de 42,8% en el caso de las nacidas entre 1946 y 1955 a 11,5% para las que nacieron entre 1971 y 1985 (Delgado, 2011). La *VII Encuesta de Anticoncepción en España* (Grupo Daphne, 2011) destaca que en 2004 el 46,6% de las mujeres de 15 a 19 años (es decir aquellas mujeres nacidas entre 1985 y 1990) emplea algún tipo de método anticonceptivo; en 2009 esta proporción aumenta al 62,6% para las adolescentes nacidas en el quinquenio sucesivo, 1990-1995<sup>20</sup>.

La diferencia temporal entre la primera relación sexual y el uso de métodos anticonceptivos de forma sistemática se reduce entre las diversas generaciones de jóvenes españolas (Tabla 1). Gracias al estudio de Delgado (2011) sabemos que en la cohorte de nacimiento de 1951-1955 el intervalo entre estos dos eventos es de casi cuatro años. Conforme avanzamos en el periodo y en las cohortes analizadas, el tiempo transcurrido entre ambos eventos se reduce hasta una diferencia de solo tres meses entre las chicas nacidas entre 1981 y 1985. En otras palabras, mientras las más mayores usaron por primera vez un método anticonceptivo pasados los 25 años, las mujeres nacidas tres décadas más tarde se inician a esta práctica con 18,7 años.

---

<sup>20</sup> En cuanto al tipo de método empleado, el preservativo masculino es el más utilizado por los adolescentes con un 91,2% según el Informe de Juventud de España de 2008 del INJUVE.

*Tabla 1: Edad media al inicio de la actividad sexual y al primer uso de anticoncepción*

Cohorte de nacimiento	Edad primera relación sexual	Edad uso de métodos anticonceptivos
1946-50	22,9	30,9
1951-55	21,5	25,3
1956-60	20,3	22,4
1961-65	19,7	20,8
1966-70	19,6	20,6
1971-75	18,9	19,6
1976-80	18,6	18,9
1981-85	18,4	18,7

*Fuente: Delgado, 2011*

Aunque el uso del preservativo sea ahora muy extendido entre la juventud española (con una media nacional de 74,4% en 2010 según el Informe de Juventud en España 2012), hasta hace poco, en 2004, el 14% de los jóvenes de 15-24 años no usaba ningún anticonceptivo: en ese año el 17% de los chicos y el 10% de las chicas empleaban el coitus interruptus como medida de anticoncepción, y un 6% de jóvenes declaraba haber acudido algunas veces a la “píldora del día después” (Megías et al., 2005)<sup>21</sup>.

Si nos centramos únicamente en la población adolescente, el estudio Daphne de 2011 ofrece un dato aun más contundente: el 35,6% de los y las jóvenes de 15-19 años mantiene relaciones sexuales desprotegidas. A esta evidencia cabe añadir que el uso de los anticonceptivos por parte de los menores de 20 años no siempre coincide con el inicio de su vida sexual. Según la Encuesta Anticoncepción SEC 2014 de la Sociedad Española de Contracepción (SEC, 2014) el 23,4% de las mujeres de 15-19 años no utiliza ningún método anticonceptivo en su primera relación, exponiéndose al riesgo de quedarse embarazada en ese primer encuentro<sup>22</sup>. La Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales del INE ya en 2003 ponía en evidencia que esta conducta entre los jóvenes de 18-29 años puede estar inducida por la peligrosa e infundada creencia acerca de que en la primera relación sexual coital no existe ningún riesgo de embarazo.

<sup>21</sup> La píldora postcoital no es un método anticonceptivo, más bien es un recurso de emergencia utilizado antes de las 72 horas del coito desprotegido para evitar un embarazo no deseado. Se utiliza también cuando ocurren imprevistos como la ruptura del preservativo, un error involuntario en el cálculo de los días fértiles o un olvido en la toma de la píldora. Según un estudio (Beiztegui, 2006: 61) los jóvenes españoles consideran que su eficacia es alta y que no tiene contraindicaciones ni efectos secundarios graves.

<sup>22</sup> Delgado en una entrevista a El País el 25 de mayo de 2010 declara que en su estudio Maternidad adolescente en España (2011) se demuestra que “la no utilización de anticonceptivos en la primera relación sexual es el factor por excelencia explicativo del embarazo adolescente, multiplicando por seis la posibilidad de provocarlo”.

La edad media a partir de la cual las españolas comienzan a utilizar de forma sistemática algún método de anticoncepción (menos el coitus interruptus) es de 20,7 años (SEC, 2014), periodo en el que la frecuencia de los emparejamientos sexuales se intensifica más en comparación con los últimos años de la adolescencia. Según la III Encuesta sobre Sexualidad y Juventud Española (Grupo Daphne, 2009) dos de cada tres jóvenes de la cohorte de 15-19 años mantienen relaciones sexuales con una frecuencia de 6,9 veces al mes en el caso de los chicos y 8,7 en el de las chicas. Esta práctica es vivida como algo habitual pero variable: según un sondeo del INJUVE (2008) el 38% de los y las menores declara tener relaciones por lo menos una vez por semana mientras que en el 37% de los casos se trata de encuentros esporádicos. Para los de 20-24 años la frecuencia aumenta llegando a 8,7 y 9,5 veces al mes para chicos y chicas, respectivamente. La actividad sexual de las chicas es entonces más intensa que la de sus coetáneos en la misma condición<sup>23</sup>.

El sexo ocasional y aleatorio es cada vez más frecuente entre las y los adolescentes españoles (Ayuso y García, 2014), sin embargo existen unas diferencias de género que marcan las pautas relativas a la elección y despliegue de sus encuentros íntimos, como hemos señalado también en el capítulo anterior. Según el informe Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia (2013) de la Liga Española de la Educación, el 64,1% de las adolescentes de 14-18 años ha tenido su primera relación sexual porque en aquel momento se sentían enamoradas, mientras que en el caso de los chicos nos situamos en el 55,3%. Una diferencia importante es la de “divertirse y disfrutar” como motivos señalados por el 45% de los chicos y el 30,9% de las chicas para explicar las razones de su “primera vez”. Algunos estudios revelan que estos mismos sentimientos las llevan a ceder con la pareja a la hora de consensuar cómo proteger el acto sexual y a sustituir el preservativo por otro tipo de métodos más orientados a la prevención de embarazos que a la prevención de las ITS (Belza et al., 2006).

Por otra parte, el uso de un método anticonceptivo no es garantía de su eficacia. Aunque tengan cada vez más acceso a los recursos de anticoncepción, no todos los jóvenes saben utilizarlos correctamente: el último estudio Daphne (2011) informa que el 23,1% de los adolescentes de 15-19 años que se protegen no lo hace de forma adecuada. Esta cuestión se puede explicar por una educación sexual incompleta o mal orientada en los centros escolares y en las familias o porque ellos mismos relativizan el verdadero impacto de sus acciones y se dejan llevar por “falsos mitos” referidos al uso de anticonceptivos (Madrid y Antona, 2003; Yago y Tomás, 2014). Algunos estudios (Lailla, 2011: 122; Calatrava et al., 2012) destacan que entre los elementos

---

<sup>23</sup> La misma encuesta del Grupo Daphne (2009) hace constar que el 13,2% de los jóvenes no se ha cuidado con ningún método anticonceptivo en el último encuentro sexual y sólo el 66% lo utiliza de forma habitual. Sin embargo, más del 94% de los jóvenes con una vida sexual activa declaran saber cómo se maneja eficazmente por lo menos un método anticonceptivo: de hecho, aumenta su uso en la cohorte de 15-19 años entre 2005 y 2009, sobre todo entre las chicas y, en particular, acudiendo al preservativo, a la píldora y a otros métodos hormonales.

que influyen significativamente en la ocurrencia de los embarazos adolescentes y de las ITS para los jóvenes en España son: la escasa presencia en todo el territorio nacional de unos servicios sanitarios especializados a los cuales los menores puedan acudir sin sus padres, la carencia de valores éticos y morales de referencia y una influencia excesiva de información no filtrada de los medios de comunicación de bajo nivel, junto con un exceso de permisividad y el insuficiente control de parte de los adultos (familiares y no). Existen datos empíricos que avalan esta perspectiva: según la III Encuesta sobre Sexualidad y Juventud Española del Grupo Daphne en España 387.000 jóvenes de 15-24 años en 2009 se exponen a embarazos no deseados por un mal uso del preservativo.

Cabe considerar también otros inconvenientes prácticos con respecto al uso de cualquier método anticonceptivo, tales como los que manifiestan las usuarias de un estudio sobre comportamientos sexuales y métodos anticonceptivos de las jóvenes de 13-24 años en Zaragoza (Yago y Tomás, 2014). Ellas se refieren a la incomodidad que les suponen estas precauciones en la relación con su pareja y a la consecuente inhibición del goce físico, además añaden la rotura de los aparatos que emplean, su pérdida, su precio excesivamente elevado, sus efectos secundarios (supuestos o reales, como por ejemplo las falsas creencias que la píldora engorda o afea) y su mero olvido de tomarlos o aplicarlos.

Tras haber tenido una relación coital desprotegida, se percibe el riesgo de quedar embarazada como un acontecimiento accidental, que no depende ni de la voluntad de la joven y ni de su pareja (Megías et al., 2005). La limitación en la percepción de este riesgo puede estar condicionada por otros tres elementos: la influencia de los medios de comunicación que alientan a las nuevas generaciones a seguir un modelo de sexualidad que prioriza el placer y el coito como si éstos fueran equivalentes (Ayuso y García, 2014); la presión del grupo de pares, amigos y compañeros, a la hora de desarrollar prácticas de emulación o de evitar otras de estigmatización que coaccionan a los jóvenes en sus comportamientos sexuales (Díaz-Aguado, 2006); y, a veces relacionado con el anterior, el consumo descontrolado de alcohol y drogas, que desinhibe los comportamientos que conducen a las prácticas sexuales, incluso cuando éstas no sean intencionales o consencientes (Madrid y Antona, 2003).

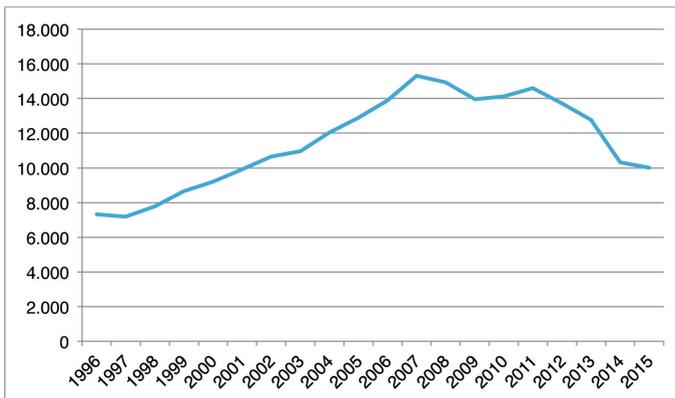
No hemos encontrado datos sobre el embarazo adolescente como consecuencia de una violencia de género, dentro de una relación de pareja malsana y peligrosa para la joven. En esos casos el embarazo está provocado por unas prácticas sexuales abusivas del chico hacia la chica, ligadas principalmente a cuestiones de placer físico por parte de él o de supuesta "prueba de amor", fidelidad y entrega que se solicita exclusivamente a ella (Madrid, 2009). Un informe del Ministerio de Sanidad y Consumo redactado por el Observatorio de Salud de la Mujer (2007: 11) alerta sobre una creciente proporción de españolas menores de 20 años que recibe presiones de parte de sus compañeros sentimentales para mantener relaciones precoces y coitales, que dispone de un margen limitado para negociar el uso del preservativo con ellos y debe hacerse cargo de las posibles consecuencias de la anticoncepción de urgencia o de la IVE, a menudo en solitario.

## 2.3 La interrupción voluntaria del embarazo de las jóvenes en España

Una de las decisiones que las jóvenes españolas pueden tomar ante un embarazo precoz y no deseado es su interrupción voluntaria por vía médica. La IVE para ellas se entiende como una decisión pragmática, en continuidad con los anticonceptivos de emergencia, como “último recurso en caso de fallos o errores en los anteriores” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007: 58). Sin embargo, un estudio cualitativo sobre el tema (CIMOP, 2005) demuestra que la asunción y la generalizada normalización de esta práctica entre las nuevas generaciones no elimina completamente la sensación de culpabilidad, los arrepentimientos y el dolor personal para quien la practica.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad informa que entre 1996 y 2007 se duplica el número total de las IVE entre las menores de 20 años en España (pasando de 7.331 a 15.307), para luego bajar gradualmente hasta asentarse en poco más de 10.000 casos en 2015: una cantidad netamente superior a la de hace veinte años, a la vez que baja el número de adolescentes residentes en nuestro país y por tanto es más fuerte la incidencia de las IVE en este colectivo (Gráfico 1). Asimismo, la tasa de abortos voluntarios (la proporción de IVE por 1.000 mujeres en edad fértil) entre las chicas de 15-19 años pasa de 4,88 en 1996 a 9,44 en 2015, tras haber alcanzado el máximo de 13,6 en 2007. Este aumento (en cifras absolutas y relativas) puede explicarse porque cada vez son mayores la antelación y la frecuencia de las relaciones sexuales entre los menores de edad, por la creciente presencia de la población inmigrante en España, con tasas de embarazo más altas que las coetáneas autóctonas, y por una mejora en el sistema nacional de registro de las IVE, que incluye, con más precisión respecto al pasado, aquellos abortos que las mujeres de nacionalidad española se practican en el extranjero (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007: 59).

*Gráfico 1: Evolución del número de IVE practicadas en mujeres menores de 20 años (1996-2015)*



*Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Los cambios legislativos en materia de despenalización del aborto y de regulación de la IVE en España modifican las normas para acceder a estas prácticas. Hasta 1985 abortar es un delito en nuestro país. La Ley Orgánica 9/1985 de reforma del Artículo 417bis del Código Penal establece un sistema de supuestos que solo permite realizar la IVE en casos de violación, malformación del feto o riesgo para la salud de la madre. En 2010 el Gobierno Socialista presidido por Rodríguez Zapatero aprueba la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, que deroga la anterior ley de supuestos y permite el aborto libre en las 14 primeras semanas. La norma contempla que se puede practicar un aborto también dentro de las 22 semanas de gestación, en el caso de que existan graves riesgos para la vida o la salud de la embarazada o serias anomalías en el feto, y más allá de este plazo, en cualquier momento si se detectan alteraciones fetales incompatibles con la vida del niño o enfermedades graves e incurables.

Esa nueva ley de plazos, elaborada por el Ministerio de Igualdad de aquel gobierno en 2009, indica que los servicios de atención primaria tienen la obligación de informar a todas las mujeres embarazadas atendidas sobre los derechos, las prestaciones y las ayudas públicas de apoyo a la maternidad. Se fija un plazo de al menos tres días, desde esta información, para proceder con la intervención. En todo caso, el legislador inserta la IVE en la cartera de los servicios comunes del Sistema Sanitario Nacional (Capítulo II, Artículo 18) y por tanto se presta como un servicio público de salud al cual el usuario puede acceder de forma gratuita, porque está a cargo de la Seguridad Social, y con la garantía de que se respete su intimidad y confidencialidad desde la red sanitaria pública o concertada, vinculada a la misma.

Con esa ley se aprueba también que las chicas de 16 y 17 años puedan interrumpir su embarazo sin el consentimiento de los progenitores<sup>24</sup>. Este ha sido uno de los puntos más controvertidos en el debate social y político alrededor de la reforma, porque son muchos los que temen que tales disposiciones pueden disparar el número de IVE entre las adolescentes. Sin embargo, a este propósito, un dato significativo que describe sus conductas reales de acuerdo con lo establecido por esta ley es lo que presenta la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI), según la cual el 87,3% de las chicas de 16 y 17 años que han practicado un IVE en España en 2011 han sido acompañadas al menos por uno de sus progenitores o por su tutor legal. Además, el número total de las IVE practicadas por las menores de 20 años bajan paulatinamente a partir de 2012 (como se refleja en el Gráfico 1).

---

<sup>24</sup> El asunto es distinto para las menores de 16 años: las que están embarazadas y no han cumplido aún esta edad deben informar al menos a uno de los progenitores o a sus representantes legales acerca de su decisión de abortar, excepto si se alegan pruebas de violencia intrafamiliar en el hogar o si se encuentran en situaciones de desamparo, en cuyo caso la petición de IVE tiene que recogerse bajo un informe de los servicios sociales.

Actualmente sigue en vigor la Ley de plazos de 2010 para reglamentar el IVE en España, pero el Gobierno Popular presidido por Mariano Rajoy en 2015 introduce una modificación con respecto a las menores de edad y a su trámite legal para poder abortar que entra en vigor como Ley Orgánica 11/2015. En ella se establece que todas las embarazadas menores de 18 años necesitan el consentimiento expreso de los titulares de la patria potestad (es decir sus padres, madres o sus representantes legales) para practicarse una IVE<sup>25</sup>. Según el legislador el objetivo principal de esta nueva medida es “reforzar la protección de las menores”. No obstante, los partidos de la oposición y las organizaciones feministas pronostican un efecto contrario: muchas de las chicas que no quieren o no pueden contarle a la familia su situación, por miedo a la reacción de los progenitores y que gracias al amparo de la Ley anterior conseguían interrumpir su gestación de manera legal y con seguridad médica, con esta modificación corren el riesgo de verse obligadas a continuar con un embarazo no deseado o, en el peor de los casos y como último remedio, podrían acudir a un aborto clandestino, poniendo en peligro su salud.

Teniendo en cuenta estos aspectos normativos cabe recordar, como advierten Yago y Tomás (2014), que no todas las IVE son motivadas por la falta de planificación e intencionalidad del embarazo. Esto significa que no podemos demostrar que los bebés nacidos de madres adolescentes se correspondan efectivamente con embarazos no deseados. Por eso, no es posible hacer una apreciación exacta de los alumbramientos ocurridos en estas jóvenes sin conocer sus intenciones reales y preferencias de embarazo, además de las circunstancias personales, familiares y sociales que las han llevado a esa situación y del tipo de relación que mantienen con su pareja sentimental/sexual. Tendremos muy en cuenta este asunto a la hora de realizar las entrevistas a nuestras participantes y analizar sus testimonios.

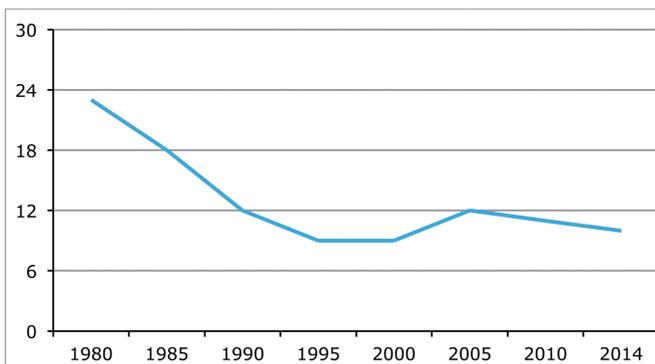
## 2.4 Evolución reciente de los nacimientos de madres adolescentes en España

Si la joven decide llevar a cabo el embarazo y/o si se da la circunstancia de que ya no puede optar por el IVE legalmente, el bebé que va a nacer será acogido por una madre adolescente. La maternidad en chicas menores de 20 años no es un fenómeno nuevo en España. La tasa de fecundidad adolescente (es decir la relación entre el número de nacidos vivos y la población femenina entre 15 y 19 años de edad, expresada como el número de nacimientos por cada 1.000 de esas mujeres) baja de forma pronunciada desde los años ochenta, se estabiliza en la década de los noventa y registra un repunte a principios del nuevo siglo, para luego volver a bajar paulatinamente hasta 2014 (Gráfico 2).

---

<sup>25</sup> En la eventualidad de que haya conflicto o desacuerdo entre la menor y sus padres sobre el consentimiento para que ella pueda abortar, éste se resolverá judicialmente según determina el Código Civil.

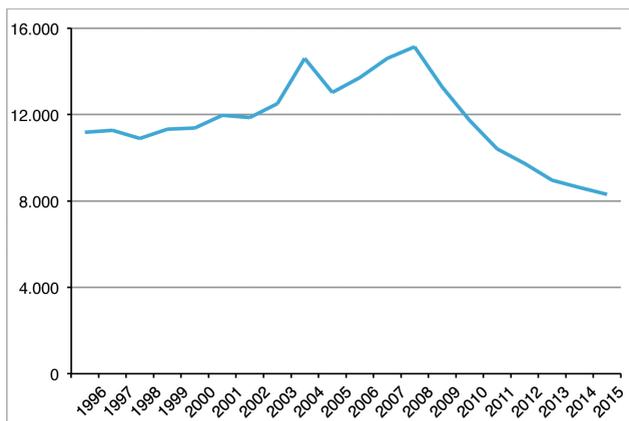
Gráfico 2: Tasa de fecundidad adolescente en España (1980-2014)



Fuente: Banco Mundial <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>

Más en detalle, y fijándonos exclusivamente en el periodo que es objeto de nuestro análisis (Gráfico 3), el número absoluto de los nacimientos de madres adolescentes crece sensiblemente entre 1996 (11.174) y 2008 (15.133) con un cambio de tendencia en los siete años sucesivos, reduciéndose casi un 50% en 2015 (8.305).

Gráfico 3: Número total de nacimientos de madres adolescentes (menores de 20 años) ocurridos en España (1996-2015)



Fuente: Estadística de nacimientos. Movimiento natural de la población (INE)

Podemos entonces afirmar que desde mediados de los años noventa la maternidad adolescente dibuja una evolución a la baja, con una ratio sobre el total de los nacimientos ocurridos en España que pasa de 3,08% a 1,97% entre 1996 y 2015 (Tabla 2).

*Tabla 2: Indicadores de referencia para describir las proporciones de nacimientos de madres adolescentes (15-19 años) en España*

	Número nacimientos de madres menores	Número total de nacimientos	Ratio sobre total nacimientos	Mujeres residentes 15-19 años***	Tasa de fecundidad adolescente**
	x	y	(x/y) * 100	z	(x/z) * 1000
1996	11.174 (99)	362.626	3,08	1.501.814	7,37
2000	11.386 (102)	397.632	2,86	1.249.614	9,02
2004	12.496 (140)	454.591	2,74	1.133.437	10,90
2008	15.133 (178)	519.779	2,91	1.116.716	13,39
2012	9.724 (143)	454.648	2,13	1.051.130	9,11
2015	8.305 (98)	420.290	1,97	1.060.191	7,74

\* Entre paréntesis los nacimientos de madres menores de 15 años de edad

\*\* Para esta operación se han sustraído el número de los nacimientos de menores de 15 años (entre paréntesis) del valor x de referencia en cada año considerado

\*\*\* Se indica el número total de residentes en España al 1 de enero del año sucesivo respecto al año de referencia (estos datos proceden del censo demográfico del INE)

Fuente: Elaboración propia (Estadística de nacimientos. Movimiento natural de la población - INE)

Si exceptuamos la tasa de fecundidad adolescente registrada en 2008, como indicador del aumento más significativo de los últimos veinte años, observamos la casi absoluta falta de variación de la frecuencia de nacimientos de madres adolescentes (cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años residentes en España) entre 1996 (7,37) y 2015 (7,74). Este dato nos llama mucho la atención: aunque haya disminuido en casi el 30% la población femenina en la franja etaria de 15-19 años residente en nuestro país durante este mismo periodo (1.501.814 en 1996 frente a 1.060.191 de 2015), a distancia de veinte años la frecuencia de adolescentes con hijos se mantiene (más precisamente, crece en 4 puntos decimales). La consistencia y la actualidad de este fenómeno son entonces importantes, y lo son aún más si comparamos la tasa de fecundidad de las españolas de 15-19 años con las de sus coetáneas en algunos países de nuestro entorno como Alemania (3,44), Italia (3,82), Francia (5,53) o Países Bajos (6,10)<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Estos datos se refieren al 2013 y proceden de la División de Población de las Naciones Unidas, apartado Perspectivas de la Población Mundial, tal como vienen presentados en la página web [www.indexmundi.com](http://www.indexmundi.com). Según esta fuente de datos la tasa de natalidad de nuestras adolescentes en 2013 era 10,11 mientras que las proporciones más altas de nacimientos de madres precoces se registraron en España en los años comprendidos entre 1974 y 1983: durante este periodo la tasa de fecundidad en nuestro país ha sido siempre superior al 20 x 1.000, con el pico más alto de fecundidad adolescente en 1977 (25,6).

## 2.5 Distribución regional de los nacimientos de madres adolescentes

Para un análisis detallado sobre la difusión de la maternidad adolescente en España es interesante destacar la distribución del número de nacimientos de madres menores de 20 años por Comunidad Autónoma de residencia (Tabla 3).

*Tabla 3: Nacimientos de madres adolescentes por Comunidad Autónoma de residencia (en porcentaje sobre el total)*

Comunidad Autónoma	1996	2008	2015
Andalucía	30,77	25,53	24,55
Cataluña	9,90	13,81	13,19
Comunidad de Madrid	7,43	13,01	13,08
Comunitat Valenciana	9,37	11,55	10,84
Canarias	8,57	5,27	4,69
Murcia	5,31	5,32	5,63
Castilla La Mancha	3,69	4,93	5,18
Castilla y León	3,65	3,81	4,23
Galicia	7,24	2,80	2,91
Aragón	1,27	2,31	2,67
País Vasco	1,70	2,08	2,61
Extremadura	3,96	2,30	2,76
Baleares	1,80	2,36	1,86
Asturias	2,24	1,18	1,42
Navarra	0,58	1,24	1,10
Cantabria	0,84	0,64	0,60
La Rioja	0,28	0,70	0,69
Melilla y Ceuta	1,11	0,68	1,02
Extranjero	0,29	0,48	0,97
Total nacional (valor absoluto)	100,00 (11.174)	100,00 (15.133)	100,00 (8.305)

*Fuente: Elaboración propia (Estadística de nacimientos. Movimiento natural de la población - INE)*

A simple vista se podría decir que la mayor proporción de maternidades tempranas se produce donde hay una mayor cantidad de adolescentes residentes. Esta consideración, que puede desde luego tener sentido para entender el caso de algunas Comunidades Autónomas más densamente pobladas de jóvenes entre las 17 que configuran España, no nos ayuda a entender la incidencia relativa de este fenómeno a nivel regional.

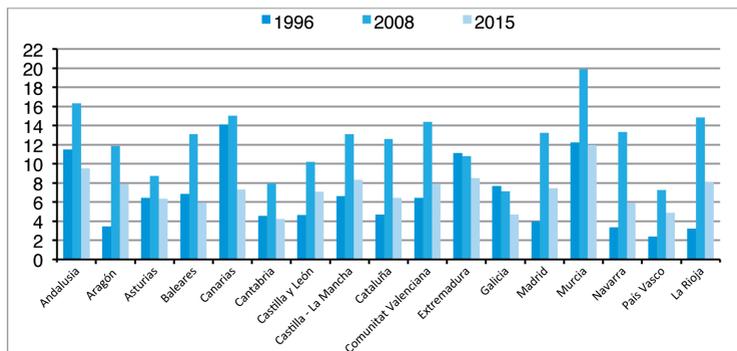
La concentración de madres adolescentes en algunas Comunidades Autónomas más que en otras es un indicador de la brecha estructural existente entre los diversos territorios del Estado (Delgado, 2011; Parra, 2012). Las regiones que destacan por unos mayores índices de estudios superiores, de renta per cápita y de participación femenina en el mercado de

trabajo entre su población, tienen una tasa de fecundidad adolescente hasta un 40% menor respecto a las menos dinámicas en términos socio-económicos, según estos indicadores.

La brecha entre Comunidades Autónomas para describir la maternidad adolescente es una constante en la historia reciente de España. El porcentaje de madres precoces disminuye en todas las regiones aunque la edad de inicio en las relaciones sexuales es cada vez más temprana: las adolescentes sexualmente activas de la cohorte 1971-1985 oscilan entre el 60% del País Vasco y el 81% de Canarias y Cantabria (Delgado, 2011). La utilización más extendida de la anticoncepción eficaz en el paso de unas generaciones a otras, independientemente de su comunidad de residencia pero especialmente en las áreas urbanas, favorece la reducción del embarazo juvenil.

Si nos ocupamos de datos relativos más que de datos absolutos, observamos que en 1996 la tasa de fecundidad adolescente más alta (superior a 10) sobre la población residente de menores de 20 años, se registra en aquellas Comunidades Autónomas con un desarrollo socio-económico menor que la media nacional, es decir en Canarias, Murcia, Andalucía y Extremadura, frente a los valores más bajos (inferior a 4) de la Comunidad de Madrid, Navarra, Aragón, La Rioja y País Vasco (Gráfico 4). Podríamos explicar esta variedad con base en unos diferentes patrones culturales en cada región que caracterizan la vida sexual y reproductiva de esas jóvenes, sus pautas de transición a la vida adulta y la creación de nuevos hogares. Tendríamos, entonces, unos modelos de referencia más conservadores en el sur, donde es mayor la presencia de la población rural y de un grupo étnico muy tradicionalista como el gitano, con emancipación juvenil temprana orientada a la formación de una familia con hijos (San Román, 1997); y otros más secularizados en el norte, con más industrialización y con una población más concentrada en las áreas urbanas, con emancipación juvenil más tardía y caracterizada por un abanico más heterogéneo de opciones de vida independiente. Esta lectura del fenómeno está reforzada por el estudio de Delgado (2011) que en su relevación empírica de 2006 señala que en Andalucía, Extremadura y Murcia el 78% de las mujeres que han sido madres en la adolescencia llegan a tener un segundo hijo antes de los 25 años, frente al 56% en Madrid, Navarra y País Vasco.

Gráfico 4: Tasa de fecundidad adolescente por Comunidad Autónoma (1996-2015)



Fuente: Elaboración propia (Estadística de nacimientos. Movimiento natural de la población - INE)

La evolución de las tasas de fecundidad adolescente a nivel regional entre 1996 y 2015 nos impone una reflexión ulterior: exceptuando el estancamiento en la región de Murcia (que sigue teniendo una tasa de fecundidad adolescente muy alta, cercana a 12 hijos por cada 1.000 mujeres de 15-19 años allí residentes) el valor de este indicador baja de forma importante en Andalucía (de 11,47 a 9,51) y Extremadura (11,10 a 8,49) y se reduce a la mitad en Canarias (de 14,11 a 7,31), mientras que aumenta sensiblemente en la Comunitat Valenciana (de 6,41 a 7,90), en las dos Castillas (de 4,63 a 7,06 en Castilla León y de 6,62 a 8,32 en Castilla La Mancha) y en Cataluña, hasta doblarse en Madrid (de 3,93 a 7,46) y en casi todas las demás regiones del norte (como en el caso de Navarra, de 3,36 a 5,94, y País Vasco, de 2,39 a 4,87), registrando las mayores subidas en Aragón (de 3,45 a 7,84) y en La Rioja (de 3,23 a 8,02).

Aunque la tasa de fecundidad adolescente siga siendo comparativamente más alta en las regiones del sur, tales inversiones de tendencia pueden explicarse por las modificaciones en la estructura poblacional con los flujos migratorios de entrada en la primera década de los años 2000. Prueba de ello es el gran impacto de la población migrante asentada en los centros urbanos, donde encuentran mayores oportunidades de empleo, sobre las tasas de fecundidad registradas en 2008, cuando quince Comunidades Autónomas (es decir con la excepción de Galicia y Extremadura) ven dispararse las frecuencias de nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15-19 años residentes en sus respectivos territorios.

## **2.6 Una comparación entre madres adolescentes nacionales, extranjeras y gitanas**

Desde finales de los años noventa, la inmigración extranjera tiene un impacto considerable sobre la evolución de la tasa de fecundidad general en España<sup>27</sup>, también en el caso de las madres más jóvenes. Las mujeres extranjeras suelen tener hijos unos años antes que las mujeres de nacionalidad española (Devolder y Cabré, 2009). Algunos estudios señalan que las jóvenes inmigrantes presentan mayores riesgos de un embarazo no planificado, independientemente de su país de origen y del nivel de estudio (Yago y Tomás, 2014: 404; Yago y Tomás, 2015b), y su probabilidad de practicar una IVE es más alta en comparación con sus coetáneas españolas (Conde, 2007). Aunque la tasa de aborto adolescente (es decir por cada 1.000 chicas de 15-19 años) baja de 6,27 a 4,41 2008 y 2015, en la comparación entre autóctonas y extranjeras residentes en el país se mantiene una diferencia significativa con respecto a ese indicador: en las primeras,

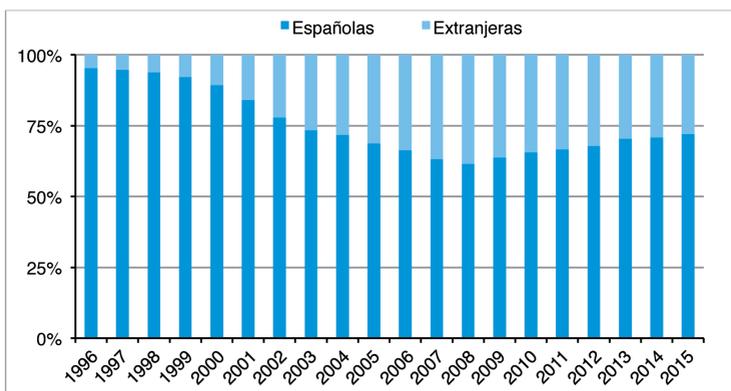
---

<sup>27</sup> Con la intensa llegada de población inmigrante aumenta la tasa de fecundidad de la población total de 9,2% en 1996 a 10,7% en 2006 y aumenta también el índice sintético de fecundidad (es un indicador del número de hijos por mujer) de 1,15 hijos a 1,33 en el mismo periodo. Asimismo, crece de forma notable la proporción de nacimientos con al menos uno de los padres extranjero: había 1 nacimiento de este tipo por cada 4 nacimientos con ambos padres de nacionalidad española en 2006 mientras que en 1996 esta relación era aproximadamente de 1 por 17, produciéndose un aumento más rápido de los hijos con madre extranjera y padre español que la combinación inversa (Devolder y Cabré, 2009: 31-32).

la tasa de aborto adolescente pasa de 4,06 a 3,42, mientras que en las segundas el descenso es muy notable, pero sigue habiendo valores comparativamente muchos más altos, pasando de 22,14 a 13,99 por cada 1.000 chicas de 15-19 años no nacionales.

El número de las adolescentes de otras nacionalidades residentes en España crece intensa y rápidamente con el aumento de los inmigrantes que llegan entre 2000 y 2008, pasando del 1,9% de la población de 10-19 años de edad a 11,8%. Paralelamente, la proporción de los nacimientos de madres extranjeras menores de 20 años casi se cuadruplica en el mismo intervalo de tiempo: de 10,7% en 2000 a 38,5% en 2008 (Gráfico 5).

*Gráfico 5: Proporción de nacimientos en madres adolescentes por nacionalidad de las jóvenes (españolas y extranjeras)*



*Fuente: Elaboración propia (Estadística de nacimientos. Movimiento natural de la población - INE)*

En la forma de vivir la sexualidad influyen no solo el género sino también la procedencia étnica y cultural de los y las adolescentes, excepto en la etapa de enamoramiento (Soriano-Ayala et al., 2014: 117). Sin embargo, tal como se evidencia en estudios anteriores (Del Campo, 1982; Yago et al., 1990: 32), las idiosincrasias que definen las prácticas afectivo-sexuales y los embarazos tempranos entre jóvenes inmigrantes se mantienen cuando el flujo de llegada es más intenso; en un segundo momento se produce una progresiva adaptación a las características más comunes del régimen de fecundidad de las regiones receptoras, una vez que se refuerza su integración, con una consecuente equiparación a la proporción de los nacimientos en madres adolescentes. Con la crisis económica iniciada en 2008 baja la cantidad de población inmigrante residente en territorio español. Pero la proporción de las madres de 15-19 años extranjeras en España (sin incluir, pues, a las chicas de 15-19 nacionalizadas españolas) sigue siendo considerable en 2015, precisamente cinco veces más alta (28%) del dato registrado en 1996 (4,8%), después de un crecimiento vertical de la tasa de fecundidad de este colectivo a principios del nuevo siglo: de 5,6 en 1996 a 20,4 en 2008, para luego bajar a 11,2 en 2015 por cada 1.000 adolescentes extranjeras residentes en el país.

La complejidad de la condición migrante, con su carga emocional y con sus tensiones en las vidas familiares y comunitarias de un/a joven, es un rasgo común de las madres adolescentes representadas en este gráfico. Sin embargo, es necesario valorar con atención estos datos porque el grupo de “jóvenes extranjeras” engloba mujeres inmigrantes procedentes de países diferentes, con hábitos, culturas y roles de género entre jóvenes muy dispares (Pantin et al., 2004). En nuestra investigación indicamos únicamente el dato agregado referido a las adolescentes no nacionales para llamar la atención sobre la evolución de las maternidades en esta categoría social, teniendo en cuenta que en los datos aquí presentados se incluyen tanto los nacimientos de madres extranjeras ocurridos en parejas compuestas por dos migrantes como los de las parejas mixtas (chica extranjera y chico español).

Las comparaciones entre los/las adolescentes autóctonos y los de otros países y residentes en España protagonizan muchos estudios sobre salud sexual y reproductiva, conductas de riesgos, embarazos no deseados e IVE (entre otros: Conde, 2007; Bermúdez et al., 2010; Soriano-Ayala et al., 2014). En particular, adolescentes de origen latinoamericano y sus coetáneos españoles comparten la temprana edad de inicio en las relaciones sexuales completas (Teva et al., 2009), pero se encuentran importantes diferencias entre estos dos colectivos en otros aspectos: los primeros tienen un mayor número de parejas en sus historiales sexuales que los segundos (en media 3,59 y 2,65 parejas respectivamente). En su debut sexual el 90,5% de autóctonos utiliza algún método anticonceptivo frente el 69,6% de sus coetáneos latinos; estos últimos en menor medida (20% menos) utilizan anticonceptivos “casi siempre”, independientemente de que sus relaciones sean ocasionales o con parejas estables, y presentan una mayor proporción de casos de ITS que los autóctonos<sup>28</sup>.

Las jóvenes de etnia gitana siguen unas conductas sexuales similares a las que se registran entre sus coetáneas de la población inmigrante. Estudios realizados en materia de anticoncepción coinciden en afirmar que en este grupo se utilizan menos los métodos anticonceptivos y presentan una mayor proporción de madres adolescentes en comparación con las chicas “payas” (Reig et al., 1999; Colectivo loé y Heliconia, 2009). En una investigación sobre embarazos no planificados de mujeres entre 13 y 24 años en la ciudad de Zaragoza en 2013 (Yago y Tomás, 2014) emerge que el 50,1% de las jóvenes gitanas y el 48,1% de las jóvenes nacidas fuera de España, e insertadas en esta muestra, son madres. Otro estudio reciente sobre el rol de las mujeres del colectivo gitano en Andalucía (Serrano Lara, 2009) evidencia que ellas tienen en promedio un número mayor de hijos que las no gitanas y siguen pautas reproductivas diferentes: en la cultura gitana se acepta que las mujeres empiecen a tener hijos pronto y continúen teniéndolos hasta bien entrada la treintena, formando familias numerosas y redes de parentesco amplias.

---

<sup>28</sup> En el mismo estudio (Teva et al., 2009) el consumo de drogas en los últimos encuentros sexuales es igual de extenso entre nacionales y latinoamericanos, pero si consideramos los seis meses previos a la relevación empírica los jóvenes procedentes de América Latina son los que combinan sexo y droga con más frecuencia.

Las peculiaridades que emergen de este repaso estadístico sobre las pautas sexuales y reproductivas de las jóvenes mujeres inmigrantes y gitanas aumentan la complejidad del fenómeno que estamos investigando. En nuestro estudio sobre madres adolescentes de nacionalidad española valoramos también su origen étnico y cultural, además de sus circunstancias sociales, para entender las historias que nos cuentan. Los rasgos característicos de nuestras participantes no son utilizados para categorizarlas o discriminarlas. Al contrario, de esta manera se evita caer en juicios simplistas que relegan el carácter contextual y social de sus respectivas vivencias de la maternidad. Existen muchas similitudes entre nacionales y no nacionales, gitanas y no gitanas, respecto a la construcción subjetiva de la maternidad, de los problemas, los retos y las expectativas que ésta implica y que, de acuerdo al punto de vista de nuestras entrevistadas, superan algunas diversidades estructurales entre ellas, como son el país de procedencia o la cultura de pertenencia.

## **2.7 El papel de la pareja: estado civil y tipo de convivencia de las jóvenes madres**

Las parejas juegan un papel muy importante para el bienestar y la estabilidad emotiva de la madre adolescente, pero no siempre saben (y tampoco quieren) estar a la altura de sus responsabilidades como padres y como novios (Sánchez, 2016). Las actitudes frente a un embarazo no previsto, las decisiones que se toman con respecto a su continuidad y las formas en que se lleva psicológica y prácticamente la maternidad dependen, en gran medida, de la reacción y del soporte que estén dispuestos a ofrecer los padres biológicos del niño, del tipo de relación afectiva existente con la joven madre y de su posibilidad de compartir las tareas de crianza, aportar recursos y realizar un proyecto familiar juntos (Alberdi y Escario, 2007).

Para estudiar estos aspectos nos remontamos a los datos disponibles sobre los tipos de relaciones que han originado los nacimientos de esas menores de 20 años. No existen datos cuantitativos para confirmar si sus maternidades tempranas son el resultado de embarazos ocurridos después de sus primeras relaciones sexuales, pero podemos profundizar en los datos disponibles sobre la existencia o ausencia de un ligamen formal con el padre de sus hijos en el momento de parir para intuir si el embarazo es el resultado de un encuentro ocasional o más bien es fruto de un emparejamiento oficial.

En la mayoría de los casos registrados por el INE entre 1996 y 2015 las adolescentes tienen su primer hijo con varones que pertenecen a la cohorte de 20-29 años (Gráfico 6). Los casos que presentan esta circunstancia disminuyen en diez puntos porcentuales durante el periodo considerado (de 63,26% a 53,58%). La proporción de las menores de 20 años que quedan embarazadas de sus coetáneos es más reducida pero dibuja la misma trayectoria descendente, aunque sea con una intensidad inferior (pasando de 20,21% a 18,72%). Por otra parte, crece la proporción de los padres mayores de 30 años (de 7,17% a 11,64%), es decir aquellas maternidades resultantes de relaciones

afectivo-sexuales entre hombres adultos y chicas adolescentes, que a menudo aun no han cumplido los 18 años.

Ha sido comprobado empíricamente que cuando las parejas son considerablemente más mayores, la asimetría de poder en la relación es desfavorable para las jóvenes y les resulta más difícil convencerles para que utilicen algún método anticonceptivo (en particular, el preservativo) con el objetivo de protegerse contra los embarazos y las ITS (Heise, 2011). La OMS (2010) advierte que en estos casos las adolescentes corren serios riesgos de ser víctimas de sexo forzado mediante insistencias, amenazas, coacción o engaños.

La reforma del Código Penal español entrada en vigor el 1 de julio de 2015 eleva de 13 a 16 años la edad en que unos actos de carácter sexual entre un menor y un adulto – pese a tener el consentimiento del menor– pueden ser considerados como violencias o abusos y son punibles con una pena de prisión de dos a seis años (hasta diez años si es con violencia, Artículo 183.1) y de ocho a doce años si hay penetración vaginal, anal o bucal (hasta quince años si es con violencia, Artículo 183.3). El consentimiento libre del menor de 16 años “excluirá la responsabilidad penal por los delitos previstos en este capítulo cuando mantenga relaciones con una persona que le sea próxima por edad y grado de desarrollo o madurez” (Artículo 184)<sup>29</sup> mientras “quien, interviniendo engaño o abusando de una posición reconocida de confianza, autoridad o influencia sobre la víctima, realice actos de carácter sexual con persona mayor de 16 y menor de 18 años, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años” (Artículo 182.1).

Hasta 2015 España tenía una de las edades de consentimiento sexual más bajas de Europa; Naciones Unidas había pedido elevarla porque en la mayoría de los países europeos ya era de 14, 15 o 16 años. Con el establecimiento de la nueva edad, se entiende que un/a joven posee uso pleno de razón, discernimiento y autonomía para decidir cuándo y con quién practicar sexo, entendiendo que los menores de 16 años aun no han alcanzado la madurez propia de la pubertad. Por tanto, en los casos antes señalados se incluyen también aquellos embarazos (y eventuales maternidades) que son el resultado de un delito contra la menor.

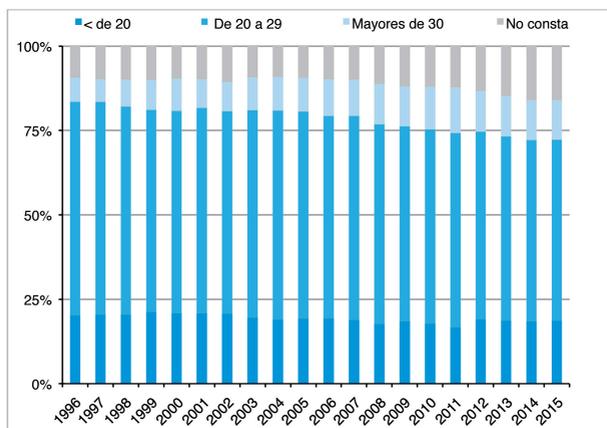
A pesar de lo establecido por el legislador, no siempre es posible conocer la edad del hombre que ha embarazado a la menor. El aumento de la categoría “No Consta” (de 9,61% a 14,78%) con relación a los nacimientos por grupos de edad del padre es una prueba de esta circunstancia (Gráfico 6). Estos casos podrían entenderse también como un problema de registro: si en el pasado no se incluía información del progenitor en las encuestas sobre nacimientos, ahora estos datos resultan todavía incompletos. Es probable, por ejemplo, encontrarse con hombres que no reconozcan o no se hagan responsables de su paternidad, dejando a la joven madre con toda la carga de la crianza.

---

<sup>29</sup> El tipo y el grado de “proximidad” que consiente anular el delito queda a criterio del juez.

De todas formas, la incertidumbre sobre la identidad del padre o su ausencia hacen suponer que es bastante frecuente la configuración de hogares mono-parentales de madre, con más dificultades de autonomía y conciliación entre la vida laboral y la vida familiar para ellas, a la vez que se prolonga la dependencia material y emocional de sus familias y/o de los sistemas asistenciales para que esté garantizado su bienestar y el de su descendencia (Ellis-Sloan, 2014b).

*Gráfico 6: Nacimientos de madres adolescentes por grupo de edad del padre biológico*



*Fuente: Elaboración propia (Estadística de nacimientos. Movimiento natural de la población - INE)*

En la España más conservadora y tradicionalista de hace cuarenta años el embarazo en las jóvenes solía provocar, o por lo menos favorecer, unas uniones conyugales que quizás no estaban planificadas con anterioridad pero que reforzaban la constitución de un hogar para dar estabilidad a la pareja con un hijo en camino. No disponemos de datos estadísticos para corroborar si el embarazo da pie a este tipo de matrimonios “reparadores” hoy en día, pero podemos suponer que esta tendencia se reduce por la progresiva secularización del matrimonio como “rito de paso” y evento formal para crear una familia entre veinteañeros españoles del siglo XXI (Alberdi, 2014). Las nuevas generaciones se decantan por la cohabitación, con o sin prole, y por aplazar eventualmente la unión conyugal hasta el umbral de los 30 años con mayor frecuencia respecto al pasado (Iglesias de Ussel et al., 2009).

En el caso de embarazos adolescentes la situación es distinta: algunos estudios internacionales (Furstenberg, 2003 y 2008) y nacionales (Serrano Fuster, 2014) demuestran que estos acontecimientos se producen fuera del matrimonio y que fomentan un fuerte estrés para las relaciones de pareja de los directos interesados, que acaban rompiéndose en lugar de unirse alrededor de un compromiso compartido de hogar, sobre todo por elección del hombre y cuando la llegada de un hijo no está ni deseada ni planificada por parte de ambos.

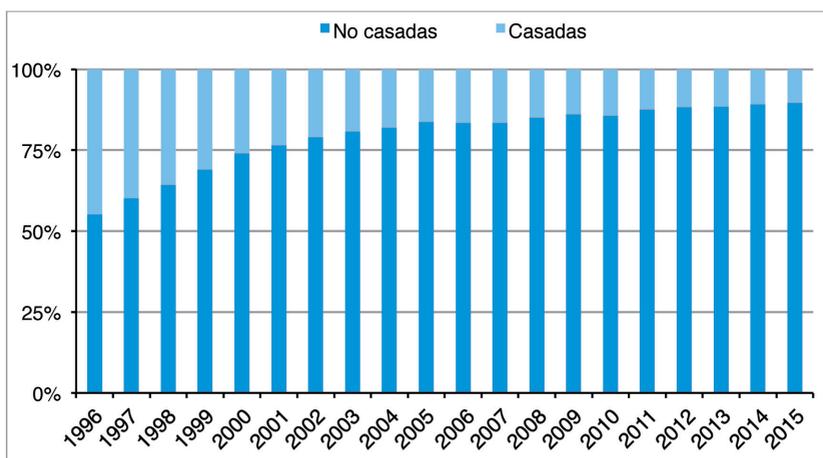
La regulación normativa de la edad legal para contraer matrimonio es otra circunstancia que influye en la reducción de las bodas en los adolescentes, independientemente de que haya ocurrido el embarazo o no. Hasta julio de 2015, la edad mínima para casarse en España era de 14 años, con consentimiento paterno o con la emancipación dictada por un juez. Desde entonces la legislación en materia cambia: de acuerdo con la reforma de ese año en el Código Civil, los menores que quieren casarse deben esperar hasta los 16 años, coincidiendo con la edad del consentimiento sexual. Una vez que llegan a los 18 años pueden casarse sin el permiso de nadie, sin embargo se prevén tres años de prisión para quienes coaccionen a otra persona a contraer matrimonio.

A día de hoy, España apenas cuenta con casos de matrimonio infantil. Además, el número de bodas entre adolescentes de 15-19 años se reduce significativamente en las últimas décadas. Según las Estadísticas de Matrimonio del INE, 62 menores se han casado en 2015: de ellos 7 hombres con 17 años, 40 mujeres con la misma edad, un chico con 16 años y 10 coetáneas, 4 chicas con 15 años y solo 1 menor de 15. Si miramos atrás, hace cuarenta años, observamos que el cambio es significativo: en 1975, cuando el INE empieza a recoger datos sobre este fenómeno, los menores que se casaron en España han sido 6.834: 603 mujeres lo hicieron con 14 años o menos, 1.669 con 15 años y 4.171 con 16. Los datos son netamente inferiores en el caso de los hombres, ya que sólo 12 eran menores de 14 años, 65 contrajeron matrimonio con 15 años y 314 con 16. Los casamientos entre las mujeres pertenecientes al grupo etario de 15-19 años y los hombres mayores de 19 años bajan de número solo recientemente, aunque sea de forma notable: las adolescentes casadas con veinteañeros (grupo etario de 20-29 años) pasan de 6.402 en 1996 a 475 en 2015 mientras que el número de quienes contraen matrimonio con hombres mayores de 30 años baja de 491 a 136.

El matrimonio temprano es comparativamente más habitual en el colectivo gitano, caracterizado por una cultura que acepta y avala esta práctica como parte fundamental de sus costumbres ancestrales. El matrimonio es una institución que sirve para reforzar los lazos identitarios y de parentesco, el sentido de pertenencia y la continuidad social de este grupo étnico. El rito de la boda gitana tradicional prevé que la joven pareja llegue virgen a ese momento y haga muestra de su relación delante de su comunidad y de sus respectivas familias extensas. La unión se celebra según los preceptos evangelistas o católicos, con vista a una relación duradera y monógama, donde el reparto de los roles sociales marcan unas netas diferencias de género: con el hombre proveedor y la mujer que cuida el hogar y la prole que engendrará. En la actualidad los matrimonios entre adolescentes de etnia gitana son mucho menos frecuentes que antaño (San Román, 1997): si antes constituían una característica de la vida nómada de esta comunidad, ahora, con el aumento del sedentarismo y gracias a una lenta pero progresiva escolarización de estas jóvenes (Serrano Lara, 2009), estos casamientos se han reducido de forma importante, sobre todo en las áreas urbanas. Además, respecto al pasado, la condición juvenil de las mujeres gitanas dentro y fuera de su comunidad étnica depende menos del logro de un proyecto familiar temprano y más de una preparación educativa adecuada para luego insertarse laboralmente (San Román, 1997).

Teniendo en cuenta las características normativas y sociales de los matrimonios entre parejas jóvenes, y de las peculiaridades referidas a específicas minorías étnicas, es posible encuadrar mejor la evolución de los nacimientos en madres adolescentes por estado civil en España. Hasta principios de los años ochenta la maternidad extraconyugal suele asociarse con embarazos no planeados de mujeres adolescentes y jóvenes (Del Campo, 1982). Los datos del Movimiento Natural de la Población ofrecidos por el INE muestran que en 1980 aproximadamente 1 de cada 4 nacimientos fuera del matrimonio corresponde a mujeres menores de 20 años, frente a 1 de cada 10 nacimientos extraconyugales en 2002 (Castro-Martín, 2007). Aunque el peso relativo de la fecundidad adolescente sea cada vez menor en el conjunto de la fecundidad no matrimonial, esto no significa que los nacimientos de las jóvenes madres se producen ahora dentro del matrimonio. De hecho, en 1980 solamente el 13,4% de las madres adolescentes no están casadas en el momento de dar a luz, mientras que en 1996 esta proporción alcanza el 55,1% y sigue aumentando mucho hasta llegar a 89,6% en 2015 (Gráfico 7).

*Gráfico 7: Proporción de nacimientos en madres adolescentes por estado civil de las jóvenes (casadas y no casadas)*



*Fuente: Elaboración propia (Estadística de nacimientos. Movimiento natural de la población - INE)*

*Nota: Entre las no casadas se incluyen a las jóvenes madres que estaban casadas, divorciadas, viudas o separadas antes del nacimiento de su hijo*

El número de los nacimientos extraconyugales aumenta durante el periodo considerado. Amor y sexualidad parecen no estar circunscritos al ámbito del matrimonio, de acuerdo con la secularización y la destradicionalización de las relaciones de pareja en las nuevas generaciones de españoles (Ayuso y García, 2014). Es interesante, entonces, averiguar también la estabilidad de las uniones sentimentales que estas madres adolescentes declaran mantener cuando dan a luz y entender así qué tipo de convivencia llevan con los padres de sus hijos en ese momento (Tabla 4).

*Tabla 4: Número de nacimientos de madres adolescentes no casadas según el tipo de convivencia*

	No casadas, con unión estable	No casadas, sin unión estable	No consta
2008	5.709	6.924	239
2009	4.793	4.110	2.529
2010	4.030	3.833	2.189
2011	3.570	3.362	2.183
2012	3.193	3.264	2.124
2013	2.868	2.901	2.151
2014	2.647	2.819	2.221
2015	2.582	2.565	2.294

*Fuente: Elaboración propia (Estadística de nacimientos. Movimiento natural de la población - INE)*

El número de los nacimientos que se produce en madres no casadas y con una unión estable disminuye notablemente en pocos años. Para las madres adolescentes es importante insertar su embarazo en el marco de una relación romántica, siempre y cuando la pareja se comprometa a compartir y atender las responsabilidades parentales (Álvarez et al., 2012), como se podría entender también para el caso de las parejas casadas. Ambas circunstancias –la unión conyugal y el emparejamiento estable– ayudan a la joven en la aceptación de un embarazo a temprana edad y en el planteamiento de un proyecto familiar, aunque se debería indagar la voluntariedad en la búsqueda del embarazo y la efectiva duración de lo que se entiende como “estabilidad” en unas parejas formadas por chicas tan jóvenes<sup>30</sup>.

En el caso de los nacimientos en uniones no estables la situación es la inversa porque es más probable que los embarazos sean no deseados, no previstos o, por lo menos en su origen, no ligados a un proyecto familiar duradero dentro de la relación de pareja que se está conduciendo. Siguiendo esta línea interpretativa, podemos suponer también que el dato “no consta”, relativo al tipo de convivencia de la joven madre, estadísticamente constante y de notables proporciones entre 2009 y 2015, refuerza la explicación del embarazo precoz como evento ligado a la ocasionalidad de la relación afectivo-sexual mantenida, totalmente alejado, pues, de cualquier tipo de expectativa de una vida en común bajo el mismo techo.

Con frecuencia, los nacimientos ocurridos en tales circunstancias o de parejas no estables revierten en familias mono-parentales maternas, con madres que se encargan

<sup>30</sup> En 2011 el grupo Daphne investiga el tiempo medio de duración de las parejas formadas por jóvenes de 15-19 años y encuentra que el 66% de las chicas conserva su pareja más de seis meses frente al 45% de los chicos.

de la crianza de sus hijos sin el respaldo del padre. La Federación de Planificación Familiar (FPFE, 2012) alerta claramente de que, en los casos de maternidad adolescente, factores como la falta de la pareja masculina, el apoyo familiar deficiente y los medios económicos escasos pueden acarrear consecuencias negativas duraderas para la salud de la joven madre y para el bienestar del hijo.

## **2.8 Hacerse adultas de prisa: emancipación, inserción socio-laboral y nivel educativo**

Las madres adolescentes experimentan muchos acontecimientos vitales en un intervalo de tiempo breve pero intenso, quemando las etapas que las proyectan hacia unas responsabilidades adultas. Además de empezar su actividad sexual pronto y de tener un embarazo precoz, si consideramos también el alumbramiento de un hijo y la asunción de los compromisos asociados con la primera convivencia en pareja (con o sin matrimonio), la emancipación del hogar familiar, la interrupción (a veces permanente) de los estudios y la búsqueda de un trabajo para sustentarse, tendremos el cuadro completo de una adultez alcanzada de prisa, de forma no siempre planificada o esperada (Nóblega, 2009).

En el momento de dar a luz la mayoría de las madres adolescentes en nuestro país están solteras y viven en casa de sus padres (Delgado, 2011). No son pocas las jóvenes madres que pertenecen a familias con una media de hijos más elevada que la del resto (Yago et al., 1990; Delgado, 2011) y por eso entendemos que los miembros adultos de su hogar conocen de antemano las peculiaridades y las complicaciones de sus situaciones y posiblemente sepan cómo enfrentarlas.

Según los datos disponibles, observamos que es mayoritario el número de las adolescentes que participa en las tareas domésticas, mientras que son comparativamente mucho menos las que intentan retomar las riendas de sus estudios para luego buscar un trabajo. El INE informa de que el 57,25% de todos los nacimientos del grupo etario de 15-19 años ocurridos entre 2007 y 2015 proceden de madres casadas que realizan o comparten las tareas del hogar, otro 16,28% se refiere a las que ocupan un puesto de trabajo cualificado, el 7,14% son trabajadoras no cualificadas y solamente el 5,45% son estudiantes. Estos datos confirman una evidencia que ha sido descrita en otros estudios (Billari y Philipov, 2004; Delgado, 2011) según la cual la participación laboral de las madres adolescentes es inferior al resto de sus coetáneas sin hijos. Asimismo, incluso cuando logran acabar la formación obligatoria, la consecución de un empleo estable llega más tarde en comparación con las que se vuelven madres cuando ya son mayores de 20 años.

La precariedad laboral es un problema que puede extenderse también al padre de sus hijos. Cuando se produce el embarazo en una pareja joven, que decide vivir por cuenta propia, los varones dejan los estudios y se apresuran a una inserción temprana y de baja calidad en el mercado de trabajo para la subsistencia básica de la nueva familia. En este

caso, la persistencia de la inestabilidad ocupacional y los riesgos de marginalización social que derivan de un abandono escolar prematuro y de una inserción laboral frágil son situaciones compartidas por los dos neoprogenitores menores de 20 años (Samuels et al., 1994; Alberdi y Escario, 2007).

Lamentablemente no hay datos detallados sobre la ocupación de las menores con descendencia y no casadas pero podemos reseñar que en este colectivo existe una cierta disposición a ser autónomas económicamente consiguiendo un trabajo. Prueba de ello es el aumento del 5% al 10% de la proporción de las que son población activa en el mercado laboral entre 1996 y 2005, con un crecimiento ulterior de esta proporción en 2008 (20%) cuando empieza la crisis económica y cuando se produce el mayor aumento de maternidades precoces en España, manteniéndose hasta 2014 (21%)<sup>31</sup>. Estas chicas se estrenan al mismo tiempo como madres y como nuevas participantes del mundo del trabajo, con todas las trabas que esta situación les puede conllevar en lo que se refiere a la conciliación entre vida familiar y vida laboral y a la integración en un sistema cada vez más duro, con contratos de corta duración y salarios bajos.

Las dificultades relativas a la participación laboral son mayores para las que tienen un itinerario formativo discontinuo o hayan interrumpido los estudios obligatorios debido al embarazo, sin conseguir retomarlos después de haber parido (Colectivo loé y Heliconia, 2009; Delgado, 2011). Esta situación es muy controvertida: dejar prematuramente los estudios y empezar a trabajar con vista a conseguir los recursos necesarios para la crianza es bastante arriesgado porque las exponen a largos periodos de inestabilidad contractual, a trayectorias profesionales fragmentadas y de baja calidad, grandes dificultades para obtener puestos y sueldos de calidad, así como el riesgo de caer en la economía sumergida o transcurrir mucho tiempo en el paro (Yago et al., 1990; Yago y Tomás, 2015b).

El embarazo y la maternidad en edad adolescente no solamente favorecen el abandono escolar sino que son también consecuencias de itinerarios académicos negativos: se ha comprobado que el menor nivel educativo predice conductas sexuales de riesgo y de embarazos no planificados (Yago y Tomás, 2014: 404). Según datos del INE, en 2015 el 45% de las madres con una edad entre 15 y 19 ha ido a la escuela cinco años o más pero sin completar EGB, ESO o Bachillerato Elemental, mientras que un 19,36% de las que han tenido un hijo antes de los 19 años alcanza solo el graduado escolar (Bachiller Elemental, EGB o ESO completa). En otras palabras, casi la mitad de estas jóvenes interrumpe sus estudios antes de embarazarse, y apenas la quinta parte logra culminar los estudios secundarios obligatorios.

---

<sup>31</sup> En el periodo observado las madres adolescentes casadas que son población activa no supera el 4% de todas las integrantes de esta categoría, como demostración de una mayor tendencia a depender económica y materialmente del marido en el marco de un proyecto de vida familiar más tradicional, con las mujeres dedicadas al cuidado doméstico y de la descendencia y los hombres como proveedores de recursos que trabajan fuera del hogar.

Aunque podamos encontrar a madres jóvenes que acaben su ciclo educativo obligatorio después de la llegada del hijo o hija, queremos dar constancia de que el embarazo y la maternidad a edades tempranas están significativamente correlacionados con una educación formal apenas suficiente o incompleta. Esta es una característica muy común para esta categoría de chicas (como refleja una amplia literatura sobre el tema) que es posible cuantificar con precisión en España desde el 2008, año a partir del cual el INE inserta este dato en sus Estadísticas de Nacimientos. En ese momento, las que llegan a dar a luz sin haber completado EGB, ESO o Bachillerato Elemental representan el 51% de todas las madres adolescentes. Para explicar este dato desde una perspectiva comparada internacional es necesaria una aclaración: en España el embarazo adolescente se entiende como una de las causas que provocan el abandono escolar temprano, mientras que en muchos países en desarrollo el embarazo y el matrimonio precoces son consecuencias directas de un bajo nivel de escolarización (Lloyd y Young, 2009). Algunas investigaciones demuestran que el bajo nivel de escolarización ligado a la difícil adaptación al medio educativo y la existencia de problemas especiales en el aprendizaje pueden darse también antes de que se produzca el embarazo. Tales circunstancias pueden evidenciar un desarrollo psicosocial complicado para la joven, con una mayor probabilidad de deserción y fracaso escolar una vez que se produce el embarazo (Yago et al., 1990: 66).

Tanto el nivel formativo alcanzado como el tipo de actividad laboral desempeñada nos aclaran las dificultades de integración social de estas jóvenes una vez que se convierten en madres. Estos efectos negativos pueden volverse persistentes en el futuro: el acceso a la educación universitaria entre las madres adolescentes es prácticamente nulo mientras que las experiencias de trabajo temporal se extienden más en comparación con sus coetáneas que no han sido madres en la adolescencia (Delgado, 2011).

No faltan también unas consecuencias específicas a nivel familiar y personal ligadas a este fenómeno. En primer lugar, las madres adolescentes presentan mayores probabilidades de tener más descendencia en promedio una vez que llegan a la edad adulta. En segundo lugar, ellas pueden presentar problemas relacionales con sus parejas a la hora de constituir un hogar estable con mayor frecuencia respecto a las que han tenido un hijo después de haber cumplido los 25 años (Samuels et al., 1994). Finalmente, estas jóvenes pueden transmitir su situación socialmente vulnerable a sus descendientes (Wilkinson y Pickett, 2009), con el riesgo de que ellos presenten unas más altas probabilidades de tener problemas escolares (Luster y Dubow, 1993) y de reproducir las mismas pautas afectivo-sexuales y reproductivas que sus madres cuando sean adolescentes (Duncan, 2007). Existe mucha evidencia empírica que corrobora la gravedad de estos riesgos, también en España y en otros países occidentales (Daguerre y Nativel, 2006), por lo menos hasta que no se intervenga para evitarlos, revertirlos o prevenir los factores que los generan.



# TERCER CAPÍTULO

## 3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA Y PLAN DE INVESTIGACIÓN

Las chicas que tienen un hijo o hija durante la adolescencia se enfrentan a muchos cambios en su forma de vivir el presente y plantear el futuro. Los retos a los cuales ellas deben enfrentarse pueden complicarse por diversos factores, por ejemplo unas circunstancias desfavorables en relación a su procedencia familiar y social, un apoyo insuficiente o nulo por parte de las parejas, o también la precariedad de su situación educativa y laboral. Estas son las conclusiones más importantes a las cuales nos llevan los datos presentados en el capítulo anterior. Pero poco sabemos sobre las formas en que ellas perciben y representan sus experiencias y se adaptan a su condición de madre siendo todavía adolescentes.

Consideramos oportuno aportar evidencia empírica significativa para dar cuenta de estos aspectos de manera detallada. Se trata, pues, de realizar un análisis en profundidad sobre las transiciones tan intensas, rápidas y, por lo visto, frágiles que realizan estas adolescentes cuando asumen sus responsabilidades maternas. Nuestra intención es retomar las cuestiones planteadas en el primer capítulo sobre este tema, buscar unas claves interpretativas para explicarlas contando con sus testimonios directos y ofrecer una explicación de la maternidad adolescente como un fenómeno social complejo y multidimensional, que puede vivirse, entenderse y representarse de distintas maneras.

Hemos diseñado una investigación que nos permita desarrollar este tipo de análisis, con una aproximación metodológica cualitativa, gracias a la participación de una muestra de mujeres españolas, todas veinteañeras, que han parido a su primogénito o primogénita cuando eran menores de 20 años de edad. El grueso de nuestro material empírico consiste en sus relatos sobre las motivaciones y las vivencias que las han llevado a tener un hijo, además de sus valoraciones sobre las circunstancias personales, familiares y sociales en las que se han encontrado antes y después de quedarse embarazadas y dar a luz. A continuación exponemos el plan de investigación que nos guía en la recopilación de sus historias y en su sucesiva explotación.

### 3.1 Una aproximación cualitativa al estudio de la maternidad adolescente

Algunos estudios (entre otros: Solé y Parella, 2004; Parra, 2012; Llanes, 2012; Álvarez et al., 2012; Ellis-Sloan, 2014b) defienden la necesidad de complementar los análisis estadísticos sobre maternidad juvenil, de tipo descriptivo, con investigaciones que

permitan profundizar en el impacto del embarazo y de la maternidad tempranos en las vidas de estas chicas<sup>32</sup>.

Desde nuestra perspectiva entendemos que ellas son capaces de otorgar significados propios a sus vivencias y de compaginar su adolescencia y su transición a la adultez con los compromisos ineludibles que suponen el cuidado de un hijo o hija (Llanes, 2012). A partir de aquí, conectamos sus historias con sus condiciones socio-económicas y con sus modelos identitarios de referencia (como jóvenes, como mujeres y como madres) y destacamos sus representaciones maternas entendidas como construcciones subjetivas que ellas elaboran a partir del desempeño de sus nuevos roles (Stern, 1997). Por tanto, se hace imprescindible conocer los relatos sobre sus estilos de vida anteriores al embarazo y las conductas afectivo-sexuales que han mantenido, rescatar sus formas de ser, sentirse y actuar, primero como adolescentes y luego como madres adolescentes, y averiguar sus proyectos de emancipación a partir de sus expectativas personales y familiares, de su interacción con los hijos o hijas y de las redes de apoyo que activan dentro y fuera del hogar de origen, con o sin el padre de descendencia.

Nos preocupa destacar las tensiones, las controversias, las dificultades y las motivaciones que caracterizan su rol materno, más allá del estereotipo de la maternidad intensiva, fundado en valores, mandatos y prescripciones socio-culturales e institucionalizadas (Hays, 1998; Ellis-Sloan, 2014b). Las madres adolescentes se exponen frecuentemente a una estigmatización social y moral en nuestra sociedad actual (Berga i Timoneda, 2010). Desde las ciencias sociales se alerta sobre la carga de los prejuicios en su contra en tres etapas cruciales del proceso investigativo que se centra en el estudio de sus testimonios: 1) cuando se quiera tener acceso a sus historias, resolviendo sus eventuales preocupaciones, dudas y desconfianzas; 2) en el tratamiento confidencial y respetuoso del material empírico que se consigue revelar sobre sus vidas privadas; y 3) a la hora de interpretar este material sin caer en consideraciones superficiales o en censuras moralistas.

Con tales advertencias es posible evitar que una investigación sobre madres adolescentes se resuelva en un pretexto para juzgar a las protagonistas como “malas madres”, inexpertas, incapaces e inadecuadas o, peor aún, para compadecerlas por haber tenido un hijo/hija precozmente. Al revés, nos hemos propuesto encontrarlas sin prejuicios hacia ellas, teniendo bien presente la intrínseca problematicidad y sensibilidad de sus casos, pendientes de cómo manifestaban sus juicios y sus sentimientos mientras contestaban a nuestras preguntas.

---

<sup>32</sup> Los mismos tipos de estudios con sus homólogos varones son muy escasos en España: Alberdi y Escario (2007) realizan el primer estudio con técnicas cualitativas de investigación social sobre las expresiones de la paternidad en los jóvenes españoles; poco más tarde, desde el Centro de Salud Joven de Madrid se realiza otro estudio cualitativo que se centra precisamente en las experiencias personales de unos chicos usuarios del centro que han llegado a ser padres antes de cumplir los 18 años (Sánchez, 2016). En ambos estudios, los jóvenes participantes definen su rol de futuros o neopadres como muy importante pero complementario, en el marco de un compromiso compartido que les requiere mucho esfuerzo y sacrificio para apoyar a la joven madre en la atención al embarazo y en el ejercicio de las funciones de crianza.

Entrevistar a jóvenes madres ya en su mayoría de edad<sup>33</sup> y un tiempo después de dar a luz (mínimo seis meses desde el momento del parto) ha sido una decisión que el equipo de investigación ha tomado principalmente por cuestiones interpretativas. Nuestro objetivo era recoger unos relatos suficientemente extensos sobre sus experiencias, desde el embarazo hasta la primera crianza, para saber cómo habían desarrollado su proceso de subjetivación y de construcción identitaria. Para ello, se les solicitaba una valoración retrospectiva de sus historias, teniendo en cuenta el transcurso de un cierto periodo de adaptación a la nueva situación derivada de su maternidad, y una reflexión personal sobre las características, la coherencia y la calidad de las trayectorias recorridas hasta entonces. De esta manera, sus narraciones les ayudan también a pensarse y conocerse revalorando los cambios más significativos vividos hasta el momento de la entrevista, en un proceso reflexivo para meditar sobre lo que han hecho y aprender de los errores cometidos (Goodson, 2010).

La investigación cualitativa es la perspectiva metodológica más idónea para este tipo de análisis. Elegimos la entrevista semiestructurada por ser una técnica flexible y adaptable a cada caso a la hora de recopilar unos relatos densos de significados, confiando que éstos nos devuelvan una pluralidad de representaciones y vivencias de un mismo fenómeno. Por ello, nos hemos situado lo más cerca posible de nuestras entrevistadas, con la intención de explorar la realidad social desde sus puntos de vista, dándoles voz y desarrollando siempre una escucha activa para estimular sus narraciones.

Los contenidos más importantes que articulan nuestras entrevistas a las madres adolescentes que participan en el estudio son:

- Situación personal y familiar previa al embarazo: autovaloración de la situación socio-económica de su familia de origen, estructura del hogar donde residía al momento del embarazo y después del parto, tipo de convivencia y relación afectiva que mantenía con los progenitores y actividad principal (estudio y/o trabajo) que desempeñaba;
- Trayectoria sexual y reproductiva: relaciones afectivo-sexuales previas al embarazo, tipo de relación con el padre biológico de su hijo/hija, actitudes y creencias ante la anticoncepción, la IVE y la maternidad, intencionalidad o casualidad del embarazo. Estas informaciones nos permiten averiguar las competencias socio-afectivas y sexuales de la entrevistada, los roles de género asumidos con su(s) pareja(s) y su exposición a estereotipos sexistas, como indicadores de la desigualdad de género y primeros indicios de unas relaciones tóxicas de noviazgos (Díaz-Aguado, 2006; FPFE, 2012);
- Embarazo y maternidad como eventos densos de cambios, novedades y retos; qué reacciones tuvo ella con respecto al embarazo, con quiénes compartió esta noticia y sus decisiones inmediatas (seguir o no seguir con la gestación) y sucesivas (como preparar el parto y la llegada del niño), qué efectos le produjeron

---

<sup>33</sup> Solamente en un caso hemos decidido entrevistar a una chica de 17 años que había obtenido recientemente la emancipación legal de sus padres por sufrir violencia doméstica.

las reacciones de los demás, cuáles han sido las primeras informaciones que ha buscado, cuáles fueron las primeras precauciones, renunciadas y obligaciones que ha realizado, qué expectativas tenía sobre su bebé y sobre la vida que iba a tener después de su nacimiento y, mientras tanto, cómo organizó sus actividades diarias durante el embarazo;

- Interacción con el recién nacido (sintonía afectiva, apego, dependencia, etc.), condición anímica después del parto y percepción de sí misma como madre: aspectos prácticos y funcionales en el cuidado, aspectos emotivos más recurrentes y autovaloración del nuevo rol según sus parámetros ideales de referencia, comparando este mismo papel asumido por su madre cuando ella era pequeña;
- Disponibilidad y activación de los apoyos informales (familiares, relacionales y afectivos) y formales (servicios sociales, médicos y jurídicos), relación con su pareja, con su entorno más significativo y con su grupo de pares (amistades y compañías);
- Organización del cuidado y de la crianza infantil: conciliación entre el compromiso maternal y otras prioridades y/o ocupaciones;
- Situación familiar e itinerarios residenciales, formativos y laborales después del parto, transición a la vida adulta y proyecto emancipatorio en el corto-medio plazo: si tenían algunos planes antes de embarazarse y si los han podido cumplir o no con la llegada del hijo, o también si han preferido postergarlos hasta fechas sin especificar.

## **3.2 Consultas con los profesionales que trabajan con embarazadas y madres jóvenes**

Desde el principio de nuestra investigación hemos contactado con diversos profesionales que entre sus servicios incluyen la atención cualificada, desde el ámbito médico-sanitario y socio-asistencial, a embarazadas y a madres menores de 20 años en las dos ciudades donde realizamos el trabajo de campo (Madrid y Zaragoza). Su colaboración ha sido de gran ayuda. Gracias a ellos hemos tenido acceso a la mayoría de las referencias bibliográficas y documentales utilizadas para encuadrar mejor la maternidad adolescente como objeto de estudio desde distintas perspectivas teóricas y metodológicas. Además, hemos logrado identificar las problemáticas anexas a este fenómeno, conocer el tratamiento y el seguimiento que se despliega desde el ámbito institucional y entender el contexto donde estas jóvenes se desenvuelven y pueden encontrar sus primeras fuentes especializadas de orientación y apoyo.

Los principales ejes que articulan las entrevistas con estos profesionales han sido:

- Recursos sociosanitarios actualmente disponibles en España para jóvenes embarazadas y madres adolescentes;
- Procedimiento de actuación ante unos embarazos adolescentes en sus respectivas instituciones y marco normativo de referencia para esos casos;
- Perfil de las jóvenes embarazadas y madres adolescentes que acuden al servicio;
- Valoración del fenómeno investigado desde un punto de vista personal y profesional.

Los entrevistados que nos han ofrecido su colaboración en Zaragoza son los siguientes (según el orden temporal de nuestros encuentros con ellos):

	Nombre	Cargo	Centro de Trabajo
1	Pilar Gómez	Trabajadora Social	Casa Cuna Ainkaren
2	Teresa Vinós	Directora	Centro Municipal de Servicios Sociales de Torrero
3	Teresa Yago	Ginecóloga, Jefa de Servicio	Centro Municipal de Promoción a la Salud Amparo Poch
4	María Jesús Sánchez	Trabajadora Social	Centro Municipal de Servicios Sociales de Actur
5	Carmen Fernández	Trabajadora Social	Centro de Salud Actur Sur
6	Ana Lobera	Enfermera	Centro Municipal de Promoción a la Salud Amparo Poch
7	Natalia Martínez	Matrona	Hospital Universitario Miguel Servet
8	Pilar Callén	Educadora Social	Proyecto para madres adolescentes Matrioscas (Huesca)
9	Miguel Ausejo	Director	Fundación para la Atención Integral del Menor (FAIM)
10	Falo García	Técnico de Proyectos	
11	Carmen Tejero	Trabajadora Social	Proyecto de atención y acompañamiento en la maternidad Maternaje
12	Pilar Lamban	Trabajadora Social	Centro municipal para mujeres víctimas de violencia de género
13	Eva López	Directora de Intervención Social	YMCA Zaragoza
14	Elena Pueyo	Directora del Área de Tutela	

*Fuente: elaboración propia para la realización del trabajo de campo*

Mientras que en Madrid hemos entrevistado y consultado a:

	Nombre	Cargo	Centro de Trabajo
1	Nadia Beltrán Nebot	Sexóloga y enfermera	Profesional autónoma
2	Patricia Rodríguez	Matrona	Centro de Salud Daroca (Ventas)
3	Juan Madrid	Director del centro	Centro Madrid Salud Joven (CMS): entrevista grupal con el equipo ejecutivo del centro (han participado en la reunión el director, una trabajadora social, una matrona, una pediatra y una psicóloga)
4	Sara de Torres	Secretaria y primera atención	Fundación Madrina
5	Milagros León Martín	Subdirectora General de Familia	Subdirección General de Familia. Comunidad de Madrid
6	Susana Umaki Yoko	Secretaria técnica y trabajadora social	
7	Rosalía Vázquez	Presidenta fundadora	Asociación de Mujeres Gitanas Alborea (Vallecas, Madrid)
8	Ana Barrul	Secretaria	
9	Rosario Sabio	Jefa área técnico-asistencial	Centro Maternal –Residencia Norte Comunidad de Madrid

*Fuente: elaboración propia para la realización del trabajo de campo*

La mayoría de estos profesionales atienden a jóvenes embarazadas y a madres jóvenes en sus consultas, les informan acerca de su estado de salud, los recursos médicos y socio-asistenciales a los cuales tienen derecho y les asesoran sobre sexualidad y anticoncepción, sobre cómo llevar una gestación saludable y prepararse al parto, sobre la gestión de los cambios físicos y psicológicos que están experimentando y sobre las mejores formas para adaptarse al rol materno abriendo espacios de discusión y coordinando talleres y cursos de preparación sobre estas temáticas en sus respectivos centros. Por esos motivos sus opiniones y experiencias nos han resultado muy útiles para conocer de antemano las historias de algunas de las madres adolescentes atendidas en sus centros, que en muchos casos han entrado a formar parte de nuestra muestra de entrevistadas, y para confrontar con sus criterios expertos los hallazgos que íbamos generando según avanzaba la investigación.

La heterogeneidad de los perfiles profesionales interpelados nos ha permitido recoger puntos de vista procedentes de diversos ámbitos de intervención: sanitario, socio-educativo, socio-asistencial, de los servicios públicos y del tercer sector. Las instituciones contactadas nos han proporcionado una visión general de los recursos públicos y privados a disposición de jóvenes embarazadas y madres en los territorios de Madrid y Zaragoza.

No pretendemos agotar todos los recursos disponibles en estas dos ciudades, más bien nos hemos referido solo a algunas de las instituciones más conocidas y activas a nivel local para tratar las cuestiones que aquí nos competen. A continuación reseñamos brevemente algunas informaciones sobre cada organismo y sobre los servicios que éstos ponen a disposición para chicas menores de edad que se encuentran en las situaciones que estamos analizando<sup>34</sup>:

- **Casa Cuna Ainkaren (Zaragoza).** Fundada en 1998 como una iniciativa ciudadana privada sin ánimo de lucro. Es una asociación en defensa de la vida dirigida a mujeres embarazadas que se encuentran en situaciones de dificultad socio-económica, cuyo objetivo es ofrecerles una alternativa a la IVE a través de su principal servicio: la casa de acogida. Esta casa cubre las necesidades de alojamiento y manutención de las usuarias y para ello cuenta con profesionales contratados y personal voluntario. Además de la cobertura de las necesidades residenciales básicas, se interviene en otras áreas: apoyo psicológico, asesoramiento jurídico y laboral, servicio de guardería, búsqueda de recursos y orientación laboral, cuidados y educación de los hijos e hijas y capacitación doméstica.
- **Centros Municipales de Servicios Sociales de Torrero y del Actur (Zaragoza).** Los Centros Municipales de Servicios Sociales (CMSS) son espacios ubicados en todos los distritos urbanos y barrios rurales de la ciudad y funcionan como puerta de entrada a los servicios sociales de titularidad pública, pertenecientes a

---

<sup>34</sup> Las informaciones sobre estas entidades, que aquí reproducimos siguiendo el orden temporal de nuestros encuentros con ellos, proceden de las entrevistas que hemos realizado y de las respectivas páginas web oficiales a las cuales hemos tenido acceso en junio de 2017.

la Consejería del área de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Zaragoza. Los servicios con los que cuentan son, entre otros: valoración de las situaciones de riesgo de los menores, ayudas de urgente necesidad, elaboración y tramitación del Plan de Inserción del Gobierno de Aragón, programas de inserción socio-laboral y de apoyo socio-educativo a las familias. No existen recursos específicos para embarazadas y madres adolescentes, sin embargo estas pueden ser beneficiarias de determinados recursos (renta de inserción, residencias de acogida, etc.) si cumplen los requisitos requeridos que se examinan en estos centros.

- **Centro Municipal de Promoción a la Salud Amparo Poch (Zaragoza).** Es un recurso socio-sanitario de titularidad municipal. Su objetivo es la promoción de la salud de la población juvenil (de 15 a 25 años) a través de servicios de atención en materia de salud mental, salud sexual, anticoncepción y preparación a la maternidad/paternidad. Destaca el "Programa materno-paterno-infantil" dirigido a mujeres embarazadas menores de 25 años y a sus parejas y familias. Desde este programa se interviene en la preparación al parto, durante el nacimiento y hasta los 12 meses del bebé (puerperio y crianza). Tales servicios se llevan a cabo a través de sesiones grupales e individuales, todo ello con la finalidad de acompañar a las jóvenes en su activación del rol materno.
- **Hospital Materno-Infantil Miguel Servet (Zaragoza).** Esta estructura forma parte del Hospital Universitario "Miguel Servet", perteneciente al Sistema Nacional de Salud. Coordina sus acciones con la atención primaria y socio-sanitaria y contribuye a la formación y desarrollo de los profesionales de la Salud. Su misión es proporcionar atención integral y de calidad a las necesidades de todos sus pacientes en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud derivados de los órganos y funciones reproductoras. En sus instalaciones cuenta con servicios de tocología, obstetricia y otras consultas externas: ginecología y patologías mamarias y hospital infantil de urgencia. Existe también una unidad de trabajo social que actúa de enlace entre el equipo sanitario del hospital y el resto de recursos sociales y de salud.
- **Proyecto para madres adolescentes Matrioscas (Huesca).** El proyecto nace en 2012 por iniciativa de la "Asociación Enbat", fundada en 1999 como institución socio-educativa independiente y sin ánimo de lucro, y se dirige a chicas de 16 a 21 años, que están embarazadas y no cuentan con ningún tipo de apoyo familiar. Desde Matrioscas se ofrece un acompañamiento en el proceso de embarazo, postparto y primera crianza. Cuenta con un espacio donde estas madres pueden compartir su experiencia para aceptar su maternidad y los cambios que este acontecimiento produce en sus cuerpos y en su nueva condición personal y social, ayudándolas así en su adaptación al rol materno.
- **Fundación para la Atención Integral del Menor FAIM (Zaragoza).** Es una entidad sin ánimo de lucro, activa desde 2012, cuyo objetivo es promover los derechos de la infancia y la adolescencia a través de programas específicos de atención

social y psicológica. Entre sus servicios destaca el acogimiento residencial, destinado a menores en situación de desamparo y que se encuentran bajo la protección o tutela de la Administración Pública. Desde este programa se les ofrece una vivienda en la que los profesionales asumen su guarda, su educación y su cuidado.

- **Proyecto Maternaje (Zaragoza).** El proyecto nace en 1999 como una iniciativa del Ayuntamiento de Zaragoza que se lleva a cabo desde el centro Municipal de Promoción de la Salud, gestionado por la organización no lucrativa "Vía Láctea". Maternaje ofrece un acompañamiento y una atención personalizada durante el embarazo y la posterior crianza. Su objetivo es favorecer el aprendizaje en aspectos relacionados con la maternidad e intervenir de forma integral en coordinación con otras instituciones como Servicios Sociales y Centros de Salud.
- **Centro municipal para mujeres víctimas de violencia de género (Zaragoza).** Desde 1989 el centro pone en funcionamiento un servicio especializado de atención a mujeres víctimas de violencia de género, ofreciéndoles primeros auxilios y una casa de acogida. Este proyecto pertenece a la Concejalía de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Zaragoza y se lleva a cabo desde la Casa de la Mujer. Se ofrece apoyo social, psicológico y jurídico, y la casa de acogida brinda residencia temporal a mujeres solas o con sus hijos que se encuentran en una situación de violencia (física o psicológica) por parte de sus maridos/parejas. No se trabaja directamente con madres adolescentes porque estas son atendidas por el servicio de Prevención de Menores hasta su mayoría de edad.
- **YMCA (Zaragoza).** Son las siglas en inglés de Young Men's Christian Association (Asociación Cristiana de Jóvenes), es una organización sin ánimo de lucro, de utilidad pública, creada en 1980 para trabajar por el desarrollo integral de los jóvenes, con el objetivo de favorecer un entorno adecuado para su crecimiento y emancipación. Sus áreas de intervención son: infancia, juventud, familia, vivienda, formación, empleo y prácticas laborales. Entre los servicios que ofrece cabe destacar los Hogares para Menores Tutelados que se dividen en Hogares Infantiles y, desde 2013, las Viviendas Tuteladas de Maternaje, unas residencias transitorias donde se cubren todas las incidencias más importantes de menores y jóvenes embarazadas y se favorece su autonomía y la asunción del rol materno.
- **Centros de Salud: Actur Sur (Zaragoza) y Daroca (Madrid).** Son servicios públicos que llevan a cabo la atención sanitaria primaria a todos sus usuarios. Desde este ámbito se ofrece atención primaria a la maternidad temprana a través de profesionales médicos como matronas o tocólogos. Además, se interviene desde el trabajo social sanitario valorando la situación y el entorno vital de la adolescente así como sus riesgos y vulnerabilidades: existencia de redes de apoyo, situación familiar y socio-económica, decisión de continuar o no con el embarazo, formación pre- y postnatal, etc. Cuando se considera necesaria la prestación de algún recurso social se derivan los casos al servicio correspondiente.

- **Centro Madrid Salud Joven (CMS).** Es un organismo autónomo activo desde 2005 que formalmente pertenece a “Madrid Salud” del Ayuntamiento de Madrid. Está dirigido a adolescentes y jóvenes hasta los 24 años de edad y se caracteriza por ser gratuito, por garantizar confidencialidad a sus usuarios y por atenderles sin la presencia obligada de un familiar o adulto. Los servicios que ofrece se dividen en diez áreas de actuación, entre las cuales destacamos las siguientes: Salud sexual y reproductiva, desde la que se ofrecen servicios como la píldora anticonceptiva de urgencia, el test de embarazo, el test rápido de VIH e informaciones completas sobre la IVE; consulta sexológica; educación maternal y preparación al parto, cuya finalidad es aportar información útil a grupos de adolescentes embarazadas durante su periodo de gestación.
- **Fundación Madrina (Madrid).** Es una organización sin ánimo de lucro que ofrece ayuda a mujeres embarazadas y familias en riesgo de exclusión social en Madrid. Nace en 2000 como una entidad de carácter benéfico asistencial que trabaja por la maternidad y la infancia. Está dirigida a jóvenes y adolescentes en situaciones de precariedad socio-económica, abandono o marginalidad. A través de distintos programas como “El programa madre”, “Piso de Acogida Tutelado”, “Banco del Bebé”, “Graduado en ESO” y los “Hogares Madrina”, la fundación actúa en las áreas de atención social, salud, formación laboral y acompañamiento de la joven gestante. Su objetivo principal es generar una red social que apoye a estas jóvenes, contando para ello con personal profesional y voluntario.
- **Subdirección General de Familia –Comunidad de Madrid.** La Subdirección General de Familia pertenece a la Dirección General de la Familia y del Menor de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. Desde esta entidad se llevan a cabo las políticas destinadas a las familias residentes en la Comunidad de Madrid, tal como se recoge en los Planes de Apoyo a la Familia. Entre los servicios ofertados que interesan a las madres adolescentes, podemos destacar los Centros Maternales, para mujeres gestantes o con hijos a cargo que estén bajo tutela administrativa, y los Centros de Apoyo y Encuentro Familiar, para las familias que requieran de unas intervenciones profesionales específicas en situaciones complicadas, como pueden ser los procesos de divorcio o unas relaciones paterno-filiales conflictivas.
- **Asociación de Mujeres Gitanas Alborea (Madrid).** Es una organización sin ánimo de lucro creada en 1996 con el objetivo de promover social, cultural y laboralmente a las mujeres gitanas y a sus familias. Sus áreas de actuación se dividen en educación, igualdad, interculturalidad, salud, empleo, cultura, política y vivienda. Destacan los servicios que se ofrecen en materia de vivienda en el que se facilitan pisos a mujeres con cargas familiares que se encuentran en situación de soledad y la atención en salud dirigida a madres jóvenes de etnia gitana, con servicios sobre natalidad, embarazo y planificación familiar.

- **Centro Maternal Residencia Norte –Comunidad de Madrid.** Es una residencia pública que pertenece a la Administración Autónoma de Madrid y está dirigida a madres adolescentes que se encuentran en situación de riesgo de exclusión social. Su objetivo es cubrir las necesidades de vivienda y manutención, tanto de estas chicas como de sus hijos, y a la vez empoderarlas para el ejercicio adecuado de las funciones maternas. El centro dispone de un servicio de guardería cuya finalidad es facilitar la conciliación entre los compromisos de cuidado y la formación e inserción laboral de las jóvenes madres. Además existe un servicio denominado “programa independencia”, un piso tutelado<sup>35</sup> donde las mujeres pueden estar con más autonomía entre seis meses hasta un año, y al que pueden optar también chicas que ya han estado en la residencia y cumplen ciertos requisitos.

### 3.3 Las madres adolescentes que participan en nuestro estudio

Entre mayo de 2016 y junio de 2017 hemos individuado, seleccionado y contactado con un total de 59 mujeres jóvenes residentes en Madrid y en Zaragoza, que se habían embarazado y luego se habían convertido en madres<sup>36</sup> durante su adolescencia (antes de los 20 años)<sup>37</sup>.

Las hemos buscado en diversas localizaciones para construir una muestra heterogénea de participantes en cuanto a perfiles socio-económicos, situaciones familiares e historias de vida. Las entrevistadas han sido captadas utilizando la técnica de la “bola de nieve”: esta técnica de muestreo implica que los sujetos participantes de un estudio refieren al investigador o investigadora los nombres de otros individuos, los cuales a su vez refieren a otros que podrían ser también incluidos en la muestra, desarrollando una progresión y multiplicidad de contactos (Corbetta, 2003). Las indicaciones de los profesionales que hemos entrevistado y la disponibilidad de sus centros de adscripción han sido fundamentales para “lanzar” diversas “bolas de nieve” a la vez, incluyendo algunas usuarias de centros de salud y planificación familiar, residencias de primera acogida, asociaciones de mujeres y entidades privadas que prestan servicios comunitarios a

---

<sup>35</sup> El piso tutelado está destinado para aquellas chicas que agotan el tiempo máximo de estancia en la residencia (un año, excepto las menores de edad) y es considerado el paso previo de transición hacia la plena independencia. Los operadores del centro maternal supervisan cómo ellas se desenvuelven con sus hijos en esta vivienda prestando atención al desarrollo de su rol materno de manera autónoma.

<sup>36</sup> Solamente 2 de ellas se habían embarazado con anterioridad pero han interrumpido voluntariamente su gestación acudiendo a específicas técnicas instrumentales (IVE).

<sup>37</sup> Logramos contactar también a 11 chicas menores de 18 años (6 en Madrid y 5 en Zaragoza) que recientemente habían parido a su primer hijo. Sin embargo, decidimos no incluirlas en la muestra de análisis por respeto a la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD 15/1999), con particular referencia a la tutela de los datos personales de los menores. Solamente en un caso incluimos a una chica de 17 que tenía reconocida la emancipación de sus padres por vía judicial, como explicamos a continuación.

jóvenes embarazadas y madres. Queremos recordar que en esta búsqueda ha sido también útil la colaboración de algunos de nuestros estudiantes del Grado de Trabajo Social en la Universidad de Zaragoza que, enterados del estudio, nos han señalado algunos contactos de conocidas, amigas y familiares que por su historial personal podían entrar a formar parte de nuestra muestra.

El seguimiento de las chicas contactadas para el estudio ha sido personalizado y paciente. Cada miembro del equipo de investigación se ha hecho cargo exclusivo de unos contactos para ir concertando la entrevista. Cuadrar una hora y un lugar de acuerdo con la disponibilidad de las participantes no ha sido en absoluto una tarea fácil: con 13 de ellas se han acordado unas entrevistas que finalmente no han llegado a celebrarse por su negativa en el último minuto, excusando su indisponibilidad por el volumen de tareas y compromisos que ocupaban sus agendas; 7 no se presentaron en los sitios acordados y no han vuelto a contestar a nuestras solicitudes de contacto; en otros 5 casos sus progenitores (2) y sus parejas (3) les han insistido para que no nos encontraran, alegando cuestiones relativas al respeto de su privacidad. No sabemos si en estos últimos casos la imposibilidad de que se celebrara la entrevista ha sido determinada también por la influencia de otras personas cercanas a la joven que habíamos localizado.

Finalmente, hemos logrado entrevistar a 32 madres adolescentes, todas pertenecientes al medio urbano, 18 en Madrid y 14 en Zaragoza: 21 españolas autóctonas (4 de etnia gitana) y 11 nacionalizadas españolas, 9 de las cuales son de origen latinoamericano y otras 2 de origen africano. Para incluir a las extranjeras nacionalizadas en nuestra muestra era imprescindible que sus embarazos y el nacimiento de sus hijos hubieran tenido lugar en España. Las 11 extranjeras nacionalizadas cumplen con estos requisitos tal como nos han confirmado en las entrevistas: todas ellas se autoperciben como “plenamente integradas” en las ciudades donde residen desde la infancia por lo menos con uno de sus progenitores y/o con otros familiares cercanos, tras haber sido reagrupadas cuando eran pequeñas.

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 en ese momento. Por lo que se refiere a la nacionalidad de estos hombres, 21 son españoles (de los cuales 5 son de etnia gitana y 2 nacionalizados originarios de América Latina) y 11 son extranjeros (9 latinoamericanos, un rumano y un gambiano).

Las parejas conformadas están constituidas y se distribuyen de la siguiente manera: un total de 15 parejas españolas (10 entre españoles, 4 entre gitanos y una de chica española con gitano), 9 parejas mixtas (5 de extranjeros con chicas autóctonas, 1 de español nacionalizado con española, y 3 de chicas nacionalizadas de origen latinoamericano con españoles) y 8 parejas de chicas nacionalizadas (6 con chicos extranjeros y 2 con españoles de origen latino). Aunque los números en este tipo de muestra no permiten

formular generalizaciones (Corbetta, 2003), este último dato nos ayuda a entender el patrón de emparejamiento de los jóvenes extranjeros como ligámenes afectivo-sexuales que se instauran entre chicos y chicas con el mismo origen cultural y con historiales migratorios similares recorridos por sus familias (Bermúdez et al., 2010).

Nuestras entrevistadas han llevado a cabo su gestación entre 2005 y 2016, más específicamente 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 los 19 años.

Según sus testimonios, todas conocían y tenían acceso a métodos anticonceptivos modernos antes de quedarse embarazadas. 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 utilizan ningún método (2 por imposición de la pareja); otras 6 nos cuentan que su uso es ocasional e irregular; 12 se protegen siempre con sus primeras parejas pero posteriormente, a principios de la relación con el padre de sus hijos, 9 dejan de usar cualquier método (entre ellas hay 2 chicas gitanas que deciden prescindir del preservativo cuando se casan con sus novios), 2 los utilizan de forma intermitente y 1 chica, que siempre se protegía, sufre una violación; otras 4 declaran que siempre utilizan el preservativo y las píldoras anticonceptivas pero ambos métodos les fallan y como consecuencia se embarazan.

De todas las entrevistadas 17 quedan embarazadas de su primer novio y primera pareja sexual, mientras que 15 han mantenido relaciones sexuales con otras personas antes de ser madres. La IVE es una experiencia por la cual pasan 4 chicas de nuestra muestra, 2 de las cuales antes de haber parido a su primer bebé, las otras 2 cuando ya son madres, de éstas 1 acude a la IVE en dos ocasiones. Señalamos 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, a día de hoy 22 de ellas tienen 1 hijo, 9 tienen 2 hijos (incluyendo una chica con gemelos) y 1 tiene 3 niños. Todas siguen con la crianza de sus niños.

Al momento de la entrevista la participante más adulta tiene 29 años y la más pequeña 17 (se trata de una única chica que solicitó y obtuvo la emancipación legal de sus progenitores por problemas de violencia intrafamiliar), solamente 3 de ellas vivían con sus parejas cuando se embarazaron. 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<sup>38</sup>, 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 de etnia gitana 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, pero 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 alojada 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 más que 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 actual: 13 están en paro y declaran no haber tenido nunca un empleo de calidad, aunque han estado buscándolo con insistencia; 6 no han trabajado nunca; otras 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 solamente una de ellas trabaja con contrato indefinido en el negocio familiar.

Todas las entrevistas han sido individuales y presenciales. La Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza así como el Centro de Salud Joven de Callao, la Fundación Madrina, la Asociación Arbolea y la Residencia Maternal Madrid-Norte nos han facilitado espacios reservados para la realización de los encuentros con estas chicas (en estos últimos casos se trataba de usuarias de los organismos que nos hospedaban); 3 chicas nos han invitado a entrar a sus domicilios para grabar las entrevistas mientras que 4 encuentros se mantuvieron en bares y cafeterías por indicación de las entrevistadas.

Las 32 madres adolescentes de la muestra han participado voluntariamente en el estudio, les hemos comentado cuáles eran los objetivos y quiénes eran los patrocinadores de la investigación y asegurado que la entrevista iba a ser completamente confidencial. Todas firmaron un consentimiento informado sobre el análisis y sobre la posterior publicación del estudio y todas recibieron una pequeña gratificación por su colaboración, un cheque regalo de 20 euros para la compra de productos infantiles.

---

<sup>38</sup>No tenemos en cuenta las relaciones sentimentales ocasionales o esporádicas que puedan tener a día de hoy.

Mantenemos el anonimato de nuestras participantes identificándolas únicamente con unos códigos compuestos por el número progresivo de la entrevista y la sigla M (Madrid) y Z (Zaragoza) para indicar su ciudad de residencia (Tabla 5). Otros detalles sobre las historias de cada unas de ellas quedan resumidos en las fichas personales que se encuentran en los siguientes dos capítulos, donde presentamos el análisis de todo el material recogido.

*Tabla 5: Códigos identificativos e informaciones básicas de las 32 entrevistadas*

Código	Nacionalidad y edad de la madre al nacimiento de su primer hijo	Nacionalidad y edad del padre al nacimiento de su primer hijo	Residencia Actual	Título de estudio y actividad en la actualidad
1-M	Española 17	Español 19	Sin el padre de su hijo y en la familia de origen	Bachillerato, nunca ha trabajado
2-M	Española 18	Español 25	Sin el padre de su hija y en la familia de origen	ESO, ocupada precaria
3-M	Española 16	Dominicano 22	Sin el padre de su hijo y en la familia de origen	ESO, desempleada
4-M	Española de origen dominicano 18	Español de origen dominicano 22	Sin el padre de su hijo y en la familia de origen	Sin ESO, ocupada precaria
5-M	Española de origen colombiano 16	Español de origen colombiano 19	Casada con el padre de su hija y en la familia de él	Bachillerato, desempleada
6-M	Española 18	Español 18	Con el padre de sus hijos y familia propia	ESO, negocio propio
7-M	Española 17	Español de origen boliviano 18	Sola con su hijo en residencia maternal (su primera hija vive con los progenitores)	ESO, desempleada
8-M	Española de origen boliviano 18	Boliviano 18	Sola con su hijo en residencia maternal	ESO, desempleada
9-M	Española de padres africanos 16	Gambiano 20	Sola con sus dos hijos en residencia maternal	ESO, nunca ha trabajado
10-M	Española 18	Español 23	Con sus hijos y nueva pareja en casa independiente	Sin ESO, desempleada
11-M	Española 16	Cubano 22	Con su hija y su nueva pareja en casa independiente	ESO, ocupada precaria
12-M	Española de origen ecuatoriano 19	Español 20	Con el padre de su hijo y en la familia de él	Estudia Grado Universidad, desempleada
13-M	Española de origen peruano 18	Peruano 21	Sin el padre de su hija y en la familia de origen	ESO, ocupada precaria
14-M	Española de origen colombiano 18	Colombiano 21	Sin el padre de sus hijas y en la familia de origen	ESO, ocupada precaria

Código	Nacionalidad y edad de la madre al nacimiento de su primer hijo	Nacionalidad y edad del padre al nacimiento de su primer hijo	Residencia Actual	Título de estudio y actividad en la actualidad
15-M	Española (etnia gitana) 18	Español (etnia gitana) 19	Con el padre de su hija y familia propia	Sin ESO, nunca ha trabajado
16-M	Española (etnia gitana) 17	Español (etnia gitana) 18	Sin el padre de su hija y en la familia de origen	Sin ESO, nunca ha trabajado
17-M	Española (etnia gitana) 16	Español (etnia gitana) 21	Sola con su hija en casa independiente	Sin ESO, nunca ha trabajado
18-M	Española 18	Español 23	Con el padre de su hijo y en la familia de él	FP, ocupada precaria
19-Z	Española 15	Español 19	Con el padre de su hijo y en la familia de él	Sin ESO, ocupada precaria
20-Z	Española 18	Ecuatoriano 28	Con el padre de su hija y familia propia	Estudia Grado Universidad, ocupada precaria
21-Z	Española de origen ecuatoriano 14	Ecuatoriano 18	Con el padre de sus hijas y familia propia	Sin ESO, desempleada
22-Z	Española 18	Español 25	Sin el padre de su hijo y en la familia de origen	Estudios de teatro y danza, desempleada
23-Z	Española 18	Español 28	Con su hija y su nueva pareja en casa independiente	Sin ESO, ocupada precaria
24-Z	Española de origen ecuatoriano 17	Español 17	Con el padre de sus hijos y familia propia	Sin ESO, desempleada
25-Z	Española 18	Colombiano 18	Con el padre de su hijo y en la familia de origen	ESO, desempleada
26-Z	Española 17	Rumano 20	Sola con su hija en residencia maternal	Sin ESO, ocupada precaria
27-Z	Española de origen guineano 16	Español 20	Con sus dos hijas y su nueva pareja en casa independiente	ESO, desempleada
28-Z	Española 19	Español 20	Sola con su hija en casa independiente	ESO, ocupada precaria
29-Z	Española de origen dominicano 17	Venezolano 20	Sola con sus dos hijos en casa independiente	FP, ocupada precaria
30-Z	Española 19	Español (etnia gitana) 21	Con sus dos hijos y su nueva pareja en casa independiente	Sin ESO, desempleada
31-Z	Española 19	Español 20	Sin el padre de su hijo y en la familia de origen	FP, desempleada
32-Z	Española (etnia gitana) 17	Español (etnia gitana) 18	Sola con su hijo en residencia maternal	ESO, nunca ha trabajado

La muestra ha resultado suficiente para los objetivos de la investigación prefijados y con respecto a la redundancia de la información y a la saturación de los casos seleccionados, aunque sea estadísticamente no representativa de todas las madres adolescentes en España. Cuando hemos dejado de encontrar unos contenidos adicionales para desarrollar las representaciones de la maternidad adolescente, según las relataban nuestras participantes, hemos decidido finalizar el trabajo de campo y pasar a la explotación de sus testimonios.

### 3.4 Explotación de las informaciones recopiladas

Hemos transcrito literalmente 49 horas de grabaciones, con una duración media de 1 hora y 30 minutos cada entrevista. Los textos con todos los relatos recogidos han sido almacenados en una base de Excel y ordenados según los ejes temáticos que se han abordado en cada historia, facilitando así el proceso de análisis:

- Tema 1: Situación vital (personal, relacional y familiar) previa al embarazo;
- Tema 2: Embarazo y decisión de seguir adelante con ello (etapa prenatal);
- Tema 3: Nacimiento y primeros cambios (parto y puerperio);
- Tema 4: Crianza y cuidado;
- Tema 5: Transición a la vida adulta (formación e inserción laboral, emancipación residencial, autonomía e independencia familiar);
- Tema 6: Valoración retrospectiva de la propia experiencia y perspectivas de futuro.

Nuestro esfuerzo interpretativo y el desarrollo del trabajo de campo se han producido simultáneamente, retroalimentándose a lo largo del proceso de análisis. Por ello, en primer lugar, el guión de la entrevista no ha tenido una estructura fija, más bien se adaptaba a la historia de cada participante, aunque en todos nuestros encuentros hayamos tocado los mismos temas de discusión. En segundo lugar, las representaciones de la maternidad que ellas nos devolvían han sido matizadas según íbamos avanzando en la realización de las entrevistas, confrontando nuestras observaciones e intuiciones con sus narrativas y discursos. A lo largo de este proceso, nos hemos centrado en la singularidad de cada historia, en relación con sus circunstancias personales, familiares y sociales y con sus formas de expresar lo que han vivido.

Hemos llevado a cabo un análisis pormenorizado de cada relato siguiendo una lógica cercana a la "teoría fundamentada" (Glaser y Strauss, 1967): hemos privilegiado una aproximación inductiva a las cuestiones planteadas para explorar la maternidad adolescente, relacionada más con el descubrimiento de claves interpretativas nuevas que con la comprobación de hipótesis previamente formuladas. Tras detenidas lecturas del material recopilado, hemos emprendido una atenta labor de sistematización para codificar los diversos apartados de las entrevistas según los contenidos afines a cada eje temático y los elementos reiterativos en sus narrativas. De aquí hemos construido las distintas representaciones del fenómeno investigado expuestas por nuestras

participantes, que nos han permitido poner en valor los significados, los cambios, las tensiones, los retos, los miedos y las preocupaciones que ellas han estado manifestado hasta la fecha como jóvenes madres.

Como oportunidad de ulterior aclaración y profundidad, en diversos puntos hemos cruzado los testimonios de nuestras participantes con las referencias teóricas comentadas en el primer capítulo y con algunos de los contenidos que nos han proporcionado los expertos consultados desde sus ámbitos de especialización. De ninguna manera, con esta operación, hemos puesto en entredicho el testimonio de nuestras entrevistadas a la hora de presentar lo que ellas han vivido en primera persona, al contrario: ellas son las únicas y verdaderas protagonistas de todo el trabajo de investigación que hemos realizado.



# CUARTO CAPÍTULO

## 4. SEIS NARRATIVAS SOBRE MATERNIDAD ADOLESCENTE

Las participantes del estudio nos ofrecen distintas maneras de describir sus propias experiencias de madres. En concreto, gracias al análisis realizado a partir de sus relatos, destacamos seis formas de percibir, vivir y representar la maternidad adolescente:

- como fruto de un deseo dentro de un proyecto voluntario de pareja;
- como consecuencia del contexto en el que viven;
- como efecto indeseado de una relación de pareja violenta;
- como una experiencia de redención vital;
- como causante de problemas que trastocan su desarrollo personal;
- como causante de la formalización y consolidación de la unión en pareja.

Las primeras tres narrativas ponen el énfasis en las circunstancias previas que han originado el embarazo. Las segundas tres hacen más 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.

Hemos resaltado los elementos claves recurrentes sobre los cuales insisten las participantes durante sus entrevistas para dar un sentido coherente a cada representación de la maternidad adolescente descrita en sus historias. Para presentar estas seis narrativas, primero las describimos brevemente, luego incluimos un cuadro con las fichas personales de las jóvenes que encajan en cada representación y finalmente damos cuenta de todos los testimonios referidos a cada marco organizando sus contenidos en diversos subapartados, dando cuenta de: 1) La vida antes de ser madre; 2) Sus relaciones afectivo-sexuales y la razón del embarazo; 3) Las reacciones de la entrevistada, de su pareja y de su familia ante la noticia; 4) La asunción del rol materno durante la gestación y en la fase de crianza.

## Cuadro de resumen: las representaciones de la maternidad adolescente (I)

		Como fruto de un deseo dentro de un proyecto voluntario de pareja	Como consecuencia del contexto desfavorecido en el que viven las adolescentes	Como consecuencia de una relación violenta
1. La vida antes de ser madre		Una adolescencia difícil por problemas familiares, un compromiso precoz con la pareja.	Situación A. Relaciones familiares complicadas. Situación B. Pautas culturales en las que la maternidad adolescente se vive con normalidad, embarazos adolescentes en la familia (gitanas).	Noviazgo central en sus vidas, relaciones de violencia en la pareja.
2. Relaciones afectivo-sexuales y razón del embarazo		Embarazo buscado.	A. Por un descuido, uso arbitrario de métodos de anticoncepción B. Por deseo del esposo y las familias de origen.	Relaciones sexuales sin protección por imposición del novio.
3. Reacciones ante la noticia del embarazo	Personal	Alegría por el cumplimiento de su deseo.	A. Susto, miedo, incertidumbre B. Desacuerdo/ Alegría 1) porque consolida la nueva familia y la unión entre las familias de los nuevos progenitores (en el caso de los gitanos) 2) porque la maternidad en edades tempranas se ha normalizado con lo cual los hijos son siempre bien recibidos.	Miedo, sorpresa, incertidumbre.
	Pareja	Alegría, rechazo.	Asombro, alegría.	Alegría, enojo.
	Familia	Sorpresa, apoyo, rechazo.	Alegría, desacuerdo, apoyo.	Sorpresa, apoyo.
4. Gestación, parto y crianza		El embarazo es el mecanismo con el cual ellas alcanzan su objetivo de formar una familia. Algunas veces esto sucede sin el apoyo de la pareja	A. Los hijos se convierten en esa "propiedad" sobre las cuales ellas normalizan su situación vital. B. La maternidad temprana se vive como parte de su desarrollo personal, se repite el patrón familiar de una maternidad joven sin problema.	Los hijos son la razón por la que ellas consiguen terminar con la relación de violencia.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de las entrevistas realizadas

## Cuadro de resumen: las representaciones de la maternidad adolescente (II)

		Como una experiencia de redención vital	Como consecuencia del contexto desfavorecido en el que viven las adolescentes	Como causa e impulso para formalizar la pareja
1. La vida antes de ser madre		Convivencia familiar problemática, comportamientos rebeldes	Desarrollo convencional de su adolescencia.	Desarrollo convencional de su adolescencia.
2. Relaciones afectivo-sexuales y razón del embarazo		Uso intermitente de métodos anticonceptivos.	Descuido, mal uso de los métodos anticonceptivos, agresión sexual.	Descuido, mal uso de los métodos anticonceptivos/, prácticas sexuales erróneas.
3. Reacciones ante la noticia del embarazo	Personal	Sorpresa, miedo, preocupación.	Sorpresa, rechazo, tristeza.	Sorpresa, miedo, dificultad.
	Pareja	Alegría, rechazo.	Alegría, desentendimiento.	Alegría.
	Familia	Sorpresa, apoyo, rechazo.	Alegría, desacuerdo, apoyo.	Sorpresa, apoyo.
4. Gestación, parto y crianza		Los hijos son el motor del cambio positivo que las madres experimentan.	Se vive el nuevo estatus con mucha dificultad a nivel de estudios, trabajo y pareja. Los hijos son queridos pero se perciben como los responsables de sus problemas.	Los hijos son la razón para consolidar la relación de pareja que no era prevista.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de las entrevistas realizadas

## 4.1 Primera narrativa

### *“La maternidad intencional dentro de un proyecto de pareja”*

En este primer marco interpretativo recuperamos las experiencias de cinco chicas que llegan a ser madres de forma intencional, para responder al deseo compartido con su pareja de emprender un proyecto familiar juntos. En estos casos, nos interesa poner atención a la motivación principal que origina su voluntad de tener hijos pronto, independientemente de que luego esa expectativa pierda intensidad en los primeros meses de gestación o poco tiempo después de parir porque la relación de noviazgo ya ha entrado en crisis.

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 en algunos casos no tuvieron durante su infancia (Berga i Timoneda, 2005). 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 maduras y responsables.

Estas chicas transitan a la vida adulta a través de su maternidad: cuanto antes lo logren, más pronto se sentirán realizadas personal y socialmente. Sin embargo, de esta manera “el embarazo en la adolescencia es una impostura de la subjetividad femenina que consiste en adoptar la marca identitaria de madre como signo de la adultez que la adolescente persigue buscando completud, madurez, un lugar en el mundo y un proyecto vital propio (...) El hijo o hija aparece como un objeto de cuidado, de atención y de amor que se necesita para ser: ser madre, ser necesitada, ser indispensable, ser irremplazable, ser importante. La mujer en situación de adolescencia requiere hacer a alguien depositario de su amor, de su cuidado y de su protección, para sentirse amada, cuidada y protegida” (Oviedo y García, 2011: 935-939).

Plantean así su maternidad como una aspiración que se origina antes del embarazo, en su primera etapa adolescente, es decir 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 o por lo menos imaginables. 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 ellas lo desean, o más precisamente porque creen que un niño y un proyecto de hogar propio les ayudarán a resolver o a cancelar todas las situaciones incómodas que están viviendo. Al contrario, parece solo que las están complicando aún más, aunque no todas lo reconozcan en sus entrevistas.

Tabla 6: Madres adolescentes por el deseo propio de tener un hijo

Código	Ficha personal
3-M	18 años, española. Tuvo a su hijo a los 16 años con su primer novio y pareja sexual, un chico de origen dominicano de 22 años. Sus progenitores están separados. Su unidad de convivencia ahora está compuesta por su hijo, sus tres hermanos, su madre y su padrastro. Mantiene la relación con el padre de su hijo que vive en Inglaterra, tienen planes de viajar juntos a Londres para intentar reanimar su unión. Debido al embarazo interrumpió sus estudios pero desde hace unos meses los ha retomado para finalizar la ESO y tener un título formativo mínimo que le permita insertarse en el mercado laboral y mejorar su condición económica.
6-M	29 años, española. Sus progenitores están divorciados. De niña viajó a Argentina con su madre y regresó a España cuando tenía 15 años. Tuvo a su primer hijo a los 18 años, el padre no era su primera pareja sexual. Tiene tres hijos de 11, 9 y 4 años. Vive con ellos y su pareja, el padre de los tres. La relación con él es buena. Finalizó la ESO y empezó a trabajar encadenando diversos contratos a término, de breve duración. Ahora trabaja en el negocio familiar, un parque infantil, y está conforme con ello, aunque no sea su primera aspiración.
11-M	18 años, española. Sus progenitores están divorciados. Tuvo a su hija a los 16 años y ahora está embarazada de su segundo hijo, ambos del mismo padre, un chico cubano que en ese momento tenía 22 años y no era su primera pareja sexual. Vive con su hija y su nueva pareja actual (no es el padre de sus hijos) en el piso de su padre. La relación con el padre de sus hijos es conflictiva: las tensiones son constantes y desde hace tiempo ella está reelaborando sus sentimientos hacia él. Dejó el Instituto por el embarazo pero después del nacimiento de su hija terminó la ESO en la escuela para adultos, ahora trabaja como empleada de hogar por horas.
29-Z	24 años, española de origen dominicano. Ha vivido en un Centro de Menores y posteriormente con una familia de acogida (su actual familia adoptiva) porque su madre biológica la maltrataba. Tuvo a su primer hijo a los 17 años con su primer novio, un venezolano de 20 años. Tiene dos hijos de 7 y 5 años. Vive con ambos, el padre de ellos ha sido deportado a su país de origen. Interrumpió sus estudios antes de su primer embarazo y luego los retomó. Ahora tiene terminado el bachillerato, un Grado Medio en Atención Socio-sanitaria y un curso de Ayuda a Domicilio, habla cinco idiomas. Trabaja de camarera y bailarina en diferentes discotecas.
19-Z	17 años, española. Está emancipada legalmente debido a la violencia intrafamiliar que sufría. Tuvo a su hijo a los 15 años con su novio español de 19 años. Este chico no fue su primera pareja sexual. Actualmente vive en la casa de sus suegros con su pareja, el hermano de este y su hijo. Han decidido casarse en 2018. Su último año de estudios es 2º de la ESO, lo dejó antes de embarazarse, le gustaría hacer un grado medio de auxiliar de enfermería. Ha trabajado en el bar de sus suegros y ahora se dedica a vender comida a domicilio.

Fuente: *Elaboración propia a partir de las entrevistas*

#### 4.1.1 Las relaciones familiares y de pareja antes del embarazo

Las jóvenes que encajan en este marco interpretativo señalan que antes de convertirse en madres tenían una situación conflictiva con los progenitores, ya sea por su separación o divorcio. Esta inestabilidad y escasa armonía en algunos hogares degenera en la violencia física y psicológica. Ellas explican que las malas relaciones con sus progenitores son porque a menudo desatienden sus problemas y, cuando les prestan atención, lo hacen de una forma muy brusca, en su opinión, y nada conciliadora. A tales circunstancias familiares se suman otras criticidades ambientales, como es el caso de dos chicas que no se adaptaron fácilmente a sus experiencias migratorias hacia España. Ahora se sienten integradas, pero al principio, cuando eran niñas, les costó echar raíces también porque necesitaban más atención y cariño por parte de los progenitores.

Para huir de estas tensiones continuas, en casa y fuera, buscan refugio en las amistades y principalmente en sus parejas, que se convierten enseguida en las personas con quienes imaginar un futuro mejor, lejos de sus familias. Se enamoran pronto y, cuando pueden, traen sus chicos a casa para compartir momentos juntos.

*“Yo tenía muchísimos problemas en casa. Mis padres se llevaban fatal, luego ya se divorciaron... cuando yo me quedé embarazada ya estaban divorciados. Pero vamos, que había muchísimos problemas. Entonces en casa pues era todo un caos. Yo pues me refugié en el padre de mi hija y pues allí fue que salí embarazada. Pero la situación en casa era malísima. Desde los 14 o así, casi no pasaba tiempo en casa porque estaba esa situación todo el rato, todo el rato peleas y eso. En el colegio lo mismo: fatal. Estaba repitiendo. Pero es que yo casi no iba al colegio. Al quedarme embarazada ya no fui, me escapaba con el padre de mi hija, yo estaba solo con él, con él todo el tiempo, me separé de todo el mundo, era él y ya está” (11-M).*

*“Empezó todo a cambiar porque mi madre empezó a maltratarme, de hecho estuve en un centro de acogida y luego pasé a vivir con mi madre adoptiva. Al principio bien, yo iba al colegio, iba al instituto también, y lo que era mi vida social y mi vida no familiar pues estaba muy bien. Solamente en la vida familiar tenía este problema. Pasé por muchas cosas y yo entonces como que yo ahí empecé, como quien dice ya era adulta... terminé la ESO y con 16 años, dije ‘me voy’. Y tuve a mis dos hijos porque yo quise. Yo le dije al padre de mis hijos ‘Yo quiero tener mis propios hijos, yo quiero tener mi familia’” (29-Z).*

*“Es que yo nací en España pero mis padres se separaron y pues, no me hacían mucho caso... nos fuimos a vivir a Argentina y con 15 años volvimos aquí. Empecé a estudiar aquí pero no me adapté, ni al instituto, ni a los compañeros, no sé, yo creo que fue un poco por rebeldía, quizás por lo de mis padres... Dejé de estudiar pronto, salía mucho por allí, la verdad no estaba muy centrada. Salía mucho por la noche, lo que hace una chica, una niña rebelde ¿no? Pues eso, dejé de estudiar, luego conocí a mi chico y nada, cómo nos enamoramos digamos, enseguida vino a vivir conmigo y yo que sé, que me quedé embarazada” (6-M).*

Estas entrevistadas depositan en su relación de pareja toda una serie de expectativas que las llevan a plantearse la construcción de una familia propia, en la cual poder desarrollar su vida. El “elegido” para esta empresa no es cualquier chico de su edad. En sus palabras, el novio con quien añoran un proyecto familiar es una persona seria y formal, merecedora de su confianza para cumplir este deseo, incluso cuando se conocen desde hace poco tiempo. La seguridad que les transmite esta persona se dirige a proyectarse dentro de una nueva familia y en un contexto de estabilidad donde ellas son las protagonistas, porque la conciben precisamente para llenar los vacíos que han vivido hasta entonces en la casa de sus progenitores.

*“A mi pareja la conocí tomando algo, nos presentaron unos amigos en común y yo creo que fue como un poco amor a primera vista o así, porque ya enseguida le dije que se viniera conmigo a casa y no sé, desde entonces siempre estamos juntos. Yo tendría 17 años o así, fue todo muy rápido. Él vino a casa de mi madre. Allí vivíamos todos: mi madre, mi hermana, yo y mi pareja. Y estuvimos allí, que fue cuando ya me quedé embarazada” (6-M).*

*“Yo estaba solo con él, con él todo el tiempo. Todo el tiempo con él. Era él y me separé de todo el mundo y era él y ya está. Le conocí en el Facebook y pues quedamos un día y empezamos a salir en diciembre de 2013 y me quedé embarazada en mayo del 2014, o sea, nada, cinco meses juntos. Él no fue mi primer novio pero fue vamos... el importante, porque los anteriores eran novios en plan a lo mejor estar dos, tres meses y tal, no sé que, o sea, en plan más rollo. Pero ya él fue como más novio estable y es que el embarazo de mi hija fue deseado” (11-M).*

*“Nos conocemos desde hace mucho, desde los 7 años, en República Dominicana, porque mi madre es dominicana. Luego él llega a España cuando yo tenía 12 años y empezamos a salir, de ir al parque de atracciones y tal, y surgió, y de ahí surgió el estar juntos y ya (...) No fue mi primer novio, pero serio-serio sí. O sea, que haya durado tanto tiempo, porque los otros eran niños. No era lo mismo, él llegó y a los 18 años empezó a trabajar y se centró en formar una familia. A mí me gustó esto, tal vez no tan pronto, pero sí. A mí me gustaba una persona que tuviera la cabeza bien, no un niño que pensara en irse de fiesta y en jugar” (3-M).*

*“Con 15 años ya pensaba en tener mi propia familia, lo tenía bastante claro, pasaron los años y lo tuve demasiado claro. Yo tenía 14 años cuando lo conocí y empezamos la relación. Ya con 13 o 12 años lo conocía porque éramos pareja de baile. Y pues claro entre baile y baile pues surgió el amor” (29-Z).*

#### **4.1.2 El embarazo como paso decisivo para empezar a construir una familia**

Si el objetivo principal del noviazgo es la construcción de una familia, el paso esperado para la consecución del mismo es quedar embarazada pronto. Nuestras participantes reconocen haber tenido un seguimiento irregular de los estudios y un expediente académico poco brillante. No han invertido tiempo y dedicación en el instituto y

tampoco saben vislumbrar una inserción laboral precisa de cara al corto plazo: afirman categóricamente que su rol más importante es ser madres.

Comparten con la pareja la intención de embarazarse en un tiempo relativamente corto respecto al principio de la relación de noviazgo. En estos casos la iniciativa es de la adolescente que pretende formalizar y consolidar su relación sentimental con la llegada del niño. El amor (o más bien la intensa ilusión del enamoramiento) que tienen estas jóvenes hacia sus novios es fundamental para decidir juntos que ha llegado el momento de encaminarse hacia una maternidad programada.

Otra justificación para hacer este paso es la búsqueda de una pauta concreta de incorporación social, con la consecuente adquisición de un cierto estatus social de "normalidad colectiva", que pueden conseguir de forma inequívoca con la maternidad, en su opinión. De esta cuenta, la maternidad se entiende como una decisión deliberada, no como un accidente (Llanes, 2012): tener un hijo no causa problemas para su identidad personal; por el contrario, ellas refuerzan su individualidad a partir de la construcción de su identidad de mujeres-adultas-responsables como gestantes y, luego, como madres. Aunque la pareja esté de acuerdo con este proyecto, no siempre ambos se dan cuenta de lo que están emprendiendo.

*"Mi embarazo fue deseado, sí, se me ocurre a mí, no sé, yo creo que estaba tan enamorada que... No sé, fue a raíz de eso. Ahora mismo lo pienso y creo que fue demasiado precipitado, un poco de locura así de esa edad que uno tiene. Y lo pienso y lo hubiera hecho de otra manera. Pero fue hablarlo, a mi me apetecía y él estaba de acuerdo, él también lo quería... y nos pusimos en ello" (6-M).*

*"A los tres, cuatro meses de estar con él, o sea, súper pronto supe que quería tener un hijo. Porque como él me daba todo lo que yo no tenía en casa, lo que yo no tenía en ningún lado, o sea, yo estaba con él y es que era todo tan bonito y tan tal, pues claro. También fue en plan como para engancharle, o sea, si yo tengo un hijo con esta persona pues le engancha. Que al final no fue así, pero bueno. Y él estuvo de acuerdo, o sea que sí que era deseado por parte de las dos personas, de las dos partes, sí, claro" (11-M).*

*"Mi noviazgo fue hermosísimo, hermosísimo. Yo tuve una relación con él vamos, para durar 8 años, fue una relación hermosísima. Me ayudó en todo, o sea, y hasta cuando yo le dije 'Quiero tener un hijo' y él me dijo 'Pues yo también'. Y lo tuvimos, fui yo la que lo decidí y él me dijo que sí. Igual no era consciente, o era consciente. A día de hoy pienso que no fue consciente de lo que hizo. Y yo le dije que yo quería eso y ya está, y él me dijo que sí" (29-Z).*

*"Una vez tuvimos un susto, o sea pensamos que estaba embarazada pero resultó que no, entonces pues mi pareja se había como ilusionado de que estuviera embarazada y... entonces él me empezó a dar un poco la tabarra con que me quedara embarazada y como yo lo quería mucho, pues no sé, me lo pensé y dije ¿pues por qué no?" (19-Z).*

El deseo por tener un hijo y formar una familia les lleva a mantener unas prácticas sexuales que permitan acelerar el embarazo. Los dos acuerdan prescindir de cualquier método anticonceptivo en sus encuentros íntimos y esperan que el embarazo llegue lo más pronto posible para culminar su unión gracias a un hijo que supuestamente les vinculará para siempre, el uno con la otra.

*“Con mis parejas anteriores usé siempre el preservativo. Pero con él el preservativo al principio y luego ya pues quitamos el preservativo. Pero lo quitamos queriendo, vamos. Los planes en ese momento eran -que no sé qué cabeza tenía- mudarme con él. El no tenía ni un trabajo estable ni nada, pero vamos... Mudarnos juntos y criar a nuestro hijo juntos, así, o sea, un mundo de película, de fantasía. Que luego también te das una hostia contra la realidad” (11-M).*

*“Con mi primera pareja sí que usaba las pastillas anticonceptivas y también el preservativo, pero con la segunda pareja solo usaba el preservativo y cuando decidimos lo dejamos de usar y ya” (6-M).*

El uso irregular de los métodos de anticoncepción coloca a estas chicas en una situación de riesgo constante. Sin embargo, a diferencia de otros testimonios, las jóvenes que encajan en este primer marco y sus parejas viven este riesgo con tranquilidad y con una cierta dosis de abierto fatalismo, como si el embarazo fuera una novedad, esperada pero también imprevista.

*“Lo que pasó es que se rompió (el condón). Nos dimos cuenta cuando se rompió, pero después. Cuando ya acabamos, normalmente cuando hay tiempo, se comprueba por si acaso no haya ningún susto. Pero ese día no sé lo que pasó, yo creo que sí lo comprobó, y sí estaba, y me lo dijo. Era un sábado, y yo le dije que fuéramos a comprar la pastilla del día de después. Era sábado por la noche y no había farmacias, y el domingo nos surgió un problema y no pudimos ir. Y me dijo: ‘Bueno, si estás embarazada me dices’ y al próximo mes le dije que me llegó la regla. Yo en realidad no me preocupaba era como ‘si estoy, pues estoy’. No había más nada y al final resultó que sí, y yo la verdad contenta” (3-M).*

#### **4.1.3 Un embarazo según lo planificado**

La noticia de su próxima maternidad no es una sorpresa para ellas. La confirmación del embarazo, ya sea a través de un test farmacéutico o directamente con el médico, se vive con alegría y satisfacción por haber dado el paso hacia su ansiada maternidad. Incluso cuando el embarazo no está planificado en un momento preciso, la reacción es positiva: una mezcla de preocupaciones que finalmente redundan en un estado general de felicidad. El hecho de que esta felicidad sea compartida desde un principio por sus padres (en particular por su madre) y por su pareja, mantiene alto el entusiasmo y la confianza inicial de la neoembarazada.

*“Primero me hice un test, me dio positivo. Entonces fui al médico para que me lo confirmara y sí, me confirmó que sí, que estaba embarazada. Al principio tenía nervios,*

por un lado quería que dijera que sí, luego por el otro lado, pues estaba un poco allí dudosa. Y cuando me confirmaron estaba contenta, la verdad. A mí es que me gustan los niños mucho, me encantan. Yo creo que fue un poco el reloj maternal ese que se despierta a una edad" (6-M).

"Me enteré cuando me fui a hacer una ecografía vaginal, porque me dolían los ovarios y tenía la cita desde hacía año y medio. Me enteré ese día, me dijeron que era normal el dolor porque tenía tres meses de embarazo. Y yo pues me puse muy contenta, no es que esperaba tener un hijo, o sea no tan pronto, pero mis planes eran de formar una familia cuando terminara mi cuarto de la ESO. Fue más pronto, pero no pasa nada. Al principio sentí miedo, luego con el embarazo ya lo asimilas, hasta que ya me vi la barriga así grandota, y yo feliz, y mi madre estaba muy feliz" (3-M).

"Pues es que yo ni pensaba que estaba embarazada, o sea sabía que iba a pasar en algún momento pero no pensaba que ya. Fui al ginecólogo porque me sentía mal, me hicieron una ecografía para descartar embarazo y allí estaba la niña. Así me enteré. Yo tenía mezcla, sí que es verdad, de miedo porque claro un niño ¿qué hago yo con un niño? Miedo pero a la vez alegría porque a la vez era deseado. Entonces era mezcla. Entonces claro, luego como vi la reacción positiva del padre y pues más bien contenta que otra cosa" (11-M).

"No fue rápido, tardó sus mesecitos hasta que me quedé embarazada, sí, sí. No fue algo de que dejé de tomar las pastillas y me quedé embarazada, no. Yo ya lo había decidido de antes, ya había dejado de tomar pastillas y pues me quedé embarazada. Y cuando me enteré, que estaba en Galicia, yo estaba feliz, era lo que quería: mi embarazo y mi pareja, nadie más, o sea mi propia familia" (29-Z).

Las parejas actúan también consecuentemente a los planes que tenían entre los dos: reciben la noticia contentos, con ilusión, a veces sí les sorprende pero en todos los casos confirman, en un principio, la asunción del compromiso que supone la llegada de un hijo, compartiendo la felicidad de las jóvenes y futuras madres.

"Él estaba muy contento porque él también quería y era como algo que los dos de verdad queríamos hacer" (6-M).

"Yo me adelanté y le dije: 'Estoy embarazada, pero antes de que digas nada este niño va. Con tu apoyo o sin tu apoyo, pero va'. Al principio cuando se lo dije parecía contento pero estaba como en shock, como: '¿Y ahora qué hago?', se sorprendió. Y luego cuando empezaron las ecografías cambió, estaba contento... con el niño está muy contento" (3-M).

"Se lo dije justo el mismo día. A mí me lo dijeron creo que fue el 9 de junio del 2014. Y entonces me llamó él a las 15 de la tarde en la hora del descanso, entonces le digo 'estoy embarazada' y él 'Ah que bien, no sé qué, que tal' y así fue como se lo dije. Su primera reacción digamos que fue buena, en principio, pero después..." (11-M).

*“Yo le puse un mensaje por WhatsApp, y le puse ‘¡zasca!’, en plan que sí que estaba embarazada. Y él me puso que nada, que seguiríamos para delante” (19-Z).*

Contrario a la primera reacción, una vez que asimilan la noticia de su próxima paternidad y ven que los planes de formar una familia van desarrollándose, en algunos casos los novios cambian de postura y rechazan la obligación de responsabilizarse del hijo que está por llegar. La pareja atraviesa momentos de inestabilidad y posible ruptura. No obstante, el vínculo que la adolescente ha creado con esta persona y la importancia que esta ha cubierto en la vida emocional de ella, hace que sea muy difícil terminar la relación, incluso cuando empieza a vislumbrarse el desentendimiento de su compromiso en la constitución de una familia juntos.

*“Ya en cuanto que salí adelante con el embarazo, o sea, se vio que ya sí que había niño él ya empezó a echarse para atrás. Ya no se quería mudar conmigo, ya no me quería pasar pensión para la niña ni ayudarnos económicamente. Empezó a echarse para atrás. Para atrás, para atrás, para atrás. Y eso fue lo que pasó. Y todo el embarazo pues se fue con otras tías. Estuvo todo el embarazo con otras. O sea, fue embarazarme, justo que saliese que estoy embarazada, justo ese mundo de hadas, de qué bonito, de todo lo que me había pintado, todo para el otro lado se fue, o sea, todo lo contrario. Empezó a salir. Primero salió con una chica que trabajaba de camarera con ella. Después estuvo con tres chicas mientras yo estaba embarazada. O sea, todo cambió. O sea, el embarazo fue un cambio de chip total. Pero yo seguía ahí... creía que iba a cambiar. Y es que mi madre me lo dijo, porque era obvio que no iba a pasar (asumir su paternidad) pero yo no veía nada, yo estaba enamoradísima” (11-M).*

Las familias (nucleares y extensas) de estas adolescentes presentan tres tipos de reacciones.

En primer lugar de sorpresa e incredulidad: incluso en los casos en que la joven ya llevaba mucho tiempo saliendo junto a ese compañero, un embarazo antes de los 20 años estaba fuera de las expectativas de su familia. Sin embargo, el apoyo emocional y material a esos futuros progenitores no se hace esperar para que el embarazo se lleve a cabo en un ambiente lo más tranquilo y seguro posible.

*“Fue un día en la cocina, me acuerdo que se lo solté allí un poco de sopetón a mi madre y a mi hermana. Mi hermana no se lo podía creer, y mi madre se echó las manos a la cabeza ‘Pero tan joven, que yo también lo he vivido’. Es que mi madre me tuvo con 16 años, pero nada, como ya estaba hecho... pero sí que me preguntó si lo tenía muy claro. Yo le dije que sí. Y eso sí, me sentí muy apoyada, la verdad (...) La familia de mi pareja también bien. A ver, también fue un poco de golpe, me presentó a mí allí un día de la noche a la mañana, justo cuando se vino a vivir a mi casa, y al poco tiempo fue la noticia... todo un poco rápido. Pero siempre bien, se lo tomaron bien” (6-M).*

En segundo lugar, la reacción de las familias es de felicidad y entusiasmo. Aunque los progenitores desconocieran los planes de sus hijas en cuanto a sus intenciones de ser

madres, se recibe la noticia con alegría e incluso regocijo. Se trata de una reacción que podemos vincular con unas experiencias anteriores vividas dentro de la familia: pues si ha habido más casos de embarazos jóvenes y no se han manifestado grandes problemas, la situación se normaliza y se vive con relativa calma y serenidad, como una novedad que la familia ya sabe manejar.

*“Mi madre contenta, ella también tuvo a sus hijos muy pronto. Tuvo a mi hermano con 18, mi familia se ha casado muy pronto. Mi tía se casó a los 14 años, mi otra tía tuvo a su primer hijo con 15. Entonces no era una cosa muy extraña. Y las demás tías pues normal, como mis primas ya se habían quedado antes embarazadas, a los 18 también. La familia de mi padre en cambio no, que no lo entiende, no lo asimilaba” (3-M).*

Por último, el tercer tipo de reacción es de oposición firme porque la familia no está de acuerdo con esa relación de pareja, de tal manera que el embarazo llega como un “balde de agua fría” y desata fuertes tensiones. Si además, la pareja rechaza el compromiso que supone su próxima paternidad, los progenitores confirman la desconfianza que les producía el noviazgo de la hija, además que saltan las alarmas sobre la precocidad del evento y su falta de preparación para enfrentarse al reto de la maternidad. Cuando ellos asumen esta postura, las chicas manipulan sus posiciones, no reconocen abiertamente ante ellos sus deseos de convertirse en madres ni la alegría que en un principio han experimentado, tal como nos relatan en la entrevista. Por el contrario, confiesan que el embarazo era inesperado y con esto confían en que la noticia sea recibida con menos enfado por parte de los padres, buscando en ellos una cierta complicidad en asimilar y gestionar este “imprevisto”. En todo caso, las chicas continúan con sus proyectos de familias y esperan que sus parejas recapaciten y juntos formen el hogar que en un momento se plantearon. Según su lógica, cuando este proyecto se concrete, podrán finalmente persuadir a los padres sobre la bondad de su embarazo.

*“Mi madre fatal, evidentemente. O sea, se puso como loca a chillar, a insultar y de todo, pero es que es normal. Te llega tu hija con 16 años y encima con su mundo de pajaritos de ‘¡ay que bien, que lo vamos a criar juntos, que no sé qué!’ y pues claro. Mi madre se cabrea. Encima pensando en el niño, ‘a ver qué vida le vas a dar al niño’ porque sí es que yo era una niña. Además mi padre se llevaba fatal con él (su novio), me prohibió salir con él y todo. O sea, yo me escapaba muchas veces de casa para salir con él y todo. Mi madre no quería que estuviese con él” (11-M).*

#### **4.1.4 La coherencia frente a la opción del aborto**

Cuando la pareja se niega a enfrentar la llegada del hijo, surge en estas chicas la idea de interrumpir el embarazo como solución inmediata, principalmente porque se ven con una gran incertidumbre de cara a su futuro como madres solteras. Su pareja propone el aborto como única alternativa rápida y efectiva ante los problemas que significarán para él la paternidad. Las entrevistadas nos cuentan que se les ocurre ponderar esta “solución” solo en momentos puntuales de crisis, en soledad, pero después de haberlo

pensado toman la decisión de continuar con el embarazo de forma autónoma y asumir en solitario la maternidad.

Su principal argumento es que el hijo ha sido deseado y bajo esa premisa el aborto es inaceptable. Ninguna de las participantes de nuestra muestra hace explícita referencia a argumentos afines a una perspectiva ética y moral de tipo "pro-vida" sustentada en principios religiosos para continuar con la gestación de la criatura que llevan en su seno. Todas nos presentan un razonamiento similar a lo que sigue y que básicamente se fundamenta en un hecho incontrovertible: "¿Qué culpa tiene el niño de todo lo que ha pasado / está pasando?". Entendemos, pues, que es más importante mantenerse coherentes con ellas mismas, con sus sueños y con sus planes originarios, que buscar soluciones fáciles y veloces para eludir responsabilidades que ya consideraban asumidas.

*"Sí, claro que se me pasó por la cabeza (el aborto) porque es lo más fácil pero ¿qué vas a hacer? ¿Que el niño tiene la culpa? Pues es que el niño no tiene la culpa, no... pues no haberte quedado embarazada (...) El padre (su pareja) me dice 'pero mejor aborta, pero mira en el lío que nos hemos metido, pero no sé qué'. Y yo no, que no iba a abortar. Quien lo hace que lo haga, yo no me voy a meter en la vida de nadie pero que yo no puedo, es que no puedo. Yo sí que tenía claro que no iba a abortar. Encima que era deseado. Es que es una locura" (11-M).*

En tres casos de los que presentamos en esta narrativa las familias no aceptan el embarazo porque consideran que no es ni oportuno ni correcto para el desarrollo individual y vital de la chica. A raíz de ello, los padres sugieren el aborto y acaban encontrándose con la negativa de sus hijas. Ellas defienden su derecho a elegir y la coherencia con sus actos y deseos, afirmando su indisponibilidad por la firme voluntad de ser madres.

*"La familia de mi padre no lo entendía, no lo asimilaba: me decían que abortara, que era muy joven, que tenía una vida por delante, que podría tener más... pero no había manera de convencerme. No, porque estoy en contra del aborto. Nada más apruebo el aborto en casos de violación o problemas de salud, pero en otras cosas no y es que yo estaba contenta, yo ese bebé lo quería" (3-M).*

*"Mi madre era la que me decía que abortase. Desde el primer momento 'aborta, pero ¿dónde te has metido?, yo te pago el aborto, pero qué lío'. A ver, yo la entiendo a ella, pero es que también hay que ponerse en la situación del niño y por eso me mantuve en mi decisión, y es que encima era deseado. Es que imagínate, encima abortar un niño que has estado haciendo para buscarlo, o sea no es que haya sido no deseado" (11-M).*

*"Mi tía vino a mi casa porque tenía que hablar conmigo. Y me dijo que no me iba a ir básicamente bien, que no me iba a ir bien por tener un hijo, que abortara y que abortara y que le hiciera caso, que abortase. Era la única palabra que decía" (19-Z).*

#### 4.1.5 Darse cuenta poco a poco

Después del primer periodo de alegría ante la noticia del embarazo y después de la desilusión por la respuesta inesperada de la pareja, durante los nueve meses de gestación se va haciendo cada vez más patente en estas entrevistadas lo que significa realmente estar esperando un hijo. Por un lado, los malestares propios del embarazo (nauseas, cansancio, sueño) afectan a la cotidianidad de estas futuras madres y enseguida les hacen complicado mantener las mismas dinámicas de estudio, trabajo, ocio y tiempo libre con sus familiares y amistades. Por el otro, los cambios físicos que se experimentan a nivel corporal impactan en la percepción que se tiene de sí misma, en tanto adolescente, dando lugar a sentimientos de rechazo y vergüenza hacia la propia imagen. Nuestras entrevistadas hablan de recluirse en casa, frecuentar solamente a familiares cercanos, evitar el contacto con las amistades, hacer lo posible para no exponerse al juicio ajeno sobre su nuevo aspecto.

*“Yo sí que lo noté mucho porque encima tuve muchos vómitos, muchas nauseas, fatal. Engordé mucho también. Claro pues yo me veía muy rara. Luego es que me llamaban para ir a algún sitio y a ver, con el barrigón tampoco iba a salir a ningún lado ¿sabes? No iba porque yo que sé, me notaba muy gorda entonces... A ver, a mí tampoco es que me gustara mucho ver mi cuerpo. Estaba contenta pero claro tampoco... pues sí es verdad que me salieron muchas estrías, engordé mucho, no me cuidé nada tampoco. Ni cremas, nada de eso. Todas esas cosas que te mandan, no me echaba nada, por pereza básicamente (6-M).*

*“Estaba embarazada y nada. Salía menos, porque ya en los últimos meses me pesaba la barriga... Engordé 20kg, entonces me sentía muy pesada y dejé de salir. Salía a caminar un rato, pero luego volvía a mi casa. No tenía relación. Salía los fines de semana donde mi familia y punto” (3-M).*

Las actitudes de los futuros padres influyen mucho en cómo estas entrevistadas atraviesan su periodo de embarazo. En particular, cuando la espera del hijo se vive acompañada del novio, la alegría de cumplir con sus expectativas es lo más importante.

*“Nosotros éramos los más felices del mundo y aunque era difícil lo de encontrar trabajo, a mí no me importaba yo estaba felicísima, de hecho por eso cuando me salió lo de la discoteca yo dije que sí...” (29-Z).*

Pero cuando el rechazo del novio es explícito o hay muchas dudas por su parte para asumir la paternidad, el embarazo les aporta incertidumbre e inseguridad sobre cómo será la situación de pareja una vez que nazca el hijo. En estas circunstancias las jóvenes empiezan a tomar conciencia de lo que está sucediendo y de las dificultades que tendrán que enfrentar, muy probablemente en solitario. Aún así, permanece en ellas la confianza de que la relación afectiva con sus compañeros mejorará y podrán alcanzar la meta de fundar una familia.

*"Yo es que no entendía nada porque yo seguía en mi mundo de niña. 'Pero, si es que me decías que querías un hijo' y él 'No, pero es que ya no quiero' y de hecho el niño no tiene los apellidos de él. Me decía todo como con indirectas 'porque ahora a ver cómo hacemos porque yo ya no tengo un trabajo estable' o 'es que yo no sé si me voy a poder mudar, yo prefiero quedarme con mi madre, tú con tu madre, yo veo de vez en cuando a la niña'. Entonces allí yo ya dije ¡Dios mío de mi vida, qué cojones he hecho! Y allí tendría yo dos, tres meses de embarazo, no más. Pero claro, yo seguía enamorada de él, entonces él a lo mejor me decía dos palabras bonitas y volvía con él" (11-M).*

*"Es que cuando mi pareja superó el shock fue a los siete meses. O sea la relación iba muy mal entonces. Iba muy mal porque él como que no lo asimilaba y no me asimilaba a mí embarazada. Él llegaba a mi casa se ponía a mirar el móvil y así. Era muy raro, estaba pero no estaba ¿sabes? Para mí era traumático, a mí eso me hacía mal, me acostaba todos los días llorando" (3-M).*

Para describir el momento del parto todas las entrevistadas de esta narrativa coinciden en reconocer que la sensación al tener a su hijo en brazos es de absoluta alegría, aún cuando la pareja se haya desentendido de ejercer sus funciones paternas. Pero si además se vive en compañía, ese instante se convierte en el inicio de un periodo de gran felicidad: el nacimiento del hijo representa el logro de haber podido alcanzar esa meta que se trazaron en pareja y que está en el centro de sus expectativas personales de cara al futuro. Dar a luz significa iniciar juntos su proceso de emancipación para que sea irreversible, concreto y ambicioso.

*"Pues cuando llegamos al hospital la verdad que fue bien. Estaba ya casi por tener al niño entonces me metieron enseguida en la sala... casi nació nada más llegar, o sea, no tardó mucho. Además pudo entrar mi chico. Entró mi chico y nada, fue todo bien. Me acuerdo que me lo pusieron aquí, en el pecho, mi chico lloraba mucho. Fue todo muy bonito. Yo estaba muy contenta. Veía a mi chico llorar mucho y pues yo feliz" (6-M).*

*"El parto: normal, fue cesárea, pero yo súper bien. En cuanto lo vi fue una sensación como de decir: Es mío, y nadie me lo va a quitar porque es mío, y yo contenta" (3-M).*

*"Es algo que no se puede describir. Cuando eso salió por ahí cuando nació, en ese momento y a mí me lo pusieron en brazos, yo no era consciente de lo que yo tenía en brazos. Yo no me creía que eso, salió de mí y que eso salió de ahí. O sea, yo lo tenía en brazos, y lo veía, y yo sí, es mi hijo porque lo he parido, porque yo misma lo estoy pariendo y yo lo sé. Pero tú lo tienes encima de ti y la sensación de que estás dando leche, ostras, es una cosa que tú dices... Es algo mágico... es que te dan un niño que ya está formado y cuando lo tienes en brazos, tú lo miras y dices ¡ostras es mi hijo!, es algo que no puedo explicar, sinceramente" (29-Z).*

La intensidad del alumbramiento es una constante en todos los relatos recogidos en esta investigación. Para las entrevistadas la felicidad por el nacimiento del hijo se traduce como un mixto de sorpresa y satisfacción por tenerlo consigo, al fin, lo que más

habían estado deseando hasta entonces. La situación se percibe de forma diferente si falta el apoyo y el cariño de la pareja y de la familia, más en concreto cuando la chica enfrenta el parto acompañada únicamente por el personal sanitario del hospital. En esos casos, la experiencia se torna difícil, triste y desafortunada, sobre todo porque la deserción del novio en ese momento les confirma que sus planes de familia se están desvaneciendo. La situación es incluso peor si también los padres les niegan su apoyo emotivo y material.

*“El parto fue difícil, yo me fui sola a parir. Yo cogí mi metro y me fui a parir yo y parí yo sola. Estuve una semana ingresada y ¿quién te crees que estuvo? Yo solita y yo llorando a cada rato porque yo veía que había otros niños recién nacidos, iban los padres y tal, y yo estaba yo sola... porque mi madre se desentendió y el padre menos que podía esperar algo. Todo ese momento fue espantoso, fue horroroso, horroroso, fue lo peor, o sea, el parto que yo tuve con mi hija fue lo peor. Yo lo recuerdo como la peor experiencia de mi vida. Que tiene que ser bonito pero no en mi caso” (11-M).*

#### **4.1.6 Volver a casa, volver a la realidad**

Cuando están en el hospital reciben en todo momento el apoyo y los consejos del personal sanitario, esto les hace ir tomando confianza. Pero cuando estas chicas vuelven a casa deben encarar la labor de cuidado con sus propias fuerzas. Si se cuenta con la ayuda de la familia, principalmente de la madre, esta tarea se vive con cierta tranquilidad, se comparten las dudas, la inexperiencia y se siente el apoyo ante la empresa que inicia.

*“Al salir del hospital, la verdad que fue una locura porque lloraba mucho (su hijo), no sabíamos que le pasaba. Bueno yo le di el pecho entonces pues estaba todo el día pegado a mí, pegado al pecho, no quería otra cosa que estar pegado a mí. A ver, al ser el primero tampoco sabíamos mucho pero según iba creciendo yo iba siendo la cosa mejor, pero me acuerdo que el primer mes fue horroroso” (6-M)*

*“La primera semana y eso mi suegra me hacía la comida, y lo hacía todo, y ya después me fui organizando yo, me apañaba muy bien con el bebé, muy bien. Pero desde el primer momento me fui apañando yo... y muy bien” (19-Z).*

La vida entre el hospital, que les da seguridad, y la casa, en la que se encuentran a menudo solas y sin saber cómo actuar, marca una diferencia sustancial en cuanto a su forma de representar la experiencia maternal que han tenido. Además del cansancio que supone encargarse de un niño recién nacido, el agotamiento, el agobio, la sensación de soledad y abandono son elementos que fomentan lo que ellas mismas reconocen y describen como depresión postparto. Las que no cuentan con ningún tipo de soporte, fundamentalmente psicológico, son proclives a tener frecuentes alteraciones del humor y a bajar su autoestima. En su opinión, la ansiedad y los desajustes emocionales que sufren no dependen de su falta de motivación ante el reto que han asumido, sino más bien tiene que ver con las circunstancias sociales y familiares en las cuales se encuentran durante

un momento tan crucial de su existencia. De hecho, en la medida en que ellas se vean y se sientan acompañadas por un ser querido, su inicio en la maternidad se hace mucho menos traumático. La trabajadora social del Centro de Salud Actur Sur de Zaragoza nos explica que este tipo de depresión debe entenderse como una enfermedad materna: se manifiesta en los primeros doce meses tras el parto en la forma de un agotamiento moderado o intenso para las madres, puede alterar su capacidad y disponibilidad para responder efectiva y cariñosamente al recién nacido y puede durar hasta un año o más, si no viene detectada y tratada con intervenciones psicoterapéuticas.

*“Al llegar a casa, mi sensación fue espantosa porque mi niña tenía pinchazos por todos lados y yo sola, o sea, ya sí que estás sola, no hay enfermeras ayudándote ni nada. Estás tú sola, 16 años, con un bebé que no para de chillar. Fue espantoso porque estaba yo sola y mi madre cuando llegaba se encerraba en su habitación. Y así. Entonces fue espantoso. Es que fue horroroso, fue horroroso, la verdad. (...) Si te da la depresión postparto con 30 años ¡tú imagínate con 16 años! O sea, es que era espantoso, que tienes a tu hijo ¡ay qué bonito!... ¡Los cojones! O sea, para nada, para nada. No, no es así. Y si lo tienes queriéndolo, lo tienes con un hogar, sabiendo que a tu hijo no le va a faltar de nada y con tu marido: es perfecto. Puedes tener cierta depresión pero sabes que siempre vas a estar acompañada, de tu familia y de todo. O sea, es que ni salía de casa, fue horroroso” (11-M).*

Una vez que se supera ese periodo crítico después del parto, las neomamás se van adaptando a su nueva condición y van encajando las tareas de crianza dentro de su ritmos diarios. Asumen la responsabilidad de proveer el bienestar al hijo de manera directa y solo después de unos meses intentan retomar otras actividades, ya sean los estudios, el trabajo o su vida social.

*“Hasta que mi niña no tuvo 5 meses yo no empecé a levantar cabeza, estaba yo que parecía una zombi en casa. Pero ese mismo verano me tuve que poner a trabajar, mi madre me dijo que no me ayudaba más y entonces a partir de allí a buscarme yo sola mis habichuelas para dar de comer a mi hija. De ahí que vine aquí (fundación privada de ayuda a madres), me ayudaron con la guardería mientras trabajaba de limpieza y también para poder sacarme la ESO” (11-M).*

*“Cuando el niño tenía 7 u 8 meses sí que empecé a ayudar yo a mi madre un poco con el trabajo del restaurante. Entonces se quedaba mi chico con el bebé y yo iba a ayudar a mi madre a lo mejor con el tema de la cocina y cosas de esas... Ya empecé allí como a trabajar un poco porque el niño ya era más mayor, ya pues jugaba solito, y pues cuando tuvo el año sí que le llevé a la guardería en sí, y yo ya empecé a trabajar bien” (6-M).*

*“Él (su pareja) no estaba trabajando, porque yo le dije que dejara de trabajar, porque yo estaba ganando más dinero que él, entonces dejó de trabajar y se quedaba con el niño, y el niño estaba bien porque estaba con su padre. Él (su pareja) hacía todo: cocinaba, limpiaba, hacía todo. Y yo en mis días libres, los pasaba con ellos nos íbamos a comer juntos, jugábamos, lo bañaba y tal... como una familia, lo que yo quería” (29-Z).*

La maternidad, para estas entrevistadas, es el evento central con el cual consiguen su objetivo de formar una familia, ya sea con el padre biológico de sus hijos, con una segunda pareja o incluso en solitario. En todos los casos, ellas son las protagonistas del cambio de rumbo que ha empezado a ocurrir en sus vidas: deciden convertirse en madres y una vez que lo han logrado, responden al desafío de esa gran novedad en sus vidas. Por eso, aunque no vivan en pareja, su rol de madre es la base para desarrollar su proyecto futuro, a partir del cual retoman también otras actividades y responsabilidades (como estudiantes, como empleadas y como cuidadoras del hogar) y pausadamente se van transformando en adultas, o por lo menos así lo perciben ellas e insisten en contárnoslo.

*“Tengo un chico ahora mismo que es una bendición y que me ayuda y que se va a hacer cargo del niño y de mi hija también. Es que es un amor, tiene un grado superior de auxiliar administrativo y entonces ahora se va a mudar conmigo. Ahora parece que voy levantando cabeza. O sea, poco a poco...” (11-M).*

*“Yo tengo la familia que siempre quise, fui yo la que decidió tener un hijo y al pobre (su pareja) se le quedó grande... no estamos juntos ya, me separé de él, decidí separarme de él porque teníamos problemas y pensando en el futuro, en lo que quiero y en lo que no quiero... pues quiero a mi hijo” (29-Z).*

*“Estamos viendo a ver si nos vamos a Londres. Porque él (su pareja) se fue a ver si encontraba trabajo. Dice que si lo de Londres no funciona nos vamos a Estados Unidos, porque en Estados Unidos tiene un hermano. Se iría él primero, porque le ha dicho que él (el hermano) nos da casa a todos, hasta que encontremos trabajo y tengamos una situación económica más llevadera” (3-M).*

En nuestra sociedad la identidad de mujer está íntimamente ligada a la de ser madre y cuidadora. Estas imágenes se transmiten a las adolescentes desde la primera infancia, por ello, algunas desean, deciden y buscan embarazarse como una opción, para sentirse autónomas, adultas, integradas en la sociedad adulta y satisfechas por los esfuerzos que han realizado. “Ser madre posee el significado simbólico de la libertad, construido a partir de la visión patriarcal que durante siglos otorgó a la maternidad el lugar de único destino femenino o fuente única de reconocimiento y autoestima” (Oviedo y García, 2011: 939). Ellas reproducen esta visión más amplia porque lo único verdaderamente importante es que sus hijos sean los canalizadores directos de todo lo que necesitan para ser felices.

*“De lo que más orgullosa estoy es de ver a mi hijo lo feliz que es: de cómo me quiere, que con nadie está igual que conmigo, que en mis brazos se le pasa todo. Eso es lo más bonito de esta experiencia y que no cambiaría por nada” (19-Z).*

El cuidado de los hijos se tipifica así como una asunción de responsabilidad también hacia sí misma, por su propio bienestar, según el axioma “si ellos están bien, yo también lo estoy”. A pesar de todo lo malo que ellas han vivido, esta lógica refuerza sus perspectivas futuras y justifica su nueva identidad que, según su punto de vista, les hace más maduras y más adultas que antes del embarazo.

## 4.2 Segunda narrativa

### *“La maternidad como consecuencia de pautas culturales o de problemas familiares”*

En este segundo planteamiento se interpreta la maternidad adolescente como la consecuencia de unos factores contextuales que influyen en las conductas afectivo-sexuales y reproductivas de nuestras entrevistadas. Es este el caso de cuatro chicas de etnia gitana, que asumen el embarazo temprano en el marco de unas pautas socio-culturales propias de su entorno, y de otras tres entrevistadas con notables desventajas sociales adscritas a sus familias de origen que, en cambio, lamentan la llegada del hijo como un problema irremediable.

En estos últimos tres 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”. Los estudios que han analizado casos similares de jóvenes explican que 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 (Llanes, 2012). Por otra parte, para las 4 protagonistas de etnia gitana que se reconocen en este planteamiento tener un hijo puede considerarse como 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 (Berga i Timoneda, 2005). Asimismo, 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 vital muy similar a las que recorrieron sus madres y las demás mujeres de su grupo social de referencia cuando tenían su edad.

*Tabla 7: Madres adolescentes por la influencia de los contextos en los que viven*

Código	Ficha personal
9-M	18 años, española de origen angoleño. Tuvo gemelos a los 16 años con un chico gambiano de 20 años, su primera pareja sexual. Vive en la Residencia Maternal Norte con los niños porque fue declarada en situación de riesgo de exclusión, con una familia ausente a sus espaldas, y acabó siendo tutelada por la Comunidad de Madrid. Ya no tiene relación con el padre de sus hijos porque él era violento y conducía una vida al borde de la ilegalidad, con pequeños robos y trapicheos varios. Ella decidió dejarlo poco tiempo después de que nacieran sus hijos. A pesar de su embarazo y con grandes dificultades decidió seguir estudiando para finalizar la ESO, ahora está buscando trabajo y tiene intención de continuar el Bachillerato.
12-M	22 años, española de origen ecuatoriano. Tuvo a su hijo a los 19 años con su novio español de 20 años. Este chico no fue su primera pareja sexual. Vive con su hijo, su pareja y su suegra. La relación con su familia es muy mala, por eso decidió dejar la casa de los progenitores y vivir con el padre de su hijo. Está cursando 3º del doble Grado de Filosofía y Derecho. Ha tenido empleos precarios y en la actualidad no trabaja.

15-M	21 años, española de etnia gitana. Se casó (por el rito gitano) y tuvo a su hija a los 18 años. Su marido también es gitano y ha sido su única pareja. Viven juntos con su hija y ahora está embarazada de nuevo. Abandonó la ESO a los 16 años y ha hecho un año de los Programas de Cualificación Profesional Inicial (PCPI). No trabaja, actualmente está recibiendo la Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid.
16-M	19 años, española de etnia gitana. Se casó, por el rito gitano, y tuvo a su hija a los 17 años con un chico gitano de 18 años. Éste ha sido su único novio. Vive con su hija, sus padres, su hermana y sus dos hermanos. Se separó del padre de su hija porque él cambió de actitud y se volvió apático e indiferente desde que ella estaba embarazada. Estudió hasta tercero de la ESO, decidió dejar el Instituto antes de casarse. Nunca ha trabajado. Actualmente está recibiendo la Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid.
17-M	19 años, española de etnia gitana. Se casó, por el rito gitano, a los 16 años con un chico gitano de 21 años y tuvo a su hija nada más empezar la relación con él. Su marido fue su primer novio y su primera pareja sexual. Vive con su hija en un piso ocupado ilegalmente pero pasa mucho tiempo en casa de su madre. Ha roto la relación con el padre de su hija pero espera retomarla en el futuro. No terminó la ESO porque no le gustaba estudiar y sus últimos estudios fueron un año de PCPI de peluquería pero no continuó porque se casó. Nunca ha trabajado. Actualmente está recibiendo la Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid.
26-Z	18 años, española. Tuvo a su hija a los 17 años, el padre de la niña es un chico rumano 3 años mayor que ella. Él no fue su primera pareja sexual. Vive en un piso de acogida junto con su hija, por problemas familiares y porque al estar embarazada no quería que le retiraran la custodia de su hija. La relación con su pareja terminó cuando ella acababa de cumplir 18 años. Estudió hasta 1º de la ESO y lo dejó antes de embarazarse. Empezó a trabajar con 12 años como niñera para poder ayudar a su madre con los gastos. Actualmente trabaja de camarera.
32-Z	18 años, española de etnia gitana. A los 17 se casó, por el rito gitano, obligada por su familia, con un chico gitano de 18 años con quien perdió la virginidad. Tuvo a su hijo después de ese primer encuentro sexual. La hermana, mayor de edad, se embarazó en el mismo periodo, pero esta entrevistada nos confirma que, de su parte, no hubo ninguna intención de emularla en esa circunstancia. Cuando el niño tenía 8 meses quedó embarazada otra vez pero abortó a causa de los golpes y los malos tratos que les causó su marido, de quien se ha separado. Ahora vive con su hijo en la Casa Cuna Ainkaren porque su ex marido amenazó a su familia. A día de hoy ha vuelto a retomar la relación con un antiguo novio. Ha finalizado la ESO y cuando se embarazó estudiaba el grado medio de estética pero no pudo continuar porque tenía que hacerse cargo del hogar. No ha trabajado nunca y dice que nunca ha enviado un currículum suyo a ningún lugar para buscar un empleo, pero quiere empezar a hacerlo pronto.

*Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas*

### 4.2.1 Unas premisas determinantes para llegar a ser madres

Las siete historias que se enmarcan en esta representación de la maternidad adolescente hacen referencia a dos tipos de experiencias previas al embarazo por parte de nuestras participantes: en primer lugar, cuando ellas provienen de entornos socio-familiares marginales y conflictivos; en segundo lugar, cuando las pautas culturales del grupo socio-familiar de pertenencia “normalizan” la precocidad de su transición a la vida adulta a través de la maternidad y de la unión formal con el padre de sus hijos. En ambos casos, antes de ser madres, estas entrevistadas mantienen una vida social muy limitada (pocos amigos y poco tiempo de ocio fuera del hogar) y formalizan la unión de pareja pronto con el primer novio con el cual mantienen una relación afectiva significativa, antes de cumplir la mayoría de edad. En el caso de las cuatro entrevistadas de etnia gitana, esos chicos pertenecen a su misma comunidad y con ellos pierden su virginidad. Como acto seguido al emparejamiento, todas interrumpen voluntariamente los estudios obligatorios, hacia los cuales nunca habían demostrado particular interés ni dedicación.

En el primer tipo de narrativas, los problemas en los hogares y en las relaciones con los padres crean desorden e inestabilidad en sus vidas y, según ellas, constituyen los verdaderos motivos que dan lugar a unas deserciones escolares frecuentes como también a unos comportamientos que ellas definen como “contraproducentes para su salud” y “desviantes”, como por ejemplo el consumo de sustancias y el abuso de alcohol. Con frecuencia las tensiones que se desatan en sus hogares alcanzan niveles tan elevados que ellas deciden escapar de casa solas. Las tres entrevistadas con este historial salen definitivamente de las casas de los progenitores por conflictos familiares, en dos casos una vive en una residencia maternal pública y otra en un piso de acogida. Todas declaran haber intentado recuperarse de la total indiferencia y de los maltratos sufridos a nivel intrafamiliar buscando consuelo con relaciones de pareja intensas, que a menudo han terminado por empeorar su situación inicial.

*“Estaba muy bien en el internado, no me gustaba estar en casa porque mi madre era alcohólica y lo pasaba fatal, así que prefería estar en el internado a estar con mi madre, lo pasaba bastante mal los fines de semana” (9-M).*

*“Era un poco promiscua, era un poco bisexual y hacía cosas raras. Una vez tomé un montón de pastillas con la finalidad de más o menos suicidarme, pero vomité por la noche, todo eso era más bien una llamada de atención a mi madre que pasaba de mí por sus problemas en casa... yo realmente no quería suicidarme, pensaba que iba acabar en el hospital y al final acabé vomitando en la noche” (12-M).*

*“No he estudiado nada después de 2º de la ESO, no lo terminé por problemas familiares. Mi madre era alcohólica y drogadicta y me dedicaba más a cuidar de mi madre. Con 12 años empecé a trabajar porque no teníamos para pagar la casa, ayudaba a mi madre y demás, entonces dejé los estudios de lado. Luego la trabajadora social me dijo que si quería entrar en un centro de menores y dije que sí, que ya no podía más. Me metieron*

*en el COA (Centro de Observación y Acogida) y después del COA me llevaron a un piso, allí recuperaré un poco la relación con mi padre” (26-Z).*

Ellas conocen al que será el padre de su hijo dentro de un ambiente problemático similar al suyo: los novios son de la misma extracción social (baja) que ellas y llevan a sus espaldas un historial personal caracterizado por la deserción escolar, la precariedad laboral y unas conductas de riesgos precoces ligadas al consumo de alcohol y drogas. Esta coincidencia afecta a las propias dinámicas del noviazgo, favoreciendo una primera e intensa sintonía entre los dos, pero con el tiempo su unión reproduce unas circunstancias negativas que revierten en su salud física y emocional, además que en su integridad social. La ilusión del “amor verdadero” y la inestabilidad estructural que marcan sus vidas acaban arrastrándolas en una espiral de creciente vulnerabilidad y marginalidad.

*“Y luego ya pues me fui con mi padre y conocí al padre de mi hija, me cegué completamente, cegada, y a los cuatro meses de estar con esta persona, me quedé embarazada. Me lo presentó mi madre. Mi madre iba a un sitio donde se ayudaba a las personas pobres, y allí pues le conocí al él que también estaba como voluntario, de todas maneras tenía a sus amigos allí... él no tenía dinero, él no tenía trabajo, él vivía en la calle, lo estaba pasando mal... y yo lo conocí allí, y lo vi y dije... no sé, un chico joven, un chico guapo en un sitio así... como que te sorprende... ¿sabes?” (26-Z).*

En el segundo tipo de experiencias, nos encontramos con jóvenes que están socializadas en unos valores y unas creencias que promueven la aceleración de las etapas vitales y según los cuales el embarazo precoz no es problema sino más bien un signo de pertenencia a la propia comunidad como mujer adulta. Es este el caso de las cuatro jóvenes gitanas que hemos entrevistado y que comparten la misma perspectiva para describir y valorar sus experiencias. Dejar de estudiar y emprender una vida en pareja estable antes de los 18 años es el comportamiento esperado por parte de estas chicas y de sus padres. La renuncia a continuar con la educación formal es el paso previo a la creación de su nueva familia con su pareja oficial. Estas jóvenes colaboran en las tareas del hogar desde la infancia, cuidando de los hermanos pequeños y de las labores domésticas, entonces afirman llevar tiempo preparándose para lo que pronto será el destino que desean: ser ama de casa, con marido e hijos.

*“A los 16 años dejé el colegio. Porque ya me veía mayor y decía ‘cuando tenga 16 ya no voy más al instituto’. Mi familia nada, les dije que no, que ya no quería seguir más ahí, y nada. Luego era estar en casa: fregar, ir a por mis hermanos al colegio y eso” (15-M).*

*“Los estudios los dejé antes de ser madre. Mucho antes, porque me pedí, los gitanos nos pedimos, nos casamos y ya si el marido no te deja que estudies pues no puedes seguir estudiando. Y mi marido me dijo que no siguiera estudiando” (16-M).*

*“Yo fui al colegio hasta el instituto, hasta los 16 que me salí a los cursillos esos que puedes hacer peluquería o seguir en el instituto. Yo me salí al cursillo, hasta que terminé lo de la ESO, hasta los dieciséis. Y, nada, en casa con mi madre, le ayudaba a cuidar de*

*los niños. Como ella se tenía que ir a trabajar y yo ya no estaba en el cole, pues atendía la casa, atendía a mis hermanos. Porque yo soy la mayor, y todos los demás ya son más chicos que yo, y así. Luego ya me casé, me quedé embarazada” (17-M).*

#### **4.2.2 El noviazgo según la tradición gitana**

La vida social de las entrevistadas de etnia gitana es inicialmente restringida a un pequeño círculo de amigas, porque relacionarse con chicos de su edad les conduce automáticamente a formalizar un vínculo duradero a través del matrimonio. Su transición del tiempo de diversión al emparejamiento oficial y con vista de futuro es entonces muy rápido porque así lo establece su entorno socio-cultural de pertenencia.

*“Tenía un montón de amigas, me iba todas las tardes, todo bien, hasta que me casé después de un periodo muy breve como novios. Fue rápido, como tenía que ser” (32-Z).*

*“Salía con mis amigas a pasear, a comprar ropa y poco más. Con chicos no, porque nosotras (las gitanas) no podemos salir así con los amigos ¿sabes? Porque a lo mejor si nos ven así por la calle con ellos hablan mal. No podemos hacer eso. Nosotros ya desde pequeñas eso lo sabemos, que no nos pueden ver en la calle así con chicos” (15-M).*

*“Me casé porque estuvimos una noche juntos sin hacer nada, porque encima no hicimos nada y a partir de esa noche pues ya no... o sea me casé porque en nuestras leyes y tradiciones, si estás con un chico mucho tiempo y pasa una noche contigo te tienes que casar, y me hicieron casarme con él, mi familia y la suya, las dos” (32-Z).*

Ellas nos cuentan que prácticamente no existe la etapa del noviazgo tal como se entiende comúnmente fuera de su cultura, es decir como una etapa de enamoramiento, experimentación y entendimiento recíproco en la relación de pareja, sin ningún compromiso de unión conyugal. Al contrario, en sus casos se trata de emparejamientos que se mantienen en el marco de las costumbres de su comunidad. Ambos jóvenes tienen pocas oportunidades de conocerse y de encontrarse. Hablan mucho por teléfono o se envían mensajes a través del móvil o de las redes sociales virtuales para comunicarse. La relación afectiva crece en intensidad a través de estos canales no presenciales, con la expectativa de llegar vírgenes a la boda, según los preceptos de la tradición gitana. Desde que encuentran al chico con el que se casarán hasta el día del matrimonio pasa muy poco tiempo.

*“Pues yo le conocí cuando tenía yo 13 años. Lo conocí, hablábamos por teléfono y eso, dejamos de hablar y al cabo de los cinco años, volví a hablar con él y tal. Y, nada, ya desde ahí estuve tres meses con él, me pedí y ya está. Y ya me casé” (15-M).*

*“Es familia mía, yo y mi pareja somos primos. Y eso, así lo conocí. Nos conocimos de mayores, porque de pequeños no nos conocimos, lo conocí de mayor, y pues nada, él me empezó a hablar por el WhatsApp, y ya está. Y yo no me pedí, yo me escapé” (17-M).*

*“Mi prima me dio un teléfono y me dijo que era un chico. Y nos llamamos, nos pusimos en contacto, estuvimos hablando por el WhatsApp y nos hicimos novios así. Como los gitanos tienen que pedirles la mano a los padres. Entonces vinieron, le pidieron la mano a mi padre, estuve pedida, y me casé. No tuve boda porque me casé antes” (16-M).*

Hay poca interacción entre ellos hasta que “se piden y se casan” por el rito gitano: una primera ceremonia en la que las familias reconocen públicamente la intención de los jóvenes de establecer una relación de pareja; y una segunda en la que se oficializa la unión. Durante ese último paso las familias de los novios y el futuro marido deberían cerciorarse de la virginidad de la adolescente a través de un ritual específico. Nuestras entrevistadas nos comentan que en algunas ocasiones estas dos ceremonias no se producen, como en sus casos, porque la pareja decide “escaparse” y después de pasar una noche juntos el lazo entre ellos queda sellado. Una vez que regresan, ya como “esposos”, tienen la obligación de empezar a vivir juntos o al menos de prepararse para independizarse pronto.

*“Pues yo no hice boda, ni nada. Solamente me pedí, o sea su familia vino a hablar con mi familia y después él me dijo que si nos escapábamos, y nos escapamos después de un mes, y nada, ahí nos acostamos, por eso no hice boda porque ya no era virgen, solo es que me casé, solo me casé así por la Ley Gitana” (15-M).*

Bajo esta lógica tradicional, para las familias gitanas el casamiento es siempre previo a un embarazo. Por eso, las parejas esperan a tener la aprobación de sus familias para iniciar su vida sexual y reproductiva, o según sea el caso, si hay un indicio de haber consumado ya su debut sexual, se procede inmediatamente al matrimonio.

*“No hice boda porque yo ya jugué con mi novio y no había marcha atrás. Yo me escapé con mi novio, a un hotel, y mis padres entonces ya sabían que me había casado. Y cuando volví me fui a la casa de mis suegros... y ya está. Luego mis padres me perdonaron, porque mi padre al principio estaba enfadado, no me quería ver ni nada, pero luego ya me vio y ya pues... normal, todo bien” (16-M).*

*“Eso de embarazarte antes de él sin ser su marido ni nada, no, no hacemos eso. Porque siempre se ha visto así, a lo mejor nosotros nos acostamos con una persona, ya esa persona tiene que ser nuestro marido, no puede ser nuestro novio ni nada de eso. Tiene que ser nuestro marido y ya para toda la vida. Nosotros ya lo pensamos así ¿sabes? Desde que somos pequeñas” (15-M).*

Una vez que se formaliza el vínculo entre los dos chicos, y también entre sus respectivas familias, el paso esperado a seguir es la paternidad porque la unión establecida a través del matrimonio debe culminar con la llegada de los hijos. Algunas de nuestras entrevistadas con estas historias afirman que no querían embarazarse justo después de la boda gitana; hubieran preferido posponer la llegada del hijo unos meses más tarde con respecto a la fecha efectiva de su parto, que de todas formas seguía siendo relativamente temprano para unas parejas compuestas por menores de 20 años como las suyas.

Estas entrevistadas nos cuentan que en ese mismo periodo no utilizaron ningún método anticonceptivo y contemplaban la posibilidad de quedar embarazadas. Sus prácticas sexuales iban dirigidas hacia la ampliación de la familia y la realización del rol de mujeres y de madres esperado en su comunidad. El embarazo ha sido entonces la consecuencia de una práctica de riesgo asumida intencionalmente, aunque hayamos relevado también un cierto mal uso y escaso conocimiento sobre unas cuestiones básicas de salud sexual y reproductiva por su parte.

*“No no usaba nada con mi pareja, porque no lo sabía. Yo sabía que sí, que había pastillas para no poderte quedar embarazada. Pero ya cuando yo me la quise tomar, ya estaba embarazada. No las llegué a utilizar, porque ya estaba embarazada” (15-M).*

*“Yo conocía el método del pinchazo, de esos que duran tres meses y los condones. Y ya está. Pero el embarazo fue sin querer. Fue un día pensando que no me iba a quedar. El pinchazo dura tres meses, y se me acabó. Y no pusimos nada, y pensaba que no me iba a quedar... y me quedé” (16-M).*

*“Estuve usando las pastillas para no quedarme embarazada, yo fui al médico y me mandaron unas pastillas. Lo decidí porque a lo primero pues es que nada más casarte no te vas a quedar embarazada. Yo por lo menos pienso así, ¿no? Porque a lo primero es muy bonito y, luego, mira lo que nos ha pasado (se separaron). Y eso, primero usaba anticonceptivo, estuve tomando unos seis meses la pastilla y luego ya decidí dejarla, pues porque queríamos un bebé” (17-M).*

### **4.2.3 Los riesgos de tener una pareja “en el centro de todo”**

Las otras tres chicas de este marco interpretativo, no gitanas y procedentes de situaciones familiares conflictivas, deciden voluntariamente convertir sus relaciones de pareja en el centro de sus vidas. No es la tradición ni la cultura, como en los casos anteriores, que fundamentan esta actitud, sino la declarada necesidad de encontrar el amor sincero para alejarse de unos progenitores que, según ellas, las descuidan emotiva y afectivamente: su deseo es que la pareja subsane el malestar que padecen en sus casas, proporcionándoles un plan de fuga.

Sus expectativas en este sentido son tan grandes y urgentes que, por la prisa y el entusiasmo, dan lugar a unos ligámenes muy intensos con sus novios, pero en el marco de una asimetría sustancial entre ellos considerando sus distintas voluntades de involucrarse sentimentalmente. Esos hombres (todavía jóvenes, pero ya mayores de edad) se comportan cínicamente con ellas, toman las riendas de la relación y se aprovechan de la plena confianza que estas adolescentes les tienen. Nuestras entrevistadas no se dan cuenta de los peligros que están corriendo perseverando en unas relaciones tan desiguales: la novedad del primer verdadero enamoramiento y la entrega completa a alguien que les pueda rescatar de unas situaciones familiares complicadas son unos factores que refuerzan su vulnerabilidad, porque sus parejas se hacen fuertes con la dependencia afectiva de estas chicas hacia ellos.

*“Yo ahí tenía 16 años y él tenía 20. La relación pues fue mala, pero para mí no era mala porque yo estaba ciega completamente. Yo por ese chico daba mi vida. De hecho mi padre es camionero y él por las noches se iba a trabajar y yo le abría la puerta (al novio) para que se quedara a dormir conmigo, porque él quería estar conmigo. Y yo pues cegada, cegada; mis días con él, mis noches con él, mis días con él, mis noches con él... no tenía vida aparte de él, no tenía... Cuando yo lo conocí, me gustaba tantísimo que me cegué, yo directamente lo dejé todo por estar solo y únicamente con él” (26-Z).*

*“Con mi novio era todo muy bien, muy bien la verdad, pero porque nunca había tenido una relación así, para mí era increíble. Yo estaba enamorada, vamos enamoradísima estaba, y era el único en mi vida, no quería a ninguno, a nadie más que a él. Empezamos a ser novios y estuvimos dos años más o menos, perdí la virginidad con él. Luego todo cambió, y la cosa empeoró...” (9-M).*

Esa necesidad de atención, afecto y apego hace que las jóvenes imaginen una vida en pareja idealizada, aunque empiecen a dudar de los beneficios de su relación y si será posible llevar a cabo los planes programados. Antes que pensar en ello, se dejan llevar por la fuerza de sus sentimientos: su entrega es total.

*“Yo no hacía nada más que estar con él, y él no trabajaba, se dedicaba al dinero fácil, ayudaba a un amigo a vender marihuana o la conseguía para otros, yo lo entendía porque en cierto modo yo también lo he hecho... o sea, a veces me jodía pues porque yo con él tenía una relación seria. O sea ya llevábamos tiempo, nos conocíamos; ya estábamos mirando algún plan de futuro como: ‘¿y si nos cogemos una casa para poder vivir juntos?’ o sea para mí era una relación seria” (26-Z).*

Ellas nos cuentan que mantenían relaciones sexuales sin protección. A sus parejas no les gustaba utilizar el condón porque, como les explicaban para persuadirlas, entorpecía en la satisfacción física durante la intimidad. Ellas no se oponían a su decisión o directamente no llegaron a considerarlo necesario; incluso pensaban que no eran capaces de embarazarse, aunque no tuvieran ninguna certeza médica que avalase su creencia.

*“Me quedé embarazada porque teníamos relaciones sin preservativo. Al principio él acababa fuera, pero después él acababa dentro y yo se lo permitía, yo lo quería y además pensaba que era muy difícil quedarme embarazada... había tenido varias infecciones y pensé que a lo mejor eso iba dificultar que me quedara embarazada, además como era un poco bulímica pensé que eso a lo mejor iba evitar que me quedara... pero nada de eso era cierto... y pues así quedé embarazada” (12-M).*

*“A los cuatro meses de empezar la relación con él me quedé embarazada, no lo buscamos, es que yo a veces le decía que se pusiera el condón pero decía que no quería; él decía que no y yo tampoco. Decía: ‘yo no me lo pongo’, entonces yo en cierto modo tampoco lo quería. Y eso y... lo hicimos” (26-Z).*

*“No conocía todos (los métodos anticonceptivos) pero el básico que es el preservativo, sí. Lo conocí por mi madre, mi madre me lo explicó varias veces. Pero con él no utilicé nada, no, pues la verdad es que ni lo pensamos, ni nos acordamos siquiera, ni siquiera estaba previsto, fue así de repente, y yo no iba preparada...” (9-M).*

En tales circunstancias, el embarazo no se planifica ni se desea, pero desde luego termina por ser inevitable.

#### **4.2.4 De la sospecha al hecho confirmado**

La sospecha del embarazo llega para todas nuestras entrevistadas (gitanas y no gitanas) y no es una sorpresa. Después de sus prácticas sexuales desprotegidas y cuando se enteran que la regla de repente no les llega según sus cálculos, estas chicas empiezan a tener el fuerte presentimiento de estar embarazadas. Enseguida buscan la forma de confirmarlo, ya sea a través de un test casero de embarazo o en el centro de salud, para compartir la noticia antes que nada con sus novios y prepararse ante el evento que podría aproximarse.

*“A ver, yo ya el primer mes que estaba con él, yo llevaba ya un mes, y yo ya sabía que no me bajaba la regla, y... y yo ya decía que era muy extraño y tal... esperé quince días más del otro mes y fue cuando ya me hice la prueba, ya estaba de dos meses” (15-M).*

*“Yo sospechaba que estaba embarazada porque no me bajaba la regla y porque tenía muchas náuseas. Porque primero se quedó mi hermana, y lo que le pasó a mi hermana a mí al otro mes me empezó a pasar, no podía dormir, no me bajaba la regla, y todo lo que comía me sentaba mal y me hice la prueba. Fui al médico directamente” (32-Z).*

Existe la sospecha del embarazo para todas, pero algunas de ellas por miedo a que esta preocupación se haga realidad no hacen nada y dejan pasar el tiempo, hasta que otras personas, de su entorno más cercano, se dan cuenta y les solicitan para que confirmen su estado de gestación.

*“Mis amigas me habían estado cubriendo, claro porque ya lo sospechábamos aunque yo nunca lo había confirmado... yo no me hacía la prueba porque no quería que fuese verdad, así que para que no fuera verdad mejor no me compro la prueba, y pues seguía creciendo la tripa y creciendo... pero un día una de las monjas del internado con una educadora me preguntaron ‘¿tú no has hecho nada este verano?’ y bueno les conté que había estado con el padre de las niñas (parió mellizas), y me llevaron a un baño, compraron un “predictor” y a los dos segundos aparecieron las dos rallas de que estaba embarazada” (9-M).*

Cuando la noticia del embarazo es confirmada, sus reacciones son diversas: desde la inmediata felicidad por traer al mundo una nueva vida, hasta la inquietud y el agobio de pensar que tal vez es demasiado pronto y no están lo suficientemente preparadas para desenvolverse bien en las tareas que precisa el rol materno.

*“En el centro de acogida me confirmaron que estaba embarazada, y yo en ese momento sentí alegría, dolor, tristeza... no sé, todo: nervios, enfado... Todo, todo, fue como una sensación de preocupación, de alegría, de todo en sí. Me quedé como en shock durante casi 20 minutos, fue lo que me dijeron, que me quedé 20 minutos sin decir nada, y luego dije ‘vale, vale’. Alegría porque iba a traer una vidita al mundo, y era mi vidita, algo que estaba creando yo. Y preocupación porque mi madre no ha sabido cuidarme y yo tenía miedo de derrumbarme como ella” (26-Z).*

*“Pues... no sé, estaba contenta de que estaba embarazada y que iba a tener un bebé, y eso. Pero yo no quería tan pronto, yo quería esperar un poquito más, pero ya me vino. Se lo comenté a él (su pareja) y no dijo nada, yo le decía que tan pronto que no quería, que quería esperar un par de meses. Y, nada, él no me dijo nada, pero yo ya estaba embarazada, ya cuando quería poner medios, ya estaba embarazada” (15-M).*

*“Cuando fuimos al hospital ya estaba de cinco meses y me dijeron que eran dos y casi me desmayo... no lo podía creer, ¿qué iba hacer yo con gemelos?” (9-M).*

Sus parejas están sorprendidas pero reaccionan de forma positiva, diciendo que van a hacerse cargo del hijo que va en camino. Manifiestan su apoyo a las chicas y se muestran ilusionados con su próxima paternidad. Sin embargo, en cuestión de días o semanas, algunos de ellos cambian de opinión vencidos por las dudas y las incertidumbres de lo que se viene encima. El desconcierto de las jóvenes gestantes, en estos casos, es muy fuerte, pero no les impide seguir adelante con el embarazo porque acaban desligando su maternidad de la relación de pareja por una cuestión de coherencia con sus acciones y de valentía personal.

*“Bueno primero, primero, me dijo que nos teníamos que casar y él estaba contento y le dije que no, que no me iba a casar con él, pero luego su padre le empezó a decir que a lo mejor no era suyo que tenía que pedir una prueba de paternidad que no sé qué, y él ya cambió radicalmente... pero yo por lo mío, yo ahora lo quería, ya que estaba, quería llegar hasta el final, yo sola” (9-M).*

La felicidad de la pareja, en el caso de los gitanos, se amplía a todos los parientes que celebran la consolidación de la alianza establecida entre las familias que están directamente interesadas por el parto.

*“Él, contento, el más feliz del mundo. Se enteró porque se lo estaba contando a mi madre. ‘Que te ha salido positivo. Voy a llamar a mi madre’. Es lo que querían todos, estaban todos contentos, y yo pues no, yo no estaba tan contenta como ellos, porque no quería tener un niño” (32-Z).*

Las familias gitanas viven la llegada del niño con alegría porque este acontecimiento tiene lugar dentro una relación de pareja oficial y es parte del desarrollo que se espera en los nuevos hogares. La edad de la joven madre no es un problema, al contrario, la maternidad temprana de esa chica es un acontecimiento que da continuidad a lo

que ya había sido experimentado en precedencia por otras mujeres adultas de la familia, como su madre y su abuela. Se confirma, pues, el papel reproductivo de las integrantes femeninas de esos hogares, en línea con el normal y esperado relevo generacional.

*“Contentos, todos contentos, estaban ilusionados porque solo se iban a llevar un mes los niños, el mío y el de mi hermana, se iban a llevar un mes (su hermana de 18 años también estaba embarazada). Estaban todos contentos, no me dijeron nada así de malo... mi hermano no tanto, el grande, y el pequeño tampoco, porque como era él el más pequeño de la casa sólo estaba él atendido” (32-Z).*

*“Los dos teníamos mucha ilusión, la verdad, deseando de que naciera y mucha ilusión y con mucha alegría, la verdad. Y mi madre pues loca de contenta porque es la primera nieta, porque como soy la mayor no tiene más nietos (...) Mi madre me tuvo pronto a mí, y yo iba a tener un hijo muy pronto también, o sea era así” (17-M).*

#### **4.2.5 Las reacciones negativas de los progenitores y la opción del aborto**

No todas las reacciones son positivas. En los casos de las no gitanas que comparten con ellas la percepción de la maternidad como consecuencia de su situación de partida, preocupa principalmente la juventud de la futura madre, su falta de preparación asociada a la edad y la eventualidad de ver truncado su desarrollo integral hacia la adultez.

*“Mi madre me dijo: ‘pues tú sabrás dónde lo has cogido, no te voy a ayudar, no sé qué’. Y mi padre se enfadó muchísimo conmigo, enfadadísimo, enfadadísimo porque además no le parecía normal y obviamente para él había tenido una hija en España para que su hija tuviera un futuro y según él si tenía hijos no iba a tener futuro” (9-M).*

La solución es el aborto voluntario. En el caso de las gitanas, esta opción no es aceptable y tampoco deseable, aunque tengan dudas y miedos “por lo que se les echa encima”.

*“Luego decidí tenerlo... es que lo de abortar era para mi madre muy mal, mi madre me decía que no, que no, que no quería que lo tirara. No quería. Y mi pareja me dijo que no, que no lo abortara que era su hijo y que si lo abortaba me iban a matar a mí también. No me apoyó nadie. Todas mis amigas eran gitanas y todas me decían que no lo hiciera por él, que si tenía que tener a mi hijo que luchara yo sola por mi hijo. Y todo el mundo me decía lo mismo” (32-Z).*

Las familias de las otras tres entrevistadas de esta narrativa contemplan la IVE como una alternativa obligada para evitar que las consecuencias de una conducta de riesgo se transformen en unos problemas de mayor calado. En particular sus progenitores, abortos por el imprevisto que acaba de ocurrir, no pierden ocasión para reprocharles su falta de atención y su fuerte desacuerdo por las relaciones de pareja que han

estado manteniendo e intentan convencerlas de interrumpir su embarazo a través de amenazas y chantajes emocionales. Tales comportamientos se pueden encuadrar dentro de unas dinámicas muy comunes en los conflictos entre progenitores e hijos adolescentes: "Las discrepancias son más significativas cuando los hijos perciben problemas que los padres no ven (fundamentalmente problemas externos a la familia: sexo, drogas, amigos...) o cuando los padres señalan problemas que los hijos no aprecian como tales (principalmente problemas internos y relativos a la organización de lo familiar y lo doméstico)" (Megías et al., 2002: 54).

*"Ella (su madrastra) se lo cuenta a mi padre. Y mi padre se enfada mucho, me dice que me vaya de casa, que no me soporta más, que no me aguanta más con el rumano ese... al final esa noche acaba pegándome. Mi padre me dijo que o abortaba o me iba de casa, o que dejara al rumano o me iba de casa" (26-Z).*

*"Al contárselo a mi madre le sentó fatal, y casi me estaba obligando a que abortara... por mi bien, decía... Y yo no le hice caso" (12-M).*

*"Cuando ya me dijeron que estaba embarazada, pues ya se lo dije a mi madre y a mis suegros. Mis padres lo llevaron muy mal porque decían que era muy joven, que dónde iba con una tripa, con una hija, que no tenía para mantenerla... Pero nunca pensé en abortar, nosotros no hacemos eso" (16-M).*

Este embarazo es entonces una ocasión ulterior para exacerbar las tensiones paterno-filiales. A raíz de ello, nuestras entrevistadas se endurecen en sus posiciones hasta que los progenitores logran unos resultados contrarios a los que se habían fijado con sus amenazas: sus hijas deciden finalmente no renunciar a la criatura que están gestando.

Al margen de las presiones familiares, en un instante de desasosiego, ellas consideran la opción de recurrir a una IVE porque están agobiadas y no se ven capaces de asumir la maternidad que llega, ya sea en solitario o en pareja. Su falta de tranquilidad depende también de la insistencia de los progenitores, que se vuelve muy invasiva. Declaran haberse sentido tan abrumadas en la decisión que tienen que tomar que terminaron por continuar con el embarazo, aún cuando no percibían ningún tipo de ayuda de parte de sus progenitores.

*"El aborto lo pensé pero no quería, no quería porque era una cosa que era mía, era una cosa que yo la sentía, que yo la tenía ahí dentro. No sé, me parecía mal, ¿sabes?. En el centro (de menores) era como que todo el rato me estaban diciendo que abortara, que un hijo era una responsabilidad muy grande, que si realmente estaba segura de lo que quería hacer. Entonces me agobiaban bastante, me obligaron a ir al médico a por los papeles del aborto... me sentía presionada, pero yo me mantuve en mi decisión porque él (su pareja) estaba conmigo, él hablaba sobre un niño nuestro, el día de mañana en nuestra casa. El saber que tenía... no sé, que es que era mi cosita, ¿sabes?" (26-Z).*

*“Pues teníamos que decidir si lo teníamos, pero bueno, al principio ni siquiera nos planteamos tener al bebé, era de abortar directamente. Luego yo me lo empecé a plantear (tener al hijo) y él (su pareja) respetaba mi decisión pero se decantaba por el aborto. Pero un día hablando con una profesora me dijo que no abortara que tuviera al bebé y me convenció. Yo también tenía mis dudas, pero ella hizo que dejara de tenerlas y que quisiera tenerlo” (12-M).*

*“Mi amiga y yo ya sospechábamos que estaba embarazada, y no se lo quería decir a nadie, y de hecho yo intenté abortar por mi cuenta, claro mal, fatal, porque yo me sentaba y decía me voy a tirar por las escaleras o algo porque como se enteren mis padres me van a matar no se qué... y luego no podía... era incapaz” (9-M).*

#### **4.2.6 La ilusión del embarazo y una maternidad que cobra sentido**

Los meses del embarazo pasan con cierta serenidad mientras asisten a sus cambios corporales según avanza el desarrollo de la criatura que llevan consigo. La gran emotividad que les acompaña en este periodo alimenta una ilusión creciente por lo que les espera: es una experiencia íntima, y para ellas inédita, que compartan a veces con sus parejas pero que les asombra positivamente, independientemente de las molestias físicas que deben soportar.

*“Cuando me iba creciendo la tripa pues no sé, me sentía feliz y... sentía que una persona estaba dentro de mí y eso, que ¿cómo podía ser eso?” (15-M)*

*“Mi embarazo magnífico, genial, encantador. Estaba contenta. Pude dormir todas las noches, bueno, a veces no porque hacía calor. Me hacía gracia que por la noche tenía una fiesta ella sola dentro de mi tripa, sólo era por las noches, se me salía la tripa, parecía que se iba a salir de ahí dentro. Además durante todo mi embarazo, en el centro de menores, yo lo veía todos los días (a su pareja), estaba con él, tenía permisos para salir a comer... Estaba con él todos los días, a todas las horas” (26-Z).*

*“El embarazo me sentó mal. A partir de los cinco meses antes de nacer me daban contracciones iba al hospital y me dijo el médico que como naciera se moría... Pues entonces, tener ese apoyo ha sido muy grande, ¿me entiendes? Estar ahí mi pareja, porque el bebé, lo estás esperando con tanta ilusión y que te digan eso pues...” (17-M).*

Por otra parte, durante el periodo de gestación se hacen patentes las malas relaciones con sus progenitores. En dos casos buscan apoyo lejos de sus casas, por ejemplo en la familia de su novio.

*“Mi madre no quería hacerse cargo del bebé, no es que tenga mucho dinero y dijo que bajo ningún concepto se haría cargo del bebé. Yo eso me lo tomé muy mal, encima me trata muy mal cuando estaba embarazada, lo pasé fatal en el embarazo, es algo en lo que esperas que tu madre te apoye siempre, toda tu vida... es un tema difícil, mi madre decidió no ayudarme, ni moralmente ni económicamente, ni nada y aún sigue igual, a*

*veces queda conmigo pero poca cosa. La relación siempre ha sido muy mala. Por eso me fui a casa de mi novio, desde los 9 meses de embarazo hasta ahora” (12-M).*

El alumbramiento se vive con alegría porque es la culminación de esos nueve meses de espera. Su felicidad se mezcla con el miedo y el dolor de esas largas horas cuando dan a luz. Son sensaciones parecidas a las que experimentan también las demás entrevistadas hablando de su parto, pero aquí ellas dan fe de que el apego al recién nacido se crea desde su primer momento de vida.

*“Yo sentí mucho miedo porque tuve a la niña con ocho meses, no llegó a los nueve. Me hicieron cesárea, porque se me asfixiaba la niña, me la tenían que sacar sí o sí. Pero cuando la vi me eché a llorar y todo porque sentí que... no sé, sentí que había nacido ya mi hija, ¿sabes? Y que ya era mía, que estaba ahí en el mundo” (15-M)*

*“El parto fue muy bonito, fue corto, duró seis horas. Sentí mucha alegría. Mi vida cambió en un momento, yo solo la veía a ella, pensaba en ella, en ese momento no pensaba en él (su novio) solo pensaba en mi hija. Me aferré a mi hija y ya está.” (16-M).*

*“La verdad bien, fue un parto maravilloso, porque no sentía el dolor de las contracciones, ¿me entiendes? Hasta las últimas contracciones que fue media hora de que sentí los dolores y que empecé a empujar y la tuve. Un parto la verdad muy bien. Y nada más sacarla me la pusieron en el pecho y pues... uff, no sabes tú ni lo que sientes, yo creo que ya vas teniendo idea y dices, es que es mi hija. Yo muy contenta” (17-M).*

Afirman que el parto representa el evento más trascendental en sus vidas, aunque no lo hayan planificado en tiempos mejores o hayan tenido la fugaz idea de interrumpir el embarazo. Según sus testimonios, las dificultades por las cuales han pasado dejan de ser importantes cuando tienen en brazos a sus hijos. Deciden centrarse en ellos con total abnegación.

*“La experiencia del parto, es que no sabía muy bien qué hacer, pero cuando salió la escuché llorar y me puse a llorar. Me la sacaron y me la pusieron aquí encima de la tripa y yo era como ¡mi bebé! Mi bebé, mi niña, mi... es mío, ¿sabes? Y cuando la tocaban decía ‘¡Ten cuidado! ¡Uy! ¡Ten cuidado, que es mía!’. Era como que no la podía tocar nadie. Era mía y no era de nadie más; se acabó todo, era mi niña” (26-Z).*

*“Como estaba tan cansada y todo (después del parto), me quedé así mirándolo y lloré porque me vino el recuerdo de que lo quería abortar y luego lo tenía en los brazos, pues lloré y su padre también de emoción, porque dijo: ‘Mira lo queríamos abortar y ahora está aquí’. Pero luego ya, todo para mí” (32-Z).*

Cuando regresan del hospital emprenden un proceso que ellas mismas definen como “lento y complicado” para aprender a cuidar de su hijo adecuadamente. Su madre o, en su lugar, la madre de su pareja, es la figura de referencia para saber lo más importante relacionado con el recién nacido y el puerperio. En algunas ocasiones intentan compartir

el cuidado del bebé con sus parejas pero las principales responsables del niño son y serán ellas para siempre. Las jóvenes gitanas insertan con más soltura las funciones de la crianza en su cotidianidad, compaginándolas con los compromisos diarios que ya mantenían como amas de casa.

*“Yo le daba de comer, yo la cambiaba, yo digamos que todo... Estuve dos días nada más en mi casa con mi madre, sí, porque él ya quería que estuviera con él y quería estar con la niña y que yo no dejara de cuidar también de la casa” (15-M).*

*“Los primeros días en casa de mis padres. Luego ya me fui a mi casa. Y hacía pues una vida normal: yo me levantaba, la atendía a ella, la cambiaba el pañal, cada hora que le tocaba la daba el pecho, la acostaba, fregaba la casa, limpiaba, hacía la comida... Igual que antes, mi vida normal” (17-M).*

Más difícil lo tienen las entrevistadas que intentan conciliar sus estudios con la maternidad y con la convivencia en pareja, que en dos casos se inicia desde cuando regresan del hospital. Con el inicio de esta nueva experiencia, y sin el amparo de sus familias, reconocen tener poca paciencia con la crianza y agobiarse pronto por las renunciaciones que el nuevo rol les impone.

*“Con mi pareja al principio fue un poco duro, porque tener al bebé, ir a una casa nueva y estar con mi pareja que nunca había convivido con él... No podía casi dormir y luego estaba la universidad, que me apunté a todas las asignaturas, yo pensé que iba a poder con todo, no sabía lo que implicaba tener un bebé” (12-M).*

Las entrevistadas que residen en un centro de acogida para menores viven el inicio de la maternidad como una experiencia custodiada por la administración pública, es decir como una novedad que enseguida está estructurada rígidamente por unos horarios y compromisos fijos. Ellas son las que más se sienten estigmatizadas por ser consideradas “niñas que tienen niños” y cohibidas en sus comportamientos y decisiones porque saben que, juntas con sus bebés, están bajo la tutela de una institución gubernamental. Desde su punto de vista, esta situación tiene efectos negativos en su estado de ánimo porque de alguna manera se desatienden todas las expectativas de llevar libremente su maternidad y disfrutar ellas solas de su intimidad con el hijo. El entusiasmo inicial se transforma en un desánimo que acaba afectando a su adaptación al rol materno y a sus planes de emancipación: pues, entienden que encargarse de un niño significa dar el salto hacia la madurez, actuar como una persona adulta y sentar las bases para un proyecto familiar propio, pero la realidad de esos centros donde residen quiebran tales expectativas nada más volver del hospital.

*“Al salir del hospital y regresar al centro de menores lo pasé muy mal porque allí (en el hospital) dormía con él (su pareja), lo tenía a mi lado, si la niña se despertaba él se levantaba y no hacía falta que me levantara yo si yo estaba muy cansada o tal... Y cuando yo llegué al piso era como, de estar con él tres días seguidos, con él a mi lado, comiendo con él, cenando con él, durmiendo con él a de repente llegar al piso y estar tú sola con una carta*

*de Menores encima de la cama diciéndote que tu hija no es tuya, que tu hija es de menores. Pues pillé como una pequeña depresión cuando llegué al piso, porque en el hospital lo veía todo bonito, ¿sabes? En la carta me decían que mi hija no era mía, que no estaba tutelada por mí, que estaba tutelada por ellos, que yo no tenía ninguna decisión sobre mi hija. Y eso, claro, en el hospital lo veías todo bonito, veías cómo podría llegar a ser una vida en familia con tu pareja y con tu hija, estando en tu casa, durmiendo con ellos, y de repente salir de ahí para llegar a un piso en el que vas a estar controlada por personas a todas horas, que van a estar apuntando todo lo que haces a todas horas y que de repente me tenía que separar de él. Luego empezaron a no dejarme salir porque la niña era muy pequeña y demás, y no me dejaban salir con la niña; me dejaban salir una hora y media al día con ella, entonces yo sólo veía una hora y media al día a mi pareja y solo en ese tiempo éramos familia” (26-Z).*

La maternidad temprana para estas jóvenes se vive como parte de su desarrollo vital, aun cuando no la han deseado y/o no la han planificado. Cuando hay una situación familiar conflictiva, los hijos se convierten en esa “propiedad” a partir de la cual ellas consiguen tomar fuerza y entusiasmo para sentirse y actuar como si tuvieran energías renovadas. Tener hijos se revela inesperadamente como una oportunidad para ser reconocidas socialmente por las responsabilidades que han empezado a desempeñar.

El embarazo que antes ellas describían como una consecuencia negativa de su contexto de procedencia tan desestructurado llega así a resolverse en algo regenerador y positivamente significativo, en la asunción de un rol claro e inequívoco alrededor del cual construir su identidad y gracias al cual poder dotar de sentido y normalidad sus existencias.

*“Mi madre me hablaba, me decía que un niño no era nada malo, que era una alegría, que todo iba a cambiar. Y en verdad sigue siendo la alegría, es mi vida. Gracias a él he superado muchas cosas yo, o sea, gracias a mi hijo he superado muchas cosas, le he dado sentido a mi vida” (32-Z).*

*“Yo por una parte no quería tenerlo porque no sabía ni cómo lo iba a cuidar, pero por otra, sí quería porque no quería seguir viviendo con mi madre o con mi padre. Así de un lado para otro, sabía que me iban a cambiar la vida totalmente, tampoco sabía que iba a estar en una residencia, que da igual pero no sé... era una forma de salir de eso porque lo pasaba fatal (...) como madre fue distinto, me sentía otra persona, mejor” (9-M).*

*“En el centro de menores y con eso que mi hija está tutelada por otro (Menores) me siento que no puedo ser una madre normal como cualquier otra persona; estar en tu casa con tu niña, que si tú tienes que hacer algo con tu niña lo haces, no tienes que estar pidiendo permisos a todas horas para poder salir con tu hija, para poder dejarle a tu hija a unos primos tuyos que no la han visto desde hace un montón de tiempo. No puedes hacer lo que tú quieres con tu hija” (26-Z).*

Una vez que dan a luz y que empiezan a desenvolverse como madres, algunas de estas entrevistadas asumen posiciones intransigentes hacia aquellos prejuicios que las etiquetan

como incapaces frente al desempeño adecuado de la crianza infantil solo por el hecho de ser unas adolescentes. Su posición en contra de este discurso es firme: en su opinión, lo que determina un comportamiento correcto como madre es la voluntad de hacer siempre lo mejor para su hijo, quererlo, cuidarlo y disfrutarlo lo más posible, como haría cualquier otra madre, sea de la edad que sea. A través de este planteamiento quieren rescatar el valor de lo que están viviendo y reclaman que se les respete por lo que son y por los sacrificios que están haciendo.

*“Es lo mismo, antes que después es la misma sensación, lo mismo tienes que hacer ahora de madre joven que después. Ahora, que seas más pequeña y estés estudiando y te gusten más otras cosas pues también, es lo mismo, va a ser la misma experiencia pero más mayor, que más te da, pequeña que grande es lo mismo” (32-Z).*

*“La ventaja de ser madre a esta edad es que disfruto más de mi hija, por ser más joven disfruto más de ella. Puedo hacer más cosas con ella. No como las payas que tenéis los hijos a los 40 años, no disfrutáis de ellos nada. Es verdad, no los podéis ver grandes. No podéis disfrutar igual que una niña joven. Pero la desventaja es que te quita de disfrutar más de la vida, conocer mundo” (16-M).*

*“Mi familia es como ‘¡ay ten cuidado, no lo hagas así, no lo hagas así!’ Yo soy madre, y a estas edades la gente está como muy ‘es joven y no sabe hacer nada’, ¿sabes? Y me gustaría que si esto (su testimonio) algún día llega a alguien, que sepan que una mujer con 14 años, ha sido mejor madre que una mujer con 30, que es mi hermana mayor, y una mujer con 14 años la he visto hacer cosas que mi hermana con 30 no sabe hacer. Con 14, ¿eh? Que ya no te estoy diciendo con 18 o con 16, con 14, que eres una niña, que solo eres una cría. Me gustaría, pues eso, que la gente viera que ser joven no quiere decir nada, que puedes ser madre y una de las mejores de hecho” (26-Z).*

### **4.3 Tercera narrativa**

*“La maternidad como efecto indeseado de una relación de pareja violenta”*

Una variante de la perspectiva anterior es la que representan la maternidad adolescente como consecuencia de una situación de abuso y violencia de género, como relatan cuatro de nuestras entrevistadas. Las adolescentes y las jóvenes 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 (Díaz-Aguado, 2005; Yago y Tomás, 2015a).

Todas nuestras participantes que han sufrido este tipo de relación nos cuentan 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 con antelación 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.

*Tabla 8: Madres adolescentes a causa de la violencia sufrida en la relación de pareja*

Código	Ficha personal
2-M	20 años, española. Tuvo a su hija a los 18 años, cuando su pareja, también español, tenía 25 años. No ha sido su primera pareja sexual. Ahora vive con su hija, su hermano mayor y su madre. La relación con el padre de su hija es muy mala porque durante su noviazgo hubo frecuentes malos tratos por parte de él. A día de hoy están compartiendo custodia de la niña. En opinión de la entrevistada él está utilizando a la hija para hacerle daño pero no puede probarlo más que con su testimonio. Tiene el título de la ESO, no continuó con sus estudios cuando se embarazó. Lleva un mes trabajando en una discoteca, sin contrato.
10-M	22 años, española. Tuvo a su primer hijo a los 18 años, con su primer novio, y un segundo a los 20 años. Entre estos dos alumbramientos se ha practicado dos IVE. Vive con sus dos hijos y su pareja actual, el padre de su segundo hijo. Con el padre de su primer hijo, español y cinco años más mayor que ella cuando dio a luz, ya no tiene relación, le ha denunciado por violencia y consiguió que tuviera una orden de alejamiento. Esa historia la ha marcado profundamente y se apoya mucho en su segunda pareja para llevar adelante la crianza de los hijos. Con los progenitores tiene muy poca relación. Dejó los estudios por su embarazo, solamente ha hecho 2º de la ESO. Ha realizado varios trabajos puntuales de cuidados y como empleada de hogar. Actualmente está en paro.
27-Z	23 años, española de origen guineano. Tuvo a su primera hija a los 16 años con un chico español de 20 años, con quien perdió la virginidad. Las dos niñas, de 5 y 6 años, las tuvo de él. Ahora vive en un piso de alquiler con sus hijas y con su nueva pareja, que es el padre legal de las niñas. El padre biológico está en la cárcel por una denuncia por violencia de género que ella misma interpuso cuando llegó la segunda hija. Dejó el Instituto por el embarazo, pero luego lo ha retomado y ha logrado finalizar la ESO. Ha estado trabajando de forma esporádica y precaria. Actualmente no trabaja.
30-Z	29 años, española. Tuvo a su primer hijo a los 19 años con su primer novio y primera pareja sexual, un chico de etnia gitana y de 21 años en ese momento. Tiene dos hijos de 10 y 2 años. A los 17 años se practicó una IVE. Se separó de su primera pareja por las reiteradas violencias que le procuraba en casa. Ahora vive con sus hijos y su nueva pareja, el padre de su segunda hija. Dejó de estudiar a principios de 3º de la ESO, cuando se embarazó por primera vez. Trabajó durante siete años de operadora en una tienda de ordenadores pero con la crisis económica, y después de un ERE, la despidieron. Actualmente está buscando trabajo.

*Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas*

### 4.3.1 La ceguera del amor ante la violencia

Los relatos de estas entrevistadas empiezan con una amplia descripción de sus vidas como adolescentes, antes del embarazo, centradas en sus relaciones de pareja, con pocas amistades y una convivencia con los progenitores caracterizada por la incomunicación y las incomprensiones recíprocas. Los contrastes familiares tienen que ver principalmente con la censura categórica que ellos expresan con respecto a sus relaciones sentimentales.

Estas chicas reconocen no haber tenido nunca una gran autoestima pero su disposición personal y su humor cambian enseguida por los lazos afectivos que establecen con sus primeros novios. Los beneficios emocionales se tornan pronto en pesadillas: estos chicos se convierten en sus asiduos controladores, les apostillan por todo lo que hacen y dejan de hacer, por los vínculos familiares y de amistad que mantienen y se vuelven cada vez más intrusivos en las decisiones que cambian el rumbo de su cotidianidad. En todas estas historias la violencia se manifiesta en forma psicológica, desde su principio, y no tarda en volverse también física, aumentando de intensidad progresiva e inesperadamente. A nuestras protagonistas les cuesta mucho reconocer que no son correspondidas en sus sentimientos, por eso no consiguen poner fin a sus relaciones de pareja y callan sus sufrimientos ante las personas cercanas y las amistades.

*“Estaba muy tonta con él, sentía yo más por él que él por mí. Y me lo ha hecho pasar muy mal, la verdad. Yo he llegado a pegarme con él, por nada me insultaba, me revisaba el móvil, me elegía la ropa al vestir (...) Y encima me ponía yo en contra de mis padres. Les decía que no, no aceptaba que hablaran mal de él. Además él, el padre de mi hija, me decía: ‘¿Quién te va a querer como yo?’, me hacía sentir inferior. ¿Quién te va a querer embarazada si no estás conmigo?’. Pero nada, yo no abría los ojos, estaba súper ciega, enamoradísima de él” (2-M).*

*“Estuve con él como cinco años, bueno, fue mi primer novio. Entonces pues al principio todo muy bien, pero luego pues como que empezó a hacer un poco en plan machista, me empujaba y con golpes también, incluso estando embarazada (...) Un día me pegó en la calle y con el cable, con el teléfono de una cabina. ¿Qué pasa? Que yo en esa época no sé que me pasaba pero yo le veía, aunque él me hiciera eso, como un Dios. Para mí era todo. Yo seguía detrás de él, he dejado incluso a mi familia de lado por él, nos ha robado... o sea, de todo” (10-M).*

*“Yo era virgen ¿vale? Entonces ya después de estar juntos, ya él quería estar conmigo, yo también quería estar con él. Yo me enamoré muchísimo de él, él no tanto... es que estuvimos juntos y separados, es que no se si te puedo explicar. A veces estaba conmigo, otras veces a la semana igual me dejaba, luego volvía, me dejaba, volvía, así constantemente durante tres años. Yo en cambio estaba con una venda en los ojos. Yo disponible siempre para él. Yo sí que estaba enamorada de él, o bueno, ahora mismo no sé si era... es que estaba cegada... además me maltrataba psicológicamente, me hacía sentir fea entonces, claro, yo pensaba que era la única persona con la que iba a*

*estar, me hacía sentirme así, como que él era la única persona con la que iba a estar, y que me iba a querer y que me iba a aceptar. Pero, claro, luego me pegaba, y eso me hacía mucho daño, o sea me hundía la vida, pero luego él venía pidiéndome perdón, diciendo que me quería, y claro, yo otra vez volvía a caer, y así constantemente” (27-Z).*

El control que esos hombres ejercen sobre estas chicas se traduce en una serie de restricciones que poco a poco las van aislando de su entorno social, sujetándolas a unas relaciones tóxicas y asfixiantes. Las restricciones abarcan diversos ámbitos: desde la forma de vestir hasta las personas con quienes relacionarse en la escuela o en el barrio, desde el número de amistades que pueden tener hasta incluso el tipo de ocio y de consumo que deben compartir con él.

*“Cuando yo me dejaba con él, que era la única vez que podía ver a mis amigas, porque estando con él no podía irme con ellas, mis amigas me lo decían. Que no estuviera con él, que no siguiera con él, que no tenía vida, que mi vida era para él y ya está. Amigos no tenía porque no me dejaba él, por lo tanto amigos no tenía. Las amigas sí” (2-M).*

*“Tenía un grupo de amigas, mujeres. Salía a veces, de vez en cuando, pero no es salir de ‘salir de fiesta’, sino salir ‘Venga vamos a la calle a dar un paseo’, por ejemplo los fines de semana. Salir de fiesta es para mí la discoteca, emborracharte... pero yo no lo hacía. Ya cuando conocí a esta persona ya... todo cambió” (27-Z).*

*“Mi pareja era celoso compulsivo, mentiroso, no sé. Todos los calificativos malos que se me ocurren pues realmente él era eso. Tuve que dejar a mis amigas de lado, no podía vestirme según qué formas, tenía que agachar la cabeza si me encontraba con alguien conocido, si era chico, o sea si era algún amigo o lo que sea, tenía que agachar la cabeza, porque si saludaba a alguien ya tenía el pollo montado. Una relación enfermiza, vamos” (30-Z).*

### **4.3.2 ¿El machismo no cabe en un preservativo?**

La sexualidad se construye de diferentes modos en chicas y chicos porque los estereotipos se mantienen con mayor o menor intensidad. La literatura revisada sobre este tema evidencia que los estereotipos más generalizados atribuyen a los varones un deseo sexual incontrolado, con una modalidad de la relación centrada en el acto sexual y no necesariamente asociada al amor; por eso se espera que ellos tengan la iniciativa, sean atrevidos y manifiesten comportamientos más arriesgados. Por su parte, las chicas anteponen los sentimientos al impulso sexual, quieren ser atractivas para ser deseadas y tienen una actitud más prudente y de espera con respecto al primer paso hacia ellas por parte del hombre (Stern, 1997).

Estas diferencias afectan a la manera en que los y las adolescentes establecen sus relaciones afectivo-sexuales (Megías et al., 2005). Los roles de género tradicionales y conservadores fomentan un abuso constante, no siempre explícito, que el chico

perpetúa hacia su pareja tratándola como un mero instrumento para su placer y para la afirmación de su masculinidad, en términos simbólicos y sociales (Herrera, 2016). En esta dinámica entra en juego el concepto de "confianza" que la chica debería demostrar hacia su compañero como acto de sumisión o de entrega. En los casos que aquí nos ocupan, para nuestras entrevistadas no utilizar el preservativo es una demostración de confianza plena en sus novios y una prueba de amor, incluso cuando ellas son conscientes de los riesgos que supone esta práctica (ITS y embarazos no deseados). Sus parejas las convencen para que continúen la relación en esos términos, o directamente las obligan sin dejarles ninguna opción de réplica, para luego ignorarlas y dejarlas con el cargo de todas las consecuencias que pudieran surgir, y que efectivamente surgen.

*"Conocíamos los medios para no quedarme embarazada, pero aún así nos daba igual. No poníamos medios, ninguno. Además, él era muy machote y me decía: 'Si llega un hijo ha llegado, tiramos pa'lante'. Al final tiré 'pa'lante' solo yo. Yo en ese momento pensaba: 'pues si tengo un hijo con él, lo tengo'. Entonces me daba un poco igual todo. Al principio de la relación, porque desde que le conozco no poníamos medio alguno, sí me sentía un poco mal. Me decía: 'Si yo no conozco a este chico para hacerlo así', pero luego ya me daba igual, como si hubieran venido trillizos, me daba igual, igual" (2-M).*

*"Yo no me protegía con él. Sí sabía de los métodos anticonceptivos porque alguna vez en el colegio nos habían hablado, nos explicaron. Sí sabía de lo que hay y lo hablé con él, pero él nunca se lo quería poner. Yo sabía que existía el preservativo, sabía que posiblemente me podía quedar embarazada, pero aún así él me convencía, lo hacíamos sin condón y así tres años. Y la verdad es que tardé, tardé en quedarme... A ver, la verdad es que a esta persona la conocí cuando tenía 15 años, entonces empezamos a salir con 15 años y hasta que pasó casi un año no me quedé embarazada. O sea, que ya me costó y eso que practicábamos el sexo bastante, casi al año me quedé embarazada. Lo practicábamos prácticamente cada dos veces al día o así" (27-Z).*

### **4.3.3 Una mala sorpresa, más o menos anunciada**

El embarazo es una sorpresa muy mala para estas chicas. A pesar de las prácticas sexuales desprotegidas que llevaban conduciendo desde hace un tiempo, ellas se muestran asombradas y no pueden creer lo que les está pasando. En sus relatos describen el embarazo como algo que estaba fuera de sus pensamientos: esa incredulidad les hace recordar todas aquellas personas que hasta entonces les habían estado advirtiendo sobre los riesgos que estaban corriendo, pero inútilmente.

*"Nunca lo pensé, la verdad es que nunca lo pensé. No me lo imaginaba ni en mi caso ni en otro, a esa edad tampoco tenía compañeras que habían tenido hijos. Nunca lo pensé, pero tampoco sé por qué nunca lo pensé si practicaba el sexo, pero claro, como no me quedaba embarazada digo 'pues bueno, no me quedará nunca embarazada' y pues no, al final llega. Mi madre me veía vomitar, y le decía 'No mamá,*

*que es el virus del estómago' y yo me tomaba una botella de Aquarius, porque me dijeron que se quitaban así las molestias del estómago, y al mes me dijo mi madre que no era normal, y ya hicimos la prueba y dio positivo. Yo no había caído, yo no creía, o sea de verdad, yo pensaba que tenía un virus o algo en el estómago" (27-Z).*

Ellas expresan miedo e incertidumbre ante la inesperada noticia. En su opinión, esta preocupación depende sobre todo de su convicción de que la maternidad quiebra la vida de una adolescente y por tanto no les será posible continuar con ninguno de los planes a futuro que se habían planteado. A estos sentimientos se suma la sensación de soledad y la frustración de mantener una relación de pareja violenta, junto con el agobio que les supone convertirse en madres en esa circunstancia.

*"Me paré un momento y dije '¿Qué voy a hacer?' porque claro, 15 años, te quedas embarazada, vas a tener un niño, es como pfff, es que realmente te destrozas... que no te destrozas ¿Vale? Porque a ver, yo las tengo (a sus hijas) y ahora no me arrepiento pero en ese momento piensas que se te va la vida, que se te acabó todo, eso era lo que sentía, sentí que ya no iba a poder estudiar, no iba a poder... mi vida cambiaría, claro. No iba a poder tener tiempo para nada. Y encima con una persona que me maltrataba, que ese no era mi plan, mi plan era casarme con una persona que me quisiera, que me cuidase, tener hijos... pero no, nada de eso" (27-Z).*

*"Yo estaba asustada, pero en ese momento no me sentí como la primera vez (primer embarazo que terminó en IVE). Tenía un trabajo y sí que me sentí capacitada para poder salir adelante yo sola, porque sabía que no contaba con mi pareja de entonces" (30-Z).*

Las primeras reacciones de sus parejas son variadas, pero todos, a distancia de poco tiempo, acaban desentendiéndose de sus responsabilidades como padres. Hay quienes expresan alegría por el embarazo, independientemente de que la relación estuviera ya marcada por episodios de violencia y de que incluso las propias chicas intentaran no considerarles más como parte de su existencia.

*"Él... él muy bien, si él quería, claro, es que ellos (los gitanos) tienen unas religiones... si por ellos fuera yo con 15 años ya tendría dos hijos, vamos. Entonces bueno, por él muy bien, aunque como te dije, tenía la orden de alejamiento por violencia y yo me veía madre soltera para siempre" (10-M).*

*"Él encantado, animándome y súper encantado y todo. Para que después no se hiciera cargo de nada... y seguía con las violencias" (30-Z).*

La otra reacción que observamos de su parte es un claro desacuerdo con la novedad. Desde el primer minuto ellos rechazan cualquier incumbencia relacionada con los embarazos de sus chicas. Sus actitudes son violentas hasta el punto de presionar con insistencia para que ellas interrumpían la gestación, amenazándolas o incluso golpeándolas para provocar un aborto.

*"Me enteré yo primero. A ver, yo creo que toda mujer eso lo intuye. Pero me encontraba mal, y la verdad es que lo supe porque me comí un helado sin saber que estaba embarazada. A los días me dio asco el helado y empecé a vomitar pensando en el helado. Le dije a él: 'Oye, que yo creo que estoy embarazada', y me dijo: '¿Cómo vas a estar embarazada? Anda, loca', y le contesté: 'Hombre, pues si no ponemos medios no creo que salga una lavadora, saldrá un hijo, ¿no?'. Entonces me hice la prueba y estaba embarazada, y se lo conté, él estaba en el trabajo y yo en casa, y se lo dije: 'Oye, que estoy embarazada. Voy a ir al médico y tal...', su reacción fue decirme: 'No, no, no. Esto hay que pensárnoslo', le dije: 'Bueno, te lo tendrás que pensar tú, yo no me lo tengo que pensar. Yo sé que no he puesto medios y yo soy consecuente con lo que hago. Yo voy a tirar para adelante con el bebé...' y así hice" (2-M).*

*"Se lo comenté a esa persona, a mi pareja... inmediatamente me amenazó, diciendo que o abortaba o que me iba a pegar o lo que sea... una vez me estampó al suelo, me pegó en la tripa yo en ese momento pensé que me iba a matar al bebé, pero gracias a Dios que no pasó nada. Eran reacciones violentas por estas tonterías. Y pues la madre de él también me llamó por teléfono, diciendo que quedáramos para que fuera a abortar sin el consentimiento de mi madre" (27-Z).*

Sus familias en un primer momento reaccionan con asombro y una mezcla entre tristeza y alegría, pero en los cuatro casos aquí recopilados expresan un apoyo incondicional a las decisiones que ellas tomen, ya sea para continuar con el embarazo o no. En particular, les resultan de gran consuelo y ayuda la solidaridad y el acompañamiento que les ofrecen sus madres y sus amigas para animarse y para estar tranquilas en esa fase decisiva para su futuro.

*"Estaba dándole vueltas a la cabeza a ver cómo se lo podía decir a mi madre sin que le diese algo, básicamente. Tenía pánico a mi madre y pues ella se echó a llorar, porque era demasiado joven y obviamente todavía me quedaba mucho por vivir y por hacer. Pero al final lo aceptó, tampoco fue tanto como yo me esperaba que fuese a ser. Yo se lo dije cuando tenía casi cinco meses de embarazo" (30-Z).*

*"Al día después de enterarme se lo dije a mi madre. Mi madre con 19 años ya tenía tres hijos, entonces no tuve mucho problema para contárselo. Mi amiga estaba embarazada a la vez, y le dije: 'Oye mamá, Noelia está embarazada' es mi amiga 'Y yo también'. Mi madre me dijo: '¿Y vas a tener un hijo con esa persona? Con lo mal que va, y no estáis bien nunca, que siempre estáis separados que con un bebé esas cosas no se pueden hacer'. Lo típico que te dicen las madres de 'te vas a arruinar la vida, olvídate de hacer todo lo que quieras, olvídate de salir con tus amigas'" (2-M).*

*"Y yo no me lo creía, y bueno mi madre lo vio y, y ya pues ella se puso contenta la verdad, sí. Y yo mal, yo llorando, que no quería tenerlo. Mi abuela se puso contenta también, porque ella también es anti-aborto, es que realmente están acostumbradas a tener hijos pronto en la familia" (27-Z).*

#### 4.3.4 Seguir adelante con un embarazo indeseado y un novio violento

Ante la noticia del embarazo no deseado, la decisión que toman estas jóvenes es la misma: continuar con su próxima maternidad. Esto no significa que no hayan considerado interrumpir la gestación, sin embargo las reacciones ante esta opción son dispares: por un lado, después de una experiencia previa de aborto, deciden continuar con el embarazo, principalmente porque no quieren pasar otra vez por la misma experiencia física y psicológica que ya han vivido; por el otro, después de una atenta meditación sobre sus acciones, no consideran el aborto como solución porque no creen que sería una opción justa y tampoco responsable ni coherente.

*“Con mi segundo embarazo (a los 19 años) sabía que no iba a abortar (tuvo un aborto voluntario a los 17 años) porque no quería volver a pasar primero psicológicamente por lo que ya había pasado, y a pasar esa misma experiencia otra vez. Y porque estando indefinida en un trabajo en ese tiempo, me sentía capacitada para poderlo sacar hacia adelante. Siempre con el apoyo de mis padres” (30-Z).*

*“Yo sabía que si no había puesto medios yo no... A ver, que si la gente quiere abortar que aborte, yo no abortaría, de hecho, no lo hice. Porque no puse medios. O sea, si tu pones medios y te quedas embarazada se sabe que es porque no quieres tener un hijo en ese momento, pero si no los pones... ¡Habértelo pensado antes! Si no los pones tenlo. Ya que no los has puesto, si eres machota para unas cosas también lo eres para otras, digo yo. Entonces yo decidí seguir con el embarazo hasta el final” (2-M).*

Otra postura identificada en estos testimonios incluye la propuesta de aborto por parte de la propia pareja como solución a la llegada de un hijo no deseado, presionando con amenazas para impedir su nacimiento. En ese caso en concreto, la adolescente vive la presión de la pareja con mucha angustia y reconoce que no ha sido capaz de mantenerse lúcida en la toma de decisión, más bien ha sido su madre que, en calidad de tutora, le ha impedido que se acogiera a una IVE.

*“A mi madre le pareció súper mal (que el novio y la suegra le presionaran para abortar), fatal, porque ella es anti-aborto, no le gusta la gente que aborta (...) me dijo que tenía que sacarlos de mi vida porque no es normal. A ver, yo en esa edad, en ese momento, me hubiera gustado tener la decisión yo porque no la tuve yo, la tuvo mi madre. Pero claro, es que ahora pensándolo, ¿Qué haría yo sin estas niñas? Es que me muero, pero en ese momento tienes 15 años, te ves embarazada de una persona que es un cabrón, y ¡pfff! te sientes sola. Pero a mí me hubiera gustado tener la decisión, porque yo además fui con mi primo, justo el mismo día que me enteré de que estaba embarazada, fuimos a una clínica y sin el consentimiento de mi madre no me dejaban, y no lo hice” (27-Z).*

#### 4.3.5 Una maternidad llevada con miedo y preocupación

A pesar del rechazo de sus parejas, el apoyo recibido por parte de sus familias hace posible que estas entrevistadas desarrollen todo su periodo de gestación con una

relativa tranquilidad. No obstante, el recuerdo y la amenaza de la violencia, sumados a la llegada inesperada de su embarazo, provocan sentimientos de vergüenza que añaden dificultades y malhumores a su vida diaria. No solo se trastocan por completo sus dinámicas cotidianas (dejar de ver a las amistades, apartarse de la escuela o encerrarse en casa) sino también se hace explícita una cierta incomodidad a la hora de desempeñar sus relaciones sociales normales y corrientes.

*"De los estudios estaba en 2º de la ESO. Y los dejé por el embarazo. La razón para dejarlos fue que me daba vergüenza, me daba vergüenza entrar a clase con la tripa y decidí dejarlos... estaba todo el día en casa, porque claro también la gente, o sea, yo no quería que la gente se enterase, quería evitar que me señalaran... Y nada, estuve sin salir, era estar todo el embarazo en casa, tranquila, lejos del mundo" (27-Z).*

Paradójicamente, la violencia de los novios y el rechazo a su rol de padres no hacen peligrar la relación, al revés, se mantienen los vínculos afectivos con una cada vez mayor ambigüedad con respecto a la oficialidad de los ligámenes entre ellos. Por esa razón, cuando la ruptura de la relación parece inevitable, las jóvenes se sienten inseguras con respecto al futuro en cuanto a las cuestiones prácticas de crianza y cuidado, además de lo que acontece a su independencia una vez que empiezan a dedicarse a su rol materno.

*"Me separé del padre de mi hija y todo y por un lado me sentía sola, muy sola, en plan: 'Joder, ¿ahora qué hago yo sin novio y sin nada?'. Y por un lado pensaba también quién me va a querer ahora con un hijo, pero yo me sentía muy bien" (2-M)*

*"Por una parte sentía felicidad, porque sientes a tu bebé dentro de ti, pero por otra parte me sentía muy mal porque claro iba a tener un hijo de una persona que nunca iba a estar ahí. Que nunca iba a estar ahí y luego que me pegaba, y bueno, el apoyo de mi madre me ayudó bastante la verdad" (27-Z).*

El embarazo se vive con sentimientos variados, como felicidad, miedo, dolor, angustia, entusiasmo e incertidumbre. Sin embargo, en el momento del parto todas esas emociones coinciden en una sola: la alegría inmensa cuando abrazan a ese niño por primera vez. Representan, pues, la maternidad como la posesión exclusiva de un ser vivo que desde el primer momento consideran como "propio" para volcarle todas aquellas atenciones y aquel cariño que ellas no habían encontrado en sus parejas. Les consuela que el resultado de tanta violencia padecida hasta entonces sea alguien que ellas aman sin reservas, a primera vista, como nos confirman con riqueza de detalles.

*"El día del parto, sentí unas contracciones ya por la noche. Fuimos al hospital mi madre y yo, él no estuvo (el padre de su hija), se lo comuniqué y tampoco quiso venir... el parto fue lo más bonito de toda mi vida. Mi madre llorando, apoyándome, yo gritando y a la vez riéndome, porque era como que sentía dolor pero no, una cosa muy rara... y ya fue que lo sacaron, y me puse a llorar, fue precioso, nunca lo olvidaré" (27-Z).*

*“¡Oh! ¡Me encantó! Es lo más bonito que hay en la vida, las cosas como son. Cuando nace tu hija y te la ponen encima... No te acuerdas ni de fiestas, ni del padre, ni del tío, ni del abuelo. Quieres a tu hija y punto, no hay nada más bonito que eso. De hecho es lo único que vas a tener para ti, toda tu vida, si Dios quiere claro, yo eso no lo cambio por nada del mundo. De hecho mis palabras fueron todo el día: ‘Mi hija, mi hija, mi hija’. Era lo único que decía, llorar y mi hija, no sabía decir otra cosa” (2-M).*

La emoción se prolonga durante días. Sin embargo la sombra del novio violento no deja de oscurecer tanta vitalidad. Como hemos señalado anteriormente, en algunos casos la relación con el padre de su hijo se rompe durante el embarazo o se mantiene de forma mucho más intermitente que antes. En ese periodo, el chico continúa ejerciendo su poder sobre la joven neomadre; por su parte ella sigue enamorada de él, aunque le cueste reconocerlo, y confía en que después del parto se pueda retomar la relación y encauzarla mejor.

*“Cuando nació el niño yo ya me estaba planteando bastante seriamente el dejarlo (a su pareja), no quería.... Siempre ha sido una persona muy vaga, toda su familia es que directamente no suelen trabajar, viven de ayudas y demás. Entonces yo, una vez tuve a mi hijo yo no quería eso para él. Y a parte del trato hacia mí, era un todo en general. Ingenua de mí pensé que podía cambiar con el niño. Creía que cuando naciera el niño... lo vi tan ilusionado, tan emocionado con la idea de tener un hijo, que igual le hacía entrar un poco en razón de ‘es una persona a la que tenemos que cuidar, mantener, criar’ y pensé que igual reaccionaba en buscarse un trabajo, buscarse la vida. Pero no” (30-Z).*

La confianza depositada en ese cambio una vez que nazca el hijo, les persuade de que el mismo día del parto el personal médico del hospital avisara al padre. Ellas desean que esa persona pueda compartir el momento en el que finalmente llega la criatura esperada durante nueve meses. En dos casos las respuestas de sus parejas son frías, ellos se mantienen distantes, sus actitudes no son nada efusivas y tampoco conciliadores o empáticas.

*“Le avisó mi madre del parto, porque nosotros nos llevábamos muy mal y al noveno mes hablamos para llegar a un acuerdo para criar a la niña bien, lo mejor que pudiéramos. Y nada, quedamos en que le avisaría para el parto pero que él no entraba... Hasta los primeros 15 días, es lo que le duró el estar bien...” (2-M).*

*“Me acuerdo perfectamente, cuando di a luz y ya tenía a la niña conmigo creo que al día siguiente se pasó por casa, además entró por la ventana, porque claro si se enteraba mi madre que estaba ahí lo mataba. Porque no es normal que... estás conmigo, no estás conmigo, estás conmigo, voy a dar a luz, se te comunica, no vienes, y luego quieres ver a la niña es como ‘¿Qué quieres?’ Y cuando vio a la niña su cara fue como ‘¿Esto es mío?’, no fue como ‘Oh, mi bebé’, fue como que no se lo creía, como decir ‘¿Y ahora qué?’. Yo sentí asco, me dio asco, mucho asco y pena porque la niña no se merece esas cosas. Me dio asco, pero, yo es que, yo lo aceptaba. Es que no sé ni cómo lo hacía, pero lo aceptaba todo, me daba igual, sólo quería estar con él y con la niña” (27-Z).*

Las dificultades que se viven con la pareja se hacen aun más patentes cuando llega el momento de inscribir al recién nacido en el Registro Civil. El anhelo de vivir en familia con las parejas, de quienes reciben malos tratos pero de quienes siguen estando enamoradas, hace que esas madres intenten oficializar el reconocimiento de la paternidad por parte de sus novios. Las respuestas obtenidas son ambivalentes. Por un lado, se encuentran de nuevo con una actitud negativa de parte de ellos a la hora de asumir cualquier obligación hacia el hijo. Por otra parte, tras varios vaivenes, son ellos mismos quienes quieren reconocer sus paternidades, pero sin que esto les suponga ningún compromiso real y efectivo en las crianzas de los hijos. Su intención es declarar una paternidad en la forma y no en la práctica, obteniendo derechos sobre los hijos sin cumplir con sus obligaciones de padres.

*“Las niñas no tienen los apellidos del padre porque... es que no estuvo, yo quería que sí, pero él no estuvo ni en los dos embarazos, ni en el Registro Civil, o sea no estuvo en nada, entonces claro no se le registró absolutamente nada” (27-Z).*

*“Estuvo bien dos semanas, justo para ponerle los apellidos. Porque la reconoció y le puso sus apellidos, después no venía a verla, no venía a estar con ella. Creo que estuvo haciendo el peloteo para ponerle sus apellidos, y nada... después me empezó a insultar... lo típico, a los 15 días discutimos y se fue y después ni venía a ver a su hija” (2-M).*

*“La niña tiene sus apellidos porque fue él al registro. Mi madre me dijo de ponerle solo mis apellidos. Y en ese momento, no sé por qué dije ‘no voy a hacer eso, porque no me parece justo’. Y fue él y lo puso con sus apellidos y con los míos. O sea, reconocido está. Pero nunca ha hecho nada... yo pensaba que iba a cambiar, pero no tanto en cuestiones materiales, sino que se concienciara de que tiene un hijo, y de que un hijo necesita unos cuidados... pero no, no hizo nada y no ha hecho nada” (30-Z).*

La relación de violencia en la que estas adolescentes se convierten en madres afecta mucho a todo el proceso que atraviesan, desde el embarazo hasta el parto y la crianza. Como hemos visto, sus parejas detentan un gran poder sobre estas chicas y el componente afectivo juega en contra de ellas mismas. La maternidad supone unos lazos incontrovertibles, social y simbólicamente, que les unen a los padres de sus hijos y en un principio podrían ser también los mecanismos a través de los cuales ellas recuperarán sus historias de “amor romántico”. Sin embargo, y en contradicción con esta expectativa, el gran cambio que supone en sus vidas la maternidad temprana es salir de la relación de violencia. Según sus relatos, el deseo de proteger a los hijos de esa persona hostil es la razón principal por la que ellas finalmente consiguen romper el vínculo con sus violadores, y en algunos casos incluso animarse para denunciarles. Los hijos se convierten así en los elementos propulsores para salir de una situación de violencia, abuso y vulnerabilidad y para abrirles unas perspectivas vitales nuevas.

*“Por la culpa de él estoy aquí (Casa de acogida), porque amenazaba con que iba a ir a su casa a matarnos a mí y a mi madre y a quitarnos el niño. Me pegaba, me hacía mil cosas y yo no iba al médico porque sabía que le iban a denunciar, entonces yo no iba al médico. Fui a denunciarlo después de tanto tiempo, que estaba aquí en la casa, hace tres o cuatro meses, lo denuncié porque no quería que le pasara nada a mi hijo” (32-Z).*

*“En aquel momento no era consciente del tipo de relación que tenía. Me he ido dando cuenta a lo largo del tiempo, realmente cuando tuve al niño. Cuando tuve a mi hijo, que ya me calmé y empecé a mirar las cosas de otro lado, ya no pensando solo en mí, sino también en otra persona más. Ahí fue cuando empecé a darme cuenta de todo y de hecho ahí fue cuando corté la relación” (30-Z)*

*“Una mañana, que yo tenía a la niña pequeñita a mi lado, la mayor estaba en la guardería, y le solté ‘Es que no quiero estar contigo nunca más, no eres lo que busco, no necesito una persona como tú a mi lado’, y se enfadó. Fue cuando ya me pegó muy, muy, muy fuerte. Había sangre por todo el salón, la niña a mi lado y él cogió rápidamente, porque se dio cuenta de lo que había hecho y dijo ‘Por favor esto no se lo digas a nadie’. Y fue a coger una fregona, para limpiar la sangre y cogí a la niña y me escapé por la puerta. Estaba en mi casa sola, claro pasó eso y ya aproveché que se fue a buscar la fregona para limpiar la sangre y dije ‘Adiós, aquí te dejo. Es que si me quedo me vas a matar, me vas a matar a mí y a la niña. Eso es de locos, si tú me pegas y a los segundos me estás diciendo que lo sientes mucho, que no se lo diga a nadie, vas a buscar la fregona para limpiar la sangre. ¿Has visto cómo me has dejado la cara? Ahí sí me fui y ya fui a buscar a mi madre y llamamos a la policía, vino la ambulancia, me llevaron al hospital, me tuvieron que operar. Para mí se acabó ese día. Y ya fue cuando lo denuncié e hice fotos, fotocopias de todos, absolutamente de todos los mensajes, y ya presenté la denuncia y a la cárcel, ahora mismo está en la cárcel (...) Estoy orgullosa de haber salido de una situación que era mortal, porque si hubiera continuado lo más seguro que yo me hubiera muerto, que las niñas hubiesen acabado con mi madre y mi madre destrozada sin mí a cargo de dos niñas, sin dinero casi... O vete a saber la locura que hubiera cometido el otro, de matarlas o algo, quemar la casa... Estoy orgullosa de eso, de haber encontrado otra persona, no sé. Sobre todo de haber salido de esa situación porque hay muchas personas que no salen, muchas” (27-Z).*

#### **4.4 Cuarta narrativa**

*“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 (Berga i Timoneda, 2010).

Así es el relato de cuatro 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 legítimos de bienestar y de tranquilidad difícilmente accesibles por otros medios. En algunos casos se dirigen a construir ese hogar armonioso que no han tenido nunca, subrayando en sus testimonios 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 centrarse, 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 verdaderamente importante en todos estos casos es darse cuenta de que la maternidad es una oportunidad para dar sentido a su porvenir.

*Tabla 9: Adolescentes que viven su maternidad como una experiencia de redención vital*

Código	Ficha personal
4-M	25 años, española de origen dominicano. Tuvo a su hijo a los 18 años mientras su pareja, de la misma nacionalidad y origen, tenía 22 años. No fue su primera pareja sexual. Ahora vive con su hijo, su hermano y su sobrino. Siempre ha tenido una relación muy mala con los progenitores: ha sufrido mucho porque la madre la desatendía sistemáticamente cuando era pequeña. Terminó la relación con el padre de su hijo pero sigue en contacto con él para que el niño no pierda el vínculo con su padre, que está trabajando en Nueva York. No finalizó la ESO porque se embarazó. Trabaja esporádicamente cómo empleada de hogar por horas.
8-M	21 años, española de origen boliviano. A los 18 años tuvo a su hijo con su primer novio, un boliviano de su misma edad, con el cual no mantuvo una relación afectiva duradera. Ahora vive en la Residencia Maternal Norte de Madrid con su hijo. Ya no tiene ninguna relación con el padre de su hijo. Su último título de estudio es el diploma de la ESO. Ahora está estudiando un curso profesional, pero con muchas dificultades para conciliar todos sus compromisos en la residencia y fuera de ella. Ha trabajado ocasionalmente como empleada de hogar, al momento de la entrevista se encuentra en paro.
23-Z	23 años, española. Tuvo a su hija a los 18 años de un novio, también español, que tenía diez años más que ella. Él no fue su primera pareja sexual. Se embarazó casi al mismo tiempo que su hermana dos años mayor que ella: los padres no reaccionaron positivamente a estas dos novedades al mismo tiempo pero acabaron por aceptarlas una vez que ambas decidieron completar su gestación acompañadas por sus novios. Ahora nuestra entrevistada vive con su hija y con su pareja actual. Mantiene una relación cordial con el padre de su hija con él cual comparte la custodia, pero decidieron separarse porque su convivencia estaba marcada por duros contrastes. Dejó los estudios en 2º de la ESO, meses antes de embarazarse. Ha tenido varios trabajos precarios, todos de corta duración y bajos salarios, en breve va a empezar otro trabajo (no especifica en qué consiste).

28-Z	24 años, española. Tuvo a su hija a los 19 años con un español que tenía 21 años. No fue su primera pareja sexual. Ahora vive con ella en un piso alquilado de la Fundación OZANAM. Rompió la relación con el padre de su niña antes de saber que estaba embarazada porque la relación entre ellos era muy tensa. Ha vivido casi siete años en un centro para menores, hasta que llegó a cumplir la mayoría de edad. Ha finalizado la ESO y su situación económica le impide seguir con los estudios, aunque quisiera. Ha tenido diferentes empleos temporales y ahora es camarera.
------	---

*Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas*

#### **4.4.1 Salir e ir de fiesta como antidotos a los problemas en casa**

Las vidas antes del embarazo y la maternidad de estas cuatro entrevistadas se caracterizan principalmente por unas convivencias muy difíciles en sus hogares (violencia doméstica, maltrato y ausencia de los progenitores), por unas relaciones continuamente tensas con sus padres y madres y, de su parte, por unos reiterados comportamientos de riesgo por su personalidad, como ellas mismas la definen, “indisciplinada y rebelde”. Son comunes las conductas relacionadas con el alcohol, las drogas y las fiestas nocturnas durante las cuales ellas mantenían mucha promiscuidad sexual, también con chicos mayores, con frecuentes ocasiones de diversión sin freno ni reparos.

*“En mi casa había muchos problemas, mis padres se peleaban siempre, y tampoco se fijaban mucho en mí, no me decían: ‘hola hija, buenos días’. No, llegaba a las tantas de la mañana y decían: ‘¿por qué has llegado a esa hora?’ y hala a pegarme. A lo mejor esa noche no tomaba una gota de alcohol, simplemente me iba a pasarla bien con mis amigas, pero mis padres siempre pensaban mal, y no todo el tiempo la cosa era mala como pensaba mi madre, aunque es cierto que a veces sí era así” (8-M).*

*“Es que era la típica macarra porque era lo más macarra que te puedas imaginar. Me escapaba con mis amigos y en una habitación nos metíamos no sé cuantos tíos y tías allí a hacer de todo. O sea, de verdad, asqueroso... es que me da hasta vergüenza contarlo. Era horroroso... que si ibas a no sé dónde, tal, que si la fiesta de aquí, que si la fiesta de... espantoso. Una vida caótica y asquerosa” (23-Z).*

Durante su primera etapa adolescente estas chicas frecuentaban lugares y se relacionaban con personas que ellas mismas califican muy negativamente para que pudiesen tener un desarrollo vital saludable. De esta forma iban complicando, más aún, las relaciones con sus progenitores que censuraban sus comportamientos o las dejaban por completo a sus destinos de autodestrucción. En aquel momento las malas compañías sustituyen la vida en casa.

*“Tú sabes que en la vida hay mucha gente mala y poca gente buena, pues he estado yo con mucha gente mala. Mala le llamo ahora, porque antes yo pensaba que eran mis amigos ¿Sabes? La verdad que uno se entera después. Ahora que tengo a mi hijo ya no están conmigo las personas que supuestamente me querían para toda la vida. Pues*

*ahora no están conmigo porque en ese tiempo era época de fiesta, de esto de lo otro, andar por aquí, por allá, y fiesta, fiesta, fiesta” (8-M).*

Las fiestas son para ellas unos momentos de huida de la realidad que, en su opinión, deben vivir siempre intensamente para poderlos aprovechar. Nos explican que su urgencia cada día era alejarse de los conflictos familiares, distraerse y conocer cuanta más gente podían para entretenerse y sentirse arropadas o distraídas por otro tipo de redes sociales.

En esas circunstancias conocieron al chico que se iba a convertir pronto en el padre de sus hijos. Al respecto, destacan la rapidez con la que inician el noviazgo, incluso recuerdan que ni siquiera llegaron a formalizar la relación cuando ya ellas habían empezado su embarazo.

*“Él tenía amigos en conjunto conmigo y subía a mi casa, nos encerrábamos en mi cuarto, nos veíamos y tal y así ya y en verdad quedé embarazada sin ser su novia y el embarazo lo tuve sola, porque en verdad nosotros pues era un tipo rollo, no fuimos novios quedé embarazada y luego, después de que nació el niño, porque él al principio no lo quería tener pero yo dije que sí y después que nació pues ya fuimos pareja” (4-M).*

*“Lo conocí a través de una amiga, ¿no? Que ella se iba a ver a su novio. Y ahí fue que lo conocí. Una vez me fui con ella, me dice: vente a las fiestas esas, a la feria de Toledo. Y ahí le conocí, de fiesta. Me fui para allá, estuve en las ferias, y le conocí ahí” (8-M).*

*“Él y yo nos enamoramos y él dejó a su pareja y empezamos él y yo una relación que luego no fue bien porque no cuajábamos. Y entonces a los 8 meses lo dejamos, pero yo ya estaba embarazada” (28-Z).*

#### **4.4.2 No basta con conocer los riesgos para poderlos evitar**

De las cuatro entrevistadas adscritas a esta narrativa, tres se inician en las relaciones sexuales completas con esos novios. Nos aseguran que tenían información acerca de los métodos anticonceptivos y de los riesgos que conlleva el no utilizarlos. Sin embargo, sus prácticas no son congruentes con tales conocimientos por sus falsas creencias sobre los efectos que puedan tener o porque acuerdan con sus parejas otras soluciones que no entorpezcan en el goce físico, según ellas, como es el caso del coitus interruptus.

*“El preservativo porque es lo más fácil. Porque yo por ejemplo, a mí las pastillas no me gustan porque puede haber efectos secundarios. Luego dicen que si el día de mañana... Si las tomas mucho y el día de mañana quieres ir a por un niño que te puede costar más. Eso es lo que dicen. No sé si será verdad o mentira pero bueno como el preservativo tampoco es... Que está bien. Pues por eso lo utilizaba” (23-Z).*

*“Con mi primer novio siempre el preservativo, después estuve tomando pastillas y no me sentaban bien y después el médico me mandó el aro, era para regular la regla porque no me venía muy regular. Pero con el padre de mi hija no. La verdad es que no, a veces sí a veces no, y si no pues era la marcha atrás de toda la vida. Es que yo, ya te digo, yo no*

*pensaba que iban a ser 8 meses, yo de hecho pensaba que iba a ser el padre de mis hijos y que íbamos a hacer una familia e íbamos a estar siempre juntos” (28-Z).*

El conocimiento de la diversidad de métodos y su fácil acceso no son suficientes para prevenir un embarazo no deseado: su uso inconsistente no les protege como esperaban. Además, aunque tuvieran en mente los riesgos que suponía el no protegerse, ni las jóvenes ni sus novios llegaron a considerar el verdadero alcance de los peligros a los cuales se exponían y no pensaban, pues, que realmente les podían pasar a ellos<sup>39</sup>.

*“Yo sabía bien que podía quedarme embarazada. Nos poníamos preservativo, pero no todas las veces. ¿Qué pensaba? Es que simplemente no pensaba nada. No pensaba ni que me iba a quedar embarazada ni que no me iba a quedar embarazada, yo sabía, pero... no sé, fue así tan rápido” (8-M).*

*“No, simplemente porque nos olvidábamos los dos. De hecho, él casi siempre ha sido la persona que me lo recordaba. En vez de ser al revés, aunque yo también le recordaba, y decía: vale. Pues se lo ponía. Otras veces le molestaba porque... yo que sé, jaja” (23-Z).*

*“No ponía medios por eso mismo, porque no lo buscaba pero tampoco me daba miedo porque no pensaba que luego fuera a tener que tirar sola con todo ¿sabes?”(28-Z).*

#### **4.4.3 Un embarazo inesperado, con reacciones inesperadas**

A pesar de sus prácticas de riesgo, en un primer momento ninguna considera la posibilidad de tener un hijo, incluso cuando en realidad ya está embarazada. Otras mujeres de su entorno (madre, hermana, amiga, etc.) les sugieren hacerse una prueba o ir directamente al centro de salud sin demorarse. Ellas intentan omitir el asunto en sus pensamientos y cuando acuden al médico, por otras razones e incidencias, se encuentran con la noticia absolutamente inesperada del embarazo. Cabe destacar, a este propósito, su sustancial desconocimiento acerca del propio cuerpo y la falta de consciencia ante los niveles de riesgo alcanzados por su desprotección: conocer los peligros no significa automáticamente evitarlos o entender sus reales consecuencias, como ellas mismas reconocen durante las entrevistas. De esta cuenta, nos recuerdan que la novedad les cogió completamente desorientadas.

*“Pues fijate tú qué cosas, me lo notó mi madre. Y no estaría más que de un mes... o sea, la primera falta. Y me dijo mi madre ‘yo te noto rara. Tú ¿no estarás...? ¿Te ha bajado la regla?’ Y yo, ‘no pues aún no me ha bajado’. Y me dijo ‘vete a la farmacia y cómprate un test de embarazo que te lo voy a hacer yo aquí a ver sí estás embarazada o no’, y me lo hizo y salió positivo... y pensé ‘¿y ahora qué?’ ” (23-Z).*

<sup>39</sup> Es cierto que las entrevistas que hemos realizado se centran en las conductas sexuales que llevaron nuestras entrevistadas a tener un embarazo temprano. Pero es llamativo que la casi totalidad de las integrantes de nuestra muestra, al igual de las cuatro participantes de esta narrativa, no mencione a las ITS como uno de los posibles inconvenientes en los cuales podían incurrir practicando relaciones sexuales desprotegidas.

*"Es que fue lo chistoso. Sinceramente era un desastre, no llevaba la cuenta de cuando me venía la regla y cuando no. Luego, después calculé que me faltaban diez días, o sea, retraso de diez días, ¿es normal, no? Pero una compañera mía me dijo que le acompañara, que ella tenía su novio y había tenido relaciones sexuales sin preservativo, que la acompañara, que por favor no sabía si estaba embarazada. Bueno, pues fuimos, nosotros, ella se hizo la prueba, y yo pues por jugar también me la hice y resultó que la que estaba embarazada era yo y mi amiga no..." (8-M).*

*"Mi hermana me llevó al médico y dijo 'le duele el estomago pero quiero que le hagas una prueba de embarazo', y yo le dije que no porque yo sé que no estoy embarazada porque solo había tenido una relación sin protección y me dijo la enfermera así bromeando: '¿Estás segura? Te voy a hacer una prueba de embarazo, si es positiva me la pagas doble y si es negativa no te la cobro'. Y yo muy convencida de que no estaba embarazada dije que sí y cuando salió me dijo 'felicidades porque vas a ser madre'... en primer plano me quedé como ¡uf!" (4-M).*

Ante la noticia del embarazo no previsto estas entrevistadas expresan sorpresa, miedo y preocupación, debido principalmente a su condición de adolescentes, dependientes de los progenitores y, en todo caso, por estar en situaciones de precariedad laboral y afectiva. Contrariamente al comportamiento mantenido en sus prácticas sexuales, enseguida se dan cuenta de las responsabilidades que deben asumir si deciden continuar con su embarazo y traer al mundo a un niño. Tienen claro que la elección de ser madre les supondrá un cambio irreversible en sus vidas y por ello empiezan lentamente a sopesar los pros y los contras de este salto. Reflexionan detenidamente sobre sus relaciones de pareja, sobre sus posibilidades prácticas y logísticas para criar a un niño y sobre el efectivo valor de lo que les está ocurriendo, además en una etapa de su juventud muy marcada por las fiestas y el descontrol.

*"Puff muy mal. A mí se me vino el mundo encima. Lo primero que hice fue llorar. Yo tenía 19 años, estaba en Barcelona. Yo soy de Zaragoza, y yo estaba allí sola. En ese momento me había quedado sin trabajo porque fue cuando todo lo de la crisis ¿no? Yo trabajaba en el supermercado pero me tenían que hacer fija o echarme. Justo pues me echaron. Me quedé sin trabajo, me quedé sin casa, estaba de prestado en casa de una amiga, encima lo acababa de dejar hacía 2 meses con el padre de mi hija. Pfff, sola, 19 años y era como 'uffff, tierra trágame ¿yo qué hago?'" (28-Z).*

*"Sinceramente, lo primero que se me vino a la cabeza, sinceramente, fue mi madre, mi madre... Yo le tenía un terror a mi madre... Decía: Dios mío, ¿ahora qué va a pasar?, se acabó mi vida... Vamos, sinceramente lo pensé, ya después me di cuenta que no, que es un regalo de Dios" (8-M).*

Cuando el embarazo está confirmado y la pareja ya se ha roto, plantearse una maternidad en solitario es un problema añadido que hay que considerar. En dos de estos casos, tal como ellas se esperaban, la reacción del (ex) novio es de un rotundo rechazo a su posible paternidad, ya sea negando su contribución en la concepción del

niño o, literalmente, desapareciendo de la escena sin participar de ninguna decisión que tomar sobre el asunto.

*“Le hablé al chico por Facebook, porque tú sabes que son diferentes números de allá (él se había ido a República Dominicana), y pues no tenía su número todavía. Le hablé por Facebook y le dije pues esto, lo otro... le mandé la ecografía, no se lo creía primero. Después llegó el momento de su ira, me dijo que ese hijo no era suyo, que yo había estado con otro, que le estaba engañando... Yo no me lo esperaba de él” (8-M).*

*“Hablé con el padre de mi hija, que ya no estábamos juntos, y tras una larga discusión pues yo le dije que yo iba a abortar y que me tenía que acompañar porque yo no iba a ir sola allí. Él no dijo nada, pero yo sabía que no estaba de acuerdo, no porque me quisiera o quisiera a la niña, sino porque siempre ha estado en contra del aborto” (28-Z).*

La reacción es diferente cuando las parejas se mantienen, o por lo menos estas son sus intenciones declaradas. A pesar de no haberlo planificado, el embarazo se ve como una oportunidad para estrechar la relación afectiva, asomarse juntos a una nueva etapa, aparentemente sin remordimientos por el tipo de vida que deberían dejar a las espaldas.

*“Pues... miedo. Sentí miedo. La verdad que sentí miedo porque te ves tan jovencita y lo piensas. Dices ¡un bebé! Es que es una responsabilidad muy grande. Pero bueno luego por otra parte pues bien porque claro el hombre del que estaba enamorada pues iba a ser padre (...) Lo llamó mi madre (al novio), nada más enterarse, y le dijo ‘ya te puedes estar viniendo aquí a mi casa que te tengo que enseñar una cosa’ y le enseñó el test de embarazo. Y él dijo que iba a hacerse cargo, que iba a ser un buen padre” (23-Z).*

Pasado el primer impacto, el apoyo de los familiares y de las amistades se hace cada vez más presente y constante, a veces de forma inesperada por parte de la joven, porque al principio los progenitores habían manifestado decepción con respecto a esa novedad.

*“Fue muy bien, porque mi madre en verdad desde que yo tenía tres meses de embarazo, el mes y medio antes sí intentó que yo no lo tuviera, pero cuando yo tenía tres meses de embarazo que yo estaba segura de que lo iba a tener mi madre volvió a ser mi madre, en verdad simplemente me lo dijo para ver si yo no lo tenía, al meterme presión no lo tenía, pero al verme que yo estaba decidida, que no daba vuelta atrás, me apoyó en todo y volvió a ser mi madre” (4-M).*

*“Mi madre se lo tomó muy mal. Mi padre peor que mi madre porque mi padre sí que se decepcionó más de mí que de mi hermana (su hermana también estaba embarazada). Y pues mi madre se asombró mucho también, se sorprendió mucho porque claro dijo ‘a los 18 embarazada tú ¿Cómo es esto?’ Y la verdad que un poco decepcionada sí y mi padre también. Se sintieron un poco decepcionadas por mí. Pero bueno luego... Son felices igual ¿no? Me ayudaron y ahora ven a sus nietos y se les pasa todo” (23-Z).*

La reacción de los amigos y amigas más cercanos es diversa. En general están contentos por el embarazo de su compañera pero les transmiten sus dudas y preocupaciones, en lugar de apoyarlas como ellas se esperan, diciéndoles que un hijo puede representar un obstáculo muy grande en sus vidas. Nuestras entrevistadas están resentidas por esas observaciones, aunque estén convencidas de que las únicas y verdaderas afectadas por este nuevo reto son ellas y por tanto nadie puede juzgarlas. En este sentido, su embarazo es un acontecimiento que les ayuda también a seleccionar las amistades y a reconocer con quiénes pueden contar de verdad y quién es mejor perder de vista, además porque ahora las prioridades y las exigencias empiezan a ser distintas.

*“Pues si te digo la verdad, siendo sincera, ellas (las amigas) lo reciben muy bien. Date cuenta que a una mala, el problema es tuyo no de ellas ¿sabes? Ellas pues les hace ilusión. Van a tener un bebé con el que jugar, sin tener que estar allí las 24 horas. Todas se alegran, todas ‘jay qué bien!, jay que tal!’ ¿Sabes? porque claro es lo que te digo, si el día de mañana pasa algo pues el problema es tuyo” (23-Z).*

*“Dejó de hablarme mucha gente, muchas amigas que yo creía que eran mis amigas dejaron de hablarme, porque que una chica tenga un hijo es más incómodo para ir de fiesta, es como ‘Vente conmigo de fiesta el viernes’, y yo no puedo dejar a mi hijo en ningún sitio, entonces la dejo plantada. Pues hacían sus planes sin mí, porque prácticamente decían: ‘no puede ir a tal sitio, es un poco coñazo’” (8-M).*

#### **4.4.4 Desde la idea de abortar hasta la asunción del hijo como nueva oportunidad**

La falta de una relación de pareja consolidada y la previsión de su futura desaparición, así como la desaprobación de la familia por el tipo de relación que mantienen con él son todos factores que ponen a estas chicas en un estado de ansiedad cuando se enteran de su embarazo. Todo ello hace que piensen en el aborto como una solución rápida y definitiva para prevenir ulteriores cargas y preocupaciones con un niño. Esta alternativa les viene sugerida por personas de su entorno que juzgan su embarazo precoz como un obstáculo insostenible para la prosecución de su desarrollo personal y vital.

*“Ehmm... ¿el aborto?... sí, porque... o sea, estaba al cincuenta-cincuenta, porque decía: mi madre me mata, mi padre no tiene los recursos económicos para ayudarme, que es lo único que yo supongo en que me va a apoyar, el padre de mi hijo está lejos, la familia también y pasan de mí. No sabía sinceramente qué iba a hacer con mi vida. Yo no tenía trabajo, estudiaba... era una niña, ¿sabes? Por así decirlo. Y sí que llegué a pensarlo, pero después no..., se lo dije a mis padres y no era tan difícil tampoco, ¿sabes? Porque mi madre me dijo que lo iba a tener” (8-M).*

*“Yo iba a abortar, en un primer momento, yo no me lo pensé tanto, porque yo pensaba pero yo ¿qué hago trayendo una criatura al mundo? ¿Qué voy a hacer?, si me la van a quitar. Si no tengo un techo, no tengo qué darle de comer, para traerla así mejor no la*

*traigo. Entonces mis amigas me iban a prestar el dinero, mi parte que eran 300 euros. Y tenía que quedar con mi pareja para ir los dos y tal, pero él no me contestó al teléfono, no vino y yo sola no fui” (28-Z).*

*“Todo el mundo me decía que no lo tuviera, pues era muy joven, tenía 18 años y estaba sola, y la verdad yo no voy conforme al aborto pero yo siempre había dicho que no quería tener un niño joven y más al tener esas circunstancias para mí era un poco complicado pero nunca se me vino a la cabeza abortar, en principio mi madre me dijo que si lo tenía que no contaba con ella, pero porque quería que no lo tuviera y le dije que me daba igual que había tenido un fallo y que él no tenía la culpa y que iba a tener a mi hijo... y cuando decidí tenerlo pues me apoyó” (4-M).*

A pesar de las presiones recibidas y de los momentos de angustia y dudas, estas entrevistadas deciden no abortar. Cuando saben con certeza que continúan con el embarazo, empiezan a darle un significado trascendental a la maternidad y a apreciarla como una ocasión fundamental para cambiar el estilo de vida que habían conducido hasta entonces.

*“Sinceramente no sé qué me movió a tener a mi hijo... yo creo mucho en Dios y la verdad llevo una situación de vida un poco mala, que si la calle, las drogas... Entonces pues en ese momento dije ‘voy a ser mamá’ y todo cambió. Eché todo fuera, ‘no más, yo tengo que centrarme en mi hijo’ entonces pienso que fue Dios que me puso a mi niño para poder salir adelante” (4-M).*

Los primeros indicios del cambio de rumbo se empiezan a vislumbrar durante los meses del embarazo. Es un periodo complicado porque no cuentan con el apoyo de sus compañeros, tal como se esperaban, pero en dos casos reciben la grata sorpresa de tener a sus madres a su lado. Las tensiones familiares bajan de intensidad y quedan apartadas en una especie de tregua familiar: los problemas en casa no están completamente resueltos pero los padres de estas chicas consiguen garantizar su estabilidad emocional durante la gestación. Esta situación confirma en ellas la percepción de que el embarazo sea un evento positivo, y posiblemente también una ocasión no prevista de reconciliación con los familiares.

*“Mis papás cambiaron durante mi embarazo, o sea, yo los desconocí totalmente, con lo que eran ellos, y cambiaron mucho conmigo... yo me sentí aliviada, dije: ‘si no tengo el apoyo del papá de mi hijo, me da igual, porque tengo aquí a dos personas que me ayudan un montón’. Hasta mis familiares, mis hermanos paraban hablándole a la tripa, todo el tiempo tocándome la tripa ¿sabes? Yo me sentía muy apoyada de verdad, fue una novedad muy bonita para mí” (8-M).*

El discurso es distinto para las otras dos entrevistadas que se insertan en este marco interpretativo: la ausencia de sus seres queridos porque se oponen a su decisión de ser madre les provoca inseguridad y mina su confianza.

*“Al principio del embarazo lo pasé muy mal, de mi familia nadie me apoyaba para continuar con el embarazo. A mí me costó muchas discusiones con todo el mundo. Que ahora, a día de hoy, la quieren y la adoran y si me hace falta cualquier cosa puedo contar con todos, pero no quería nadie que la tuviera. No tenía el apoyo de su padre, no tenía el apoyo de mi familia, era como que me reboté contra el mundo... después hasta tuve que ir al psicólogo” (...)* A los 6 meses de embarazo me mudé de Barcelona a Zaragoza, yo no quería porque tenía mi vida ahí en Barcelona, pero yo sabía que si quería tener a mi hija tenía que venir aquí, cerca de mi familia. Yo lo sabía porque sabía que sola allí no iba a poder mantener a mi hija de la misma manera que aquí. Pero al principio no me apoyaban... Al principio un amigo de mi tío me dio trabajo en su casa, vivía ahí y a cambio limpiaba y le hacía de comer. Allí estuve hasta que di a luz” (28-Z).

#### **4.4.5 “Te cambia la vida, completamente: cuesta reconocerlo pero es así” (8-M)**

El parto es para todas una experiencia muy densa de emociones que culmina con el hijo en sus brazos. No saben describir lo que han sentido durante ese momento pero sí pueden afirmar que ha sido una sensación única y reconfortante, a pesar del miedo y del dolor físico.

*“Es que es muy difícil de explicar. Yo creo que hay que vivirlo para sentirlo ¿no? Yo que la vi y... la oí y el olor que tenía... yo lo recuerdo y era un olor a vida que le digo yo, porque olía muy, muy bien. Y es que lloras de alegría, de tener allí a tu niña ya, de pasar ya todo lo malo” (23-Z).*

*“Pues la verdad no me lo creía, porque yo soy muy miedica, me pones una inyección y ¡buf! Y claro al ponerme a mi niño en brazos y yo he traído a esta criatura la he sacado de mí no me lo creía pero muy feliz, es que no sé, no te lo puedo describir” (4-M).*

La llegada del hijo para ellas marca de forma inmediata y neta un antes y un después en sus vidas. No solo reciben a sus niños con una emoción nunca experimentada hasta entonces, sino que enseguida confirman lo que habían estado pensando durante su gestación: juntos con esas criaturas se les podía abrir un nuevo porvenir.

No pasa mucho tiempo desde el alumbramiento hasta cuando ellas quieren organizar sus (nuevas) vidas alrededor de sus pequeños. Les cuesta mucho reforzar la confianza en sí mismas y se concentran en la búsqueda de los recursos necesarios para desempeñar su crianza en unas condiciones óptimas. Sin embargo, hacerse madres no es garantía automática de la mejora existencial a la cual aspiran. De hecho, carecen de los recursos residenciales y materiales necesarios para desempeñar su rol materno de forma independiente como querían. Su búsqueda de ayuda es activa y constante, destinada a conseguir soluciones concretas y rápidas, que de todas formas no impiden que sus circunstancias les desborden por completo.

Sus razonamientos relativos al coste-oportunidad de las soluciones que encuentran en todo momento están vinculados a la búsqueda del mayor bienestar posible para el hijo.

Con estas intenciones acuden a diversas instituciones, públicas y privadas, solicitando los servicios asistenciales básicos para cubrir las necesidades de sus bebés y, según sea el caso, para disponer de un ambiente adecuado y estable donde poderlos criar.

*“No vivíamos juntos (el padre de su hijo y ella), nos fuimos cuando se veía que se podía ir. Porque estuvimos ahorrando un poco, porque claro pues no te vas a ir a un piso que luego pase cualquier cosa y no puedas pagar y que otra vez uno en una casa y otro en otra. Entonces cuando ya estaba la estabilidad decidimos irnos a vivir juntos” (23-Z).*

*“Cuando di a luz me fui a la Casa de Acogida. Muy a mi pesar pero sabía que era lo que tenía que hacer porque si no me iban a quitar a mi hija. Yo he estado siete años en un centro de menores y a mí lo que más miedo me daba era eso, que me evaluaran el progreso y decidieran quitarme a mi hija. Por eso cuando mi hija nació me tuve que meter en una casa de acogida para que no me la quitaran. No porque no tuviera recursos, podía seguir viviendo en la habitación pero tampoco era algo apropiado para la niña. Entre eso y que se me echó un poco Menores encima porque claro, yo había estado siete años en un centro de menores y como que me vigilaban muy de cerca” (28-Z).*

*“Por mi tía, pedí la renta mínima y ayudas de comida y tal, porque como somos muchos para ayudar a mi madre, en Caritas sí me han dado ayudas para la comida, pero la renta mínima y las demás ayudas no me las han dado” (4-M).*

*“Después que nació mi hijo, la situación en casa era otra vez igual, con muchos problemas y que cada vez más se peleaban mis padres. Vi que ese no era un ambiente para mi hijo y, antes de que tenga más uso de razón, cogí y busqué algo. La trabajadora social que conocía los problemas, porque los trataba a ellos dos también, me dijo: ‘pues vale, te voy a buscar un sitio donde vivir’. Por eso vine a esta residencia, porque no quería estar en un ambiente así tan malo como el de mi casa, para mi hijo, porque ya veía que mi hijo que se estaba comportando un poco mal y apenas tenía año, un año y medio o algo, ¿sabes? Imagínate” (8-M).*

Durante ese periodo de asentamiento como jóvenes madres, la relación con el padre de sus hijos es fundamental. A pesar del rechazo que estos expresaron en un primer momento, ellas insisten en mantener el contacto con el objetivo de brindar a sus hijos una figura paterna, ya sea reanudando la relación e intentado tener una vida familiar o procurando que la separación no afecte al niño. El éxito de estas iniciativas es negativo para dos de las entrevistadas que se insertan en esta narrativa: sus intentos de conciliación y mediación con los novios añaden más confusión y frustración a su situación ya de por sí frágil e incierta.

*“Mantuve contacto con él hasta que nació mi hija y tenía 2 meses o por allí. De hecho, yo le mandé fotos de mi hija. O sea, yo nunca, nunca le he privado el tener contacto y el saber de su hija, nunca, el que no ha querido ha sido él. Él ha renegado de mi hija clarísimamente y yo no lo voy a consentir. Pero no te creas que me haya sorprendido, no, para nada. Y es que desde el momento en el que yo hablé con él y discutí con él tal,*

yo ya sabía que él no iba a responderme para nada, que yo iba a estar sola y que iba a tener que tirar yo sola. Yo ya sabía cuál iba a ser mi vida porque mi madre también nos ha sacado adelante solos... y pues así yo ya sabía lo que me iba a tocar" (28-Z).

*"La verdad lo pasé mal, porque cuando yo dije que estaba embarazada él me dijo que no quería ser padre y no me ayudó en nada, decían que no era de él, él y su familia. Después de un año o así lo intentamos y la verdad que muy bien, se vino a vivir conmigo a mi casa y atendía al niño igual que yo, una noche él, una noche yo, nos trasnochábamos igual... un cambio total, no parecía la misma persona de antes para nada, pero no funcionó y nos separamos, entonces volvió a desentenderse" (4-M).*

En los otros dos casos de los cuales damos cuenta en esta narrativa, las parejas cambian sus actitudes después del nacimiento del niño, sobre todo en lo que tiene que ver con su responsabilidad como padres. Para nuestras entrevistadas esta inédita disposición de los compañeros es muy importante porque contribuye al bienestar emocional del hijo, más que al suyo. Con esta premisa, la convivencia con los novios se prolonga hasta que no surjan las incomprensiones recíprocas a la hora de cumplir con los respectivos compromisos parentales. Esto se explica porque para nuestras entrevistadas es importante tener un padre para sus hijos más que un compañero sentimental para ellas; cuando él falla como padre, salta también la relación de pareja. Les queda bien clara esta perspectiva y la mantienen con determinación. En ese sentido, su refrán más utilizado es: "mejor solas que mal acompañadas".

*"A ver, es que es un poco complicado porque él quería un niño y nació una niña. Y vale sí, la quiere y tal pero él estaba más... Parecía más padre de mi sobrino que de su hija. O sea, yo pensaba que iba a ser un buen padre porque yo lo veía con mi sobrino y le cambiaba el pañal, jugaba con él... pero con su hija no lo ha sido (...) Luego nos fuimos a vivir juntos y peor todavía... al principio bien como todos ¿no? con ilusión de tener tu casa, con tu pareja, tu hija, una familia. Pero luego, la convivencia también es muy dura y nosotros no pudimos... él seguía igual con mi niña, de no querer hacerse cargo y con un carácter malísimo... después de un año lo dejamos" (23-Z).*

*"Él acabó preso, por mucho tiempo, por eso yo pienso que me lo quité del medio, porque yo hubiera vuelto con él, yo lo quería y más, habiéndome quedado embarazada. Era el padre de mi hija, yo lo quería locamente. Luego con el tiempo pues pfff... es que renegaba de mi hija, y yo pues es que mi hija es... ha salido de dentro de mí, tú eres de la calle. Llega un momento que a mi él me dejó de doler y me empezó a doler mi hija, el ver que no... yo que sé, que no le interesaba me hizo alejarme de él" (28-Z).*

#### **4.4.6 ¿La maternidad ayuda a madurar?**

Desde el momento en que estas entrevistadas se enteran de su embarazo, se hace patente en sus vidas un cambio radical, y según ellas positivo, en diversos ámbitos: en el trato con los progenitores, en el cuidado propio, en las relaciones de amistad y en la búsqueda de una autosuficiencia real y duradera. En sus narraciones califican todas

las novedades que experimentan en sus tiempos de gestación y puerperio como unas oportunidades concretas para madurar y crecer.

*“Yo por ejemplo, desde que me embaracé cambié, prefería más estar con mi familia que estar en la calle. Cambié en positivo, otra manera de ser” (8-M).*

*“Exceptuando el salir por allí, tampoco te cambia tantísimo la vida. Y a ver, también cuando te quedas embarazada... maduras un poco más ¿no? Piensas más en que vas a ser madre, vas a tener una criatura. Entonces yo creo que eso también te hace que no sea tan duro ¿no?, que no te cambie tanto la vida sino la manera de enfocarla” (4-M).*

Las relaciones con sus coetáneas se ven muy afectadas por esos cambios. Ellas reconocen que sus prácticas de ocio eran perjudiciales para su salud, estaban al borde de la anomalía más que ser típicas de una adolescente porque las llevaban siempre al límite. Ahora ellas anteponen su rol de madre a cualquier forma de interés o diversión de ese tipo. Tal como sucedió con sus relaciones de pareja, las prioridades del hijo, durante el embarazo y con la crianza, establecen un orden rígido que ellas persiguen con una determinación que no creían tener.

*“Pues antes no entraba en casa y ahora no salgo prácticamente. Pues mira, hoy es mi día de fiesta, por ejemplo, pues a recoger mi casa, guisarme para estos días ¿no? Guiso y congelo, lo dejo preparado ya. O sea... me organizo según lo que la niña necesite, la llevo al colegio, hago lo que haga falta para la casa o para mí... pongo lavadoras, lo que sea, voy a buscarla a las 16:30 y ya me voy a trabajar. La chica me ayuda hasta que regreso del trabajo a las 23:00 o por allí, ceno, me ducho y otro día más” (28-Z).*

*“La verdad que lo que era esa vida... es que no, pues la verdad es que a mis amigos yo los sigo queriendo igual, pero yo no quería esa vida desordenada: alcohol, fiesta... siempre fiesta, no la quería y no la podía llevar, porque ya tenía un hijo, busqué otras amistades, también tengo amigas con hijos y vamos al parque y tal... un poco haciendo vida de madre, preocupada por mi hijo” (4-M).*

Mirando hacia atrás las vidas que ellas llevaban antes del parto, consideran positivamente los cambios experimentados, están satisfechas con el camino recorrido y defienden su decisión de haber tenido una maternidad temprana porque ésta se ha revelado como la ocasión propicia para dedicarse a algo verdaderamente importante como el cuidado de un hijo.

*“Valoro mi casa, valoro el llevar una vida tranquila... Antes valoraba pues llegaba el fin de semana y me iba de fiesta, y llega el fin de semana y tengo unas ganas de tirarme en mi sofá que no te lo puedes ni imaginar. Son maneras diferentes de vivir” (28-Z).*

*“A mí me cortó mi hija el salir por allí pero bueno luego queda el momento de ser madre ¿no?, de estar allí para ella, de cuidarla. O sea, tener un hijo con 18 años no se te cae el mundo, ni se termina el mundo. Es diferente, es diferente” (23-Z).*

Estas chicas señalan haber cargado con el estigma de mantener unas conductas desviadas y encuentran en sus hijos una razón de peso para normalizarse socialmente y realizarse personalmente. A partir de aquí, su anhelo de futuro es conseguir un estatus respetable y de completa aceptación social. En su opinión ser madres significa acceder, por fin, a una situación mejor valorada en su entorno social porque las dignificaría como mujeres y les otorgaría la categoría de adultas, superando definitivamente todas las crisis que han vivido.

*“Es que no te lo imaginas, yo todo el día metida en la discoteca y siempre con los amigos. Ahora soy madre y a las 7:00 en casa, no salgo para ocuparme de mi hijo. O sea, un cambio total, o sea, un cambio total, bebiendo y meneándote todo el tiempo, a madre cuidando a tu hija, cuidándote a ti por el embarazo, llevando una casa, o sea, lo que es meterte ya en el papel de madre” (4-M).*

*“Me preocupaba lo que dijeran los de Menores, porque la gente cambia ¿sabes? Yo de pequeña, o sea desde los 12 hasta los 16, que eché cabeza, 17, pues he sido una pieza y me he portado muy mal y hecho muchas putadas y muchas cosas, pero llega un momento que ¡joder! cambias ¿sabes? Y mi hija me cambió totalmente” (28-Z).*

*“Yo siempre he sido un poco más madura para la edad que he tenido, pero el ser madre pronto te hace madurar muchísimo más, pero muchísimo más. Yo he cambiado pues a ver, por ejemplo. Me cogía y me iba por allí y había una noche que me decían cualquier cosa y yo ya a la pelea, a la pelea. ¿Sabes lo que te quiero decir? Yo cuando me quedo embarazada eso se acabó. O sea, yo desde que tengo a mi hija no me he pegado con nadie, con nadie ¿Sabes? Luego pues era un poco, hacía cosas... O sea, pues yo que sé, me he ido a robar gasoil, por ejemplo. Cosas así. Que tienes un hijo y te cambia un montón. Esas cosas es que ni siquiera se me pasan por la cabeza, ahora ya no y es que todo porque yo tengo que darle ejemplo a mi hija... ella me ayuda a ser mejor” (23-Z).*

Saben que no ha sido fácil, pero tener al hijo como su principal referente les ha ofrecido finalmente la posibilidad de dejar atrás los problemas, el desorden y el nihilismo del pasado para proyectarse hacia una vida nueva, caracterizada por una identidad clara y por unos sentimientos profundos: “El hijo o hija resuelve el adolecer, la falta, la carencia, representado ello en no tener (nada propio) y en no ser (alguien). Con el embarazo, se tiene algo: un hijo o una hija, y a su vez tener un hijo o una hija responde la pregunta: ¿Quién soy?: Soy Madre. Estas respuestas evitan otros interrogantes que la mujer en situación de adolescencia posea sobre sí misma” (Oviedo y García, 2011: 935). Mucha literatura destaca que este tipo de entusiasmo, por muy sincero que sea, encubre una impostura porque “la adolescente cree que haciéndose madre asegura su identificación como mujer” (Kait, 2007), mientras que este paso no necesariamente significa tener las herramientas y los criterios para bastarse a sí misma y a su criatura. Por tanto, para los casos presentados en esta narrativa, podemos afirmar que nuestras entrevistadas se han metido en una aventura más grande que ellas mismas cuando tuvieron un hijo, sin lograr resolver definitivamente sus problemas familiares y relacionales precedentes. Todas estas cuestiones quedan apartadas temporalmente, pero que les seguirán acompañando en el futuro y tarde o temprano estarán obligadas a rendirles cuentas.

## 4.5 Quinta narrativa

### *“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 ocho de nuestras entrevistadas cuando se convierten en madres. Para ellas, su maternidad es la causa de las dificultades y de las desventajas relativas que tienen que soportar, tanto a nivel físico como emocional, psicológico y social. En particular, son muy temidas las consecuencias negativas que este acontecimiento puede tener en la consolidación de sus preferencias y proyectos personales, ya sea como jóvenes que 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 (Llanes, 2012). Todo ello redundando en una existencia caracterizada por muchos sacrificios y con una carga parental que frustra su afán de autonomía, independencia y libertad de elegir.

*Tabla 10: Adolescentes que viven la maternidad como un problema para su desarrollo vital esperado*

Código	Ficha personal
1-M	18 años, española. Tuvo a su hija a los 17 años con su novio español, y primera pareja sexual, de 19 años. Vive con su madre y su hija pero pasa la mayor parte del día en casa de su padre. La relación con el padre de su hija es buena pero han decidido no vivir juntos hasta que no consigan mejores condiciones laborales y económicas. Actualmente está terminando 2º de Bachillerato, nunca ha trabajado y no buscará un empleo hasta que no termine sus estudios. Se mantiene gracias al generoso apoyo de los progenitores.
7-M	23 años, española. Tuvo a su hija a los 17 años con un chico español de origen boliviano que tenía 18 años, él no era su novio y tampoco era su primera pareja sexual. Fue una relación no consentida de una sola vez en la que ella estaba en estado inconsciente. Tiene dos hijos de 5 y 2 años. Vive en la Residencia Maternal Norte con su hijo. Su hija vive con sus progenitores porque tienen la custodia legal de la niña. No tiene ninguna relación con los dos padres de sus hijos. Ha finalizado sus estudios de ESO, estaba cursando el último año de Bachillerato pero el colegio (concertado) se lo impidió y no ha podido retomarlo, ahora está realizando un curso de tele-marketing. Actualmente no trabaja.
14-M	22 años, española de origen colombiano. Tuvo a su primera hija a los 18 años con un chico colombiano de 21 años que era su primer novio. Tiene una niña de 5 años y otra de 9 meses. Vive con sus progenitores, sus dos hermanos y sus dos hijas. No tiene relación con el padre de sus hijas aunque en el pasado formaban una pareja muy unida. Con muchos sacrificios y aún siendo madre, continuó estudiando hasta finalizar la ESO, desde entonces no ha conseguido retomar su formación aunque lo haya intentado. Actualmente trabaja de camarera pero aspira a encontrar algo mejor pronto, está enviando currículos a varias empresas.

18-M	20 años, española. Tuvo a su hijo a los 18 años con su primer novio, un español de 23 años. Vive con él, con su niño y su cuñado. La relación de pareja está pasando por un periodo de mucha dificultad porque tienen diferentes formas de pensar en lo que respecta a los estilos de crianza. Al momento de su embarazo estaba cursando un Grado Medio de peluquería y estética, pero no pudo continuar. Realiza trabajos puntuales como peluquera a domicilio y le gustaría abrir su propio negocio en este sector.
13-M	19 años, española de origen peruano. Se quedó embarazada por primera vez con 14 años, en una relación no consentida en la que perdió la virginidad, pero decidió abortar. A los 18 años y tras una relación corta con un chico peruano de 21 años, se volvió a embarazar y esta vez llevó su gestación hasta el final. Vive con su madre, su hermano y su hija. No tiene relación con el padre de la niña por decisión de ambos. Finalizó la ESO y no pudo continuar estudiando por el embarazo. Actualmente trabaja como cuidadora infantil, los fines de semana.
22-Z	22 años, española. Tuvo a su hijo a los 19 años, con una pareja ocasional de la cual no ha vuelto a saber nada: era un español de 25 que al mismo tiempo mantenía una relación sentimental con otra persona. Ese chico no era su primera pareja sexual. Vive con sus progenitores, situación que le permite seguir con sus estudios en la Escuela de Teatro de Zaragoza donde actualmente está cursando el último año. Ha realizado trabajos esporádicos de baja cualificación. No trabaja y ha agotado su derecho a las prestaciones por desempleo.
25-Z	19 años, española. Tuvo a su hijo a los 18 años con su primer novio, un chico colombiano de la misma edad. Vive con sus progenitores, su hijo y su pareja. La relación con el novio es muy buena, incluso ha mejorado desde el nacimiento del niño. Estando embarazada finalizó la ESO y después ha realizado un curso de peluquería en el Corte Inglés. Estos últimos estudios le permitieron trabajar durante un tiempo de peluquera pero actualmente está en paro.
31-Z	19 años, española. Tuvo a su hijo seis meses antes de la entrevista, con un chico español de 20 años que no era su primera pareja sexual. Al mes del parto se volvió a quedar embarazada pero esta vez decidió abortar. Ahora vive con sus padres y su hijo. Rompió la relación con el padre del niño antes de saber que estaba embarazada la primera vez. Ha podido continuar con sus estudios y ahora está cursando un Grado Medio en estética. No ha trabajado nunca de forma regular.

*Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas*

#### **4.5.1 La vida común y corriente de una adolescente con su primer novio formal**

La adolescencia de las ocho chicas que se insertan en este marco interpretativo se ha vivido como un periodo que ellas mismas tildan como "normal y corriente", centrado en los estudios, en las amistades y en el tiempo libre: salir al parque o de compras, ir al cine y salir a fiestas. Con los progenitores la convivencia es pacífica. Los desacuerdos que suelen tener en familia forman parte de esos desajustes comunes que suceden en las relaciones paterno-filiales durante esta etapa vital de cambio, mientras que las

amistades son los mayores y mejores referentes para cultivar intereses y enriquecer el propio bagaje de experiencias.

*“Hacía 2º de bachillerato, iba a mis clases, luego por las tardes salía con mis amigos, digamos que tenía una vida normal para una persona de 17 años. Los fines de semana me iba de fiesta, lo normal. Eso sí, pasaba muy poco tiempo en mi casa porque mi relación con mi madre era un poco tirante, yo consideraba que era feliz con mi vida. Tenía mis amigos, salía con ellos, no todos los días... a lo mejor salía un fin de semana, pero los veía quedaba debajo de mi casa, me fumaba un cigarro con ellos y me subía a mi casa, todo normal” (7-M).*

Para estas entrevistadas el “embarazo adolescente” era un fenómeno alejado de su realidad. Habían oído hablar de unas coetáneas que se encontraban en esa situación; era algo que ellas juzgaban negativamente, una experiencia por la cual no querían pasar porque en su opinión la maternidad a edades tempranas es un problema serio, un obstáculo pesado en el regular proceso de formación de una chica.

*“Yo siempre que me decían de una adolescente embarazada decía que pobrecita, siempre que pobrecita. Porque me daba como cosa, yo pensaba que seguro habré dejado los estudios, porque todas los dejan, todos los casos que conozco han dejado los estudios, pero no sé... no era algo cercano a mí” (1-M).*

*“Sí conocía a una chica que es amiga de mi prima que sí que también... y bueno, con el padre si eran novios y tal pero después lo dejaron ya cuando tuvieron la cría no estaban juntos... o sea mal ¿no?” (22-Z).*

*“Sinceramente pensaba que tirabas tu vida a la mierda, o sea, yo lo pensaba, yo decía si con 16, 17 años te quedas embarazada es que tu vida se va a la mierda, es que a partir de esa edad... o sea, a esa edad estás en la edad de pensar en ti y estudiar, y seguir pensando en ti y en tu futuro, de hecho a mí a esa edad no me gustaban los niños ...o sea, son sacos de mocos, cacas, y lloros” (7-M).*

El transcurso de la adolescencia implica también el principio de sus relaciones afectivas más significativas. Estas entrevistadas nos cuentan que han conocido sus primeros novios en el seno de su círculo de amistad. Con ellos se inician en la vida sexual y también son ellos los que posteriormente se convertirán en los padres de sus hijos.

*“Nos presentaron unas amigas, porque tenemos unas amigas en común, y bajábamos al mismo sitio a pasar las tardes, y así nos fuimos conociendo, empezamos a hablar por WhatsApp y lo típico, íbamos al parque, al cine, salíamos con los amigos...” (1-M)*

*“Pues nada, nos conocimos por unas amistades, eh... la verdad la relación entre yo y él estuvo muy bien, nos llevábamos fenomenal y tal” (13-M).*

*“Pues lo conocí que tenía 13 años. Lo conocí por una amiga y ya pues empezamos a hablar y me dijo si quería salir con él. A los dos días de conocerlo ya empezamos a salir y hasta ahora” (25-Z).*

Estas relaciones se oficializan enseguida en un marco de mucho afecto y respeto recíprocos. Los novios se convierten en unas referencias muy importantes para ellas, tienen intereses en común, comparten el tiempo todos los días y conocen a sus respectivos progenitores. La confianza, la protección, así como la seguridad que les inspira, son elementos que contribuyen a que nuestras entrevistadas les consideren “serios y formales” que, según sus parámetros, significa que se trata de las personas con quien se imaginan construir una unión sincera y duradera.

*“Quedábamos todos los días, bueno pasábamos casi todo el día juntos. Cuando yo salía del instituto y él salía de las clases también ¿sabes? nos centramos los dos mucho y... bueno yo como que me centré mucho y dejé un poco al lado el resto de cosas” (18-M).*

*“Él fue el único así serio, porque al principio tuve una relación pero era más bien tóxica porque nos pasábamos el día peleando... Él es el único que me ha tratado bien, que desde el principio se preocupaba por mí, y el que me ayudó a salir de la anterior cosa que tuve y eso lo valoré mucho. Además, siempre ha sido muy bueno conmigo” (1-M).*

*“Pues muy bien la verdad, él es muy majo. Lo conocí y eso, muy bien. Desde entonces ya siempre he estado con él. Salíamos mucho pero primero con los amigos porque éramos más pequeños, yo tenía 13 años. Siempre íbamos pues con su hermano, mis amigas, sus amigos. Y luego ya con 15, 16 años ya solos: al cine, aquí, allá. Luego ya cuando fui más mayor empezábamos a salir por allí por las noches” (25-Z).*

#### **4.5.2 Traicionadas por la confianza, por un fallo... o por el alcohol**

La mutua confianza persuade a las parejas a mantener relaciones sexuales sin prestar mucha atención en la necesidad de protegerse. Aunque tuvieran conocimiento de los métodos de anticoncepción a disposición, como ellas mismas relatan, los usaban de manera discrecional y discontinua incluso con la gestación avanzada. Después de un tiempo del embarazo, tras haberse dado cuenta de su descuido, aun no saben dar una razón lógica y racional a ese comportamiento tan imprudente.

*“Utilizábamos el preservativo pero a veces sí y a veces no. No sé explicarlo bien por qué, pero... había confianza y él vivía solo, siempre estábamos los dos juntos, o sea, en parte vivíamos las 24 horas juntos y ya eran muchos años” (25-Z).*

*“A veces sí utilizábamos el condón pero... claro, no siempre, y en ese momento yo tampoco me percaté y él tampoco que podía pasar. O sea no nos dimos cuenta, fue como que nos venció el momento y pues no usamos nada y fue ese día...” (31-Z).*

Tres de estas ocho entrevistadas aseguran que conocían los riesgos que podían correr y siempre tomaron precauciones. Creen entonces que hubo algún fallo técnico, fuera de su alcance y control, que provocó el embarazo. De todas formas, el común denominador de estas historias es que ninguno de los dos esperaba tener un hijo y tampoco lo deseaba.

*“No sé cómo pudo pasar, ni sé nada, porque nunca lo hemos hecho sin protección, así que siempre me quedará esa duda porque nunca he sabido qué pasó” (1-M).*

*“Nunca me enteré porque quedé embarazada pero según el médico a veces los métodos fallan y si el condón se rompe pues peor. Y yo me hice unos análisis que en mi organismo no servían mucho las pastillas. Pero eso ya me di cuenta después de años de tener la niña” (14-M).*

En un caso, la protagonista se embaraza durante una relación ocasional, emotivamente intensa y de corta duración. Cuando termina, aun no saben del embarazo. Además, el chico estaba ligado emocionalmente con otra persona y la relación con nuestra entrevistada había sido tan fugaz que cuando ambos se enteran del imprevisto tampoco hay interés, de ninguna de las dos partes, por continuar ningún tipo de contacto.

*“El padre de mi hijo no era mi novio, ni nada, nos conocimos en un bar y bueno pues a partir de allí fuimos quedando y básicamente eso porque luego nada, o sea, estuvimos unos meses y después cada quien por su lado... como ahora, cada quien por su lado: no conoce a mi hijo, no quiere conocerlo y yo no quiero tampoco que lo conozca” (22-Z).*

La situación relajada y de diversión que caracteriza esos tipos de encuentros, alterados por el alcohol u otras sustancias, hace que las precauciones disminuyan y los dos estén menos pendientes de los riesgos que están tomando. Su ligereza se explica también porque creen que “la primera vez sin protección no te quedas embarazada”. No tardan mucho en enterarse de que estaban muy equivocados.

*“Realmente era un poco de descuido porque no lo pensaba o sea eran relaciones pues eso de una noche, con alcohol por medio y de decir ¡pues chico! Realmente no... Era un poco pues eso: cabeza loca, por así decirlo. Muy bonito sí, pero ¡no está bien! Lo sé. Y mira lo que me pasó” (22-Z).*

Es importante señalar también que algunas de estas entrevistadas relatan que han pasado por encuentros sexuales forzados, impulsados por la insistencia de chicos con quienes no tenían una relación de pareja, en fiestas o en centros de ocio nocturno, donde abundan el alcohol, las drogas y, en general, el descontrol. Ellas no dicen abiertamente que han vivido una violación, más bien narran lo acontecido como un episodio de “mala suerte”, adjudicándose un poco de responsabilidad por haber bebido y por no haber sido siempre conscientes de lo que les estaba ocurriendo. Con tales argumentos excusan al chico que protagonizó ese encuentro de cualquier responsabilidad por lo ocurrido y se niegan a admitir que les obligó a tener sexo en contra de su voluntad.

*“Perdí mi virginidad con una persona que yo no conocía, ¿me entiendes? pues como a veces somos chavales, la locura nos viene. Y pues eso mismo, un día... yo no sabía beber, pues me dieron y como se dice perdí el control, no estaba consciente de mí y pues eso, pasó lo que pasó, pero los dos estábamos igual” (13-M).*

*“Como te digo tuve la mala suerte de que la primera vez fue sin ninguna medida de control... otra cosa sería si yo hubiera estado en plena posesión de todas mis facultades, literalmente si no hubiera estado borracha nunca me hubiera acercado a él... de hecho yo de esa noche no me acuerdo, no me acuerdo de nada, bebí mucho, y bebí mal (...) mi mamá me lo dijo pero yo le dije que no, que no se puede considerar violación porque yo estaba borracha pero fui yo o sea, no me drogó él y no me emborrachó él, me emborraché yo solita, no necesité ayuda de nadie... es cierto que él tampoco hizo nada para evitarlo, porque él podía haber pensado ‘oye, que si me lleva diciendo que no dos años y ahora no dice nada a lo mejor es que no está del todo consciente de lo que está haciendo’, podía haberlo pensado, pero no... él siguió y no le importó” (7-M).*

El resultado de las dos historias aquí mencionadas ha sido un embarazo no deseado: en el primer caso se interrumpió voluntariamente en una clínica privada, mientras que en el segundo se mantuvo la gestación y no hubo ningún interés por parte de los dos en iniciar una relación de pareja, además el chico no admitió su responsabilidad y decidió no hacerse cargo de las consecuencias.

*“Yo no sabía ni que existía la píldora, ni el condón ni nada, jeje, Y pues... me quedé embarazada. Porque al principio tuve un embarazo, pero lo aborté, fue voluntario, porque no podía tenerlo, era demasiado joven con 14 años, después ya sí, pero la primera vez no... y después ya conocía todos los métodos anticonceptivos” (13-M).*

*“Pasó por una confusión, te cuento: yo un día quedé con una persona a la que yo llevaba evitando dos años..., él acababa de salir de un centro de menores, o de un reformatorio, y para celebrarlo un poco tal, era viernes, ‘jiji jaja’ bebí de más y lo que llevaba yo dos años evitando pues pasó, o sea yo ni siquiera era consciente en ese momento de ‘oye, que lo que estás haciendo no lo tienes que hacer’, no, o sea yo me desperté a la mañana siguiente y dije: “mierda”... pero no, en ningún momento pensé que me pudiera haber quedado embarazada” (7-M).*

### **4.5.3 La primera reacción ante una “mala noticia”**

Las jóvenes descubren su embarazo de distintas maneras pero todas coinciden en recibir la noticia con mucha sorpresa y espanto. En ningún momento se lo esperaban: confiaban en que sus medidas de anticoncepción eran seguras, por eso no llegaron nunca a estar verdaderamente atentas a los riesgos que corrían con sus prácticas sexuales caracterizadas por una protección precaria o nula.

Nos llamó la atención comprobar que, a pesar del paso del tiempo, ninguna de ellas parecía enterarse de los cambios físicos que les hubieran podido conducir a un posible

embarazo. Además, ellas mismas afirman haber tenido la regla los primeros meses después de esas relaciones desprotegidas y por tanto cualquier sospecha eventual se disipaba inmediatamente.

*“Nunca sospeché que pudiera ser eso, sólo me veía gorda, me veía gorda por todos lados (...) Mi padre luego me dijo que tenía alguna sospecha, por eso decidió ir al médico y ya en el médico me dijeron lo que pasaba... estaba con mi madre, y me lo dijeron a las claras: ‘o tienes un tumor o estás embarazada’. Me auscultaron y me dijeron ‘este es el corazón de tu hija’. Y yo pues me puse a llorar y mal, muy mal. No sabía qué hacer, no sabía cómo decírselo al padre, no sabía cómo decírselo a mi padre, no sabía qué tenía que hacer...” (1-M).*

*“Yo era muy delgada, muchísimo, y me acuerdo que me estaba midiendo ropa y mi prima me miraba y me decía ‘tú estás muy gorda’ y decidió acompañarme al médico, me dijo ‘si de pronto estás un poco gorda, de pronto es que te falla algo’...y además como no me venía la regla. Yo por eso no sospechaba porque a veces me pasaba de que no me viniera la regla... y pues ahí con mi prima me dijeron... ya tenía 3 meses” (14-M).*

*“O sea yo estuve con mi proceso de vida normal... luego ya cuando fui al médico por control y me dicen lo del embarazo... te sacan lo de las fechas y te dicen de cuando está concebido. Y me dice, ‘esto es de febrero’. Y digo ¡Hostia! Porque a mí febrero, marzo, abril y mayo me ha seguido bajando la regla y yo no me notaba absolutamente nada, nada. O sea eso de los síntomas que tienes de embarazo, creo que es un poco psicológico porque yo no tenía absolutamente nada” (22-Z).*

Cuando se manifiestan los síntomas propios del embarazo (nauseas, cansancio, sueño, etc.) este acontecimiento se percibe inmediatamente como un evento perturbador en sus vidas de adolescentes. Por esa misma razón ellas deciden retrasar todo lo posible su confirmación. Pero aplazar la certeza de estar esperando un hijo significa negar la evidencia.

*“Como no me había hecho una prueba de embarazo y no me crecía la tripa, yo no estaba segura y es que... O sea, yo sabía que estaba embarazada porque yo lo sentía por dentro, yo sabía que mi cuerpo estaba cambiando, yo notaba cosas raras dentro de mí... pero no me hice un test de embarazo ni nada porque me daba miedo, me daba miedo que me dijeran que sí que estaba” (25-Z).*

Independientemente de sus decisiones con respecto a esta novedad, convertirse en madres para ellas es el primer y gran cambio en sus vidas que les llega de forma imprevista, sin tener ni el tiempo ni la capacidad de expresarlo y tampoco de comunicárselo a los progenitores.

*“Me dijeron que estaba de 36 semanas, yo alucinaba. No sabía cómo reaccionar, lo único que hacía era llorar, y pedía perdón. Iba por la calle y sólo decía ‘no, no, no’, y mi madre me decía ‘no pasa nada’ y yo ‘no, no, no...’ sólo podía decir eso” (1-M).*

*“La verdad muy bien no, con ganas de llorar, o sea la enfermera del centro de salud donde me hice la prueba de embarazo me dice: ‘felicidades’. Y yo ahí con mis lágrimas, pues la verdad muy bien no me lo tomé. Me desesperé un montón, porque... decirle a mi madre: ‘me he quedado embarazada’, pues... no” (13-M).*

La percepción de que su situación empeore de manera drástica tiene relación directa con todo lo que habían escuchado sobre lo malo y lo perjudicial que era el embarazo precoz para una chica. Intentan evitar enfrentarse a esa situación, incluso cuando sus progenitores han pasado por la misma experiencia, por miedo a decepcionarles (en dos casos las madres también tuvieron sus hijos cuando eran menores de 18 años, se trataba de embarazos no planificados).

*“Mi madre se quedó embarazada de mí muy joven, tenía 17 años. Y ella me lo decía mucho ‘no te quedes embarazada que pierdes la juventud, que esto, que lo otro’. O sea, ella no se arrepentía de haberme tenido, pero decía que era mejor no tan joven porque pierdes juventud, los estudios, la vida, todo, todo (...) Mi tía se lo contó y cuando subí a casa estaba mi madre llorando, mi tía en el sofá, mi padre que le iba a dar un ataque. Entonces mi madre me dice ‘es lo peor que me has hecho en la vida, es que no te lo voy a perdonar en la vida, es que eres mala hija’. Y mi abuela “18 años después se repite la misma historia” porque mi mamá hizo lo mismo, también lo estuvo ocultando” (25-Z).*

En seis de los ocho casos que aquí analizamos, las reacciones de los progenitores son de gran estupefacción, intentan no perder el control de la situación y se preocupan por ofrecer una respuesta rápida y eficaz a lo que enseguida consideran “un problema grave”. Se trata de familias con situaciones socio-económicas relativamente satisfactorias, con historiales psico-sociales estables. En principios ven complicado arreglar el futuro de sus hijas, pero no tardan en expresar su apoyo para que nos les falte nada y todo salga bien.

*“Mi padre se enfadó y tuvimos una bronca, pero luego habló conmigo y con mi chico y ya se tranquilizó todo. Siempre hemos tenido su apoyo, y el de los padres de él. Nos dijeron inmediatamente que ni se nos ocurriera abandonar los estudios porque iba a ser una tontería. Aunque pensáramos que ponernos a trabajar para sacar adelante a la niña, ellos de momento podían seguir a cargo de la niña económicamente y que nosotros nos sacáramos los estudios, porque sin estudios no íbamos a ir a ningún lado” (1-M).*

*“Mi padre siempre ha estado ahí, yo he caído y él me ha levantado, yo me quedé embarazada y mi padre dice literalmente ‘si eres mayorcita para abrirte de piernas eres mayorcita para apechugar con lo que viene, punto. Pero si necesitas ayuda nosotros te la vamos a dar’ y así ha sido” (7-M).*

Después del asombro inicial, las reacciones de los novios se van diversificando: hay quienes sienten una gran culpa por ser responsables de traer al mundo una criatura que no ha sido ni planificada ni deseada; hay otros, en cambio, que se muestran aparentemente tranquilos porque, como apostilla una de nuestras entrevistadas “ellos no son los que van a tener la experiencia del embarazo y del parto”. En todo caso, cuando el embarazo

se da dentro de un noviazgo oficial, los chicos responden pronto y afirmativamente al compromiso que les supone convertirse en padres a temprana edad.

*“Yo fui a hacerme los análisis con mi prima y luego fui con él (su novio) a recibirlos y cuando nos dijeron que sí que estaba (embarazada) él ya se desmayó... después lo fuimos aceptando los dos, pero al principio...” (14-M).*

*“Mi novio se puso a llorar también. Me pidió perdón, me dijo que había sido todo su culpa, y yo le decía: ‘¿Pero qué va a ser tu culpa?’. Me dijo que lo sentía por mis estudios, que no me lo merecía, le intenté tranquilizar y le dije que yo tampoco estaba a gusto con esto pero que él no tenía la culpa de nada. Y ya se tranquilizó un poco y estuvimos hablando” (1-M).*

*“Estábamos los dos juntos haciendo el test y cuando vimos positivo, él se me quedó... Cuando vio que ya a mí se me saltaban las lágrimas se me quedó mirando y me dijo ‘¿A ver? Es que ya lo sabíamos que podía pasar’. O sea él se lo tomó más tranquilo, para él fue como muy fácil ¿sabes? Que luego lo piensas y dices ¡joder! es que ellos no pasan ni el parto ni... Pasan del embarazo ¿sabes?” (18-M).*

El asunto cambia cuando el embarazo deriva de un encuentro ocasional, fuera del noviazgo. Como hemos visto anteriormente, existen casos en los que las adolescentes no tenían vínculos sentimentales con el padre de sus hijos, más allá del contacto sexual que las llevaron a embarazarse de forma no intencional. En estos casos, ellas saben que ese hombre no se hará responsable del hijo que esperan y tampoco lo desean porque no existe ninguna relación entre ellos. Sin embargo, sienten la obligación moral de informarles sobre ese embarazo y, como se imaginaban, ellos no se declaran disponibles para el cuidado de ese niño.

*“Pues yo decido contárselo porque claro había una opción que era no contárselo, porque no lo iba a volver a ver en mi vida, de hecho no sé absolutamente nada de él a día de hoy y han pasado casi tres años desde que se lo dije. Pero yo no me podía sentir bien no diciéndolo porque aunque yo no esperara respuesta por su parte, porque no éramos absolutamente nada y por tener un hijo no quería que él se convirtiera en mi pareja, yo no podía... o sea, más que nada quería ser sincera con mi futuro hijo y no contarle historias como que se había muerto y eso... Entonces pues yo decidí contárselo y claro él no se lo esperaba para nada, y tal cual me dijo que no se hacía responsable” (22-Z).*

*“El chico este tenía un problema con las drogas y con el alcohol entonces yo estaba un poco asustadilla, fui ahí con dos amigos a decirselo por si acaso él reaccionaba mal y su reacción fue ‘me quieres joder la vida, me quieres sacar el dinero’” (7-M).*

De igual forma que las propias jóvenes y su entorno familiar, para sus amistades la noticia es una sorpresa. Su reacción concuerda con la percepción de que ser madre a una edad tan joven como la de nuestras entrevistadas es un evento perjudicial para sus vidas. El llanto, el estupor así como la insistencia en no dejar los estudios y recurrir a una

IVE dan cuenta de la idea que tienen sobre el embarazo adolescente: no es una buena noticia, sino una especie de maldición.

*“Muchos nervios, no sabía cómo decirlo y estábamos riéndonos y se lo solté así brutaemente y se quedaron así, me miraron y se pusieron a llorar. Yo les dije: ‘no lloréis porque ya no sirve de nada’, y ya les expliqué todo y me dijeron que iban a estar para todo lo que necesitara siempre, y que los estudios que por favor, no los dejara” (1-M).*

*“Todos bien, cuando se lo conté bien, pero sí que es verdad que obviamente si lo hubiese dicho con más meses de margen y hubiera tenido la posibilidad de abortar pues no te digo el 100% pero supongo que el 80 % de mis amistades o el 70% me hubiera dicho que abortara” (22-Z).*

*“Mis amigos lo supieron, pero no por mí, fue mi mejor amigo que como todos estaban fumando lo soltó así sin más ‘¿Pero cómo se os ocurre fumar? ¡Es que está embarazada!’ Mira, no creo que haya habido cara de pasmo más grande que la de mis amigos en ese momento, todos. No sabían si reírse, llorar o decir ‘a ver, me estas vacilando’” (7-M).*

#### **4.5.4 IVE impracticable y adopción inviable: “¡me lo quedo yo!”**

En coherencia con sus reacciones y con la percepción que se tiene del embarazo adolescente, las chicas que ven su maternidad únicamente como un problema piensan con detenimiento en la posibilidad de practicar una IVE. La llegada de un hijo en la etapa vital que están atravesando les complica la existencia en todo sentido y por eso el aborto, según su lógica, les proporcionaría la posibilidad de retornar a la normalidad rápidamente.

*“Nunca me había pensado el tema de abortar, yo siempre he sido un poco radical... pero cuando vi el positivo en el test la verdad que me sentí agobiada, sí que se me pasó por la cabeza abortar, en un instante, porque nada más que pensaba en los estudios, en que ¿qué voy a hacer? Ni él trabajaba, ni yo, estábamos en verano, yo iba a empezar las clases a la semana después de venir de la playa” (18-M).*

Tal como lo narran nuestras entrevistadas, ya sea por iniciativa propia o por sugerencia de los familiares, el aborto era la primera opción y estaban totalmente dispuestas a hacerlo. Aunque en algunas ocasiones reciben presiones de los dos lados, tanto para tener al hijo como para no tenerlo, la decisión final no la toman ellas: son las circunstancias temporales y médicas sobrevenidas las que las obligan a continuar. Sus intenciones fueron las de interrumpir la gestación, pero el tiempo de embarazo que ya llevaban les impidió optar por esa solución. Otra opción hubiera podido ser la adopción del niño pero, tal como los subrayan las participantes en otras narrativas, ellas no la contemplan en absoluto.

*“Mis padres me dijeron ¿tú qué quieres hacer?, y yo dije ‘abortar’. Y ellos en plan de pues sí te apoyamos. Fui a la clínica de abortos y fue cuando me hicieron la ecografía y*

*me dijeron que no podía abortar porque estaba a más de 4 meses. Y yo me quedé en plan de '¿qué? ¡Es imposible!' Y allí me dijeron que había una trabajadora social para sí quería hablar con ella de las opciones que tenía, por ejemplo me dijeron que lo podía dar en adopción. Pero eso sí que no, eso lo tenía muy claro, si lo tenía no lo daba en adopción, si lo tenía iba a ser mío y de nadie más" (22-Z).*

*"Mi madre quería que abortara. Entonces cuando llegué al hospital, mi madre dijo 'pero ¿puede abortar?' Y la chica 'se puede abortar hasta las 20 semanas'. Yo estaba de 25, entonces ya no podía y si lo hacía tenía que ser en una clínica especial. Yo estaba muy confundida pensaba que abortar era lo mejor, pero mi pareja no, él me dijo 'como abortes para mí estas muerta'... era peor porque en realidad a mí nunca se me había pasado por la cabeza la posibilidad. Y tampoco quería darlo en adopción... era algo mío, no quiero darlo a alguien, otro, así, sin más" (25-Z).*

Además de lo anterior, también está un caso en que la protagonista ya ha pasado por la experiencia del aborto y ante un segundo embarazo la elección esta vez es llegar hasta el final:

*"Era mi segundo embarazo y ya había pasado una vez y después de haberlo abortado como que no, me sentía súper mal... O sea, dije 'prefiero tenerlo y así tengo una experiencia de ser más responsable conmigo misma'. Por ejemplo, ahora mismo yo no pienso tener otro más porque es bonito y todo pero muy... muy difícil" (13-M).*

#### **4.5.5 Cansancio y tantas lágrimas antes y después del parto**

Poco a poco estas chicas ven transformarse sus vidas con la asunción de muchas tareas que no saben bien cómo y con qué fuerzas enfrentar. Desde el principio de esta experiencia no se sienten listas y tampoco motivadas: la inseguridad crece y, con ella, el cansancio –físico y mental– que las desborda.

*"Como ya empecé a ir a todas las visitas médicas: centro de salud, tocóloga y tal... Entonces sí que cambió mi vida, cambió mucho. Además con el tiempo el cansancio ya era mucho mayor. Quieras que no. Y yo siempre he tenido resistencia, pero se nota mucho, o sea los pies sobre todo me acuerdo que los tenía hinchadísimos y estaba harta de todo aquello" (22-Z).*

*"Me pasé tres días llorando sin querer hablar con nadie, porque mi familia se iba enterando y querían hablar conmigo. Yo no quería hablar con nadie, hablaba poco porque no quería hablar. Mi madre no me dejaba ir sola al baño, no sé de qué tenía miedo, eso me lo confesó más tarde. Es que yo estaba mal, no sabía cómo enfrentar todo y contarle a mis amigos, a la gente cercana a mí. No estaba lista para eso" (1-M).*

*"Es que era muy difícil con mi novio y su familia, a ver, yo estaba en su casa y su mamá le metía ideas machistas de mí, de que yo tengo que hacerlo todo, yo tengo que cocinar, que limpiar, que cuidar a la niña, yo... todo, ¿me entiendes? Y cuando él venga del*

*trabajo, yo atenderle como un rey. Y pues no, era como un cambio radical para mí, o sea yo era joven y ya me veía... me sentía presionada para ser que sé yo... ¡señora!” (13-M).*

Hay muchas lágrimas durante el embarazo y después del parto: son lágrimas de alegría, de miedo, de incertidumbre, de felicidad, es decir, una fuerte intensidad y variedad emotiva que les hace ser conscientes finalmente de la responsabilidad que tienen en sus brazos.

*“Lloré porque me dio como mucha emoción y me di cuenta de todo. La vi así tan chiquitita y dije: ‘¡Ais!’, y le dije a mi padre que por favor que viniera mi novio porque joder, no sé, era una cosa que necesitaba tenerle al lado. Y vino, me tocó y me dijo: ‘¿Estás bien?’ y le dije ‘Bueno, asustada’, y dice: ‘Yo también, tú tranquila que ya ha pasado todo’. Y ya vinieron todos a verme y pues yo emocionada...” (1-M).*

*“Cuando tuve a la niña no me lo podía creer... aunque en el momento tengas mucho dolor es algo muy bonito. Tener a alguien tan pequeño al lado tuyo que te mire. Incluso ella y mi primera hija cuando nacieron sonrieron, no lloraron. No sé, es algo que tu también lo ves y te quedas alucinado de ver algo que ha nacido de ti, es una mezcla de todo, pero es algo muy bonito” (14-M).*

*“A lo primero no sentí nada. Me lo sacaron, me lo pusieron y sentía como una cosa rara pero no... Sí me eché a llorar pero en esos momentos no sabía lo que sentía. Es que era una sensación rara, no sabría explicar pues sentí mucho amor pero solo lloraba y ya está, estaba tan cansada que no te puedo decir qué sentí... o sea cansancio” (25-Z).*

#### **4.5.6 Las dificultades (personales y estructurales) para adaptarse al rol materno**

Con el paso del tiempo estas jóvenes comienzan a adaptarse a su nuevo rol de madres. Además de hacerse cargo de sus hijos, a menudo acompañadas por alguien de confianza (sobre todo de sus madres), ellas van aprendiendo a compaginar diversas actividades a la vez. Como primer paso, se preocupan por no desatender sus compromisos escolares ya desde cuando regresan a casa del hospital con el recién nacido. Ir a la escuela no solamente es una obligación que es importante atender, tal como lo habían acordado con los padres antes de que llegara el niño, sino también es una ocasión para mantener la continuidad de su trayectoria formativa y para establecer ciertas rutinas que les permitan salir de casa, encontrar gente y dedicarse a otros asuntos que no sea únicamente cuidar a su bebé.

A pesar de estas buenas intenciones, y del apoyo de sus familias, continuar con los estudios es una empresa muy difícil de solventar. Pocas veces lo consiguen, con el objetivo mínimo de finalizar la ESO, pero el esfuerzo es grande. Con más frecuencia se les hace imposible seguir estudiando porque la disponibilidad de sus progenitores no basta y el padre de su hijo está ausente o no les ayuda en sus intentos de conciliación.

*“Iba a hacer Bachiller pero, claro... bueno, me quedé embarazada, me enteré que me había embarazado y no pude hacerlo. Y retomarlo después del parto, imposible” (13-M)*

*“Es difícil porque por ejemplo a veces mandan una cosa para el día siguiente, y así es muy difícil para mí, porque suelen ser cosas para la siguiente semana, entonces yo me voy organizando, o sea me tengo que organizar... Además no dejo que me traten distinta en la escuela, yo quiero que me traten igual, quiero sacarme el curso como se lo han sacado los demás, con más dificultad sí, pero sin ayudas especiales...” (1-M).*

*“Él (su novio) quería tenerlo, pero yo no porque... yo todavía quería estudiar bachiller. Porque a mí me gusta estudiar, solo que ahora no puedo por la niña porque, ¿quién se queda con la niña?” (18-M).*

Compaginar los estudios con el puerperio es más complicado si tampoco cuentan con el apoyo de las instituciones escolares. Cuando los centros educativos les dificultan la continuidad con su formación, ya desde los meses más avanzados de embarazo, nuestras entrevistadas se sienten aún más solas, se dejan abatir fácilmente y temen que su destino quede marcado para siempre con el lema que nos reproduce una de ellas: “madre adolescente desafortunada y condenada a romper con su vida y con su futuro”.

*“Siendo un colegio católico, privado y muy estricto, yo les comuniqué que estaba embarazada, y ellos me dijeron que no pasaba nada, eso en enero, a finales de marzo me avisaron de que yo el 1 de abril tenía que estar dada de baja del colegio... el curso lo acababa en abril y hacía la selectividad en mayo. Me dijeron ‘no, que es que no puedes seguir cursando, das mala imagen al centro... y es que no te puedes presentar por el centro en estas condiciones a la selectividad’. Les dije de presentarme en septiembre a la selectividad y a los últimos exámenes, pero nada, al final y me lo invalidaron todo... después de eso no he podido retomar los estudios” (7-M).*

*“Yo estaba estudiando todavía y me costó mucho seguir. Estaba en 4º de la ESO. Terminé 4º y ya justo tuve a la niña... lo tuve que dejar porque no podía hacer las dos cosas, estuve como hasta el año con ella y ya pues a trabajar. No he podido retomar los estudios porque no he tenido la oportunidad, mis padres me han ayudado mucho también, pero era difícil” (14-M).*

A estos propósitos, durante las entrevistas ellas dirigen una petición particular hacia las instituciones que podrían facilitar esta conciliación e impulsar su emancipación económica y residencial. Conseguir una plaza en las guarderías públicas les permitiría continuar sus estudios, sin necesidad de molestar a sus familiares para que estén vigilando a sus hijos, y con la expectativa de tener una mejor preparación para su entrada al mercado laboral; asimismo, precisan de más ayudas a la vivienda que estén dirigidas a casos particulares como los suyos. Entre todas las participantes en la investigación, las chicas de este marco interpretativo son las que más insisten en peticiones de este tipo. En su opinión, su adaptación al rol materno está condicionada negativamente por la falta de estructuras de apoyo que sean eficaces y accesibles. Además, ellas señalan que

su situación se complica paradójicamente por las circunstancias que están viviendo: por un lado, no pueden acceder a las ayudas de guardería o de vivienda porque siguen viviendo en casa de sus progenitores; por otra parte, según sus perspectivas, reconocen que es insostenible salir del hogar familiar sin esas mismas ayudas. En este escenario, se dan cuenta de que la maternidad adolescente, y sus casos en particular, está completamente desatendida por las políticas de conciliación actualmente en vigor.

*“No tengo ninguna ayuda, pero me hace falta sobre todo las de la guardería. Si eres madre adolescente no trabajas, si no trabajas no te dan puntos para meterte en una guardería. Entonces, ¿qué se supone? ¿Que yo tengo que estar con mi niña todo el día en casa? ¿Que no puedo seguir estudiando, que no puedo seguir trabajando, que no puedo hacer nada porque no me dan puntos para las guarderías? O que me pague una privada, si voy justa económicamente porque soy joven y sigo estudiando, ¿tengo que pagarme una escuela privada? Eso es sobre todo lo que me ha parecido peor.” (1-M)*

*“No puedo recibir ninguna ayuda porque vivo con mis padres, ellos son los que me mantienen a mí, a mi hijo y al padre de mi hijo... y así es que no puedo hacer nada, ni salir de casa, ni ponerme a trabajar... nada” (25-Z).*

Tales circunstancias impactan en los significados que ellas atribuyen a su adaptación al rol materno. Estas ocho entrevistadas, como todas las demás integrantes de nuestra muestra, en ningún momento se arrepienten de haber tenido a sus hijos, más bien lamentan las condiciones en que deben hacerse cargo de ellos y se quejan porque no consiguen desplegar sus compromisos de crianza y cuidado como realmente les gustaría y les convendría. Por tanto, lo que más les frustra es la experiencia de la maternidad tal como ellas la están viviendo, más que ser madres (Donath, 2015). Quieren a sus hijos y no se sienten inadecuadas para la asunción de esa responsabilidad, aunque hubieran preferido no tenerlos tan pronto, no perder su libertad y sentirse más apoyadas socialmente en los retos que les supone.

*“Pues a ver mi plan la verdad es que yo en la cabeza sí que tenía volverme aquí o igual pues echar plaza para Madrid porque en Madrid sí que había comunicación audiovisual, también quería irme a estudiar fuera interpretación, no aquí. Realmente yo... o sea en el hipotético caso de que no hubiera tenido a mi hijo, a no ser que no hubiera seguido estudiando, no me hubiera quedado... me hubiera ido de aquí, no estaría en Zaragoza (...) Yo me he esforzado, quería eso, o sea... es difícil hacerlo todo” (22-Z).*

*“Vamos yo no cambio por nada haber sido madre joven, pero por nada. No me imagino ahora tener 40 años y tener un hijo... pero ¡hostia! yo qué sé la sociedad de hoy en día... pues eso: estudia, ten tu pareja, ten un trabajo estable, ten una casa estable y después ya plantéate tener los hijos. Viaja porque con los hijos no vas a poder viajar. Esos comentarios sí que los he tenido que escuchar mucho... y al final calan, porque sí es cierto que es más difícil hacer todo eso con un hijo a cuestas” (25-Z).*

*“Yo no quiero que él (el padre de su hija) se acerque a la niña, porque va a venir y va a arruinarle la vida, o sea a mí me ha... no me ha arruinado la vida, pero me ha puesto un impedimento en el camino, que yo a día de hoy no he sido capaz de superar, o sea yo el tener que dejar mis estudios a día de hoy con 23 años no he sido capaz de superarlo, no he sido capaz de retomarlos, entonces bueno, yo a mi hija la quiero más que a nada en el mundo, pero es cierto que sin ella hubiera tenido una vida diferente, pero bueno me ha traído muchas cosas buenas, mi hija, él no, ninguna...” (7-M)*

La consecuente frustración que deriva de esas circunstancias debilita la dimensión emocional de la maternidad y, a su vez, conlleva otros tres efectos negativos: en primer lugar, pone en riesgo el desarrollo normal del apego materno; en segundo lugar, aumenta su dependencia de los demás, delegando las labores de crianza a otras personas y familiares; y finalmente se dejan llevar por una actitud pesimista, de renuncia y muy apática con respecto a sus vidas. Una vez que ya ha llegado el niño, entienden que asumir la maternidad en la adolescencia ha sido una “decisión mala”, en lugar de ser una “decisión diferente”. Esta convicción puede reducir notablemente su motivación y serenidad. Sienten que sus preocupaciones y sus necesidades no están siendo atendidas como quisieran porque entienden que son problemas urgentes para los demás. De esta cuenta, poco a poco acaban aislándose de su entorno, obviando cualquier intento de solicitar o buscar un apoyo que esté más allá de su red informal de familiares y amigos (Ellis-Sloan, 2014b).

Mientras que sigan sintiéndose impotentes ante las instituciones y dependientes de los apoyos de sus madres, estas entrevistadas seguirán interpretando su maternidad temprana como un elemento desestructurador de sus equilibrios vitales. Por tanto, a falta de los recursos idóneos para mejorar su situación, están convencidas de que seguirán viendo su bienestar individual y sus proyectos de emancipación afectados por la existencia de unos hijos que ellas aman con toda su alma, pero que nunca realmente han querido tener, y menos aún en esas condiciones.

## **4.6 Sexta narrativa**

*“La maternidad como causante de la consolidación de la pareja”*

En este marco interpretativo recuperamos 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 de adaptación, los dos deciden empezar un proyecto de familia juntos, también por las presiones recibidas por parte de sus padres.

Desde esta perspectiva, la maternidad adolescente 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 adecuada y 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. De esta manera, el problema que supone 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 y de largo alcance para constituir una familia independiente, con un reparto tradicional de las tareas de cuidado y una dedicación plena de la madre a la crianza infantil.

*Tabla 11: Adolescentes que viven la maternidad como razón para consolidar su noviazgo*

Código	Ficha personal
5-M	20 años, española de origen colombiano. Tuvo a su hija a los 16 años, con su primer novio, un español de 19 años. Se casaron a raíz del embarazo, sin embargo no viven juntos. Su esposo reside en Andalucía por motivos de trabajo y ella en Madrid con su hija, su cuñada, el novio de ésta y su sobrina. Interrumpió sus estudios cuando se embarazó y consiguió retomarlos para finalizar el Bachillerato. Ha trabajado como empleada de hogar pero actualmente está desempleada.
20-Z	21 años, española. A los 19 años tuvo a su hija con su novio ecuatoriano de 28 años, que no ha sido su primera pareja sexual. Vivían juntos antes del embarazo y siguen manteniendo su casa independiente ahora con su hija. Ha terminado el Bachillerato y actualmente está estudiando un grado de Psicología por la UNED, aunque ha sido difícil no ha interrumpido sus estudios. Trabaja en el hostel de sus abuelos junto con su pareja, no tienen problemas económicos pero aspiran a tener otro trabajo en el futuro.
21-Z	21 años, española de origen ecuatoriano. Tuvo a su primera hija a los 14 años con su novio ecuatoriano de 18 años, él no fue su primera pareja sexual. Tiene dos hijas de 3 y 6 años. Vive con ellas y con su pareja. Cuando se embarazó dejó de estudiar, en ese entonces hacía el primer año de PCPI. Ha realizado varios trabajos puntuales, ahora no trabaja.
24-Z	26 años, española de origen ecuatoriano. Tuvo a su primer hijo a los 17 años con su novio español y primera pareja sexual de la misma edad. Tiene dos hijos de 9 y 4 años. Vive con sus hijos y su pareja. Interrumpió sus estudios por el embarazo, pero ha conseguido retomarlos: ha finalizado el PCPI, ha terminado el primer año del Grado Medio de peluquería, belleza y estética y actualmente está cursando la ESO en la escuela para adultos. No trabaja porque su pareja le ha pedido que se dedique al cuidado de los niños.

*Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas*

#### **4.6.1 El primer amor y un embarazo por descuido**

En este marco interpretativo encontramos las historias de cuatro adolescentes que terminan su infancia y transitan hacia la juventud manteniendo unos comportamientos sanos, dedicadas principalmente al estudio y a la diversión, sin referir ninguna conducta

de riesgo, y proceden de familias donde la relación con sus progenitores es armónica. Han sido educadas desde pequeñas a cuidar del hogar y siempre han sido responsables en sus tareas domésticas. La maternidad no ha ocupado nunca una posición prioritaria en sus planes, por lo menos para el corto plazo.

*“Mi vida era una vida media. No tenía mucho ni tenía poco. Estudiaba, tenía mis amigas, o sea normal... salía de vez en cuando, ayudaba en casa, poco más” (5-M).*

*“Yo era normal tal vez un poco... digamos diferente por todo lo que he pasado con mi familia, que me ha tocado cuidar mucho de mis hermanos (son 7) era como siempre que los tenía que cuidar yo, hasta con mi hermana (que se embaraza a los 14 años) y yo ya era mamá. Pero estaba bien o sea no siento que tuviera muchos problemas” (24-Z).*

Tres de los cuatro testimonios aquí recopilados son de chicas españolas de origen latinoamericano. Ellas hacen hincapié en este dato porque desde la infancia han estado en contacto con sus respectivas comunidades de migrantes e instaladas en las ciudades donde residen. Sin embargo estrechan las amistades más significativas y empiezan a relacionarse con los chicos, independientemente de su nacionalidad, hasta llegar a encontrar sus primeras parejas en breve tiempo. El ligamen con esos novios es intenso desde el principio de la relación: nos cuentan que la fase de primer enamoramiento les ha ayudado mucho para su crecimiento personal y para ir pensando, por primera vez, en un estilo de vida distinto a lo que llevaban en sus familias. Como hemos señalado en otras narrativas anteriores, estas chicas oficializan sus relaciones de pareja pronto, con la intención de mantener un emparejamiento que fuese exclusivo, sincero y duradero. Con estas premisas les resulta natural hablar de futuro con sus novios, teniendo en cuenta también que ellos son unos años más grandes que nuestras entrevistadas.

*“Nos conocimos cuando yo tenía 13 años y él 16-17, siempre andaba entre el círculo de amigos con los que yo salía, después empezamos a ser amigos y tal... entonces pues ya lo iba conociendo más y empezamos ya luego a salir (...) Ya había salido con alguien más pero él fue mi primer novio formal y ya se quedó conmigo” (21-Z).*

*“Tuve algún noviete antes, pero el más serio fue él, el primero... y el único. O sea, serio como ya con planes de futuro, con los otros era lo típico, quedaba de vez en cuando con la pandilla de amigos... o sea, me lo tomaba en serio y eso pero tampoco les veía con plan de futuro. Con él ya como lo veía más maduro, más edad, pues con él hacía planes de vivir juntos, no tan pronto, pero hablábamos... con él hablaba ya de futuro” (20-Z).*

*“Yo desde el momento que nos dimos el primer beso quedé enamorada... pero enamorada perdida. Él sí que era un poco más loquito pero yo era así, muy enamorada, y él era como más... grmpff... pero yo no” (5-M).*

Una vez que se confirman a sí mismas que su noviazgo no es efímero y tampoco pasajero, se fían de sus sentimientos, y del hecho de que son correspondidas, para mantener prácticas sexuales con escasa o nula protección, o con gran descuido en el uso de los

métodos anticonceptivos. Aún cuando la relación es fuerte en ese momento, no hay ninguna intención de procrear por parte de ambos. Sus conductas tan descuidadas e incluso negligentes son contradictorias y hacen precipitar la situación.

*“Yo estaba tomando pastillas anticonceptivas, las tenía que tomar todos los días, pero justo estaba con el estómago revuelto y vomitaba la pastilla... pasaron los meses y yo dormía mucho, estaba muy cansada... y no sé me dio por hacerme la prueba y era eso (estaba embarazada). O sea no fue esperado porque yo me estaba cuidando, pero bueno, hubo un error con las pastillas y vino. Pero bueno, lo afrontamos; no era el plan para nada, porque quería terminar los estudios y todo... pero bueno” (20-Z).*

*“Yo siempre pensé que era necesario utilizar el condón... pero con él al principio sí y a veces no.... a ver, sí que hubo varias veces que lo hicimos en plan sin preservativo ¿sabes? Pero como no había pasado nada pues quizás fue por eso que dijimos mira no pasa nada, lo que sea. Y pensamos que no pasaba nada hasta que pasa, vamos...” (21-Z).*

A pesar de su conocimiento sobre la importancia de los métodos anticonceptivos modernos y de la amplia disponibilidad a su alcance, sorprende un poco cómo estos y estas jóvenes condicionan sus prácticas sexuales a unas creencias que no tienen ninguna base médica. Al intentar justificar su actitud, ellas mismas reconocen haber sido mal influenciadas por sus amigas y haberse dejado llevar por una cierta ingenuidad.

*“Nunca usé nada. Yo desde que recuerdo, yo jamás me cuidé. Hombre, era dentro de mi inocencia... pero no tan inocente, yo sabía lo que hacía, pero no me cabía en la mente el poder yo quedar en embarazo, nunca, nunca. Es que también las amigas te dicen mucho que cuando tú terminas (de tener relaciones sexuales) si tú vas al baño y orinas, no pasa nada. Y eso, yo terminaba, iba al baño, orinaba y decía ‘Ah, ya’. ¿Entiendes?” (5-M).*

#### **4.6.2 La disponibilidad del novio y el empuje de los progenitores**

Sus descuidos no les hacen imaginar que podrían estar embarazadas, hasta que empiezan a surgir los síntomas más evidentes, como la ausencia del período menstrual. No acuden a los centros de salud porque minimizan los riesgos que han tomado. Pero su intuición las lleva a hacerse un test de embarazo, que al ver el resultado positivo no deja de asombrarles. Buscan enseguida auxilio y consuelo en otras chicas, amigas, coetáneas, hermanas y su primera preocupación es encontrar las palabras adecuadas para contárselo a sus progenitores.

*“Es que no me había dado cuenta, ni nada. Mi hermana, la mayor, me decía que dormía mucho, y un día me dijo ‘¿No estarás embarazada?’ Y realmente no lo había pensado. Entonces ella compró el test de embarazo y lo hice, fue ella la que vio el resultado porque yo no me atrevía. Cuando me dijo que sí que estaba me quedé así, en shock total. Lo primero que pensé es en cómo se lo iba a decir a mi madre y después a mi novio... bueno al final mi hermana lo llamó y se lo contó” (21-Z).*

*“Como tenía algunos síntomas me puse a pensar una tarde y me compré la prueba, al día siguiente la hice, y pues me quedé en shock, no sabía qué pensar. Me empecé a imaginar ‘¿y ahora qué hago?’, porque estaba estudiando. Es que quedé en blanco. Enseguida llamé a mi mejor amiga y le dije: ‘Y, ¿ahora cómo le digo a mi mamá?’. Fue lo primero que pensé” (20-Z).*

Sus parejas reaccionan positivamente cuando reciben la noticia. Están contentos y demuestran inmediatamente su disposición para enfrentar junto a ellas la pronta conversión en padres. Es interesante notar, en estas historias, que ya durante el primer impacto de la novedad no se explicitan tensiones con los novios: para ellos lo prioritario es asegurarles tranquilidad y confianza, demostrar que están pendientes de todo lo que va a pasar y darles pruebas del ligamen afectivo que los une. Sin duda la sorpresa es grande también para ellos, pero la proyección mental hacía la paternidad no tarda en manifestarse, verbalizarse y confirmarse.

*“Cuando llegó se lo dije. Él se quedó... Ya te digo, esos días coincidió que estábamos mal. Entonces no dijo nada, nos quedamos callados, entonces esa noche me fui donde mi madre. Pero ya al día siguiente me llamó, que estaba muy contento, yo también, entonces ya... ya todo bien. Fue un momento de shock porque estábamos mal esos días y eso, pero ya como lo vi a él también animado y contento, pues ya a mí también me alegró. Pero yo ya había decidido tenerlo aunque él no hubiera querido” (20-Z).*

*“A él lo vi muy emocionado. Lo vi que estaba feliz en plan ‘ay que guay y no sé qué’... no sé qué pensaba él, pero yo seguía preocupada, o sea, casi más contenta por él que por mí (...). Porque él podía decir quizás que sí o que no pero la que lo iba a tener iba a ser yo. Quizás a él no le iba a afectar tanto porque seguiría teniendo su vida. En cambio yo pues sí, mi vida cambiaba porque era yo quién tenía a la niña en mi tripa. Los cambios, todo era para mí” (21-Z).*

Con los progenitores es distinto, sus primeras reacciones son muy emotivas y para nada buenas: se preocupan mucho porque las consideran “demasiado jóvenes” para ser mamás, piensan en la salud de sus hijas y en el riesgo de que ellas ya no puedan cursar sus estudios regularmente, indagan sobre la identidad del padre y les preguntan cómo van a solucionar este asunto.

*“Mi familia tuvo muy mala reacción. Mi abuela igual se puso mal, lloró y tal. Me dijo qué por qué me había quedado embarazada y demás, que era muy joven, que eso te cambia la vida” (24-Z)*

*“Mi madre mal se lo tomó. Dice: ‘Y los estudios, y ¿qué vas a hacer?’. Se puso a llorar, mal, mal, mal. Y con los días estaba un poco... estábamos así... después me aceptó la decisión de que lo tuviera, pero en ese momento no estaba contenta para nada” (20-Z).*

Los progenitores empiezan a pretender de ellas más disciplina, atención y coherencia en sus comportamientos, además se les exige que renuncien a su tiempo libre, que

se cuiden más y mejor y que se pongan a buscar un trabajo. Nuestras entrevistadas entienden estos planteamientos como un reproche por lo ocurrido y un reclamo urgente para que aprendan a ser independientes rápidamente. Los ritmos se aceleran en casa y aunque las neogestantes estén apoyadas por sus familias, las presiones para que piensen en su futuro se vuelven cada vez más insistentes. Incluso decidir sobre la continuidad del embarazo es una prerrogativa de estas chicas, porque se entiende que ellas ya han saltado al mundo de los adultos y pueden (y deben) tomar decisiones adultas. Sobre todo son las madres quienes las posicionan frente a una realidad que inevitablemente será de más sacrificios, más renunciaciones y más esfuerzos, sin la posibilidad de que sirva de algo ningún tipo de demora o remordimiento.

*“Mi madre me dijo que si esto había pasado y tal que yo ya era una persona adulta, ya sabía lo que hacía a pesar de que tuviera mi edad. Si me había metido a hacer este tipo de cosas, o lo que sea que, tenía que saber las consecuencias y que realmente ella no me iba a obligar a nada que yo no quisiera hacer. Que ella me apoyaría en lo que yo decidiera pero que tuviera muy claro lo que yo iba a decidir porque tener un hijo no es algo fácil” (21-Z).*

*“Mi mamá le dijo a él (su novio) que buscara un trabajo formal o que se ponga a hacer un curso, que estudie o algo... Entonces él lo tomó bien. Dijo que sí que él iba a buscar trabajo porque pues sabía la responsabilidad que se nos venía encima. Y a mí me dijo que ya era adulta, que se acaban las fiestas y ya tenía que ser como una adulta” (24-Z).*

Los progenitores mantienen un modelo tradicional con respecto a la división de las responsabilidades en el hogar entre hombres y mujeres, y se lo transmiten a sus hijas para que tengan una referencia bien clara de cómo debería ser su vida con la llegada del hijo. Pretenden también que sus novios compartan con ellas la responsabilidad de la situación y sus consecuencias presentes y futuras. Por eso, insisten en que la pareja formalice su relación, ya sea a través de la convivencia o del matrimonio, con la expectativa de que puedan llegar a construir una familia independiente lo más pronto posible. Esta insistencia explícita por parte de los progenitores es una característica distintiva de estas historias. Sin embargo, esas imposiciones a veces no son percibidas como las más adecuadas, en sus tiempos y formas, por parte de nuestras entrevistadas.

*“Le dije a mi papá ‘estoy en embarazo’ y mi papá se retiró de la mesa y se quedó callado. Y yo me puse a llorar de los nervios, y me dijo ‘¿Y de quién es?’ Se lo dije, y me dijo ‘¿Él va a responder?’ y yo ‘sí, va a responder, no hay ningún problema’ Entonces dijo ‘si va a responder no hay ningún problema, si usted está embarazada siga, que usted cuenta conmigo y con mi apoyo’. Por esa parte me tranquilicé y de verdad que mi papá me apoyó mucho. Mi madre me dijo ‘Se tienen que ir a vivir juntos, hacerse responsables ustedes dos de lo que hicieron’. Por ese lado, también fue muy duro para mí era como que tengo que salir de casa ya, salir corriendo como ‘Váyase, váyase’, por tener a mi hija, tener que salir corriendo así de la casa de mi mamá, para mí fue durísimo” (5-M).*

*“Sí, casi fue como querernos obligar a casarnos porque mi madre dijo ‘si vas a tener un hijo de este chico pues él tendrá que hacerse cargo de ti, del niño, de lo que sea. Yo voy a estar allí igualmente, yo siempre voy a estar allí pero...’ En ese aspecto los papás de él dijeron que también que sí. Hasta pues me sacaron los papeles y tal pero luego mi madre dijo que pues que si yo no quería pues que nadie me obligaba. Que podía estar con él pero nadie me obligaba para que me casara. Entonces yo dije que no, que yo no me quería casar y para él (su novio) estuvo bien” (21-Z).*

Por otra parte, acelerar la formalización del noviazgo no significa que la pareja decida ir a vivir juntos. De hecho, las modalidades de residencia que se presentan en estos casos son variadas: en un caso los novios se trasladan al hogar de la nueva familia política; en otros dos, las chicas y sus compañeros se comprometen ante sus respectivas familias en la asunción de su nuevo rol de futuros padres pero mantienen su residencia por separado hasta que nazca su hijo. El principal aporte que les brindan sus familias ahora es un lugar donde llevar una gestación tranquila, por lo menos hasta que la pareja consiga valerse con sus propios recursos y se traslade a vivir por su cuenta a otro piso.

*“Pues con él después de eso la verdad que el primer mes que estuvimos juntos, o sea que viví con él y tal, lo pasé muy mal, vivíamos en la casa de sus papas y pues mal. No nos entendimos ni nada y yo decidí dejarlo. Me regresé a casa de mi madre... seguíamos juntos pero no vivíamos juntos, yo pensaba que no, que era imposible con él” (21-Z).*

*“Yo viví con mi madre hasta poco antes de cumplir 19 años... o sea vivíamos juntos todos, mi pareja y yo, y cuando mi hijo tenía un año y dos meses nos mudamos pero siempre, siempre cerca de casa de mi madre, a veces hemos sido vecinas, así de ella estar en el segundo izquierda y yo en el segundo derecha” (24-Z).*

#### **4.6.3 Seguir adelante una vez que ya está montado un plan de familia**

En concordancia con el asombro y estupor que sienten una vez que reciben la confirmación de su embarazo, algunas jóvenes consideran la IVE para poner fin a los agobios que sienten. Bajo la presión paterna y materna, surgen en ellas muchas dudas sobre su capacidad para ser una “buena madre” por su joven edad y por la poca preparación que tienen. No obstante, a pesar de sus inseguridades y de las advertencias de sus familiares, deciden continuar con el embarazo, superando su desconfianza y apoyándose en el amor de su novio.

*“Pues al principio pensaba no puedo tener una hija. Digo ‘es que no sería una buena madre ¿qué voy a darle yo?’ Luego pensaba ‘pero si es que no la tengo y luego me arrepiento’. Muchas cosas... Y decía ‘soy muy joven, aún no he aprendido quizás todo lo que tenía que aprender para ser una buena madre’. O sea enseñarle cosas buenas, ‘pero si solo me gusta andar de fiesta, no puedo enseñar nada bueno a mi hija’” (21-Z).*

*“Yo tengo una hermana mayor y ahí, entre ellas dos (la hermana y la madre) me dijeron que si yo quería abortar... y yo le dije que no, que yo contaba con el apoyo de mi novio, estaba yo súper enamorada... y que no, yo voy adelante con mi embarazo y ella ‘Ay hija, piénsatelo, que estás muy joven’. Y pues con ellas mal, mi hermana a mí no me hablaba, mi mamá me hablaba porque nos cruzábamos en casa...” (5-M).*

A estas presiones se añaden las incomodidades en relación con su cambio corporal durante el embarazo y después del parto. Estas entrevistadas se centran mucho en su imagen estética y en el bienestar emocional que les produce cumplir con los cánones convencionales de belleza. Por ello, ver cómo su cuerpo se va transformando tiene efectos negativos en su autoestima

*“Otro tema que yo temía mucho es que a mí me salían estrías y mi mamá me decía: ‘Ay mira cómo te va a quedar el cuerpo, mira esto y lo otro’. Y es que también para mí fue, y aún lo es, es que marcó mi vida, porque yo antes de quedarme en embarazo... a mí me gustaba mi cuerpo... yo podía darme el lujo de ponerme una blusita cortita y tenía buen cuerpo. Y después verme así, más gordita, con una barriga llena de estrías... todo eso, yo ya no me siento cómoda ahí en la piscina...yo ya no me siento cómoda yendo a la playa... no me siento cómoda por las estrías, para mí es algo traumático” (5-M).*

*“Es que nosotras siempre hemos sido muy delgaditas y yo en ese tiempo pesaba como 50 kilos. Y me engordé muchísimo. Inclusive me dio depresión posparto. Tenía que ver con el hecho del cambio, de todo. O sea, de mi cuerpo, de cómo me veía” (21-Z).*

Ni la opción del aborto ni tampoco los desánimos por su nueva imagen física pueden revertir la situación. Pasa el tiempo y nuestras entrevistadas deciden continuar con su embarazo a condición de que sus parejas les acompañen en esta experiencia, estén con ellas y juntos se hagan cargo de sus niños. En la primera narrativa que hemos presentado el embarazo es descrito como una decisión voluntaria de las adolescentes que buscan intencionalmente con sus novios la llegada de un hijo para dar pie a sus deseos de formar una familia. En esta otra narrativa, el embarazo se percibe como un imprevisto que genera mucha preocupación en estas entrevistadas. A raíz de ello el proyecto de hogar con su pareja se plantea como una solución sucesiva, y de alguna manera reparadora, fuertemente impulsada por los progenitores para que los dos se hagan cargo de las consecuencias de sus actos, ayudándose mutuamente, y también para que el recién nacido sea recibido en un hogar seguro por sus padre y por su madre.

#### **4.6.4 La emoción del parto y las primeras pruebas para los jóvenes progenitores**

Una vez que está formalizado el proyecto de familia se relajan las presiones de sus propios progenitores y estas chicas pueden disfrutar más esa etapa. En particular, después de dar a luz, las atenciones y el cariño que reciben de su entorno marcan una diferencia notable con respecto a lo que han vivido durante los primeros meses de embarazo.

*“Mis principales apoyos fueron, al principio sobre todo mi pareja, mi suegra y mi mejor amiga. Después de la ecografía ya también mi madre, porque al principio ella no estaba muy de acuerdo, pero ya después sí, y todo bien. Pero fue cuando llegó mi bebé que nos querían todos, todos nos felicitaron, nos ayudaron” (20-Z).*

Las emociones que brotan en el momento del parto se sintetizan en una felicidad muy grande, como se refleja en sus relatos:

*“Una felicidad tenerla conmigo. Dije ‘Uff ya, por fin’. Porque siento como que nace ella, y ya no necesito que nadie me dé cariño, como que no sé, las dos... ya la tengo aquí, somos las dos y como si todos se quieren ir, no me importa, ya estoy con ella, está bien, está súper sana, el resto la verdad es que me importaba poco” (5-M).*

*“Sentí que había valido la pena todo lo que había sufrido en el hospital y en ese momento se me olvidó todo lo que había pasado hace unos minutos antes, y empecé a llorar. Me acuerdo que me lo pusieron aquí encima, empecé a llorar... O sea, fue algo súper bonito que no había sentido nunca” (21-Z).*

Tras haber retrasado la convivencia durante los nueve meses de gestación, la culminación del embarazo es el momento elegido para iniciar la vida en común, de acuerdo con lo que las chicas y sus novios habían acordado por indicación de sus progenitores. Con el hijo en brazos y una vez de regreso a casa, se pone a prueba la consistencia de esas parejas: la familia ya está constituida, ahora hace falta consolidarla.

*“Al salir del hospital, cuando yo llegué a mi casa, mi novio tenía toda la casa decorada. Me llevaron ramos de flores, todo fue bonito. Yo ya me tuve que ir a vivir con él, porque lo decidió mi mamá y él tampoco me puso problemas, él me dijo ‘sí claro, vamos a vivirnos juntos, yo quiero a mi hija y vamos a seguir con esto’. Y así estamos, ahora ya casados” (5-M).*

El cambio de residencia y el apresurado estreno como padre y madre primerizos, ponen nuevamente bajo presión a la pareja y no siempre la realidad se corresponde con sus expectativas. El cansancio y el desánimo les afectan enseguida: la llegada del hijo interrumpe su intimidad e influye negativamente en la estabilidad de su noviazgo. En particular, cuando las uniones están forzadas por el nacimiento de un niño, como en los casos aquí descritos, las jóvenes parejas no aguantan el estrés y acaban quebrándose por su inexperiencia y por no haber asimilado completamente los respectivos roles adscritos a la crianza de un bebé (Samuels et al. 1994). Si los emparejamientos no son previamente consolidados y libremente planificados por los dos, sino sobrevenidos por el embarazo, la probabilidad de que estas uniones y el proyecto familiar que comparten salten al poco tiempo de su paternidad es más alta que en las parejas más estables y más maduras con un recién nacido en casa (Delgado, 2011)

*“Volvimos a casa y eso, la casa bonita... felices. Y luego un poco fue jodido... Me fui un mes a vivir con él cuando nació la niña pero no funcionó. No estuvimos bien y volví con mi madre. Tanto esperar vivir juntos, para que luego pase eso...” (21-Z).*

A pesar de sus quejas referidas a las primeras dificultades en la convivencia, la ilusión de tener una familia propia se mantiene siempre presente en sus relatos. Algunas entrevistadas, con el paso del tiempo consiguen coordinarse mejor con sus novios y asentarse en el hogar. En su opinión, esto ha sido posible gracias a una labor cotidiana y fatigosa que les ha llevado a sentirse también más estables emocionalmente. A partir de entonces logran encajar mejor no solo en los roles de madre y de padre, sino también en los de compañero y compañera de vida.

#### **4.6.5 ¿El tiempo lo cura todo?**

Hace falta entonces tiempo para que ambos lleguen a entenderse y a funcionar como una familia. De esta manera, ellas implícitamente nos confirman que la llegada del hijo ha sido la razón por la cual decidieron invertir en su relación y conformar un hogar, y no viceversa.

*“Él ya trabajaba, tenía un trabajo fijo y yo hice un curso de hostelería. Y cuando lo acabé pues yo estaba más o menos bien ¿sabes? Y digo pues me gustaría tener mi espacio, mis hijas también necesitan sus espacios. Entonces fue cuando yo decidí ‘me voy a vivir, me quiero ir a vivir sola’. Y fue que él ya me dijo de vivir nosotros a parte en un piso con las niñas, y pensé que era bueno para que las niñas también tengan una estabilidad, vean más a su papá. Llevamos un año viviendo juntos y él también ha ido madurando y ahora pues ya bien, la verdad que bien” (21-Z).*

*“La relación de pareja también súper bien, mejor claro, el niño nos unió más. A pesar de que no era una planificación... pues al final estábamos contentos, lo aceptamos (...) Ahora sí me veo aquí, me veo en mi casa” (20-Z).*

Cabe destacar que desde el principio de la convivencia como familia, la distribución de las tareas del hogar y de los cuidados se organizan según los roles de género tradicionales: la joven madre se encarga de la crianza infantil y el chico asume por completo el rol de proveedor. En consecuencia, él se convierte en el responsable de la manutención y del sostenimiento económico del nuevo hogar, mientras que para ella va perfilándose el rol de ama de casa, entregada al bienestar del hijo, incluso cuando les toca combinar estas tareas con otras actividades de estudio o trabajo.

*“Soy yo la que tengo más responsabilidad sobre ella. Hay veces que él dice ‘vámonos a dar un paseo, pero vámonos ya’. Y vamos yo tengo que alistar todo lo de la niña, comida... y entonces me dice ‘Ay es verdad’, que yo no puedo salir corriendo de un momento a otro. O si salimos de noche, yo no puedo volver a las seis de la mañana porque mi hija a las ocho ya está despierta, o sea al otro día me espera alguien que me necesita... por andar rumbeando no voy a darle una mala atención a ella” (5-M).*

*“Hasta día de hoy lo sigo haciendo todo yo, así de claro, desde el principio a día de hoy. A partir de que me quedé embarazada, pues se supone que me tenía que ayudar un poco más, ya cuando di a luz dije ‘cuando empiece a trabajar nos repartiremos’ y él ‘sí, sí, nos repartiremos’. Pero no ha sido así, en eso es en lo que no estoy contenta. Por eso discutimos porque yo hago todo: me levanto por la mañana, la llevo a la guardería, me voy a trabajar, salgo, vengo, ordeno un poco todo, me voy a buscarla, vengo, estudio, la baño, hago la cena... Esos son mis días” (20-Z).*

*“La verdad es que yo sí que me planteé buscar trabajo, trabajar también y demás pero él me dijo que no, que no buscara trabajo, que trabajaba él. Que quería que cuidara del niño y demás. Que no quería por ejemplo que el niño fuera a guardería” (24-Z).*

Después de un tiempo, gracias a la posibilidad que les ofrecemos con las entrevistas para valorar su maternidad y su recorrido personal hasta la fecha, ellas lamentan haber tenido que renunciar a su adolescencia, posponiendo algunos de sus proyectos más queridos que se habían planteado para el futuro. La valoración que hacen de la maternidad es positiva porque se sienten bien, tienen fuerza y entusiasmo. Pero sus renunciaciones han sido muchas y grandes.

*“Mira que a pesar de que todo el mundo me decía ‘Te dañaste tu vida, tu adolescencia’. Bueno, en una parte sí, me perdí mucho. De poder salir, de poder estar con mis amigas... pero también me siento bien porque soy alguien joven, tengo buena energía para dedicarle a mi hija... tengo motivación, tengo energía, tengo ganas... aún tengo algo de la niña que llevo dentro y puedo compartir muchas cosas con ella” (5-M).*

*“Quizás desventaja es que no he madurado lo suficiente para ver unas cosas u otras. Y ventajas en que siendo madre joven vas aprendiendo más rápido. Y ahora por ejemplo mis hijas que ya van creciendo y puedo disfrutarlo más. En ese aspecto... en plan al yo ser joven pues puedo compartir con ellas más cosas o entenderlas quizás mejor” (21-Z).*

*“Bueno yo si pudiera, si retrocediera el tiempo atrás, pues no me quedaba embarazada tan joven. Pero a día de hoy no me arrepiento de haber tenido a mis hijos, no me arrepiento de nada de lo que he pasado. Porque a lo mejor si me hubiera quedado embarazada por ejemplo ahora (con 26 años) que ya soy madura sería distinto, porque a los 17 años quieras o no seguía siendo una niña, que a lo mejor tenía mis berrinches de joder mamá no puedo salir con mis amigas por tener que cuidar al nene’. Algunas cosas que a lo mejor ahora que tengo la edad que tengo, ya sé perfectamente las cosas” (24-Z).*



# QUINTO CAPÍTULO

## 5. ELEMENTOS TRANSVERSALES Y PUNTOS DE VISTA COMPARTIDOS EN TODAS LAS NARRATIVAS

En este capítulo elaboramos algunos aspectos destacados de las entrevistas realizadas alrededor de los cuales nuestras participantes han manifestado unos puntos de vista comunes. Son contenidos que consideramos transversales a las narrativas recopiladas porque todas ellas los comparten, aunque sea con historias distintas, y que no están estrechamente vinculados al planteamiento central de cada marco interpretativo. Se trata, en concreto, de unos determinados aspectos que no han sido explicitados antes y que nos ayudan a definir mejor la percepción y valoración de las experiencias que han tenido estas jóvenes madres.

En primer lugar, investigamos las prácticas de crianza desarrolladas después del parto, destacando el papel de las personas que intervienen en su apoyo. En segundo lugar, indagamos en el rol materno a partir de los modelos de referencia para su activación y desempeño. En tercer lugar, nos detenemos en las valoraciones que nuestras entrevistadas ofrecen con respecto a lo que significa para ellas “ser madre” y qué arreglos (emocionales y prácticos) han tenido que desarrollar para compaginar su maternidad con el proceso de transición a la vida adulta. Gracias a la explotación de estos puntos, complementamos y enriquecemos con detalles las seis narrativas del capítulo anterior, destacando aquí las similitudes, más que las diferencias, entre sus vivencias y juicios como madres adolescentes.

### 5.1 La activación del rol materno

Con el parto arranca una nueva etapa vital que todas nuestras participantes estrenan con el cuidado de sus bebés. Ellas coinciden en la necesidad de poder contar con apoyos calificados para atender a sus hijos y para tener garantizados también su seguridad y su bienestar durante los primeros meses de cambios y de adaptación a su identidad y a sus tareas como madres. Más específicamente, se refieren a las primeras semanas posparto, cuando tanto ellas como sus hijos pasan por un periodo delicado de conocimiento recíproco, construcción del apego y acomodo práctico del contexto familiar alrededor de las primeras demandas y rutinas cotidianas. Todo esto, no solo para garantizar la supervivencia del hijo y, en la medida de lo posible, su desarrollo óptimo, sino también para favorecer un ejercicio pautado y sostenible de los compromisos parentales a cargo de las neomamás.

Bajo un punto de vista psicológico esta fase es crucial en la transición a la maternidad para todas las mujeres que han pasado por la experiencia de un parto (Hidalgo, 1998),

aun más para nuestras jóvenes entrevistadas que no preveían su embarazo y que nos relatan su gran asombro y desorientación ante todas las responsabilidades que se les presentan. En su opinión, la vuelta a casa con el recién nacido es un momento muy delicado que es difícil de desempeñar en solitario. Esta cuestión es señalada también por algunas matronas que hemos entrevistado y por publicaciones específicas (Henríquez y Gil, 2012; Moreno et al., 2015) que llaman la atención sobre la importancia de acompañar y seguir de cerca a la adolescente para que asimile su nuevo estatus, active su rol materno y controle continuamente su estado emotivo, evitando así eventuales depresiones o crisis de pánico.

Es una fase intensa: estas jóvenes deben confrontarse con una dura labor de motivación, dedicación y conciliación, cada día. No todas las personas que están a su alrededor saben responder a sus peticiones de ayuda. Ellas manifiestan sus preferencias y sus criterios personales para decidir cuáles de sus acompañantes les inspiran mayor confianza para poder arrancar su conversión en madres.

### 5.1.1 Las mejores acompañantes: mamás y amigas

Estas chicas destacan el papel determinante que han tenido sus madres en el inicio de su puerperio. El acompañamiento les ha servido para saber cómo desenvolverse en aquellas atenciones imprescindibles que el recién nacido reclama: darle el pecho o tomar la decisión de darle el biberón, cogerlo en brazos para calmar alguna molestia y hacerle dormir, preparar el baño, cambiar el pañal, limpiarle, preparar la comida según sus necesidades, aprender a tener paciencia y reconocer el “tipo de llanto” del bebé, etc. Las madres (ahora neoabuelas) dan el ejemplo porque ya han pasado por esas experiencias, intentan no sustituir a sus hijas en las tareas de cuidado, más bien las socorren si están en dificultad, las tranquilizan y las animan a través de sus conocimientos expertos.

*“Mi madre, todo mi madre porque a mí me daba mucho miedo, y más que estaba pues dolorida, ¿no? Mi madre lo bañaba, lo cambiaba, lo aseaba, le daba de comer, a veces me lo ponía en mi teta, porque yo estaba todo el tiempo en mi cama, todo el tiempo tirada, no quería hacer nada, me sentía muy mal, y me ponía a llorar yo porque mi hijo no podía chupar teta y me hacía unas grietas ahí que me dolía un montón y mamá me agarraba la mano y me decía: tú puedes” (5-M).*

*“Mi mamá estuvo ahí en todo momento, ayudándome todo el tiempo, lo bañaba también porque, una cosa, a mí me daba un poco de miedo cogerlo, bañarlo y tumbarlo, ¿sabes? Que es una cosita así, tan chiquitita, que no sabes cómo cogerlo, y lo bañaba mi madre. Tengo un video de su primer baño con ella. Y tenía su ombligo ahí, estaba medio salido, a mí me daba mucho miedo” (8-M).*

*“Los primeros meses estábamos todo el rato en casa de mi madre. Mi madre se pidió una excedencia de un mes, entonces estaba con nosotras (...) Y a partir del mes, cuando mi madre regresó al trabajo, yo intentaba replicar lo que ella me había enseñado” (1-M).*

La madre asiste y ayuda con más asiduidad en esos primeros meses especialmente delicados para las adolescentes que acaban de dar a luz y que están activando su rol materno (Moreno et al., 2015). Con la madre a su lado, ellas instauran una dinámica de aprendizaje continuo para adquirir y aplicar aquellos conocimientos y destrezas que les permitan cuidar de sus niños de forma autónoma y segura. La clave para que funcione esa relación materno-filial es no ser juzgadas por lo ocurrido, por ejemplo en el caso de que el embarazo no fuera deseado, sentirse apoyada siempre y a pesar de todo, especialmente cuando sus madres habían pasado por la misma experiencia.

*“El mayor ejemplo lo tengo en mi casa. Mi madre con 15 años tuvo a su primer hijo, con 17 tuvo el segundo hijo, con 19 el tercero y con 25 a mí. De hecho mi madre lo primero que me dijo fue ‘No te puedo decir nada yo’ entonces yo me siento muy bien (...) Mi madre sabía lo que pasaba (que el novio la maltrataba), ha estado siempre a mi lado, siempre, si no era por ella... yo no me daba cuenta, ahora lo veo, claro” (2-M).*

*“Todo me lo enseñó mi madre, me ayudó un montón, es que yo la cogía y la quería bañar e igual me asustaba por lo que sea, me asustaba por todo. Y ella me lo enseñó todo, claro yo poco a poco fui aprendiéndolo todo, que si tienes que darle así después de comer, que si no sé qué... y así poco a poco fui haciendo todo yo solita” (27-Z).*

Cuando el embarazo no está planificado o es el resultado de una relación de pareja violenta, las madres desempeñan una doble función de apoyo: ayudan a sus hijas en todas las tareas prácticas de la crianza y les enseñan a ser pacientes y amables con sus hijos, poniéndose como canal de comunicación y mediación entre ellas y sus bebés y evitando que se le acerque el padre biológico, para no incurrir en nuevas violencias y no alterar el apego materno-filial.

Nuestras protagonistas a veces se sienten molestas cuando observan que sus niños captan más atención y cariño de los adultos a su alrededor. El recelo se añade a la frustración por tener un hijo no planificado y fruto (amargo) de una relación tóxica. En estos casos, la intención de sus madres, tal como lo interpretan las mismas entrevistadas, es mantener un cierto equilibrio para que ellas no desarrollen unos sentimientos de rechazo o repulsión hacia sus criaturas. Por ello, les exigen que se encarguen de los niños cuanto más tiempo y mejor posible, pero a la vez intentan bajar sus niveles de estrés y mitigar sus alteraciones humorales, con una labor cotidiana de conciliación emocional.

Las matronas y las trabajadoras sociales entrevistadas no ponen en duda la buena fe de estas madres-abuelas tan disponibles con sus hijas en su transición del embarazo a la maternidad. Una de las profesionales consultada y perteneciente a un Centro de Salud de Madrid nos describe la ambivalencia que conlleva el papel desempeñado por las mamás de las jóvenes neomamás: “El papel de la abuela es echar una mano, no es su obligación encargarse del cuidado de ese bebé. También es hacerlas ver a ellas (a sus hijas) que no den por hecho que se va a quedar la abuela con el bebé para que ellas puedan seguir su adolescencia como si no hubiera pasado nada (...) No quieren privar a sus hijas de esa adolescencia que de alguna manera se les ha quedado un poco corta

con ese embarazo, pero por otro lado quieren cargarlas de la responsabilidad que realmente tienen como madre que ha sido (...) Algunas son abuelas y madres con una diferencia de muy poco tiempo. Claro, la madre se queda embarazada con 40 y pocos años, tiene el bebé, y su hija a los seis meses se queda embarazada también. Entonces esas madres son abuelas, pero es que son madres y se sienten jóvenes... por eso lo comentaba antes, asumen ese bebé no sé si tanto como un nieto o como hijo. Porque claro, a nivel cronológico, biológicamente podría ser su hijo". No entramos en el mérito de las implicaciones psicológicas y afectivas que pueden conllevar esta ambivalencia, pero es indiscutible la participación de estas mujeres en lo que están viviendo sus hijas, sobre todo si no han elegido tener un hijo y si consideramos que el recién nacido se encuentra en una situación de completa dependencia y necesidad.

La presencia reconfortante de las madres no es el único recurso a disposición de nuestras participantes. Todas ellas destacan la compañía y la disponibilidad que han recibido de las amigas más queridas desde el principio del embarazo. Estas compañeras se ponen a disposición para animar a la joven en esta aventura y acompañarlas en las tareas de crianza: pueden sumarse a las ayudas proporcionadas por las madres o reemplazarlas, cuando las entrevistadas no cuentan con la cercanía y con la colaboración de una red familiar de apoyo (como es el caso de algunas participantes amparadas por la administración en residencias o en centros de acogida). En ambas situaciones resaltamos cómo se consolidan las relaciones afectivas y de confianza entre amigas, especialmente si éstas también ya tienen un hijo.

*"Mi amiga es lo mejor, es como una hermana para mí, nos pasa todo a la vez. Mi hija se pone con fiebre y a los dos días se pone la suya con fiebre y ya le digo yo: 'Oye, que no la pasa nada. Hazle esto, esto y esto. O si no, al revés. Nos comunicamos la una con la otra para contárnoslo todo, incluso no llevamos a las niñas al médico muchas veces porque ya sabemos la una de la otra" (2-M).*

Llama la atención que en esta etapa las madres adolescentes que hemos entrevistado desligan de la labor de crianza a los profesionales médicos, con frecuencia por no considerarlos interlocutores adecuados. Lo vemos, por ejemplo, en el caso de los cursos de preparación al parto y en los encuentros posparto que se ofrecen en los centros de salud que hemos contactado para el estudio, tanto en Madrid como en Zaragoza: las entrevistadas acuden a todas esas iniciativas de forma esporádica. Según lo que nos explican, a manera de justificación, no les interesan esos servicios y consideran el parto y la crianza como algo muy natural. Además, algunas creen que ya tienen un poco de experiencia por haber cuidado a sus hermanos pequeños o también porque "lo que me enseñan ahí es lo mismo que me dice mi madre", y por tanto esos cursos les parecen una pérdida de tiempo.

*"Mi matrona me lo había propuesto (curso de preparación al parto) pero decidí no ir. Porque no me parecía tan complicado un parto, sé que es dolor, pasar dolor, aguantar las contracciones y cuando tengas que empujar, empuja y ya está. Vamos, no es difícil saber cómo nace un niño" (17-M).*

*“Me lo dijo la matrona, me insistió un montón en que fuera y yo le decía ‘sí, sí’. Y nunca iba. Yo por curiosidad miraba en internet lo del embarazo, pero a la vez me parecía una tontería y yo decía ‘para qué’, si esto es natural, normal...” (19-Z).*

*“Los cuidados del bebé eran cuidados que una ya sabe, lo del pañal, lo del cordón... O sea, que la matrona no te explicaba gran cosa, entonces dije: ‘Para qué voy a ir si eso me lo puede enseñar mi madre’ O sea, no te enseñaban nada del otro mundo” (31-Z).*

*“De posparto no fui a ninguna clase, fui a las de preparación al parto, la verdad es que me sirvieron poco. Te explican dos cosas que debes hacer cuando estás ahí. Y tú en ese momento no piensas en eso, lo único que haces es chillar e insultar al que pasa” (2-M).*

*“Bien... más o menos (los encuentros posparto). La verdad es que fui el primer mes luego ya no, fui a las primeras y luego enseguida lo dejé porque tampoco me decían nada, para mí era mejor preguntar a las que ya son madres, como mi mamá” (6-M).*

La matrona del Centro de Salud Daroca de Madrid nos explica que la diferencia generacional entre estas adolescentes y las demás mujeres que son usuarias en esos cursos es un elemento que no favorece la participación de las más jóvenes. Según esta profesional, el recelo al juicio ajeno y la incompatibilidad e incomunicación con otras mujeres gestantes o recién madres pero más mayores que ellas, les alejan del servicio, siendo más cómodo e íntimo el apoyo de las personas de confianza en el hogar, ya sean madres, amigas u otros familiares.

En el caso de las jóvenes que no cuentan con una red familiar estable en quien apoyarse para vivir su embarazo, parto y crianza, es más frecuente entrar en contacto con instituciones privadas y públicas donde solicitar asistencia, como casas de ayuda a madres de escasos recursos o las propias residencias maternas. Sin embargo, tampoco en estos casos los cursos pre- y posnatal son tomados en cuenta por ellas. El motivo de su deserción tiene que ver con la convicción de que las profesionales que no tienen hijos no saben cómo criar a un niño y, por tanto, no podrían atenderlas como quisieran. Sus mejores referencias son entonces aquellas compañeras que son también madres y con las cuales casi no hay ninguna diferencia de edad. La empatía y la complicidad que instauran entre las dos les permiten compartir ayudas, consejos y más comprensión emotiva, por encontrarse ambas en la misma situación.

*“Tengo una compañera de piso (en la residencia maternal) y a ella sí que le pregunto varias cosas, porque pasé un tiempo sola y ahora ha venido ella que tiene gemelas y le pregunto, porque encima ha tenido dos a la vez y... es casi todo como lo mío, así que la pregunto mucho, pero de la Residencia no le pregunto a nadie, porque no me dan confianza (...) No acudí a ningún profesional porque... a lo mejor soy mala persona pensando esto, pero en la residencia la mayoría de los que son educadoras no tienen hijos, y para mí tratar a otro hijo... no sé, es que muchas veces cuando me intentan dar un consejo o me regañan por haber hecho algo mal con mis hijos, me da rabia porque no tienen hijos y una cosa es que hayas visto a trescientas chicas cuidar de sus hijos, y*

*que hayas visto situaciones mil veces, quizá las mismas vale, pero no es lo mismo eso a que lo vivas, y que puedas decir esto es lo que yo siento cuando mi hijo llora, o no sé, pero si no tienes hijos no me puedes aconsejar. Para mí es así. Confío más en mis compañeras que ya han pasado por la misma situación con sus hijos. Pero alguien que me diga 'es que he visto esto que le pasó a tal madre en ese momento e hizo tal cosa', pues no, prefiero que una chica que lo haya pasado me diga mira tía haz esto, que esto es lo que funciona" (9-M).*

*"Es que mi matrona no tenía hijos. Se lo decía a mi madre '¿Esta qué hace dándome clases a mí, si no ha tenido un hijo en su vida?'. Es que yo soy muy así, me decía mi madre: 'No hombre, ha estudiado para enseñarte esto', pero bueno, ¿y qué? Si no tiene la experiencia qué más da, yo también me sé leer un libro y luego hacerlo, si no tiene la experiencia... Entonces no, matrona nada" (2-M).*

En los discursos de nuestras entrevistadas la experiencia directa representa un elemento de confianza central para el tipo de acompañamiento que prefieren recibir durante la crianza.

*"Les pregunto a mis padres mucho más (que a los doctores), porque es con quien estoy, pero a mis padres, a mis tías... a todo el mundo que ha tenido un hijo le pregunto siempre '¿Tu cómo harías esto?'" (1-M).*

*"Pues yo se lo preguntaba a mi cuñada que había tenido el niño cinco meses antes que yo. Entonces iba un poquito más avanzada y, más o menos, me lo iba diciendo" (6-M).*

*"Cuando nació, la mujer de mi padre me dio un cursillo, como echarle las cremitas, la leche, etc. porque la verdad no sabía nada y luego pues yo así me encargaba" (4-M).*

Los apoyos que estas adolescentes reciben después de haber parido tienen sentido en el marco de un proceso de aprendizaje que ellas mismas reconocen como necesario ante su ignorancia en la materia e imprescindible para su transformación en madres. Por ello, además de seguir los consejos y las indicaciones de esas "otras madres" más cercanas, buscan informaciones por su cuenta: los libros y los manuales de crianza junto con los blogs especializados en Internet se vuelven sus principales aliados. Sin embargo, reconocen que la sobreinformación existente sobre temas de crianza y maternidad hace que a veces sea difícil distinguir los buenos consejos de los no tan buenos.

*"Sí, libros sí. Leía muchos. Aparte que en el hospital también te dan dos o tres libros para que leas. Esos me los leí. Luego tenía muchos que tenía mi cuñada que me dio. Mi madre también tenía algunos. Esos eran ya de otra época pero también me los leí. Como tenía mucho rato libre pues me los iba leyendo y sí que me han servido de algo" (6-M).*

*"Estaba en un grupo de Facebook que constantemente pone publicaciones sobre métodos de crianza natural, estuve leyendo y me gustó mucho. Como le doy el pecho al bebé y duermo con él, me siento muy identificada con ese método de crianza" (12-M).*

*“A ver, yo me he metido en muchos blogs y todo esto porque a mí el mundo de la maternidad y todas estas cosillas me gustan bastante y siempre busco, yo que sé o para quitarles el pañal o lo de los cólicos, hace poco me mandó una amiga algo y lo estuve leyendo por Facebook” (18-M).*

Las amigas sin hijos también les ofrecen su ayuda en ese periodo tan delicado de iniciación a la maternidad, sin embargo sus diversos estilos de vida con respecto a las jóvenes madres hace que sus encuentros presenciales sean cada vez menos frecuentes. Observamos, pues, que la maternidad selecciona las amistades que se pueden mantener: por un lado los ritmos cotidianos, las prioridades y las preferencias ya no coinciden, sobre todo en lo relativo al tiempo de ocio; por el otro, se hace evidente cómo van diluyéndose las afinidades que antes las mantenían juntas.

*“Vienen pocas veces porque ellas también tienen sus cosas, tienen vida propia y no están disponibles siempre, pero apoyo sí que tuve de todas, sobre todo apoyo moral (...) Las veo poco, y cuando salimos bien, tienen curiosidad por cómo reacciona o por lo que hace o dice (su hijo) pero luego se nota que no son madres, porque no preguntan cosas de madres ni hacen cosas de madres. Por ejemplo me dicen ‘¿Qué edad tiene?’ y les digo ‘20 meses’, ‘¿pero por qué hablas de meses en vez de decir que tiene un año?’ Y es que ellas no entienden que no es lo mismo un año que 20 meses, porque cambian mucho cada mes” (12-M).*

*“Las amistades cambian mucho. Porque quieras que no, pues, eres joven y tus amigas son jóvenes. Tus amigas muy majas con tu hijo, muy tal... pero ellas tienen ganas de irse por allí ¿Sabes? Entonces ellas no van a estar allí contigo (...) Ya luego, a ver, vas quedando de vez en cuando pero claro ya con niños no es lo mismo...” (23-Z).*

### **5.1.2 La participación de la pareja en la crianza y el reto de la conciliación**

La reacción de las parejas (y futuros padres) ante el embarazo puede ser de alejamiento y ruptura de la relación o de rechazo al niño que viene en camino. Pero no es así en todos los casos que hemos analizado. Nuestras entrevistadas deciden continuar con ese hombre si él quiere, o por lo menos intenta, involucrarse en la crianza de su hijo, a pesar de que esta responsabilidad no sea compartida en partes iguales por los dos.

*“Estaba muy contenta en el hospital, mi chico me ayudó mucho, era él que le cambiaba los pañales, lo limpiaba y de todo porque yo no sabía ni cogerlo cuando nació” (19-Z).*

*“Cuando él nació ya había asimilado que era suyo. Entonces, él también quería hacer cosas... Y yo le decía: ‘Vale, hoy le bañas tú pero ya no le bañas más’. Era que yo me sentía autosuficiente para cuidarle, normalmente él llegaba muy tarde, el niño solía estar durmiendo. Por eso los domingos, el día que no trabajaba, quería estar a tope” (3-M).*

*“A ver, yo tenía que hacer la comida, pues si la tenía que coger (el padre) porque llorara o lo que fuera pues la cogía, claro que sí. Mientras que yo no pudiera si la niña llorara, él la cuidaba y yo hacía lo que tenía que hacer, las cosas de casa” (17-M).*

En general, ellas supeditan la formalización de cualquier relación de noviazgo, ya sea con el padre de su hijo o no, a la posibilidad de que esos compañeros sean adecuados para el bienestar de sus niños según sus parámetros.

En los casos más complicados, cuando la pareja conduce una vida desordenada o, peor aún, es violenta, su primera preocupación es proteger al hijo, alejarse de ese hombre evitando cualquier contacto que pueda ponerle en peligro y emprender una maternidad en solitario. Como hemos descrito en dos narrativas (la tercera y la cuarta) la llegada del niño les parece providencial para replantear la relación con su pareja y, si lo consideran oportuno, tomar la decisión de cambiar el rumbo de su vida, sin él.

*“Yo no le avisé (al padre de su hija) de que había nacido su hija porque yo puedo ser muy tonta pero con mi hija no va a jugar nadie. Y con mi hija él tampoco ha jugado. Porque yo ya dije hasta aquí... llevaba un mes ya pegándome. La niña estuvo en tratamiento psicológico porque me pegó delante de ella, me sacó un cuchillo delante de ella. Fue espantoso ese último mes y dije no voy a permitir que a mi hija le haga daño. Y eso sí que no lo he permitido. O sea, a mi sí que... he sido demasiado gilipollas, pero a mi hija no. Aguanté un mes y dije hasta aquí” (11-M).*

*“No le di el apellido del padre al niño porque fui a un abogado. Yo estaba yendo a una asociación, vi a una abogada que me dijo que si yo era menor de edad y él era mayor de edad el niño no contaba conmigo, que la patria potestad la tenía él. Que si él se quería ir con el niño yo no tenía ningún derecho. Entonces yo le dije que uno nunca terminaba de conocer a las personas y que hasta que no cumpliera los 18 no tendría el apellido de su padre. Así que lo declaré sin el apellido de él para que fuera yo la que contara en lo del niño. Entonces, cuando cumplí los 18 años ya le di el apellido de él” (3-M).*

Un discurso distinto vale para esos casos donde la escasa o nula participación del novio en la crianza está cubierta por las madres, quienes no confían en la capacidad de esos padres novatos, se quejan por su escasa colaboración o lamentan su poca paciencia y su baja motivación a la hora de aprender esas tareas y compartirlas con regularidad.

*“El padre ha hecho cosas con ella (su hija) o sea de bebé, de cogerla, pero no mucho. De cambiar el pañal a la niña cuatro veces contadas, y bañarla dos veces y una de ellas casi me la ahoga o sea que...” (23-Z).*

*“Nada, lo cogía un rato y ya está, cuando empezó con el biberón quiso dárselo él pero lo ahogaba, porque como no sabía lo ahogaba, y le dije que no se lo diera. Y la que se levantaba a las 3 de la mañana a hacerle biberones era yo, ni a eso me ayudaba” (32-Z).*

*“Mi novio al principio me ayudaba mucho, ahora mismo me ayuda pero yo creo que no lo que debería. Me toca a mí casi todo. Él yo lo noto muchas veces y yo se lo digo, que es muy, muy niño. O sea, me ha echado toda la responsabilidad a mí porque sabe que yo nunca dejaría a mi hijo sucio o dejaría a mi hijo sin comer. Entonces como sabe que lo hago yo, él ya no se preocupa. Eso es. O sea, sabe que yo quiero mucho a mi hijo, entonces no hace... o sea, me echa todas las responsabilidades a mí” (19-Z).*

*“Para mí (el cuidado del bebé) fue muy grato, porque era mío y yo quería hacerle todo. Incluso no me gustaba que le hicieran las cosas, era como que yo quería hacer todo. Me sentía capacitada y quería hacerlas. Al principio, ni el padre bañaba a mi hijo, yo no le dejaba que lo hiciera, y él tampoco sabía hacerlo bien” (5-M)*

Los roles de género tradicionales se hacen patentes y se consolidan en estas historias: la joven madre se encarga exclusivamente del cuidado del hijo y su pareja prioriza el estudio y/o el trabajo, con el objetivo de insertarse laboralmente en mejores condiciones y proveer recursos para el sostenimiento de su nueva familia.

*“Entre semana él va al instituto, llega a su casa, come y luego viene y ya depende, o nos encargamos de la niña, o nos vamos a dar un paseo, o lo que sea. O sea él intenta estar, pero con lo de sus estudios tampoco es que está tanto. Los fines de semana más” (1-M).*

*“Me encargaba yo del niño, casi todo, al principio mi marido me ayudaba en las noches, pero pues como tenía que trabajar, ya no podía, lo hacía todo yo” (24-Z).*

*“La niña va a la guardería desde que tiene 8 meses, para que yo pudiera estudiar y para que él pudiera trabajar. El año pasado encontró trabajo en verano y trabajaba por las mañanas y estudiaba por las tardes, no tenía mucho tiempo” (12-M).*

Tras un primer periodo de intensa reorganización de sus hábitos cotidianos en función de las demandas y de las rutinas establecidas con los hijos, nuestras entrevistadas intentan retomar las riendas de su inserción social conciliando los estudios o el trabajo con su maternidad, según sea el caso. Cuando no lo consiguen se ven forzadas a posponer su incorporación al mercado laboral, por lo menos durante los primeros meses de crianza. Asumir el cuidado de su hijo en la mayor parte del tiempo o en su totalidad no les permite retomar o finalizar los estudios y tampoco llevar un expediente académico bueno o iniciarse en una profesión.

*“A día de hoy sigo pensando que no voy a terminar los estudios, porque me resulta muy difícil. A ver, yo sé que me lo sacaré, o lo que sea, pero cuando tengo sobre todo las épocas de exámenes fuertes... Pienso que no me lo puedo sacar, y solo me dedico a llorar, y lloro, y lloro y digo: ‘Es que no sé para qué estoy estudiando si no me lo voy a sacar’, pero luego al final poco a poco me lo voy estudiando y me lo voy sacando poco a poco. Sólo que no saco las notas que yo siempre he sacado y que me gusta sacar, entonces claro, eso es que me da mucha rabia” (1-M).*

A distancia de un tiempo desde el parto, después de los primeros meses de cambios intensos, la pareja busca la fórmula mejor para encajar sus compromisos parentales con algunas actividades propias de su joven edad y de su momento vital, es decir, no solo estudiar y trabajar, sino también salir, estar con los amigos y tener un poco de tiempo para ellos solos.

No obstante, la división sexual del trabajo en el hogar repercute también en las dinámicas de ocio y en las relaciones sociales que asumen los dos por separado. El novio suele mantener sus relaciones de amistad tal como eran antes de la paternidad. Según nuestras entrevistadas, esto es posible porque él no se hace cargo de las responsabilidades de cuidado como debería o como habían quedado antes de la llegada del niño. Por su parte, ellas ven muy trastocadas las posibilidades de diversión con sus amigas: no pueden dar un paso fuera de casa sin estar acompañadas por sus hijos, mientras que la frecuencia y la intensidad de sus salidas disminuyen, según ellas, drásticamente.

*“Él dice que cuando nació el niño a él no le había nacido el ‘esto de ser padre’ del todo. Él aún seguía saliendo con amigos y demás aunque sabía que yo me quedaba en casa con el pequeño. Fueron cosas que a lo mejor pues no se ocupó al 100% como hice yo, por ejemplo, que dejé de salir con mis amistades. Obviamente mis amigas me seguían visitando pero no es lo mismo, ya no es lo mismo con ellas. Todo es diferente” (24-Z).*

*“A lo mejor salimos a dar un paseo todas (ella, su hija y sus amigas), pero no en plan ‘Vamos a este sitio’. No, salimos porque la niña tiene que salir y salimos todas, pero a ellas nunca les ha importado nunca estar conmigo y con un bebé” (1-M).*

*“Es que yo pensaba que al ser mamá iba a seguir saliendo, iba a seguir... no sé, digamos que con mi vida, pero luego no... antes era más libre, menos amarrada, distinta, disfrutaba más. Salía más, podía descansar más... yo qué sé. Ahora estoy más amarrada con ella, todo el día con ella, solo con ella” (16-M).*

## **5.2 La “buena madre”: un modelo a seguir**

Después de dar a luz, nuestras entrevistadas consideran importante establecer unas rutinas, horarios y pautas que las ayuden a organizar las tareas diarias para proveer a sus hijos de todo lo que necesitan. Es este el sentido principal para definirse una “buena madre”, en su opinión: organizarse y centrarse en el bienestar integral del niño.

*“Que no le falte nada, que le pueda dar casi todo lo mejor que pueda. No me refiero a lo material sino sobre todo que le dedique tiempo. Vamos, también que le pueda comprar su ropa, sus cosas, eso por general. Pero sobre todo que le dedique tiempo porque claro muchas veces no hay ese vínculo, creo que una buena madre debe dedicarle el mayor tiempo que pueda. Sí tiene que trabajar, que es comprensible, pero luego cuando salga en vez de irse a comprar ropa, pues que esté con el niño” (6-M).*

*“¿Una buena madre? Pues como soy yo ahora porque ahora mismo yo la recojo de la guardería, es llevarla al parque, estar con ella, merendamos, dejo preparado lo que sea de cena, lo que ella necesita comer, verduras, carne, fruta, yogur... regresar, bañarla, jugar un ratito con ella, tratar de que se tranquilice, darle su cena y a dormir. Y los fines de semana pues salir con ella a algún lado, tratar de sacarla, de ver que sitios le pueden gustar. Todos los planes que tienes que hacer tienes que pensar en la niña” (11-M).*

Hemos identificado dos modelos a partir de los cuales nuestras entrevistadas se autodefinen como “buenas madres”: 1) una figura femenina significativa de su familia (especialmente su madre, pero también sus abuelas, sus tías y, en menor medida, sus hermanas mayores); y 2) una figura propia, que resulta de su aprendizaje autónomo, sin ningún referente predeterminado que no sea su misma experiencia, su instinto y sus intuiciones, el continuo proceso de ensayo-y-error que se repite todos los días, mejorándose con la práctica.

El primer modelo suele darse cuando la relación entre la madre (ahora neoabuela) y la hija es buena, cariñosa y colaborativa, o también cuando en origen había una tensión que a raíz del embarazo de la adolescente ha dado un giro cualitativo y se ha empezado a desarrollar sobre una nueva base de confianza. En estos casos, a nuestras entrevistadas les gustaría replicar el ejemplo de sus madres, desean ser como ellas y buscan en todo momento su aprobación demostrándoles que saben desenvolverse en su nuevo rol tal como han aprendido de ellas.

*“Pues no sé, mi madre: mi madre es una madre 10. Yo un 8, como mínimo. No soy una madre 10, pero mi hija va limpia, va cuidada y tiene todo lo que le hace falta, y lo que no le hace falta también lo tiene. Ahí tiene sus juguetes, su triciclo y su todo” (2-M).*

*“Pienso en mi madre, mi referente es mi madre. Ella nos ha sacado adelante, siempre ha hecho todo lo posible, si ha tenido que trabajar doble turno lo ha hecho, nunca nos ha faltado de nada. Entonces en ese sentido sí. Y sobre todo el tiempo, porque aunque ella no tuviera mucho siempre nos compensaba con a lo mejor media hora dedicado a cada una para lo que quisiéramos con ella: jugar a las cartas o si nos gustaba pintarnos las uñas. Pues esa media hora para cada una y eso creo que es importante” (6-M).*

*“A mi madre, a mi madre total. Yo una buena madre lo veo en que esté contigo siempre, en que te apoye en todo, que no te juzgue, una madre te puede juzgar, pero que te apoye más que te juzgue, que te dé consejos, te diga: ‘Has hecho mal esto’, pero que no te juzgue, como la mía” (31-Z).*

Sus madres son unos referentes constantes sobre todo cuando rompen las relaciones con los padres de sus hijos y residen en los hogares familiares con los recién nacidos. Como relatan nuestras entrevistadas, les inspiran un modelo de madre abnegada, para la cual se admite cualquier sacrificio personal por los hijos. Esta misma postura se acoge también en el segundo modelo de referencia que tienen, pero con unas premisas y unos planteamientos distintos.

Cuando las entrevistadas tienen (o han tenido) unas relaciones con sus madres caracterizadas por desacuerdos, desavenencias o incluso conflictos, echan en falta un lazo fuerte entre ellas. La llegada de un niño no cambia mucho la situación, al revés según algunas de estas chicas su embarazo agudiza la fragilidad del vínculo con sus madres. Como respuesta a esta situación, buscan afirmarse como madres en oposición a su experiencia como hijas, confiando en sus criterios y en otros recursos, que no sean los familiares, para alcanzar este objetivo (amigas y conocidas o manuales y blogs especializados).

*“Yo misma soy un modelo de madre, porque mi madre no, mi padre tampoco. No hay ninguna persona cercana a mí, solamente ellos dos como padres. De mi tía peor, no porque sea mala persona, sino porque no la he visto criar a sus hijos de pequeños, mi primo ya tiene 25 y es el único hijo que tiene aquí, o sea que... por eso te digo” (8-M).*

*“No, los pasos de mi madre no los sigo, ni los de nadie. Y lo que no quiero hacer es maleducarlo, no quiero que diga palabras feas, no quiero que lleve mis costumbres, las costumbres gitanas no quiero que las lleve” (32-Z).*

*“De mí, es que de nadie otro. De nadie otro. Yo he ido viendo lo que necesita mi hija. Vale, entonces mi hija necesita comida variada, pues tengo que comprar tal, tal y tal. Mi hija necesita 12 horas de sueño entonces tengo que tratar de regularle el sueño para... porque empezaba a tener un sueño cambiado, todo el día durmiendo y toda la noche despierta, como muchos niños... Luego necesita salir al parque porque tiene que quemar energía para luego dormir bien. Todo lo he ido viendo yo, o sea, yo no lo he cogido de nadie. Viendo a mi hija. Además es que hay opiniones diferentes, entonces eso tú lo tienes que ir viendo. Yo lo he ido viendo con mi hija, o sea, a mí nadie me ha enseñado esas pautas” (11-M).*

*“No tengo un referente en mis prácticas como madre, no me quiero parecer a nadie porque no todos somos iguales. Entonces, te puedo decir que mi madre adoptiva es muy buena madre, muy buena mujer, es un buen ejemplo. Pero no quiero parecerme a ella porque no tengo por qué parecerme a nadie. Yo creo que tú creces como madre, decides ser madre y cada madre es diferente. Es verdad que siempre solemos tener como un sol que te alumbra, y tú sigues tal. Pero no, yo nací rebelde y no quiero seguir a nadie. Pero sí, te lo voy a poner fácil: No quiero ser como mi madre, mi madre biológica. Eso sí te lo puedo decir, no quiero ser como mi madre me trató a mí, y lucho muchísimo” (29-Z).*

La motivación principal de todas las entrevistadas es proporcionar bienestar a sus hijos. Siguiendo esta lógica, en sus relatos hacen hincapié en el esfuerzo que les supone replantear y recalibrar el significado y las formas de distintos aspectos de su vida. Es cierto que no siempre aciertan con sus decisiones, pero después de los primeros errores y tropiezos empiezan a considerar la felicidad de sus niños como parámetro de referencia para valorarse en su situación y a sí mismas. Así, dicen, demuestran haber madurado y mejorado personalmente en comparación con lo que eran antes del

embarazo, contradiciendo muchos juicios negativos hacia ellas en tanto adolescentes y madres, tal como analizamos a continuación.

### 5.3 ¿Demasiado joven para tener un hijo?

Unos argumentos recurrentes en todas las entrevistas son los prejuicios que estas chicas han percibido en su entorno, dirigidos hacia ellas por haberse convertido en madres a una temprana edad. Se sienten incómodas cuando se les crítica por haber tenido relaciones sexuales demasiado pronto y sin protección, sobre todo se les reprocha que no estarán a la altura de los compromisos que suponen ser una “buena madre”.

Les duele mucho escuchar estas consideraciones si proceden de sus familiares y de las personas queridas, pero son aun más fastidiosos cuando vienen formuladas por otras personas cercanas, más grandes que ellas, con las cuales no tienen relación.

*“Normalmente casi siempre sentía que me juzgaban por mi edad. A todos los lados que iba o por ejemplo, cada vez que iba al médico me hacían preguntas y me sentía incómoda, no me gustaba porque me decían ‘Pero eres muy joven, no sé qué y ¿cómo es que te has quedado embarazada?’. Yo me sentía mal, me sentía como rara, todos me miraban porque soy joven y yo decía ‘prefiero no estar aquí’, me miraban como pensando ‘¿Qué joven es!’ o ‘¿Cómo es que esta niña está embarazada?’” (21-Z).*

*“Salíamos a la calle con el carrito y con mi novio, y siempre sentía que todo el mundo me miraba, que me miraba mal, y los dos nos sentíamos mal, porque nos miraban con cara de pena, y decían ‘¡Ay! Con lo jovencita que eres ¿Es tu hermana? Porque tú eres muy jovencita’. Eso son los típicos comentarios que hemos escuchado” (1-M).*

Se quejan también por los comentarios de parte de algunos operadores en los centros sociosanitarios a los cuales han estado acudiendo desde el embarazo. Las molestias refuerzan su desconfianza hacia esos profesionales, como ellas mismas reconocen, especialmente si rememoran unos episodios negativos ligados a los controles médicos y al momento del parto. El alumbramiento para algunas es un momento traumático en términos físicos y psicológicos.

*“Era muy joven y algunos me miraban con cara de ‘¿A dónde va ésta?’ y el día del parto fue cuando más juzgada me sentí. Me pusieron la epidural pero se me pasó el efecto y notaba todas las contracciones. Le dije a una matrona que por favor me subiera la dosis, y me hablaba con desprecio: ‘Bah, qué se te va a haber pasado la anestesia’, ‘Bah, tú que sabrás niñata’ y se iba. Yo retorciéndome de dolor en la camilla, volvía y lo único que hacía era meterme la mano para palparme, de manera brutal, fue horrible” (30-Z).*

*“Con las trabajadoras sociales uff, he estado con varias y... ¡vamos! te juzgan. Te has quedado embarazada, pues ya está, no importa que ahora estés buscando ayudas para que tu hija coma, no importa que ahora te estés sacrificando, que no estés teniendo*

*vida de chica de 16 años por estar con tu hija, no. Eso a ellos pues les da igual. Te has quedado embarazada y ya eres la peor del universo. Por ejemplo, cuando yo fui al médico, ni siquiera a Servicios Sociales, al médico y me dijo: 'Tenías que haber abortado' e insistió '¿Sabes que tenías que haber abortado?' Te dan la espalda muchísimo pero no solamente entidades públicas, toda la sociedad. O sea, te has quedado embarazada, no importa los motivos de por qué te has quedado embarazada, ni les importa si tú ahora estás luchando por tu hijo, no les importa nada. Simplemente ellos tienen la etiqueta de que chica que se queda embarazada con 16 se lo encasqueta a la madre y hace su vida. Entonces así somos todas. No importa lo que yo haga, ya tienes la etiqueta puesta de la madre adolescente que no hace nada por su hijo" (11-M).*

En sus relatos lamentan también la medicalización que les proporcionan durante el alumbramiento y se quejan porque no se toman en cuenta sus preferencias por un parto fisiológico y se decide finalizar el embarazo con una cesárea. De acuerdo con el testimonio de dos entrevistadas, los equipos médicos mantienen una comunicación poco empática con ellas, no les permiten tener una persona de confianza cerca durante la labor de parto, no les aplican una terapia adecuada para el dolor y tampoco las consuelan por todo el esfuerzo realizado. Todas estas tensiones exacerbaban sus contrastes con el personal médico-sanitario y marcan para siempre el recuerdo de esos momentos (Hernández y Echevarría, 2016).

El malestar por las censuras y los reproches recibidos, incluso en los centros hospitalarios, no desaparecen con el paso del tiempo. Es como si su entorno no les perdonara el hecho de haberse anticipado al momento de procrear, porque se asocia su adolescencia a unas condiciones inequívocas de irresponsabilidad e inmadurez. En sus relatos ellas niegan o desmontan estos prejuicios, especialmente cuando se ponen en tela de juicio sus capacidades para mantener un hijo de forma adecuada. Para hacerlo, defienden la bondad de sus decisiones y de sus comportamientos, por lo menos en lo que se refiere a sus actuaciones a partir de cuando han decidido continuar con el embarazo. Además, ser una madre joven para ellas tiene la ventaja de poder disponer de mejores condiciones físicas para afrontar la ardua labor de criar a un niño. Por otra parte, su juventud les penaliza en el día a día porque deben estar todavía pendientes de su formación y porque saben que actualmente el mercado de trabajo en España no es muy halagüeño para su generación, y aún menos para las mujeres.

*"Yo creo que la maternidad joven es mejor. No sé, no puedo compararlo pero yo con mi experiencia creo que es mejor tenerlos más joven. Tienes más tiempo, más ganas y no sé. Desde mi punto de vista sí, a lo mejor escuchas en la tele alguien que con 40 años tiene un niño pues a mí me sorprende. Que tampoco son tan mayores pero yo a esta edad ni me lo plantearía ya. Creo que es mejor joven y esa edad pues no sé, ya viajas, haces otras cosas, no sé. A lo mejor es al revés, hay que viajar antes y luego..." (6-M).*

*"A los 30 años no es demasiado tarde, pero también pienso que la fuerza que tienes con 18 no la tienes con 30. A los 30 tienes tu trabajo, tu familia, tu casa. Tienes más problemas que a los 18, al fin y al cabo solo es un niño, lo puedes asimilar muy mal*

*porque no tengas la madurez suficiente, pero no es lo mismo, tener 18 que 30 (...) lo malo ahora es tener que estudiar para trabajar, y si encuentras un trabajo está mal, mal pagado... pero esto le pasa a la mayoría de los jóvenes hoy en día" (3-M).*

*"Se sale adelante aunque seas joven, nadie te puede juzgar porque hayas sido madre joven porque eres igual que una con 30 años. Cuando estaba embarazada, 'el hijo de tu hija va a ser para ti'... la gente se pensaba que como era joven me iba a ir de fiesta y mi hijo para mi madre, se pensaban que me quedaría todo el día durmiendo. Pues me siento orgullosa de que no ha sido así, de que es mío y lo he echado para adelante yo" (31-Z).*

*"A ver, (la maternidad temprana) es un mérito y una responsabilidad. Es las dos cosas a la vez. No vamos a echar aquí todos flores porque ha sido una responsabilidad muy grande, bastante grande, pero también es un mérito ahora el cuidar a mi hija" (11-M).*

## **5.4 Ser y sentirse madres: entre realidad y ficción**

*"Yo creo que tener un hijo es una responsabilidad muy grande, algo que una mujer tiene que saber afrontar; si tú no sabes afrontar que vas a tener un hijo o tú no quieres ese niño, lo vas a pasar muy mal" (26-Z).*

*"Soy más responsable. Antes de pensar por mí, pienso por él. Si él va a estar bien donde lo deje, tengo que llevar esto y esto... Es más pensar en él. Centrado en él todo" (3-M).*

La asunción de las responsabilidades que implican una maternidad, desde la gestación, es determinante para estructurar el rol, la identidad y el sentimiento maternos (Moreno, 2000). Teniendo en cuenta lo anterior, cabe señalar que nuestras entrevistadas alternan la descripción de esta fase como obligación y como libre elección. Esto quizás se debe a que no saben identificar con precisión la asunción del rol materno a un único momento.

Toman conciencia de su nueva condición tras un periodo intenso de descubrimiento, improvisación y aprendizaje, caracterizado por muchas renunciadas y por muchos esfuerzos. Desde cuando se enteran del embarazo han estado pendientes de sus criaturas, se han cuidado más y, después de haber parido, actúan conforme a lo que sus niños les solicitan. Pero, en su opinión, empiezan a experimentar un sentimiento materno y a cultivar su identidad de madre cuando sus hijos empiezan a interactuar más con el mundo externo y cuando se hace evidente su completa dependencia hacia ellas.

*"(Empiezas a ser madre) desde que la tienes en la barriga, pero tú te crees que es un querer... que ya la quieres, pero en verdad no es quererla. Pero cuando nace, dices es que ya es mía, es mi responsabilidad, yo ya la tengo que criar, hacerla grande, ¿me entiendes? Ya es que te sientes responsable, te sientes distinta" (17-M).*

*"Al principio cuando nació el bebé yo no me sentía madre, no voy a mentir porque me sentía... sí que tenía el bebé pero como si no fuera mío, ¿sabes? Aunque le cuidaba yo*

*y le hacía todo yo. Me he empezado a sentir madre a partir de un mes de vida, cuando he visto que iba aprendiendo cosas y que yo estaba involucrada en que él lo aprendiera, que dependía de mí. Ahí es cuando me he dado cuenta que era madre” (33-Z).*

*“¡Uy! (me sentí madre) tarde. Al principio era como que sí, yo tenía ahí una niña, bien, pero... yo la cambiaba el pañal, la dormía, me iba a estudiar, pero que no me hacía a la idea. A partir del segundo mes que la niña estaba más activa, al principio estaba todo el rato comiendo y durmiendo, pero a partir del segundo mes que ya hacía más cosas, que sonreía, entonces estaba con más ganas de estar con ella, que la cogía, que jugaba con ella. A partir del segundo mes es cuando más he sentido que ya era mía” (1-M).*

*“¿Desde cuándo me sentí madre? Pues cuando me vi afectada que no tenía dinero, tenía que sacarlo de donde sea. Antes no tenía ningún problema de nada, hasta que ya llegó el día en que también mi suegra se fue, ahí fue que me di cuenta, yo no tenía trabajo, el niño tendría seis meses cuando yo empecé a buscar trabajo, o sea, me di cuenta que tenía que hacer algo para mantenerlo, para que estuviera bien” (8-M).*

En sus relatos equiparan sus sentimientos (“sentirse madres”) a sus nuevas identidades (“ser madres”) y nos cuentan que encararon los compromisos adquiridos con una seriedad y una atención que eran inéditas para ellas, rememorando sus vidas hasta entonces, su personalidad y la importancia del reto con que se habían estado midiendo hasta la fecha. Se detienen en estos argumentos para explicar otro pasaje lógico: según ellas, el proceso de identificación como “madre” sella su conversión en “mujer adulta”, independientemente de su edad.

Tomar decisiones durante la adolescencia significa sentar las bases de la propia identidad. Decidir ser madre o seguir con un embarazo no planificado implica unas consecuencias que serán trascendentales para estas chicas e influirán en cómo la considerarán y se relacionarán con ellas sus progenitores, sus parejas, sus amigos y su entorno social más amplio. A este propósito, en todas las narrativas nuestras entrevistadas nos hacen entender que la maternidad expresa su feminidad, y para demostrárnoslo adoptan en sus discursos un razonamiento axiológico relativamente sencillo: “soy mujer porque soy madre y soy madre porque soy mujer” (Tubert, 1999). En muchos casos esta postura, en realidad, es un autoengaño para acelerar el devenir evolutivo propio de su etapa vital: “(la adolescente) deja de pensarse como sujeto en evolución, y asume que ya llegó al estado adulto requerido para insertarse en la sociedad; el lugar de madre la reduce a ser completada por el hijo o hija. Hay una ausencia de sí misma que es ocupada por otro que la demanda permanentemente. El embarazo oculta la pregunta sobre lo que se quiere ser, pues al ser madre ya se es alguien y no se desea ser nada más (...) El conflicto de la mujer en situación de adolescencia entre ser niña - ser mujer, se esconde y se toma el atajo hacia ser madre, con lo cual se encubre la crisis sobre la identidad y el futuro” (Oviedo y García, 2011: 938).

Por otra parte, observamos que esos argumentos les sirven también para exhibir los comportamientos y las actitudes que la sociedad adulta exige a una “verdadera

madre”, y para confirmar que ellas están a la altura de la situación que se les presenta. No por esa razón su postura deja de ser ilusoria. Pero este planteamiento puede entenderse como su respuesta a una realidad social que pretende de ellas que tomen decisiones continuamente sobre lo que aspiran a ser o siguiendo lo que deberían hacer. Con esta presión, y ante su desorientación y fragilidad, ellas optan por unas decisiones irreversibles, y desde luego atrevidas, que les dan la oportunidad de llegar a ser inequívocamente alguien: es decir, “las madres de sus niños”. Se trata de un planteamiento muy presente en aquellas entrevistadas que eligen tener hijos o que aceptan su maternidad, aunque no haya sido intencional, como una ocasión de revancha personal y social respecto a la concepción deficitaria e inmadura que la sociedad tiene de ellas. De hecho, muchas de las participantes del estudio, en distintas narrativas, se acogen a estos argumentos para preservar su autoestima y definirse como mujeres adultas, moviéndose siempre en un plano ideal de “buenas madres” o de madres que aspiran a serlo, aunque les cueste algo más de tiempo y busquen siempre apoyo para alcanzar este objetivo.

*“Cuando me quedé embarazada ya me volví más... no sé, he cambiado mucho, todo el mundo me lo dice que me he vuelto ahora más como adulta. Era una niña aunque ahora ya me toca ser más responsable con mi hijo” (32-Z).*

*“Al principio cuesta asimilarlo y encima tan joven pues tampoco lo notas. A ver, es que piensas en una madre y piensas en alguien más mayor, más formal. Y yo pues me notaba todavía muy joven. Pero bueno yo creo que ya desde que empecé a asimilarlo y que el niño era un poco más mayor. Cuando ya estás un poco más tranquila porque los primeros meses no te da tiempo ni a pensar. Yo creo que ya cuando el niño tiene un par de meses que empieza ya a estar más tranquilo también, ya puedes pasear, hacer cosas. Entonces ya lo vas notando y asimilas el cambio, ya eres madre” (6-M).*

*“El hecho es que antes me planteaba: pero es que yo quiero salir, de fiesta, es que cómo no voy a salir de fiesta, mira la edad que tengo, que tal... y es que ahora, es que ni se me pasa por la cabeza, pero ni salir de fiesta ni llegar a casa a las tantas. Es que las 19 horas para mí ya es tardísimo, que haces la cena, hay que bañar a la niña, dormirla... Hasta que he conseguido metérmelo cuesta... pero te lo tienes que meter sí o sí (...). ¿Y lo de sentirse madre? Pues tampoco te creas que desde hace mucho. Desde enero, marzo de este año (es decir 6 meses antes de la entrevista). Antes no, me veía como la hermana de mi hija (de 2 años). O sea, yo no me he empezado a sentir madre hasta este año, desde el principio de este año. Y es simplemente porque... yo sí que he luchado por mi hija, pero es que no tienes todavía la suficiente madurez. Yo creo que es por eso. Creo que a los 18 se mete un cambio que es lo que me pasó a mí. Ahora es distinto” (11-M).*

*“A los dos años, cuando le operaron fue cuando me sentí madre, porque lo otro también era, pero hacía lo que me tocaba hacer, soy madre me toca cocinar, me toca cambiar pañales, me toca dar leche, era algo como mi obligación, cuando le operaron al tener la posibilidad de decir ‘estoy súper estresada, tengo quien me lo cuida para*

*poder escapar o descansar’, y no hacerlo, pues me vi y me dije: soy una madre. Ese momento fue muy decisivo para mí” (4-M).*

*“Ahora a mis 24 años me siento que soy de verdad madre. Porque yo pienso que tú empiezas a correr o a hacer ciertas cosas, y no eres consciente de todo hasta que tienes cierta madurez. Madurez que yo he alcanzado el año pasado por ejemplo y las experiencias te hacen persona, te hacen crecer. He sido madre desde que parí el primero, pero creo que la madurez la he llegado a alcanzar el año pasado, es cuando yo me he sentido madre completamente, completamente” (29-Z).*

La asociación automática entre maternidad y madurez puede considerarse falaz e ilusoria en el caso de nuestras entrevistadas. Pero ellas defienden siempre su postura porque afirman que nunca han delegado y tampoco han escondido sus responsabilidades para cuidar a sus hijos. Tal como lo entienden ellas, llegar a ser maduras les ha supuesto una toma de conciencia lenta y progresiva sobre lo que eran y lo que son ahora, aunque este proceso de subjetivación llegue a concretarse uno o dos años después de dar a luz. Desde entonces la maternidad es una preocupación que les llena y les consume a la vez. No se quejan, pero ninguna de nuestras entrevistadas recomendaría a otras adolescentes la misma experiencia. Desean vivir su maternidad sin agobios y sin ser juzgadas por ello. Les gustaría que se les reconociera por lo menos el mérito de esforzarse en su nuevo rol, y que nadie les contestara que no han sido congruentes con el embarazo que han tenido, sobre todo ahora que están intentando ordenar sus planes a futuro.

## **5.5 Los planes a futuro**

Nuestras entrevistadas se proyectan hacia el futuro con optimismo y determinación. Para muchas de ellas no ha sido fácil asimilar el cambio radical impuesto por la maternidad en su vida personal y social, sobre todo porque con la llegada del hijo se complican sus rutinas cotidianas y sus perspectivas de corto-medio plazo, incluso cuando el embarazo era deseado. Con su maternidad temprana, ellas aceleran la transición hacia la adultez sin haber consolidado aun algunos aspectos importantes para su emancipación. En particular, entienden que terminar los estudios y obtener un buen puesto de trabajo son obligaciones que deben cumplir lo más pronto posible por el bien propio y el de sus hijos. Esta convicción hace de ellas unas personas maduras, según su punto de vista.

*“Hay que tener madurez... yo creo que la madurez es muy importante porque es lo que te hace pensar y lo que te hace mirar un futuro. Yo antes por ejemplo no pensaba en el futuro, pensaba en dónde iba a ir esa noche, ahora piensas en terminar los estudios, en trabajar... Yo creo que hay que tener madurez para que la experiencia de ser madre se te haga buena, si no tienes madurez lo ves muy grande, te viene muy grande tener un hijo porque no sabes por dónde llevarlo” (31-Z).*

*“Este mayo (con 19 años) terminé y bien, me saqué ya la ESO, en la ESO para adultos. Porque ¿qué hago? ¿Limpiando casas toda mi vida? Pues no. Yo lo que quería era*

*también sacarme luego bachillerato pero ahora imposible. Entonces claro, pues quería por lo menos ir pensando algo. ¿Qué voy a hacer? Con una hija y ni siquiera tener la ESO. Que mi hija me vea” (11-M).*

*“Me gustaría retomar la ESO, porque es que lo que más me urge, o sea, yo sé que los estudios son necesarios, pero eso es en un futuro, cuando voy a tener dinero, o sea me motiva más el trabajo porque al mes ya tengo el dinero para poder mantener a mis hijos. Si estoy estudiando lo voy a poder mantener mejor más adelante pero no ahora” (19-M).*

*Quiero acabar estética y quiero un curso de FP en peluquería. Mientras esté aquí (Centro de acogida) voy a estudiar de todo para tenerlo el día de mañana y buscar un trabajo con más posibilidades” (32-Z).*

Conciliar estudios y maternidad no es una tarea fácil. Si bien en los institutos no encuentran mayores obstáculos para continuar con su formación, el problema radica en no contar con los recursos necesarios para el cuidado de sus hijos: ya sea porque en su familia no hay quien se haga cargo de ellos siempre, o porque no consiguen acceder a una plaza en las guarderías públicas y sus ingresos económicos son escasos para pagar una que sea de titularidad privada.

*“Hice hasta 3º de la ESO. Me quedé embarazada y lo dejé, di a luz el 18 de diciembre y lo dejé el 10 de diciembre. No puedo seguir porque hasta este año me dieron la guardería y yo ya perdí el año pasado. El año pasado yo tenía que haber acabado 4º porque estaba en diversificación. Como no pude conseguir la guardería este año, lo tuve que dejar. Este año hice un curso de ayudante de cocina, e hice prácticas” (10-M).*

Su deseo es continuar con su formación y encontrar un empleo con condiciones adecuadas, es decir, con un horario compatible con los horarios de la guardería y/o colegio del hijo y un salario suficiente para salir de los apuros económicos y mantener dignamente a su familia. Asimismo les gustaría que hacerse adultas coincidiera con cultivar una vocación propia, encontrar su nicho de empleo y dedicarse a una actividad laboral que les permita asumir el control de sus vidas, emancipándolas del hogar y de las tareas domésticas y familiares.

*“Pues yo quiero estudiar, enfermería. Yo siempre, desde que pasé al instituto he sido mala estudiante. Pero ahora que he terminado la ESO te digo que el año pasado no hubo una materia que se me quedara a menos de 7. Mi madre me dijo ‘fueron tus ganas de progresar sabiendo que tienes un niño’. Porque yo le dije que yo quería asistir al colegio porque yo tenía un niño y yo quería salir adelante con él. Entonces era más pensando en él que en mí misma” (3-M).*

*“No quiero ser una persona que sólo vive por y para la maternidad. Que de esos casos sí que conozco, personas que se abstraen tanto con la maternidad, que son incapaces de ver que hay más cosas que hacer aparte de eso. Porque pienso que a la larga te*

*acaba perjudicando, física y sobre todo mentalmente... quiero estudiar, trabajar... hacer cosas, más cosas" (30-Z).*

Entre las entrevistadas que finalizaron la ESO es muy común la aspiración a continuar con los estudios para lograr dos objetivos: por un lado, tener una cualificación mayor que les permita buscar un empleo mejor en lo que más le gusta; por el otro, quieren ser un ejemplo para sus hijos, en cuanto a la dedicación y a la aplicación en los estudios.

*"Me gustaría retomar un Grado Medio. Me gustaría estudiar farmacia para luego hacer el Grado Superior que me gustaba, porque ahora creo que han aprobado que ya puedes pasar de un Grado Medio a un Grado Superior sin necesidad de hacer examen. Y a mí el que me gustaba era el de nutrición y dietética" (30-Z).*

*"A ver, de aquí a cinco años me gustaría ya por lo menos haber empezado con el Bachillerato o con un Grado Medio o con un Grado Superior. O sea, algo de estudios porque no quiero decirles a mis hijos '¡venga! poneros a estudiar' y yo haberme sacado solo la ESO, porque no tiene sentido. Mis planes de futuro también son pues, a ver, tratar de conseguir un trabajo aunque sea así por horas, y tratar de sacarme algún tipo de estudio un poco más superior al que tengo ahora. Y criar a mis hijos" (11-M).*

Sin que nosotros se lo preguntásemos, diversas entrevistadas prometen tener más cuidado en sus relaciones sexuales futuras, principalmente para no entorpecer sus proyectos de emancipación en el corto y medio plazo. Para ellas es importante controlarse con el uso de anticonceptivos, y se decantan más por métodos hormonales como el parche o el Dispositivo Intrauterino (DIU) por su mayor eficacia en cuanto a prevención de embarazos.

*"No quiero tener otro hijo así, sin... ¿sabes? Yo he dicho que nada más que tenga este (está embarazada de su segundo hijo) me pongo un DIU de cinco años, y... y nada, a criar estos dos y ya. También me gustaría que estuviéramos los dos trabajando, que no estuviéramos dependiendo de nada, de esto de la Renta Mínima y eso, y que mis hijos fueran al colegio. Eso me gustaría" (15-M).*

Una vez que terminen los estudios, encuentren un trabajo y estén a salvo del riesgo de volverse a embarazar de forma no intencional, aspiran a tener una casa –preferiblemente en propiedad– para establecer su independencia. En un horizonte de cinco años, consideran que salir del hogar de sus progenitores o dejar de alquilar pueden ser dos grandes pasos hacia la vida adulta, que para ellas ya ha empezado al convertirse en madres.

*"Me veo ya muy diferente. En los próximos cinco años mi hija irá a su colegio y yo creo, espero, y vamos, pongo todas mis esperanzas en que tendré un trabajo estable. Y si Dios quiere, podré vivir sola, yo no quiero depender de mis padres toda la vida. Entonces, creo que será muy diferente todo. Tendré mi hija, tendré también mi casa, mi trabajo, sé que cuesta mucho hoy en día mantener una casa, pero bueno es lo que*

quiero. Yo haré mi vida sabiendo que tengo una hija pero no como ahora. Ahora tengo a mi hija en la chepa" (2-M).

*"Me gustaría pues tener por lo menos un sitio fijo, mi casa, sobre todo, que mis hijos no dejen de estudiar, que sigan centrados no como yo. En cuanto al trabajo pues siempre he sido muy positiva entonces no creo que nos vaya mal. Y pues seguir con mi chico, o sea, mantener la familia que hemos construido" (6-M).*

*"Yo espero estar en una casa con mi hijo y que vaya a su escuela, y que esté bien, que no me falte nada (...). Me veo dentro de cinco años con mi hijo, mi novio, mi casa y mi trabajo, y que no me falte nunca nada sobre todo para mi hijo" (32-Z).*

La pareja también es importante en esos planes a futuro. El anhelo de mantener la relación con su novio o de encontrar uno nuevo para consolidar su familia se relaciona estrechamente con la intención de "normalizar" su situación de madres adolescentes y sentirse como las demás mujeres adultas, tal y como ellas esperan, "con hijos y con un hombre que las quiere". Sin embargo, el matrimonio no es una prioridad porque es más urgente acabar los estudios, ser independientes económicamente y buscar las fuerzas para cuidar de sus niños lo mejor que puedan.



# SEXTO CAPÍTULO

## 6. ¿QUÉ DICEN LOS EXPERTOS? VALORACIÓN DEL FENÓMENO, ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Y ALGUNAS RECOMENDACIONES

En este capítulo, nos apoyamos en las informaciones extraídas de nuestros encuentros con profesionales, operadores y responsables institucionales que desempeñan su labor cotidiana con jóvenes embarazadas y madres adolescentes desde sus respectivos organismos (públicos y privados) de adscripción. Sus testimonios se refieren a los servicios ofertados a estas chicas en Madrid y Zaragoza, de hecho muchas de nuestras entrevistadas han estado acudiendo a ellos durante su gestación y hasta la actualidad.

No pretendemos agotar el mapa de los servicios disponibles para los asuntos aquí planteados. Más bien contrastamos nuestros hallazgos con las valoraciones de los expertos entrevistados y, gracias a su colaboración, repasamos también las referencias normativas (nacionales e internacionales) vigentes sobre protección de menores y algunas de las actuaciones más relevantes referidas a la atención socio-sanitaria para este colectivo, dentro de los marcos competenciales en materia de salud, educación y servicios sociales atribuidos a los gobiernos autonómicos y municipales de pertenencia. Concluimos el capítulo con diversas propuestas operativas y recomendaciones sobre las cuestiones abordadas en el estudio tal como las hemos debatido con ellos mismos.

### 6.1 Cómo los profesionales valoran el fenómeno de la maternidad adolescente

Embarazarse y ser madre en edad adolescente es un problema social serio en nuestra actualidad que aumenta en gravedad cuanto más joven sea la edad de la chica. Este es el punto de partida compartido por todos los expertos y profesionales que hemos consultado. Ninguno de ellos pone en discusión que la maternidad sea una de las transiciones más trascendentales para las mujeres. Sin embargo, cuando ocurre en una adolescente se entiende como un acontecimiento prematuro, inoportuno e indeseable, especialmente si esta chica no ha completado los estudios obligatorios y es menor de 16 años. Esta postura se explica porque todos, desde su respectivo ámbito de acción, tienen experiencia directa de embarazos y maternidades entre sus jóvenes usuarias que se han vivido como acontecimientos que complican su desarrollo psico-físico y social y, en muchas ocasiones, esconden la existencia de unos malestares personales, familiares y/o relacionales previos, sobre todo con sus parejas.

La atención institucional a los embarazos y a las maternidades en edad adolescente se configura desde la concepción de una triple inmadurez de la adolescente: física,

psicológica y social. Ellas son descritas como muy desorientadas y poco competentes, especialmente durante los primeros meses de embarazo. Al mismo tiempo, son conscientes de lo ocurrido y de cómo hubieran podido evitarlo. Se trata de una posición ambigua frente a un riesgo que se ha hecho realidad, como nos comenta una matrona del Hospital Miguel Servet de Zaragoza: “No hay tanto desconocimiento, sin duda, tampoco ingenuidad. Creo que es un momento de no pensar, momento en que me puede el deseo por algo antes que mi racionalidad de decir: esto no puede salir bien”.

Una característica compartida entre sus usuarias en estas situaciones es la vivencia en solitario de la gestación y de la crianza. Es interesante notar que muchas veces sus parejas no desaparecen porque ellos no quieren implicarse en la paternidad, sino porque los progenitores de estas chicas les acusan de ser los responsables del embarazo de sus hijas y por eso no quieren volver a verles, tal como emerge en un estudio reciente promocionado por el Centro de Salud Joven de Madrid sobre la paternidad en chicos menores de 20 años (Sánchez, 2016).

Otro elemento destacado a la hora de describir las características de las madres adolescentes atendidas en los organismos que hemos contactado es el fuerte desajuste emocional que ellas sufren desde que se enteran del embarazo, con la transformación paulatina de su imagen corporal, hasta los primeros años de maternidad, con la incógnita de un porvenir incierto y con las dificultades para adaptarse a su nueva identidad y responsabilidad. Por ello, la atención psicológica es imprescindible y debe enmarcarse en un servicio integral, desarrollado por equipos multidisciplinares que compaginan la atención médica y la asistencia social en un espacio accesible y reservado, donde encontrar un apoyo cualificado.

Estas usuarias suelen acudir a los servicios públicos básicos (sociales y de salud) de manera independiente, por su propia necesidad, gracias al boca a boca entre amigas y conocidas, incluso sin que sus familias se enteren. En las consultas con los psicólogos y con las matronas, tras enterarse de su embarazo, ellas buscan primariamente consuelo y orientación. Lo que más les preocupa es fallar a sus progenitores. Estos profesionales intentan siempre mediar con sus familias, mientras que en las situaciones de marginación y más precarias se ponen en contacto también con el parentesco más extenso de esta chica.

Se entiende, pues, que sus vivencias en los contextos familiares han contribuido a provocar las circunstancias en las que se encuentra pero también, desde allí, se pueden encontrar las formas más oportunas para resolverlas. Mucha casuística de los embarazos adolescentes con antecedentes familiares complicados llega a los Centros de Salud y a las residencias maternas a través de los servicios sociales. A partir de los informes redactados por los trabajadores sociales es posible vislumbrar los orígenes de cada situación problemática, aunque los primeros que detecten un embarazo de este tipo y capten estas usuarias sean los operadores médico-sanitarios.

Tras dar a luz, la atención de los profesionales se centra en asegurar la tutela legal de los dos menores (madre e hijo) y en proteger la construcción del apego materno-filial. Todos los expertos consultados mencionan la adopción como una alternativa que ninguna de sus usuarias ha contemplado en los últimos años de servicio: “o interrumpen o continúan, pero para quedarse con el hijo” como nos aclara una trabajadora social entrevistada en Zaragoza.

Una vez que dan a luz se les pone en contacto con redes de madres, insertándolas en programas de maternaje (en los 3-6 meses de posparto) y en grupos de crianza (hasta el año y medio de edad del hijo) que prevén cursos de lactancia, talleres sobre alimentación para niños, sesiones de masajes para el bebé, etc. para que refuercen su adaptación al nuevo rol. Los profesionales entrevistados nos hacen notar que es necesario vigilar siempre que no se manifiesten actitudes negligentes de esas neomamas hacia sus recién nacidos. Todo ello siguiendo el protocolo de atención posnatal que se ejecuta con cualquier mujer que acaba de parir, independientemente de su edad y del número de hijos que tiene. La filosofía de esta intervención es entonces la misma, como nos comenta la matrona del Centro de Salud Daroca de Madrid: “Cuidamos del bebé cuidando a la madre”:

Teniendo en cuenta su percepción del fenómeno y sus fórmulas de actuación, observamos que nuestros expertos reproducen las dos perspectivas teóricas tradicionales para explicar el fenómeno, tal como las hemos expuesto en el primer capítulo de este informe. No excluyen que haya cierta complementariedad entre una explicación de la maternidad adolescente como causa de serios problemas para esas chicas o como consecuencia de otras cuestiones socio-económicas, culturales o familiares propias del entorno al cual ellas pertenecen desde antes del embarazo. Esta postura más amplia es mantenida en particular por los profesionales de los Centros de Salud, mientras que los operadores de los servicios residenciales (públicos y privados) hacen hincapié en el interés superior del recién nacido para que la inexperiencia y la falta de independencia de la joven madre no afecten a su bienestar y supervivencia.

Los operadores del Centro de Salud Joven de Madrid defienden la oportunidad de tutelar a estas menores adoptando un paradigma que valore positivamente la etapa adolescente *tout court*, como periodo de aprendizaje intenso que cada joven desempeña interactuando con el propio medio gracias a sus capacidades de aprender rápidamente, adaptarse al cambio y ser creativa y crítica (Marina et al., 2015). Esta concepción contradice e intenta superar los enfoques teóricos más tradicionales que consideran esta fase vital como intrínsecamente problemática y conflictiva. En cambio, se apuesta por estas “capacidades en desarrollo” que permiten a los y las adolescentes “adquirir la madurez y la comprensión suficientes para tomar decisiones basadas en información sobre temas importantes, como los servicios de salud sexual y reproductiva”, de acuerdo con las Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño (UNICEF, 2015).

Aunque no podamos generalizar sus informaciones y opiniones, estos expertos señalan que las características socio-demográficas más destacadas de las menores embarazadas

y de las madres adolescentes que han atendido en los últimos diez años han cambiado sensiblemente. Las categorías más comunes de jóvenes que han solicitado sus servicios pueden referirse a tres perfiles de usuarias: 1) madres con unos rasgos socio-culturales que son específicos de sus orígenes extranjeros (jóvenes extracomunitarias o extracomunitarias nacionalizadas) y étnicos (principalmente jóvenes que pertenecen a la comunidad gitana), con casos de embarazos tempranos intencionales en el parentesco extenso; 2) madres procedentes de familias con historiales psico-sociales complicados (desestructurados o violentos), de extracción social medio-baja, con bajos niveles socio-educativos y de ingresos, donde los casos preexistentes de embarazos tempranos son menos comunes; y 3) madres adolescentes procedentes de entornos familiares normalizados y relativamente estables en términos socio-económicos, que se encuentran en la desafortunada circunstancia de tener un embarazo no planificado, tras iniciarse tempranamente en su vida sexual.

Los cruces entre estas tres categorías y las seis narrativas recopiladas en nuestro estudio otorgan más sentido a las representaciones de la maternidad adolescente que hemos desvelado. Obviamente, no podemos generalizar estos resultados porque la muestra de las entrevistadas no es representativa, en términos estadísticos, de toda la población en objeto. Pero, de forma inductiva, podemos ligar esas tres categorías a las seis narrativas profundizando en las percepciones y valoraciones del fenómeno en cada categoría de madres adolescentes aquí anotadas. De esta manera, obtenemos las siguientes asociaciones:

- En la primera categoría de jóvenes madres encontramos aquellas entrevistadas que, por sus vivencias personales y por los contenidos de sus relatos, nos devuelven unas representaciones de su maternidad que se pueden asociar a la primera narrativa (la maternidad adolescente como consecuencia de un proyecto deseado de vida en pareja), a la segunda (como resultado de un contexto problemático o de pautas socio-culturales específicas) y a la sexta (como causante de la consolidación de la pareja);
- La segunda categoría de madres adolescentes puede asociarse a la primera narrativa (la maternidad adolescente como consecuencia de un proyecto deseado de vida en pareja), a la tercera (como efecto indeseado de una relación de pareja violenta) y a la cuarta (como una experiencia de redención vital);
- Mientras que la tercera categoría de madres y usuarias de los organismos donde trabajan nuestros expertos nos devuelven unas representaciones de este fenómeno que corresponden a la tercera narrativa (como efecto indeseado de una relación de pareja violenta) y a la quinta (como causa de problemas que trastocan una vida 'normal').

Con estos cruces no queremos forzar las correspondencias entre las características sociodemográficas de estas chicas y nuestras interpretaciones a partir de la evidencia empírica recopilada. De hecho, distintas narrativas tienen cabida en una misma categoría de madres adolescentes y, al mismo tiempo, una narrativa puede asociarse a diversas categorías de madres jóvenes. Lo importante, pues, es que

estas combinaciones nos ayudan a ordenar el análisis realizado y nos facilitan su presentación, integrando las informaciones recabadas de los expertos y profesionales que llevan años trabajando en ello.

## 6.2 Atención médico-sanitaria: edad de atención y cartera de servicios

Los servicios médico-sanitarios toman la edad de los usuarios (asistidos y pacientes) como uno de los criterios centrales para planificar y ejecutar la intervención clínica, terapéutica y socio-educativa. En el caso de las prestaciones de salud para las menores embarazadas y las madres adolescentes es oportuno dejar constancia de la edad hasta la que estas chicas tienen derecho a una atención pediátrica, en qué consiste el primer nivel de asistencia y cuándo son derivadas a los servicios médicos especializados.

La definición y ordenación de los servicios sanitarios para niños, niñas, adolescentes y jóvenes se establecen de acuerdo con el reparto de las competencias entre los distintos niveles de la administración pública. Los gobiernos autonómicos diseñan sus respectivas carteras de servicios sanitarios en función de los problemas de salud y de las necesidades de la población en su territorio regional, siempre que estas incluyan al menos las prestaciones fijadas por el Sistema Nacional de Salud (SNS). Entre las competencias que las Comunidades Autónomas tienen en esta materia, se encuentra la atención primaria para los y las adolescentes que prioriza las actuaciones preventivas y de promoción de la salud.

La cobertura de la edad pediátrica en los Centros de Salud de las dos Comunidades Autónomas donde hemos realizado el trabajo de campo (Madrid y Aragón) queda establecida desde el nacimiento hasta los 14 años de edad. Entre las actuaciones previstas para jóvenes y adolescentes, de acuerdo con la oferta presente en la cartera de servicios comunes del SNS, se encuentran (según el Real Decreto 1030/2006): la "anamnesis y consejo sobre hábitos que comporten riesgos para la salud, como el uso de tabaco, alcohol y sustancias adictivas, incluyendo la prevención de los accidentes" (punto 6.2.1 de la cartera de servicios comunes de atención primaria), la "valoración y consejo en relación a la conducta alimentaria y a la imagen corporal" (6.2.2) y la "promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual" (6.2.3), ofreciendo indicación y seguimiento sobre métodos anticonceptivos no quirúrgicos y asesoramiento sobre la IVE (6.3.2).

La cartera de servicios desde la atención primaria prevé una atención integral durante la gestación hasta el puerperio que es igual para todas las mujeres (6.3.3) y que implica: a) la captación de la embarazada en el primer trimestre de gestación y la detección de los embarazos de riesgo; b) el seguimiento del embarazo normal, de manera coordinada y protocolizada con el centro de atención especializada; c) la educación maternal, incluyendo el fomento de la lactancia materna y la preparación al parto; d) la

visita puerperal en el primer mes posparto para valorar el estado de salud de la madre y del recién nacido.

En el primer nivel de asistencia sanitaria se procede también a la detección de violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente entre los/las menores (6.6), con la anamnesis, y en su caso la exploración, orientada al problema en las situaciones de riesgo y ante la sospecha de esas circunstancias (6.6.1), la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran y, si procede, a los servicios sociales (6.6.2), estableciendo planes de intervención adaptados a cada caso. A este propósito, la diferencia etaria entre las usuarias menores de 18 años y sus parejas es una variable central a considerar: no es lo mismo atender a una chica de 17 años con un novio de 19 años y encontrarse con otra de 13 años que declara mantener relaciones sexuales completas con un chico de 20 o más años, sea del entorno familiar o no. En el segundo caso, el procedimiento a seguir desde el Centro de Salud consiste en informar a los padres de la joven, contactar con los servicios sociales y con la Fiscalía de Menores, para indagar si sus relaciones han sido siempre voluntarias y consentidas, de lo contrario se la remite también a un servicio de atención psicológica y salud mental.

Hasta hace pocos años no existía una norma que delimitaba el rango de la atención pediátrica hospitalaria y por tanto había una gran heterogeneidad en la edad de este tipo de asistencia entre los hospitales españoles, a veces incluso dentro de un mismo hospital entre los distintos servicios ofertados. En el II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016, a propuesta del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), se permite a los menores permanecer hospitalizados en unidades pediátricas hasta los 18 años. En razón de ese cambio, a principios de 2016 la Comunidad de Madrid establece en 16 años el límite de la edad de atención pediátrica, a efectos de asistencia sanitaria en un centro hospitalario, ya sea en urgencias, hospitalización o consultas en cualquiera de las áreas específicas de la pediatría. En Aragón el límite de la edad pediátrica de atención hospitalaria es 16 años<sup>40</sup>. Asimismo, se fija en 16 años también la autonomía para el consentimiento informado en una intervención, según lo establecido en la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

La joven embarazada sigue recibiendo atención pediátrica de acuerdo con esta planificación de atención primaria y hospitalaria. Una vez que esté confirmada su gestación con las pruebas correspondientes, el equipo de atención primaria le ofrece todas las informaciones útiles para ayudarle a tomar una decisión sobre la posibilidad de continuarla o interrumpirla dentro de los límites que marca la ley. Se le informa sobre el acceso a la IVE como prestación básica a la cual puede acudir, si así lo desea,

---

<sup>40</sup> En julio de 2017 el Gobierno de Aragón amplía la edad pediátrica en oncología hasta los 18 años.

tras ser derivada a una clínica que oferta este servicio con cargo a la seguridad social<sup>41</sup>. Tiene tres días para ratificar su decisión antes de esta intervención.

Si se continúa con el embarazo, el pediatra (o el médico de cabecera) la envía a la consulta con la matrona del Centro de Salud para que la prepare al parto. Puede darse también el caso de que la chica vaya directamente a la consulta con la matrona sin ningún volante de derivación. La matrona, a su vez, deriva a la menor a los centros de especialidades médicas donde el profesional de toxicología desarrolla un control exhaustivo y calendarizado de todo el embarazo. Según lo que nos confirman las matronas de los Centros de Salud que hemos contactado, en las dos Comunidades Autónomas consideradas no se prevé ningún protocolo específico para adolescentes durante todo el embarazo y el parto.

En otras palabras, la intervención médica que se desempeña hasta el alumbramiento es igual al que está previsto para todas las demás parturientas. Sin embargo, las enfermeras entrevistadas, desde su experiencia plurianual, nos hacen constar que los equipos médicos suelen prestar una atención particular a los embarazos de madres muy jóvenes para controlar su desarrollo psico-físico. En paralelo, las matronas invitan a las jóvenes gestantes y/o madres a participar en los cursos de preparación al parto y en los de posparto dirigidos a todas las que se encuentran en las mismas circunstancias, independientemente de su edad. En estas sesiones se dan consejos acerca del puerperio, se va comprobando el desarrollo del apego materno-filial y se presta ayuda a la neomamá para que reorganice su vida cotidiana: se le informa sobre asociaciones de madres, jardines infantiles, calendarios de vacunas y de consultas médicas para el bebé, métodos anticonceptivos en el posparto, etc.

Los médicos de atención primaria y las matronas señalan a las oficinas correspondientes de servicios sociales donde atienden aquellas incidencias familiares y de inclusión social que esta usuaria pueda presentar antes y después de dar a luz. Asimismo, durante el primer año de las sesiones obligatorias de control del desarrollo fisiológico del recién nacido, el pediatra valora la calidad de la crianza y del cuidado que el niño recibe y puede solicitar la intervención de servicios sociales cuando se detecten negligencias u omisiones graves por parte de la joven madre. La matrona cierra el ciclo del parto cuando se cumplen 40 días desde el día del parto.

### **6.3 La salud sexual desde el SNS: ¿un compromiso incompleto?**

El Artículo 5 la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo hace constar que “los poderes públicos en el desarrollo de sus

---

<sup>41</sup> El MSSSI informa de que 200 centros sanitarios notifican IVE en 2015 (eran 135 en 2006), el 46,5% de ellos (93) es de titularidad privada y realiza el 88,3% de los abortos ese año. La distribución territorial de estos centros es muy dispar: Aragón cuenta solamente con 2 centros privados mientras que la Comunidad de Madrid dispone de 7 centros privados y 1 público. Sorprende, en términos comparativos, el dato de Cataluña, donde son activos 52 centros públicos y 21 privados que ofrecen a sus usuarias y clientes la posibilidad de abortar.

políticas sanitarias, educativas y sociales garantizarán (entre otros aspectos) la educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y reproductiva". En el caso de Aragón esta indicación está recogida por los Centros de Orientación Familiar (vigentes hasta el 2016)<sup>42</sup> mientras que sus equivalentes en Madrid son los Centros de Promoción de la Salud y de Planificación Familiar (CPS). Desde estos centros se ofrecen asesoramientos y servicios, gratuitos y confidenciales, para chicos y chicas de 15-24 años y formación para los adultos y adultas que desarrollan un rol de mediación (tutores legales, educadores, docentes y progenitores) sobre estos temas. Entre sus iniciativas destacamos: el programa de anticonceptivos y para la prevención y el control de las ITS, además de proporcionar contraceptivos de urgencia<sup>43</sup>, test gratuitos de embarazo, pruebas rápidas de detección del VIH, etc.; el programa de educación materno-infantil, con una formación dirigida a la adquisición de hábitos saludables para la gestante (no fumar, no beber alcohol, no consumir drogas, comer correctamente, descansar lo suficiente y evitar relaciones sexuales de riesgo) e indicaciones para el puerperio; el programa de maternaje, con atención personalizada en los procesos físicos y emocionales del embarazo y de la crianza; el programa de educación afectivo-sexual con población escolarizada a través de talleres y encuentros en los institutos de Educación Secundaria. Las operadoras y responsables de los CPS contactados insisten en la importancia que tienen sus organismos también como espacios equipados para que las chicas hagan una reflexión ponderada sobre su embarazo, su relación de pareja y sus circunstancias personales y familiares, con el correspondiente apoyo psicológico cualificado que necesiten.

La *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* elaborada por el MSSSI en 2011 subraya la importancia de todos estos servicios y programas en el marco de una acción socioeducativa y de prevención que debe ser prioritaria en los Planes de Salud de todas las Comunidades Autónomas. Los gobiernos regionales proporcionan servicios específicos para la población joven con distintas denominaciones y estructuras. En el mismo documento del MSSSI se hace referencia a las Consultas Jóvenes, equipadas en los Centros de Salud o en los Institutos de Educación Secundaria, a las Tardes Jóvenes en algunos Centros de Salud, a los Centros Jóvenes de Anticoncepción y Sexualidad (CJAS), a las páginas web y a los servicios telefónicos de información sexual y prevención de ITS-VIH y a otras iniciativas sobre los mismos temas en el marco de una coordinación interinstitucional entre las consejerías de educación, igualdad, juventud y familia, los ayuntamientos y las entidades del tercer sector u organizaciones no gubernamentales.

---

<sup>42</sup> Hasta 2016 la normativa y los programas en anticoncepción en Aragón se regían por el Plan de Atención a la Mujer. Este cuadro de referencia cambia en mayo de ese año, cuando se aprueba el Programa para la organización de la atención anticonceptiva en Aragón (FPFE, 2016: 18).

<sup>43</sup> La OMS considera la píldora postcoital como un medicamento esencial para todas las mujeres, sin límite de edad. Esta anticoncepción de emergencia inhibe la ovulación (por tanto no provocará el aborto) y tiene una efectividad alta pero decreciente dentro de las 72 horas siguientes al coito. Desde 2009 la píldora postcoital forma parte del listado de fármacos de venta sin prescripción médica en España y su precio oscila entre 14 y 18 euros (dependiendo de la marca). Las menores de 18 años no necesitan el permiso de los padres o de los tutores legales para su adquisición.

Sin embargo, a falta de un presupuesto específico asignado para la aplicación de esta estrategia, todavía existe una desigualdad territorial notable en lo que concierne a la oferta pública en formación y educación afectivo-sexual para adolescentes y jóvenes, tal como evidencia el informe Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España editado por la Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB, 2016), la FPFE y otras asociaciones de planificación familiar en España.

En la misma línea, desde el Centro de Salud Joven de Madrid nos hacen notar que, en algunas Comunidades Autónomas más que en otras, se desatienden las indicaciones planteadas en la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo relacionadas con la prevención de embarazos no deseados. La incorporación de nuevos servicios de atención a la salud sexual y reproductiva prevista por la ley no se está produciendo. Nuestros expertos lamentan muchas deficiencias de recursos y de personal y con respecto al número de centros de planificación familiar presentes en el territorio nacional, especialmente en los últimos años de crisis económica. Como consecuencia de ello, señalan unas limitaciones graves en el acceso a métodos anticonceptivos (especialmente los de emergencia) y a programas formativos específicos por parte de los y las menores de 20 años.

#### **6.4 La educación afectivo-sexual en el sistema educativo: ¿una asignatura pendiente?**

España incorpora en su ordenamiento jurídico (nacional y autonómico) las recomendaciones de los organismos internacionales en materia de protección social de la infancia (Ocón, 2006). Uno de los aspectos troncales para garantizar el desarrollo integral de una persona desde sus primeros años de vida es la educación reglada y, dentro de ella, se prevé la formación en valores y competencias que determinan su crecimiento, emancipación y participación social. La educación sexual es parte integrante de todos aquellos aprendizajes irrenunciables para relacionarse con los demás, desarrollar libremente la propia sexualidad y mantener unas conductas afectivo-sexuales correctas y sin riesgos (física y emocionalmente) (Beaumont y Maguire, 2013). Según la OMS (2012) el objetivo de la educación sexual es “dotar a los niños/as y adolescentes de los conocimientos, habilidades y valores para tomar decisiones responsables acerca de sus relaciones sexuales y sociales. Del mismo modo, las niñas y adolescentes necesitan estar informadas acerca de los servicios de aborto seguro, donde estén legalmente disponibles y los peligros del aborto inseguro. Las niñas y adolescentes necesitan desarrollar sus habilidades para la vida, y mejorar sus vínculos con las redes y apoyos sociales que les pueden ayudar a rechazar el sexo no deseado y resistir las relaciones sexuales forzadas, acciones que a menudo se sienten impotentes para hacer”.

Desde la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño (1990) UNICEF y Save the Children se apoyan en datos concretos para demostrar que la mejora de la educación sexual y la mayor facilidad en el acceso a centros de planificación familiar son

dos factores cruciales para que los y las adolescentes aprendan a cuidar más y mejor la propia integridad psico-física, a prevenir las ITS y a evitar los embarazos no deseados.

Estas evidencias se traducen en políticas educativas para socializar correctamente a las nuevas generaciones en el conocimiento y ejercicio integral de la propia sexualidad. En el Artículo 5 la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo precisa que “los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garantizarán la información y la educación afectivo-sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo”. Asimismo, entre las recomendaciones de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2011 la séptima destaca que “se potenciará, en el marco del ámbito educativo, la educación sexual en la infancia y adolescencia, de acuerdo con el nivel de desarrollo de cada edad, tomando como referencia la visión holística de la sexualidad y la diversidad”. En ambos documentos se da disposición para que el programa de esta materia sea de alcance nacional, con contenidos completos y detallados, y no se admita objeción de conciencia en contra de su aplicación.

A pesar de ser una materia recomendada por el gobierno central en España, la Ley Orgánica 8/2013 para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) elimina la salud sexual del currículo escolar: la educación sobre este tema ya no comparece en los cursos de primaria y secundaria de nuestro sistema educativo, ni como asignatura obligatoria u optativa y tampoco como competencia básica a adquirir por parte del alumnado. En la actualidad las acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y reproductiva no se cumplen en todas las escuelas por igual. Los obstáculos en este caso son formales y sustanciales. En primer lugar, no existe ninguna norma que establezca la edad en la que se debería iniciar la educación sexual en los centros escolares; la iniciativa de impartir esta materia en los institutos queda delegada a la responsabilidad de cada centro escolar, dependiendo también de la temática adoptada y de la discrecionalidad del equipo docente y/o de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos. En segundo lugar, el profesorado no dispone de guías e informaciones completas sobre el contenido de esta materia, de manera que su formación está provista por entidades privadas y ONGs que “abordan la salud sexual desde diversos enfoques, careciendo de una adecuada sistematización y, muchas veces, de contenidos científicos actualizados” (FELGTB, 2016: 37). Finalmente cabe destacar que estas actividades cuentan con una financiación pública escasa, considerando que los presupuestos para ello suelen ser muy puntuales por parte de las administraciones municipales y autonómicas.

Los profesionales de los Centros de Salud y de los centros maternos (residencias y pisos tutelados) contactados para nuestro estudio dicen haberse encontrado con un gran número de adolescentes y jóvenes que en los últimos años disponían de informaciones erróneas, parciales y a veces contradictorias sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos. A este conocimiento disfuncional se suman otros dos elementos que complican su formación en esta materia: por un lado, sus sentimientos de vergüenza, pudor y timidez que las inhiben frente a los demás (mayores y pares, inclusive su pareja) a la hora de expresar sus dudas y perplejidades acerca de las

propias conductas afectivo-sexuales; por el otro, y en conexión con lo anterior, la falta de preparación y sensibilidad de los progenitores para entablar una comunicación sobre salud sexual y reproductiva de manera fluida y abierta con sus hijas.

Teniendo en cuenta estos obstáculos, algunos de nuestros expertos declaran echar en falta una asignatura sobre estos temas que esté insertada establemente en los programas de la educación reglada obligatoria en España<sup>44</sup>. A falta de esta oferta didáctica, ellos alertan sobre la ineficacia, en términos pedagógicos y formativos, de concentrar tantos contenidos referidos a estos temas en unas pocas clases magistrales o en encuentros puntuales de corta duración y desligados del resto de temas y tareas que los alumnos desarrollan en clase. Sin poner en duda las bondades de estas iniciativas, nuestros entrevistados temen que la atención que los y las estudiantes les prestan sea limitada, porque no disponen del tiempo suficiente para debatir y hacer preguntas, que van dirigidas en un único bloque a un público amplio y heterogéneo de chicos y chicas, con una edad comprendida entre 13 y 19 años, generando confusión y malentendidos.

La sexóloga que ha colaborado en el estudio insiste en la importancia de trabajar también en la formación emocional de los y las adolescentes para hacer efectiva su prevención frente a ITS y embarazos no deseados. Esto significa formar en competencias que puedan reducir la disonancia cognitiva entre teoría y práctica en la conducta afectivo-sexual, es decir entre el hecho de conocer los riesgos que se corren si no se utilizan los métodos anticonceptivos y no ser capaz de controlarlos o impedirlos, perseverando en relaciones desprotegidas: “La información es importante, pero pensar que sólo ella es la variable que conduce directamente a la efectividad de un coito seguro es no saber nada del universo de emociones, pensamientos o habilidades que son precisas para que esa conducta esperada, anhelada y saludable se lleve a efecto” (Beiztegui, 2006: 63).

Es una preocupación compartida entre muchos de los participantes del estudio (madres adolescentes y expertos) poder contar con un conocimiento claro, amigable y completo sobre salud sexual y sobre planificación familiar. En concreto, se solicita un conocimiento teórico y práctico calificado tanto para no quedar embarazada como para saber qué hacer y a quién acudir cuando hay sospechas de una gestación en curso. Muchas usuarias jóvenes de los Centros de Salud no conocen sus derechos sobre atención médica, sobre la posibilidad de acudir al IVE, tal como nos comentan los profesionales entrevistados, y tampoco saben bien cómo reaccionar frente a los abusos y a las violencias de parte de sus parejas durante las relaciones sexuales. Poner orden en las informaciones necesarias para estos casos e integrarlas con asesorías personalizadas y fácilmente accesibles son unas prioridades ineludibles. El sistema educativo español está todavía a tiempo de cumplir con esta asignatura pendiente.

---

<sup>44</sup> La asignatura “Educación para la ciudadanía y los derechos humanos”, diseñada en 2006 para el último ciclo de Educación Primaria y para todos los cursos de la Educación Secundaria, realizaba esta tarea hasta hace pocos años. La LOMCE (2013) elimina esta asignatura y deja que algunos de sus contenidos sobre derechos humanos sean transversales en el currículo escolar de educación reglada, sin contemplar ninguna alternativa didáctica y docente que se ocupe de salud sexual y reproductiva.

## 6.5 Actuaciones desde los servicios sociales para embarazadas y madres adolescentes

La atención médico-sanitaria a favor de adolescentes y jóvenes en España tiene una trayectoria más larga y más consolidada que las líneas de actuación que se desarrollan desde los servicios socio-asistenciales, incluyendo la intervención pública a favor de embarazadas y madres menores de edad. De hecho, las necesidades que ellas precisan por sus condiciones particulares son atendidas principalmente desde el ámbito de la salud pública. Las actuaciones desde los servicios sociales son complementarias y se han desarrollado más recientemente.

A principios de los años ochenta, los servicios sociales dedicados a estas chicas se aglutinan alrededor de los primeros centros de promoción de la salud a nivel municipal. En términos normativos, con la ratificación de la Convención de Derechos del Niño (1990) y de la Carta Europea de Derechos del Niño (1992) se empiezan a definir los marcos legales que reglamentan los sistemas de servicios sociales todavía vigentes en cada Comunidad Autónoma<sup>45</sup>. Desde entonces, se articula también la protección social para embarazadas y madres adolescente gracias a la redacción de guías específicas de intervención que garanticen su protección social<sup>46</sup>. Estas actuaciones se justifican como compromisos asumidos por la administración pública en los planes integrales para la protección de los y las menores con responsabilidades subsidiarias entre los progenitores y los poderes públicos.

Tal como se recoge también en el Plan Integral de Infancia y Adolescencia de Aragón 2010-2014<sup>47</sup> y en la Estrategia de Apoyo a la Familia 2016-2021 de la Comunidad de Madrid, la familia (nuclear y extensa) representa el contexto normal para el desarrollo de los y las menores<sup>48</sup> y debe proveer a la cobertura de todas sus necesidades básicas. La participación comunitaria constituye un segundo nivel de solidaridad y apoyo inmediatos para ese chico/chica mientras que los sistemas de salud, educación, servicio social y justicia representan, en su conjunto, un tercer nivel de protección. La

---

<sup>45</sup> Después de una primera formulación de estos servicios en los años noventa, los gobiernos autonómicos de Madrid y Aragón aprueban sus leyes de servicios sociales en 2003 y 2009, respectivamente. El Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) se ubica en el Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales del Gobierno de Aragón mientras que la Dirección General de Servicios Sociales y de Integración Social está adscrita a la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid.

<sup>46</sup> Para esta investigación hemos revisado la "Guía de Actuación Profesional para los Servicios de Protección de Menores de Aragón" (2006) y el "Manual de Intervención de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid para la protección de menores" (2008).

<sup>47</sup> Con este Plan se coordinan las actuaciones con menores en la Comunidad de Aragón según las disposiciones de la Ley 5/2009 de Servicios Sociales y de la Ley 12/2001 de la Infancia y la Adolescencia de Aragón.

<sup>48</sup> Aquí seguimos las indicaciones de la Convención de Derechos del Niño (1990) según las cuales "cualquier ser humano menor de 18 años es un niño, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad".

administración pública interviene a través de servicios especializados, según las normas establecidas por ley y bajo la vigilancia del sistema judicial, cuando los niveles anteriores no bastan para asegurar la participación social básica de los y las menores. Por su parte, estos son sujetos jurídicos titulares de derechos y deberes, con sus demandas individuales y sociales particulares.

La Ley Orgánica 1/1996 de Protección Orgánica del Menor, junto con su reciente y parcial modificación por la Ley Orgánica 8/2015 sobre el Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia<sup>49</sup>, subrayan la “supremacía del interés del menor” en todo el marco de actuación previsto para favorecer su seguridad, felicidad y bienestar en términos de crecimiento psico-físico y desarrollo afectivo-social según sus capacidades, inclinaciones naturales y aspiraciones. Entre los principios generales recogidos en la ley se distinguen dos situaciones de desprotección del menor que deben ser atendidas: las situaciones de riesgo, referidas a aquellas circunstancias que pueden perjudicar su integridad y su desarrollo regular pero que no son consideradas tan graves para justificar su separación del núcleo familiar; y las situaciones de desamparo, referidas a aquellas circunstancias graves de abuso, negligencia o abandono (por fallecimiento de los padres, su reclusión en centros penitenciarios o su desentendimiento intencional) que ponen en peligro el bienestar del menor y, por tanto, justifican su alejamiento de la familia de origen.

El sistema público de servicios sociales tiene competencias en la prevención, detección y solución de estas situaciones. El asunto se vuelve un poco más complicado cuando una adolescente se embaraza y hay que considerar el bienestar de dos menores: la joven madre y su hijo. Una adolescente mayor de 16 años puede informar o no a sus progenitores o tutores de su embarazo, consultarles o ignorar sus opiniones, por respeto de su “derecho al libre desarrollo de su personalidad” (recogido en el Artículo 10 de la Constitución Española)<sup>50</sup>. Por otra parte, una vez que decida seguir con el embarazo y si llega a dar a luz a su hijo, “el menor no emancipado ejercerá la patria potestad sobre sus hijos con la asistencia de sus padres, y a falta de ambos, de su tutor; en casos de desacuerdo o imposibilidad, con la del juez”, como recita el Artículo 157 del Código Civil. La emancipación legal se consigue formalmente a los 18 años cumplidos (Artículo 315) y en el caso de que la menor contraiga matrimonio, por

---

<sup>49</sup> Esta ley, junto a los artículos del código Civil en esta materia, constituye el principal marco regulador de los derechos de los y las menores de edad, garantizándoles una protección uniforme en todo el territorio del Estado.

<sup>50</sup> Cabe recordar, de forma congruente con este asunto, que el Código Civil Español no prevé que la actividad sexual de los y las menores (entendida como relaciones libres y mutuamente consentidas) esté obligatoriamente incluida bajo la administración de sus progenitores o tutores, y en consecuencia bajo su patria potestad. Entonces, una menor con 16 años cumplidos (la edad legal de consentimiento sexual) que no quiere informar a su familia sobre el inicio de su vida sexual (y tiene el derecho para hacerlo, sea cual sea su grado de maduración personal) puede omitir esta información, independientemente del tipo de relación paterno-filial que exista en su hogar.

concesión de los que ejerzan la patria potestad o del juez<sup>51</sup>, pero solo si tiene 16 años cumplidos. Por tanto la joven embarazada no tiene que ser mayor de edad para ejercer la potestad de su hijo, siempre que no haya ningún acto notarial que diga lo contrario.

El Centro de Salud es la primera institución pública implicada ante el embarazo de una adolescente. Esta usuaria suele acudir a los servicios sociales básicos más tarde, es decir, una vez que ella ha decidido seguir con el embarazo y quiere encontrar recursos suficientes para encargarse del hijo. Como ya hemos señalado en un apartado anterior, es posible también que la joven gestante sea derivada a servicios sociales a petición de la matrona o del médico de familia (o del pediatra) para definir la intervención sociosanitaria prevista en este caso.

El primer nivel de atención con servicios sociales generales se ubica en centros adscritos a los ayuntamientos, presentes en todos los barrios/distritos del territorio municipal. Allí se ofertan ayudas y asesoramientos para la integración familiar y social de la menor, los tratamientos psicosociales además de la protección socioeducativa y jurídica según sea el caso. Cuando se les presenta una chica embarazada, los trabajadores sociales recopilan inmediatamente sus informaciones personales, preguntándole si el embarazo es deseado o no, qué tipo de relación afectiva mantiene con su pareja y si su familia está al corriente de lo ocurrido. Es prioritario averiguar si es conveniente que la menor siga residiendo en la casa paterna durante el embarazo, si se va a emancipar legalmente o si tiene alguna perspectiva de vivir junto con la pareja (con previa autorización de su familia)<sup>52</sup> y controlar que estén garantizadas en todo momento su atención médica y la continuidad de sus estudios reglados.

Los trabajadores sociales coordinan la activación de todos los recursos disponibles para atender a esta usuaria derivándola a programas y servicios especializados según su necesidad, circunstancia y urgencia. Tras la valoración de cada caso, se pueden plantear actuaciones como el acogimiento familiar, la adopción o la intervención para prevenir y tratar social y legalmente situaciones de maltrato, negligencia, violencia, explotación o abuso como también la comprobada incapacidad parental de control de la conducta del menor (Madruga, 2009).

Por lo que se refiere a las situaciones de riesgo, el trabajador social debe valorar el tipo de relaciones que se mantienen en la unidad familiar para luego proveer los servicios más adecuados incluidos en el Plan de Apoyo Familiar, como la orientación y

---

<sup>51</sup> El Artículo 320 del Código Civil establece que “el juez podrá conceder la emancipación de los hijos mayores de dieciséis años, si éstos la pidieren y previa audiencia de los padres: cuando quien ejerce la patria potestad contrajere nupcias o conviviere maritalmente con persona distinta del otro progenitor; cuando los padres vivieren separados; y cuando concurra cualquier causa que entorpezca gravemente el ejercicio de la patria potestad”.

<sup>52</sup> Por ejemplo, en el caso de las familias gitanas, la adolescente embarazada pasa a vivir con los padres del marido (el novio con el cual está unida por el rito gitano), pero antes debe tener el consentimiento de su familia.

el asesoramiento a la familia, la ayuda a domicilio, los programas formativos para los adolescentes que han abandonado el sistema educativo, etc. El menor sigue estando en casa con sus progenitores porque se pretende reforzar su protección dentro de la misma institución familiar. En los casos de desamparo, es decir si la vuelta a casa no es viable ni sostenible, se suspende la patria potestad de su familia (no la filiación)<sup>53</sup> y la tutela del menor pasa a ser diligencia de la administración pública<sup>54</sup>, de Protección de Menores (Madruga, 2009).

En Protección de Menores se provee una primera valoración de la usuaria que se presenta al servicio para proceder a admitir el caso o no. Una vez que se abre el expediente de la chica embarazada y en situaciones de dificultad, un "coordinador de caso"<sup>55</sup> se ocupa de su seguimiento pormenorizado durante todo el periodo de su tutela administrativa; cuando nace su hijo se abre otro expediente, aunque sea relacionado con esa menor. El coordinador tiene los contactos con la familia (nuclear y extensa) y es el responsable de un grupo de trabajo en el cual trabajan un profesional de la psicología, del trabajo social y de la educación, que se ocupan del mismo caso. Se recoge información y se hace una valoración de la adolescente para que el coordinador active los recursos pertinentes hasta que se cierre el expediente (tras haberlo consultado con el equipo de educadores del centro donde la menor está tutelada) por distintas circunstancias, siguiendo un protocolo normalizado: porque la usuaria ha alcanzado la mayoría de edad, porque ha cumplido con los objetivos que los educadores habían fijado para ella, porque se ha emancipado, etc. De todas formas, los expedientes se pueden siempre reabrir si se vuelven a producir las circunstancias que lo requieran.

Bajo el consentimiento de la autoridad pública (Protección de Menores), de los titulares de la patria potestad, y también de la menor si esta tiene 12 años o más, su cuidado y custodia

---

<sup>53</sup> La filiación (la relación jurídica entre el hijo y sus progenitores) puede ser por naturaleza (matrimonial o no matrimonial) o por adopción y se determina por nacimiento y por reconocimiento ante el Registro Civil. La patria potestad se refiere al conjunto de derechos y obligaciones fijado por ley entre progenitores e hijos (hasta la emancipación o la mayoría de edad de los vástagos). Está establecido por ley que las madres y los padres, en igualdad de condiciones, deben ocuparse de su protección, tenerlos en su compañía, educarlos y prestarles alimentos. Desde el punto de vista legal, los alimentos se refieren a todo lo indispensable para el sustento de los hijos a cargo (menores o mayores de 18 años, si no han finalizado su formación), es decir alojamiento, vestidos, asistencia médica y educación, además de la comida. Se incluyen en los alimentos que deben corresponder los progenitores también los gastos de embarazo y parto de su hija, si ella no consigue cubrirlos por cuenta propia.

<sup>54</sup> El Código Civil dicta que la tutela sea una medida protectora llevada a cabo por una persona de confianza (el tutor) bajo la inspección del Estado. Sin embargo, según el Artículo 170, "el padre o la madre podrán ser privados total o parcialmente de su potestad por sentencia fundada en el incumplimiento de los deberes inherentes a la misma o dictada en causa criminal o matrimonial. Los Tribunales podrán, en beneficio o interés del hijo, acordar la recuperación de la patria potestad cuando hubiere cesado la causa que motivó la privación".

<sup>55</sup> Este es el nombre técnico adoptado en Aragón para referirse a este tipo de funcionario. Cada coordinador de caso se hace cargo de una zona geográfica específica de esta Comunidad Autónoma a partir de la Subdirección provincial de Protección a la Infancia y Tutela que le compete.

se trasladan a un centro de acogida, centro de menores o residencia<sup>56</sup>. Allí se le brinda un alojamiento para cubrir sus necesidades residenciales y de manutención desde diferentes áreas (psicológica, formativo-laboral, materno-infantil, social, de ocio y tiempo libre), hasta su mayoría de edad. En estos centros las jóvenes gestantes y madres en riesgo de exclusión encuentran también unos programas ad hoc para fomentar su aprendizaje activo respecto a su rol materno. Durante el acogimiento la coordinadora de caso y los responsables de estos recursos residenciales pueden valorar su posible regreso al hogar familiar.

Entre los tipos de acogimiento que nuestros profesionales nos indican para describir algunos ejemplos de jóvenes embarazadas y madres adolescentes con las cuales han trabajado, destacamos, de forma resumida: 1) el acogimiento simple (en familia extensa) cuando la menor viene reubicada en el hogar de un miembro de su red de parentesco (o en una familia ajena), no implica la ruptura de las relaciones con sus padres biológicos, de hecho este tipo de acogimiento puede ser transitorio, es decir, una separación provisional del núcleo familiar hasta que no se subsane la inestabilidad que ha justificado su alejamiento administrativo; 2) el acogimiento permanente, cuando no es posible ni deseable que esta chica regrese a su hogar de origen a medio o largo plazo, nadie de la familia extensa se quiere (o se puede) responsabilizar de ella y tampoco se aconseja su adopción; y 3) el acogimiento preadoptivo, cuando existen los presupuestos jurídicos para la adopción de la menor y el cumplimiento de todos los requisitos legales por parte de los acogedores.

Entre las novedades establecidas por la Ley 26/2015 de Protección a la Infancia y a la Adolescencia, con referencia a los tipos de acogimientos administrativos previstos para los y las menores, se recomienda la provisión de acogimientos que sean lo más estables posibles, más que temporales, con soluciones preferentemente familiares más que residenciales. Limitar la institucionalización de la menor y de su hijo responde a la necesidad, señalada por consenso entre pedagogos y psicólogos infantiles, de ofrecer un ambiente familiar más cálido, informal, personal y, por tanto, más adecuado para el desarrollo de su personalidad. Como complemento de este principio, otra novedad respecto a la Ley 1/1996 es la introducción de una rúbrica con los “deberes del menor” en la Ley 26/2015 donde se establecen las obligaciones individuales, en general, y en el ámbito familiar, escolar y social, en particular, del adolescente.

Si la joven se encuentra bajo la tutela de Protección de Menores cuando queda embarazada, los primeros en enterarse son los educadores que tienen una relación de responsabilidad y cuidado con ella, según nos comentan desde YMCA y desde la Fundación para la Ayuda Integral del Menor (FAIM) de Aragón<sup>57</sup>. El Centro Materno-

---

<sup>56</sup> En la revisión realizada para nuestro estudio, hemos comprobado que estos centros se encuadran dentro del tercer sector, son principalmente de titularidad privada y funcionan con fondos públicos.

<sup>57</sup> Los testimonios recogidos en estas instituciones hacen hincapié en la voluntariedad del embarazo por parte de algunas usuarias bajo su tutela. Desde YMCA y FAIM nos explican que ellas justifican la maternidad como una oportunidad para constituir una familia y concentrar su esfuerzo en el cuidado de un niño para orientar el sentido de sus vidas y mirar al futuro con más optimismo respecto a la situación que están viviendo.

Infantil de YMCA y el Centro de Observación y Acogida (COA) gestionado por la FAIM hasta el año pasado, ambos en Zaragoza, son dos recursos residenciales para jóvenes embarazadas y madres adolescentes que se han creado muy recientemente<sup>58</sup>. Como nos comenta el director de FAIM: "Hasta hace dos años todas las chicas que quedaban embarazadas menores de edad se las derivaban a Salamanca que es el centro referente nacional de chicas embarazadas, que es un centro de monjas, y en Ávila. Desde Aragón se enviaba siempre fuera porque aquí no había ningún espacio residencial que pudiera atender a la vez a la madre y al pequeño juntos".

Tanto en estos casos como en aquellos otros en que la chica llegue a los pisos de tutela ya en estado de embarazo, el hijo tendrá la misma situación legal de la madre si ella sigue encontrándose bajo la custodia de la administración en el momento de dar a luz. La custodia de ese niño pasará formalmente a la madre cuando ella cumpla los 18 años. A este propósito, la trabajadora social de la Casa Cuna Ainkaren de Zaragoza nos describe una situación complicada que se da a menudo: "cuando la joven llega a la mayoría de edad tiene que abandonar el centro porque se acaba su condición de tutelada pero, si su situación de desamparo persiste, su niño debería seguir en esa institución pública". Para evitar la crisis emocional (tanto para la madre como para el hijo) que podría provocar esta separación, diversas entidades privadas (con el apoyo de patrocinios privados y fondos públicos, además del voluntariado de la mayoría de sus colaboradores) intervienen y permiten a la joven seguir en una casa de acogida o centro maternal junto a su niño hasta que consiga estabilizar su emancipación e inserción sociolaboral.

Según el testimonio de esta trabajadora social, la Casa Cuna no ofrece una ayuda meramente asistencial: "porque sí te da alojamiento, comida, gastos de farmacia... lo básico. Pero les pedimos que a cambio ellas lleven el mantenimiento de la casa (cocinar, limpiar, planchar, hacer la compra, etc.) y aparte de eso pues que cuiden de sus niños. Entonces eso ya es un aprendizaje. Es que todas las actividades de la casa están pensadas en que ellas luego aprendan y sepan hacer todo cuando se vayan porque muchas veces van a vivir solas con sus niños". El mismo modelo de intervención es adoptado por YMCA Zaragoza en su centro materno-infantil (donde residen menores embarazadas o con hijos a cargo) y por la Fundación Madrina, en Madrid, que ofrece ayudas a través de "madrinas" voluntarias que acompañan a madres jóvenes que están solas con sus hijos (hasta que cumplan los 18 meses de vida) en el aprendizaje de alcanzar una vida independiente.

De forma similar, los servicios sociales proveen programas orientados al refuerzo de las competencias de emancipación de la joven bajo tutela. Nos referimos, en el caso del sistema de protección de menores de Aragón, al Programa de Autonomía

---

<sup>58</sup> El centro de YMCA es el único en Aragón dirigido a menores embarazadas y donde las madres adolescentes pueden convivir con sus hijos acompañadas por un equipo de educadores 24 horas al día.

Personal, dirigido a adolescentes de 12-18 años, con apoyo individualizado para impulsar su formación e inserción sociolaboral, y al Programa de Transición a la Vida Independiente, para que ellos y ellas aprendan a gestionar sus propias dependencias personales, sociales y laborales con vista a alcanzar la emancipación. Este segundo recurso está pensado para los y las menores que hayan superado con éxito el programa anterior y tengan 16 años cumplidos hasta que cumplen su mayoría de edad, aunque pueden continuar con un periodo de acompañamiento transitorio hasta los 21 años si es necesario.

Las jóvenes parturientas y madres se informan también en los servicios sociales sobre las ofertas de asistencia psicológica disponibles para ellas y para sus familias a través de equipos compuestos por psicólogos y educadores sociales. Cuando ya son madres, se les proporcionan informaciones útiles sobre ayudas económicas de emergencia (llamadas "de última red"), como el Ingreso Aragonés de Inserción (IAI) y la Renta Mínima de Inserción (RMI), si ellas carecen de recursos económicos para atender sus necesidades básicas de integración social. Las menores de 18 años con hijos a cargo pueden solicitar estas prestaciones monetarias (periódicas y personalizadas) a nivel autonómico si cumplen con todos los requisitos que las reglamentan. Desde servicios sociales las ayudan a compilar las correspondientes solicitudes y a tramitarlas. Las trabajadoras sociales que hemos entrevistado nos aclaran que tales medidas asistenciales son importantes pero puntuales y suelen aprovecharlas sobre todo aquellas adolescentes que proceden de unos contextos socioeconómicamente desfavorecidos. En estos casos, desde su punto de vista, la maternidad es un gravamen ulterior para ellas y para sus familias, que ya se encuentran en situaciones precarias.

En su documento sobre la Estrategia de Apoyo a la Familia 2016-2021 el Gobierno de la Comunidad de Madrid incluye una atención especializada a mujeres jóvenes en desamparo a través de una mayor provisión de centros de maternidad y de un mayor número de acuerdos con entidades privadas para que acojan a embarazadas y a madres con hijos. Además, se prevé un aumento de las subvenciones destinadas a entidades sin ánimo de lucro para ayudar a aquellas gestantes o madres con hijos de entre 0 y 3 años de edad que carecen del apoyo de su red familiar y estén en riesgo de exclusión. Desde la Subdirección General de Familia de la Comunidad de Madrid se insiste en que el "interés supremo del niño" es el principio rector de estas intervenciones, como derecho que debe ser tutelado por los organismos públicos, de acuerdo con la normativa internacional de protección de la infancia (Ocón, 2006). Tal como se refleja en ese documento y en la entrevista que hemos realizado con la Subdirectora General de esa institución, se pretende facilitar los trámites para integrar a estas menores (o, si procede, a sus hijos) en familias acogedoras o adoptantes y desarrollar medidas que faciliten su plena integración laboral cuando se vean obligadas (por cuestiones de edad) a abandonar los centros de acogida administrativa, como por ejemplo los cheques guarderías (hasta los 3 años del hijo) y los programas de formación y orientación profesional.

## 6.6 Una agenda para la maternidad adolescente

Existe un cierto consenso en la opinión pública y entre los decisores políticos sobre la oportunidad de intervenir en la prevención de los embarazos no deseados entre las adolescentes en España desde el ámbito familiar, comunitario y social. Sin embargo, consideramos que no es correcto tratar estos acontecimientos, y la eventual maternidad, en las menores de edad solamente como un problema de salud pública. Hace falta considerar la variedad de situaciones que pueden contribuir a originar unas conductas afectivo-sexuales de riesgo y tener en cuenta las perspectivas de las jóvenes que han vivido estas situaciones en primera persona como testigos directos capaces de dar cuenta de todas las dimensiones constitutivas de este fenómeno. Estas dos cuestiones nos sirven para calibrar mejor la protección de la joven gestante o madre, y de su hijo, en los distintos niveles de responsabilidad institucional y según las circunstancias específicas en las que ella se encuentra.

Gracias a una mirada más comprensiva, entendemos que los embarazos y la maternidad en edad adolescente pueden darse no solo en contextos precarios y marginales sino también en muchas otras circunstancias: por ejemplo, cuando se manifiesta la violencia de género en una relación de pareja, o cuando se asume la llegada de un hijo como un proyecto de emancipación intencional, a falta de otras alternativas accesibles, o también cuando se asuma como “normal y corriente” la maternidad temprana en unos entornos familiares y socioculturales particulares (grupos sociales con limitados recursos socioeducativos, minorías étnicas y colectivos migrantes). No queremos tratar la maternidad adolescente como un hecho incuestionable, al revés, nuestros expertos coinciden con nosotros en definirlo como un problema social real y urgente, aunque no siempre sea visible, como el caso de los embarazos tempranos que acaban en abortos. Los dos eventos están en estrecha relación y los entendemos como no deseables ni convenientes para la vida de una menor.

Por otra parte, no podemos definir este tipo de maternidad como un problema en sí y tampoco como un evento que empeora irremediablemente la vida de estas jóvenes. Más bien, el estudio realizado nos lleva a entenderlo como un fenómeno social que supone muchos cambios para ellas y para sus familias, pero los orígenes y los éxitos de estos mismos cambios dependen de la calidad de sus contextos sociales, de los procesos de socialización que estas chicas llevan a cabo en sus contextos informales (familias y grupos de pares) y formales (centros escolares) y también de las intervenciones públicas que se pueden implementar. Ser madre adolescente, pues, no puede entenderse únicamente como una cuestión de las chicas que se embarazan pronto, o por lo menos consideramos que atribuir solo a ellas la responsabilidad de la criatura que llevan en su seno y de la eventual maternidad que van a tener (o han tenido) no es sociológicamente correcto y tampoco moralmente justo.

Desde esta perspectiva, se hace necesaria una atención mayor a la hora de interpretar la maternidad adolescente y calibrar unas políticas eficaces y coherentes en este ámbito. Los y las profesionales consultados nos han explicado algunos programas dirigidos a

jóvenes embarazadas y madres y nos han ayudado a formular algunas recomendaciones sobre las cuestiones que hemos tratado en la investigación. A partir de sus aportaciones y de nuestra visión ampliada del fenómeno, podemos confirmar que los servicios médico-sanitarios y los servicios socioeducativos son ejes complementarios que vertebran una misma estrategia institucional, aunque muchas veces carezcan de una efectiva coordinación entre ellos.

En términos operativos, las acciones existentes y las que se recomiendan para el futuro deberían dirigirse a tres tipos de públicos y responder así a sus diferentes circunstancias:

- Acciones destinadas a todos los y las adolescentes para prevenir los embarazos no deseados: incluyen programas de prevención para mejorar los conocimientos teóricos, las actitudes y las prácticas de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar;
- Acciones para acompañar a las jóvenes embarazadas: se trata de intervenciones que preparan a estas adolescentes para el parto, cuidando de su bienestar anímico y de sus relaciones interpersonales (con los padres, las parejas y los amigos) y también las que se centran en la activación del rol materno y en el fortalecimiento de las pautas de reorganización vital durante su gestación;
- Acciones para asistir a las neomamás durante la etapa posnatal y medidas con perspectiva de futuro, no solo para favorecer la crianza sino también para impulsar su autoestima, su empoderamiento personal y su proyecto de emancipación.

El conjunto de estas acciones se inserta en un marco de atención integral a la adolescente, antes, durante y después del embarazo, con objetivos esperados diversos: el primer grupo pone énfasis en la prevención de conductas de riesgo, el segundo insiste en la adaptación a los cambios que se dan con la llegada del hijo, y en el tercero se abordan los aspectos ligados a la resiliencia de la joven madre y a la red de protección social para apoyarla en la conciliación entre sus compromisos familiares y su transición a la vida adulta.

A continuación damos cuenta de algunas recomendaciones que han surgido en los encuentros con los expertos y que hacen referencia a diversos aspectos de estos tres tipos de acciones. Cada iniciativa debe leerse como una ocasión de mejora para las actuaciones sociales sobre los temas tratados, pero no deben entenderse como medidas dirigidas exclusivamente a las chicas. Todas las propuestas precisan de la colaboración y de la atención de otros actores para que puedan resultar eficaces, ya sean sus familiares, amistades o parejas, como también los otros y otras jóvenes y adultos significativos de su realidad social, empezando por los profesionales encargados de su protección y bienestar. De esta manera, tales recomendaciones pueden contribuir a cambiar el sistema de oportunidades vitales al alcance de estas jóvenes, como formación para evitar embarazos no deseados, como alternativa a la maternidad temprana o como opciones para que la crianza de sus hijos sea lo más sostenible y placentera posible.

## **Campañas de prevención de embarazos no deseados y series televisivas**

Desde 2005 se han promocionado numerosas campañas en los medios de comunicación y en las redes sociales, por iniciativa del Ministerio de Sanidad, para sensibilizar a chicos y chicas de 14-25 años, residentes en España y de cualquier extracción socioeconómica y cultural, sobre la importancia de mantener unas relaciones afectivo-sexuales protegidas y saludables. Las campañas anuales que hacen una referencia clara y explícita a la prevención de embarazos no deseados, además de evitar el contagio de VIH e ITS, son tres: “Si no tomas precauciones, ¿Sabes quién actúa?” (2006 y 2007), “Yo lo pongo, yo controlo” (2008); y “Es cosa de dos” (2010)<sup>59</sup>. Las primeras dos se desarrollan cuando la proporción de madres adolescentes en nuestro país empieza a ser preocupante: la tasa de fecundidad de las chicas de 10-17 años se duplica en diez años, pasando de 3,1 en 1997 a 6,3 en 2007, y el número de IVE en chicas de 15-19 años pasa de 7.074 a 14.807 en el mismo periodo (de 115 a 500 IVE entre las menores de 15 años). Desde hace siete años no se produce ninguna campaña mediática expresamente dedicada a la prevención sobre este tema en nuestro país.

Recientemente han tenido un cierto éxito televisivo las series de tele-realidad que presentan, en un formato documental, las vidas reales de madres adolescentes. El objetivo es impactar al público joven de la misma edad, extracción social y circunstancias personales (relaciones familiares, con el novio, en los institutos, etc.) de estas protagonistas. La serie más famosa es “Embarazada a los 16”, del canal estadounidense MTV. Las cinco temporadas de esta serie, tituladas Teen Mom y 16 and pregnant, se estrenan en 2009 pero se proyectan en España en 2015. Un estudio (Kearney y Levine, 2014) calcula que en Estados Unidos esta serie ha contribuido a la reducción del 5,7% en los partos de madres adolescentes en los 18 meses siguientes a su introducción. Sería interesante volver a proponer este programa en los canales televisivos nacionales y evaluar su impacto sobre el número de embarazos y sobre la tasa de aborto entre las menores.

### **¿Funciona promocionar la abstinencia sexual entre los jóvenes?**

Algunos de nuestros entrevistados, del ámbito médico y de los servicios sociales, toman en consideración la posibilidad de educar a los adolescentes en la abstinencia sexual, pero no están seguros de que esta medida logre efectivamente reducir los embarazos no deseados. Diversos programas educativos, promovidos por el gobierno de Estados Unidos y adoptados en numerosos centros escolares en la segunda mitad de los años noventa, que impulsan la abstinencia sexual prematrimonial entre los menores de 25 años (abstinence-only-until-marriage programs) cómo única estrategia para preservar su salud sexual y evitar embarazos no han logrado los resultados esperados. Al contrario, se observa que la edad de iniciación sexual de los y las adolescentes se retrasa y las

---

<sup>59</sup> Madrid y Aragón están entre las 12 Comunidades Autónomas que entre 2011 y 2016 no han realizado ninguna campaña de sensibilización sobre el uso de los métodos anticonceptivos modernos (FPFE, 2016).

incidencias de las relaciones desprotegidas y de las ITS se reducen más en las escuelas donde no se desarrollan estos programas que en los institutos donde se adoptan (Santelli et al., 2017). Se ha comprobado que sus contenidos violan algunos derechos básicos de los estudiantes porque inhiben su libertad de elección, no proporcionan informaciones médicas completas, estigmatizan u omiten las orientaciones no heterosexuales de los y las jóvenes y reducen, indirectamente, la atención prestada a la educación sexual en los institutos de Educación Secundaria: entre 2002 y 2014 las escuelas estadounidenses que incluyen la salud sexual y reproductiva como materia troncal en sus planes de estudios bajan del 67% al 48%.

## Unas reflexiones sobre el papel de la pareja y la violencia de género

Los profesionales consultados recomiendan que las y los adolescentes mantengan relaciones sanas en las que ambos crezcan en su personalidad. Por ello, se insta a que participen activamente en los programas de educación sexual y que sean conscientes no solo de cómo prevenir un embarazo no deseado, sino también de cómo llevar una relación afectivo-sexual sincera, honesta y respetuosa, independientemente de lo estables o esporádicos que sean sus encuentros íntimos.

En el caso de que se compruebe la existencia de una relación violenta o de abuso por parte del chico, no se deben dejar impunes sus acciones: él debe rendir cuenta de sus responsabilidades por todas las vías previstas, institucionales y judiciales, mientras que sus progenitores y amigos pueden contribuir a concienciarle sobre la gravedad de sus actos. Los datos disponibles para corroborar que esta cuestión es muy seria y actual son muchos: según la Memoria de la Fiscalía General del Estado de 2013 los procesos judiciales por violencia machista en adolescentes aumentan un 30% entre 2011 y 2012; el INE informa que entre 2013 y 2014 las órdenes de protección por violencia de género entre mujeres menores de 18 años aumentan un 15,4%; finalmente, en 2015 el MSSSI incluye por primera vez a las chicas de 16 y 17 años en la muestra para la Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer y se logra destacar que el 25% de ellas declara haber sufrido violencia psicológica de control<sup>60</sup>, en los últimos doce meses, frente al 9,6% de la media de todas las encuestadas.

Diversos estudios demuestran que estos datos son el reflejo de patrones machistas que los adolescentes aprenden de los adultos y que pueden conducir a situaciones de violencia (Díaz-Aguado, 2005; Díaz-Aguado y Carvajal, 2011). Nuestras entrevistadas y los expertos consultados nos ayudan a arrojar luz sobre un fenómeno que no siempre es visible, comentándonos que no son pocas las ocasiones en que los embarazos no deseados están originados en relaciones violentas con la pareja, incluso en edades muy tempranas.

---

<sup>60</sup> La pareja le impide ver a sus amigos, evita la relación directa con sus progenitores o insiste en saber dónde se encuentra esta chica en cada momento sobre todo a través de las redes sociales y del móvil.

En particular, confrontando estos temas con una trabajadora social del Centro municipal para mujeres víctimas de violencia de género de Zaragoza, llegamos a la conclusión de que castigar a la pareja violentadora sin educarla puede resultar ineficaz, porque no garantiza que ese chico (a menudo de la misma edad de su compañera) sea consciente del daño cometido y tampoco que no vuelva a producirse el mismo comportamiento violento por su parte. La prevención de la violencia de género entre los y las adolescentes pasa por una educación incisiva de ambos sexos, sobre las competencias imprescindibles para saber (y reconocer) qué es “violencia”<sup>61</sup>, cómo se expresa en las relaciones interpersonales entre jóvenes y entre jóvenes y adultos, qué significa discriminar por género y cómo se debe mantener una relación de pareja que sea verdaderamente saludable y placentera para ambos<sup>62</sup>. El objetivo es que en el encuentro físico, sentimental y social entre dos jóvenes estén siempre garantizadas la integridad, la libertad y la autonomía de cada uno.

### **El acompañamiento de profesionales y familiares**

Tanto las 32 chicas que participan en el estudio como los profesionales consultados coinciden en la oportunidad de proveer con un acompañamiento personalizado la ejecución de los programas de educación materno-infantil y de maternaje para las menores con hijos. Por un lado, se recomienda al personal de los centros sanitarios (de atención primaria y hospitales) y de los servicios sociales que desempeñen una actitud cercana, transparente y empática cuando trabajan con estas jóvenes, desde el momento en que se detecta su embarazo hasta el puerperio, pasando por el alumbramiento. Esto significa respetarlas, ayudarlas a resolver sus dudas y entender las dificultades por las cuales están pasando, sin juzgarlas o reprocharlas y culpabilizarlas por su situación. Al contrario, en todo momento se precisa mantener un papel positivo y constructivo para que ellas refuercen su confianza, cultiven la propia autoestima y participen activamente en la toma de decisiones. Según una trabajadora social de Zaragoza este tipo de intervención justificaría la ausencia de un protocolo normalizado y rígido de actuación en estos casos, con el objetivo de prestar una atención sociosanitaria que resulte más efectiva por ser más flexible e individualizada.

---

<sup>61</sup> El Informe de Violencia de Género del Teléfono ANAR analiza las llamadas recibidas en el 016 del MSSSI y derivadas al teléfono de la Fundación de Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR) cuando son casos de violencia de género con menores implicados. En la edición 2014 de este estudio se evidencia que el 62,6% de las llamadas proceden de chicas de 16-17 años, el 67,9% de ellas señala que el agresor es su pareja actual (en el 48,2% de los casos se trata de un hombre mayor de 18 años) pero el 51,1% no es consciente de que está sufriendo violencia de género.

<sup>62</sup> En este sentido compartimos las siguientes indicaciones porque son todavía muy actuales: “Se deben dar a los adolescentes y jóvenes pautas de conducta y sobre todo la capacidad de reflexión crítica sobre los distintos comportamientos sexuales y sus implicaciones sobre la salud propia y de los demás (...) Al diseñar una educación afectivo-sexual hay que tener en cuenta que la sexualidad humana presenta diversos componentes que no se deben disociar. Sin una comprensión integral de estos componentes, la vivencia sexual se transforma en meramente genital-erótica” (Del Castillo, 2001: 241-242).

Por el otro, es oportuno buscar siempre una mediación entre la chica y los adultos más significativos a su alrededor, averiguando las circunstancias particulares de sus familias, de sus relaciones de pareja y de su entorno social de procedencia para evitar tensiones, conflictos y situaciones de abandono, soledad o abuso. Los profesionales deben prestar esta atención desde sus respectivos ámbitos de acción pero coordinándose entre ellos, para velar sobre su bienestar, constituyendo así una comunidad calificada de control y apoyo que siempre busque involucrar a los progenitores.

El nacimiento de un hijo, en general, representa una fase de transición muy delicada en el ciclo vital de una familia porque involucra una pluralidad de generaciones y de relaciones en el hogar y reestructura la gestión de los tiempos, de los espacios y de las tareas compartidas. En el caso de las madres adolescentes, este pasaje supone un esfuerzo añadido porque se trata de reconstruir nuevos equilibrios familiares conjugando unos roles poco comunes de madres-hijas adolescentes con madres/padres y abuelos de dos menores. Es importante acompañar a la familia nuclear en esta fase, armonizar su adaptación a los cambios (a menudo imprevistos) que les acontecen, ayudar a las neomamás en la exploración de sus propios modelos de crianza y reducir el riesgo de que sus hijos tiendan a reproducir sus mismas conductas afectivo-sexuales.

Las matronas y las trabajadoras sociales entrevistadas se preocupan mucho por las relaciones paterno-filiales de sus usuarias. No se trata solo de favorecer el diálogo intrafamiliar, sino también de ayudar a los progenitores a entender las circunstancias bio-psico-sociales de sus hijas y actuar sobre la base de tres elementos fundamentales de protección para la adolescencia: comprensión, participación y solidaridad. En los casos más complicados, la activación del rol materno pasa por una labor constante con la autoestima de estas chicas, resolviendo sus dudas y preocupaciones, haciéndoles sentir parte de las soluciones que deben encontrar para encarar los retos de su maternidad. Tales intervenciones pueden tener el efecto esperado si la comunicación con la familia es fluida, si los progenitores ponen a disposición su apoyo (emocional y práctico), no les presionan y tampoco mantienen unas posturas inconciliables, por ejemplo imponiendo la formalización de la unión de noviazgo con el padre de su hijo, o también condicionando su ayuda al logro de unos objetivos que ellos fijan sin involucrar a la chica en la toma de decisión.

Por otra parte, hay que tener más atención en los casos de aquellas jóvenes de origen migrante porque pueden presentar redes familiares más débiles y menos extensas. Las distancias geográficas acrecientan las dificultades comunicativas y los intercambios afectivos con la familia de origen. Además, su adaptación al contexto español, como lugar de destino de su trayectoria migratoria, les supone mucha presión y estrés por el hecho de vivir y desenvolverse en un entorno que a menudo no es ni conocido ni halagüeño. Las asociaciones de migrantes, sobre todo las que están compuestas por mujeres, son recursos de proximidad muy útiles para desarrollar un acompañamiento efectivo y amigable de estas chicas. Cuando ellas se encuentran con otras compañeras de la misma nacionalidad, y por ende de la misma cultura y con experiencias migratorias parecidas a las suyas, pueden conseguir informaciones, orientarse mejor, compartir

dudas y enlazar ligámenes personales que las motivan y las ayudan en los pasos a seguir en su maternidad y en su integración social. Las trabajadoras sociales entrevistadas para este estudio ponen mucho en valor la contribución de estas asociaciones a la hora de captar y gestionar estos casos de forma conjunta con los servicios sociales básicos.

### **El apoyo mutuo entre iguales**

Además de la intervención desde las redes familiares, las trabajadoras sociales entrevistadas proponen que se constituyan grupos de jóvenes embarazadas y madres adolescentes para que compartan las experiencias que están viviendo, se ayuden mutuamente en la práctica del rol asumido (o que van a asumir) y se apoyen a nivel emocional. El activo que pueden ofrecer sus pares (de edad y de condición) es de gran importancia en el proceso de adaptación al rol materno. Se trata de implicar a las propias protagonistas en el aprendizaje de habilidades y destrezas que les permitan aceptar los cambios que están experimentando en sus vidas, superar las dificultades de la gestación y de la crianza, confrontarse en las mismas tareas y con las mismas inquietudes, incluso desahogándose entre ellas, gracias a una relación de reciprocidad. A este propósito, desde la Residencia Norte de Madrid se fomenta la convivencia entre núcleos familiares compuestos por jóvenes y sus hijos para crear unos vínculos que trasciendan el mero trato asistencial y de tutela recibido por parte de la institución, procurando estimularlas y motivarlas en sus compromisos de crianza y en las demás actividades diarias que desempeñan dentro y fuera del centro.

### **Por un parto no traumático**

La atención en el momento del parto merece una breve reflexión aparte. La labor de parto supone un estrés psicológico y emocional intenso para la parturienta, además de un esfuerzo físico que puede causar dolor y agotamiento. La sexóloga entrevistada para esta investigación indica que la violencia obstétrica es uno de los posibles desenlaces traumáticos que las mujeres pueden vivir, con secuelas posiblemente mayores para las adolescentes. Dar a luz de forma tranquila y natural, con dolencias por debajo de un umbral de tolerancia normal y con la mínima intervención instrumental posible facilita el primer contacto cognitivo, afectivo y piel con piel entre la madre y el bebé, reduciendo la posibilidad de que la neomamá desarrolle estados depresivos en su etapa posparto. No estamos en condiciones de sugerir cuáles son las técnicas médico-sanitarias mejores para lograr este objetivo. Sin embargo, nos interesa manifestar este asunto y plantear la posibilidad de crear unidades específicas para estas adolescentes en los hospitales públicos<sup>63</sup> y en las clínicas privadas (donde las proporciones de cesáreas, episiotomías y partos instrumentales son más altas).

---

<sup>63</sup> Pensamos por ejemplo en aquellos casos similares ya existentes en el Hospital La Paz de Madrid y en el Hospital Quirónsalud de Valencia, así como las sugerencias planteadas por la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia sobre la utilidad de estos tipos de “unidades adolescentes” para atender estas cuestiones.

## Integralidad de la intervención y servicios de proximidad

Los Programas de Atención Integral a la Adolescencia en el territorio del Ayuntamiento de Madrid y los servicios ofertados por los Centros Municipales de Promoción de la Salud en Zaragoza desde su puesta en marcha (segunda mitad de los años noventa) intentan facilitar el acceso de la gente joven a los Centros de Salud. Esta experiencia no se consolida según lo esperado por falta de recursos (financieros y humanos) pero se ponen las bases para ofertar un servicio de salud pública a través de equipos multidisciplinares y desde organismos explícita y preferentemente dirigidos a jóvenes de 15-24 años. El Centro de Salud Joven nace en 2004 con esta intención, ofertando un servicio comprensivo para jóvenes embarazadas y madres adolescentes, sin la obligación de estar acompañadas por un adulto o familiar. Con el Programa de Maternidad Temprana unos equipos de profesionales de distintas especialidades empiezan a proveer este tipo de servicio integrado, desde una perspectiva comunitaria (de prevención y promoción) más que asistencial. El objetivo es empoderar a las usuarias y propiciarles un entorno positivo, es decir sostenible y respetuoso con sus necesidades, gracias a la labor coordinada de profesionales del ámbito médico-sanitario, educadores sociales, psicólogos sociales y mediadores interculturales.

Desde el Centro Salud Joven del Ayuntamiento de Madrid nos informan de que a menudo se da la situación paradójica por la cual “quienes más necesitan del servicio, menos acceden a él, por las características que tienen los recursos normalizados”. Por eso se solicita impulsar la captación de jóvenes atendiendo a sus necesidades particulares en términos operativos y sustanciales. Esto significa: por un lado, ampliar los horarios del servicio, no interrumpirlo los fines de semana y replantear los sistemas de citas previas para evitar la incompatibilidad entre los horarios escolares y los turnos de atención; por el otro, apostar por un seguimiento totalmente confidencial y adaptado a cada historial personal para impulsar su captación. Como nos hace notar el Director de este centro: “La población joven, independientemente del grado de vulnerabilidad, es la población que menos consulta estos recursos. A los niños les llevan las mamás, los adultos van por su cuenta y los mayores van también, pero la gente joven no va. Parece que es una población a la que podemos dar un apoyo y una respuesta que no se está dando desde los recursos generales (...) En este caso se une que los adolescentes tienen una percepción de que los servicios al uso son muy restrictivos. Además es el mismo servicio donde van sus propios padres, hermanos, vecinos... ahí no van a querer ir los adolescentes en muchos casos, por lo que es lógico que tengan un lugar diferenciado. Los Centros de Madrid Salud son especiales por eso, y éste con mayor motivo por ser el centro de referencia para todos los demás de otros distritos”.

A esto se añade la necesidad de impulsar una mayor oferta de servicios de proximidad para jóvenes y adolescentes que les asesoren sobre sus inquietudes y conductas afectivo-sexuales. La OMS recomienda que al menos por cada 100.000 jóvenes menores de 29 años haya un centro de atención en salud sexual y reproductiva.

Sin embargo los centros y los programas de consulta joven en atención primaria en España no cumplen esta ratio en la actualidad. Según datos de la Federación de Planificación Familiar de España (FPFE) en 2007 solo 41 de estos tipos de centros, de los 169 existentes en el país, proporcionan una atención integral en materia sexual exclusivamente dedicada a los y las integrantes de este grupo etario. La FPFE nos ha atendido telefónicamente para confirmarnos que el número de estos centros en la actualidad roza la docena de unidades en todo el territorio nacional.

### **Sostenibilidad de los planes a futuros de una joven madre**

En su estudio pionero sobre maternidad adolescente en los Estados Unidos, el sociólogo Arthur Campbell concluía tajantemente (1968: 242): "Cuando una joven de 16 años tiene un hijo, el 90% de su vida ya está escrito". Aunque él tuviera sustantiva evidencia empírica para demostrar lo que afirmaba, nosotros estamos convencidos (y el análisis realizado avala nuestra convicción) de que el destino de estas jóvenes no está marcado de forma irreversible por su embarazo y aún menos podemos atribuir el éxito o fracaso de su proyecto biográfico futuro exclusivamente a su maternidad.

En este último apartado no entramos en detalle de las situaciones que han llevado a nuestras participantes a ser madres tempranamente, para ello son suficientes las seis narrativas que hemos recopilado. Más bien, hemos aprovechado la disponibilidad de los profesionales y expertos entrevistados durante la investigación para plantear una perspectiva teórica y operativa sobre el acompañamiento y la sostenibilidad del proyecto de emancipación de las jóvenes que han sido madres en su etapa adolescente.

Es cierto que los educadores y los trabajadores sociales que han colaborado con nosotros lamentan no poder realizar un seguimiento de sus usuarias, saber muy poco de ellas después de haber pasado por sus centros y no poder evaluar sistemáticamente el impacto que sus programas y servicios han tenido en las trayectorias personales y sociales de estas madres. Pero todos ellos y todas ellas reconocen que para garantizar el bienestar futuro de sus usuarias es importante propiciarles una inserción sociolaboral de calidad.

En el caso de las madres adolescentes, esto se traduce en perfilar itinerarios formativos orientados a su capacitación profesional, fomentar pasarelas para el empleo y el emprendimiento dirigidas específicamente a ellas, defender su continuidad laboral y su nivel de ingresos y reforzar las políticas de conciliación, aumentando y mejorando el acceso a los servicios para la infancia (guarderías). En este último punto, cabe insistir en un tipo de conciliación que garantice no solamente un equilibrio sostenible entre vida laboral y vida familiar, sino también (y a veces sobre todo, considerando que estamos hablando de menores de edad) la compaginación entre las tareas de crianza (horas de lactancia, ausencia por visitas al pediatra, etc.) y los compromisos ineludibles de la educación obligatoria. Esto significa no obstaculizar la asistencia a clase de las adolescentes que están embarazadas o que ya son madres, involucrarlas

en las actividades docentes previstas en sus escuelas, proporcionarles un apoyo docente adecuado y unos horarios adaptados a su disponibilidad<sup>64</sup>. Todo ello, con el objetivo de no frenar sus itinerarios formativos y no frustrar sus expectativas de futuro.

Estas tareas no son de fácil ejecución, considerando, como señalan nuestros expertos, que los embarazos suelen tener efectos negativos inmediatos en el curso escolar de estas chicas y que sus redes sociales de apoyo son a menudo limitadas o precarias. Ni la complejidad de su situación ni la relevancia numérica de sus casos, respecto al total de las adolescentes, pueden eximir a los centros escolares y de atención socio sanitaria de proveer unas soluciones, de acuerdo con el mandato que tienen para garantizar la igualdad de oportunidades, el bienestar integral y la participación social de las menores. En este sentido, se precisa un refuerzo comunitario del entorno de esta joven por dos razones principales: para que familiares, educadores, profesores, trabajadores sociales y operadores socio sanitarios constituyan una red coordinada de protección, apoyo y empoderamiento para esta joven; y para que ella no sea estigmatizada o excluida nunca por su situación de embarazada o por ser madre.

Esto significa complementar la atención socioeducativa con programas de vivienda (con pisos asistidos, cuando falta la disponibilidad de su familia), apoyo económico e inserción laboral que podrían estar supeditados a la continuidad de su formación y a la potenciación de sus competencias académicas. Se trata de recursos que ya existen pero que necesitan coordinarse más entre sí para acompañar a la joven madre en su proceso de emancipación, incluso después de haber alcanzado la mayoría de edad. Consideramos que no hay riesgo de crear dependencia hacia el sistema de protección social, puesto que las expectativas de estas madres para el corto plazo es ser independientes y autónomas con sus propios hijos.

---

<sup>64</sup> En el Plan de Apoyo a la Familia 2015-2018 de la Comunidad de Madrid, entre las medidas previstas para el apoyo a la maternidad y a la paternidad, se recomienda (medida número 49) “facilitar que la embarazada menor de edad cuente con una adecuación de los horarios y planes escolares a sus necesidades durante el embarazo y en los dos años siguientes al parto. Las autoridades educativas habrán de velar por el perfecto cumplimiento de esta previsión y arbitrarán los medios y medidas necesarias para hacer posible la optimización del rendimiento académico de la embarazada de forma compatible con las exigencias derivadas del embarazo y la maternidad”. Nuestras entrevistadas solicitan con fuerza que estas iniciativas se mantengan también después de esos dos años de dar a luz y en el caso de que decidan retomar los estudios allí donde los habían interrumpido.

# 7. REFLEXIONES CONCLUSIVAS

La maternidad adolescente es un fenómeno social poco visible en nuestra sociedad, pero también actual y en evolución. Las madres jóvenes que participan en esta investigación describen los cambios y los problemas a los cuales se enfrentan desde que descubren su embarazo y deciden tener a su hijo. A veces lo han criado en solitario, interrumpiendo su formación escolar, replanteando completamente su estilo de vida, abandonando las relaciones con sus coetáneos (en algunos casos también con el padre de sus hijos) y superando muchas dificultades para realizar su emancipación adulta. Las familias de origen desempeñan un apoyo indispensable para los dos menores –madre e hijo– aunque, en ocasiones, los progenitores pueden asumir un rol dominante e invasivo que entra en contradicción con la autonomía que estas jóvenes buscan. El fenómeno crece en complejidad cuando la maternidad ocurre muy pronto (antes de los 16 años) y se desarrolla en contextos precarios y marginales, en situaciones de conflicto, violencia intrafamiliar o de abuso psicológico y físico por parte de las parejas. En algunos casos, el mismo embarazo resulta ser revelador de la violencia que se vivía desde antes de que se produjera, además de ser revelador de unas conductas afectivo-sexuales de riesgo.

En nuestra investigación hemos explorado estas cuestiones desde una perspectiva subjetiva de análisis, proporcionando unas claves interpretativas útiles y empíricamente fundamentadas para conocer las dimensiones constitutivas de la maternidad adolescente. Para concluir el estudio queremos destacar cuatro palabras que conectan todas las narrativas recopiladas y las interpretaciones que hemos formulado a partir de ellas. Estas palabras deben entenderse como conceptos operativos que no agotan la densidad de los significados revelados en las entrevistas. Más bien se trata de referencias que nos permiten ordenar los hallazgos más importantes y transmitirlos a la opinión pública, a los profesionales del sector y a los decisores políticos para que puedan orientarse mejor en el entendimiento de la maternidad adolescente en la España actual y plantear las intervenciones políticas pertinentes.

**AMOR** - El “amor” es una referencia constante en los relatos de todas nuestras entrevistadas. Es un sentimiento que se hace patente especialmente en las relaciones que ellas mantienen con sus hijos: los quieren de forma incondicional, independientemente de las circunstancias que las llevaron a tenerlos. Sin embargo, es preciso reflexionar sobre los significados de este sentimiento en la relación con los padres de sus hijos.

Sentirse aceptado, reconocido, apreciado y comprendido es una necesidad primordial del ser humano. Las crisis que se experimentan durante la adolescencia ponen continuamente en entredicho su cumplimiento. Es una etapa de alfabetización

sentimental, cuyos cambios psicológicos y fisiológicos hacen complicado reconocer (y verbalizar) como “amor” lo que se siente por otra persona. No es sencillo saber si las propias emociones se corresponden a la experiencia real que habitualmente y convencionalmente se adscribe a este sentimiento y tampoco se sabe hasta qué punto el “amor” es genuino y sincero, además de correspondido.

Para el/la adolescente el amor es una de las primeras y más íntimas apuestas por “el otro”: se busca en la alteridad una salida a la propia incertidumbre, un punto firme en el cual depositar ilusiones y esperanzas. Se intenta colmar la fragilidad de una existencia que se percibe como incompleta, o como menos agradable y más inestable sin esa otra persona cerca. Por tanto, cuando el/la joven se enamora de otras personas, se manifiesta su necesidad de reconocimiento, integración y emancipación.

Durante la adolescencia se experimentan sensaciones y estados emotivos inéditos, que para el/la joven no son fáciles de entender y aún menos de explicar o justificar. No podemos dar fe de cuánto verdaderos y sinceros son los sentimientos de nuestras entrevistadas, pero ellas los toman como puntos de partida para construir y mantener sus ligámenes más significativos y, principalmente, sus relaciones de pareja. Antes de embarzarse nuestras entrevistadas tienen un concepto idealizado del amor y algunas de ellas reconocen, lamentándolo, que se han dejado llevar por relaciones que han tenido un desenlace negativo imprevisible con los padres biológicos de sus hijos, en ocasiones nada más confirmar que estaban embarazadas.

Nosotros añadimos que el amor es parte de su recorrido formativo, es decir, es una pieza de los aprendizajes que les han sido transmitidos en el hogar desde una perspectiva según la cual los niños y las niñas no son iguales y, por tanto, deben actuar de manera distinta, incluso cuando expresan sus sentimientos. Los afectos que se expresan en familia tienen mucho que ver con las proyecciones emotivas que chicos y chicas trasladan a otras personas de su entorno. Se aprende a amar en casa: nuestra posibilidad y capacidad de querer a los demás dependen de cómo nuestros progenitores nos quieren, aunque las formas que definan las relaciones sentimentales extrafamiliares sean diferentes.

En razón de ello, creemos que la ingenuidad y el desconocimiento de las participantes en el estudio están provocados por la poca atención y el cinismo de otras personas que no han sabido o no han querido acompañarles durante este proceso de autodescubrimiento o, peor aún, que se han aprovechado de ellas. El “amor romántico” es el efecto perverso más relevante de estas circunstancias, porque en su nombre nuestras protagonistas se someten a los deseos y a los arbitrios del otro, ignorando o descuidando las propias preferencias y prioridades y, en consecuencia, el propio bienestar.

Muchas de nuestras chicas consideran que su novio es todo lo que les hace falta, que él llena todos los vacíos que sienten y que junto a él todo es posible. Si nos fijamos en esta insistente idea de “totalidad” nos damos cuenta de que el amor para ellas es un anhelo de estabilidad y seguridad, pero también es dependencia. La pareja se convierte en un

refugio para esconderse de un mundo que ellas perciben como hostil y ajeno, porque no las entiende, no las acepta o porque no secunda los cambios psicofísicos que ellas están viviendo en su fase post-infantil y pre-adulta. Esas dinámicas les proporcionan una visión distorsionada de la realidad y configuran unas relaciones asimétricas de poder con sus parejas que las penalizan.

La premisa de unas relaciones tóxicas es entonces una percepción equivocada del "amor" tal como ha sido aprendido, vivido y compartido por ellas. Pero no es una falla única y exclusiva de estas jóvenes, no es fruto (solo) de su inmadurez. Los errores ligados a ese sentimiento son compartidos con su pareja (estable u ocasional), que no le aclara sus sentimientos o que manipula su abnegación hacia él, y con todos los que no han seguido pausadamente los pasos que la adolescente iba realizando en un terreno tan resbaladizo y "líquido" como el amor (progenitores, familiares, amistades u otras personas de confianza). Nuestras entrevistadas son las más afectadas por las consecuencias de estos actos en términos sentimentales y sustanciales, cuando se encuentran con un niño en sus brazos que deben atender en solitario.

De acuerdo con sus relatos el sexo, y en particular su iniciación, es un rito que sirve para expresar el amor, para personalizarlo y también disfrutarlo. Muchas veces se resuelve en una experiencia meramente física, desligada de una finalidad reproductiva, pero también es una forma de medir sus sentimientos y comprobar sus expectativas de pareja. Cuando el embarazo llega, la noticia puede relacionarse con el amor de distinta manera: cuanto más sólido sea el vínculo afectivo con su novio, tanto más sienten que pueden llegar hasta el final con la gestación porque un hijo será la ocasión para consolidar su relación de noviazgo, o por lo menos intentarlo; en caso contrario, cuando su amor (o su ilusión del amor) es desatendido en una relación de pareja insana, trasladan sus expectativas emocionales hacia el niño, como oportunidad para "amar" y "sentirse amadas" y como vía de fuga o redención respecto a unas relaciones afectivas que las traicionan, les hacen sufrir o ya no les compensan y, también, respecto a determinadas situaciones de inestabilidad existencial (familiares y contextuales). En ambos casos la toma de conciencia de sus sentimientos les supone un aprendizaje ulterior en su transición hacia una nueva identidad.

**IDENTIDAD** - Las narrativas recopiladas en nuestro estudio describen la conversión en madre a una edad temprana desde distintos puntos de vista. Algunas de nuestras entrevistadas afirman haber protagonizado una transformación automática e irreversible: embarazarse y parir les proyecta hacia una identidad adulta y madura que no tenían antes. Otras son madres porque tienen un hijo, pero admiten sus dificultades para ser consecuentes con lo que les supone este nuevo papel en sus vidas presentes y futuras. En todos los casos, su adolescencia se confunde con una dimensión subjetiva inédita que no saben muy bien cómo gestionar y cómo expresar ante los demás. Su insistencia sobre lo que son, lo que quieren ser y sobre lo que hubieran podido ser (sin el hijo) es una constante en sus relatos que resalta la ambivalencia, a veces dramática, de lo que están viviendo.

En una fase existencial en la que se les pide tomar decisiones y encaminarse hacia unas direcciones que definirán su proyecto biográfico, estas chicas queman etapas, saltan el orden pautado de una transición a la vida adulta lineal y progresiva y casi no tienen el tiempo para reaccionar. Enseguida se enfrentan al juicio ajeno de adultos y coetáneos, de personas cercanas y lejanas. Deben dar cuenta a todos por la identidad asumida, independientemente de que su embarazo haya ocurrido de forma intencional o no, siendo todavía muy jóvenes. De esta manera se exponen a una presión social que las estigmatiza y desmotiva: siempre se les pide que expliquen la relación existente entre su juventud y su maternidad porque el solapamiento entre estas dos identidades se percibe como algo incongruente y fuera de lugar, moralmente inaceptable o por lo menos criticable.

Nuestras entrevistadas se exponen sobre todo al juicio de otras mujeres, coetáneas y/o mayores que ellas que les imponen, de forma más o menos directa, una toma de conciencia sobre lo que hubieran podido ser (las amigas y coetáneas sin hijos) o sobre lo que aspiran a ser o se encuentran en la circunstancia de ser (las otras madres y demás adultas). Hay cierta tensión también cuando estas chicas se encuentran con otras mujeres que no tienen hijos, en particular las profesionales de los servicios a los cuales acuden: con ellas no siempre establecen un diálogo abierto porque, a su juicio, no comparten sus mismas experiencias. La ambigüedad de todos estos encuentros se explicita en unos planteamientos de carácter defensivo de parte de nuestras entrevistadas, con la intención de no dar lugar a ninguna réplica: "soy madre", entonces, "soy adulta", o también "no eres madre", entonces, "no me puedes juzgar" o "no me puedes entender", y además "soy joven", entonces, "no soy como tú".

Nos agrada haber comprobado que las entrevistas que ellas han mantenido con nosotros les han ayudado a verbalizar lo que piensan y sienten, tal como nos han referido off the record. Esta ha sido la primera vez que todas nuestras participantes compartían en voz alta sus reflexiones sobre las vivencias de la maternidad y su situación actual con personas desconocidas (¡y para un estudio sociológico!). En las horas transcurridas con nosotros han reinterpretado las causas y las consecuencias de su embarazo, y las han asociado a momentos de cambios y transformación positiva. No hay una actitud pesimista de su parte: aceptan su situación y declaran haber sido siempre coherentes con sus acciones hasta la fecha, independientemente del desenlace que hayan tenido. La maternidad es una forma de identificación con sus propias madres y una confirmación de su feminidad, además son felices de poder crecer con sus hijos sin que haya una gran diferencia etaria con ellos.

Aunque hayamos demostrado en el análisis que estas posturas podrían entenderse como ilusorias y contingentes, cabe reconocer que nuestras entrevistadas se esfuerzan por proyectarse hacia el futuro como madres sin renunciar a recuperar o a mantener sus ídolos juveniles: la maternidad se compagina con su necesidad de seguir perpetuando sus hábitos e inquietudes adolescentes. Por eso quieren salir con sus amigas, desean tener más diversión y se apresuran por mantener relaciones con otros chicos, cuidar su estética y entretenerse en las redes sociales. No sabemos cómo llevarán esta

combinación en el largo plazo, pero lo que sí sabemos, y ellas también lo saben, es que “ser y sentirse madres” conlleva el ejercicio de toda una serie de responsabilidades que no pueden eludir.

**RESPONSABILIDAD** – Esta es una de las palabras más recurrente en las entrevistas que hemos realizado. Sus significados levantan las mayores controversias en los relatos de nuestras participantes. La asunción de responsabilidades fundamenta la construcción del carácter y de la transición a la vida adulta de cada uno, siempre que sea un proceso gradual de crecimiento personal y de concienciación sobre los propios derechos y deberes. Con el embarazo y la maternidad a una edad temprana, estas chicas aceleran este proceso y suman tareas que atender, preocupaciones que resolver y retos que superar en su día a día. Además, su responsabilidad por la situación que están viviendo se conecta con lo dicho antes: deben rendir cuenta de sus sentimientos, de sus comportamientos y de sus decisiones en cuanto jóvenes, mujeres y madres.

De esta cuenta, las acciones de nuestras entrevistadas están continuamente sometidas a juicios de valores y censuras por su incompetencia a la hora de “saber ser” y “saber hacer” lo que precisa una criatura recién nacida y prácticamente incapaz de hacer nada por sí misma. En el origen de esta desconfianza está el “pecado original” de una conducta afectivo-sexual de riesgo que no se ha sabido (o no se ha querido) evitar. Los consecuentes reproches contra ellas minan su tranquilidad y su motivación, porque no les dejan ninguna opción de salida o redención personal. Para algunas entrevistadas asumir y cumplir con sus responsabilidades de madres es también una forma de reaccionar a estas provocaciones.

Lo único que ellas pueden hacer es demostrar siempre su dedicación y su disponibilidad con el hijo, incluso cuando esto implica admitir los propios errores y las propias frustraciones o desatender otros compromisos, como los estudios. Su adaptación al rol materno y su posibilidad de conciliar todas las tareas pendientes depende de los esfuerzos que ellas puedan (y quieran) desplegar y de los apoyos (formales e informales) que ellas consigan activar. En este sentido, cuando hablamos de “responsabilidad” con ellas nos referimos a unos comportamientos individuales que están grandemente influenciados por las situaciones particulares en las que se encuentran. Se trata, pues, de replantear las formas en que valoramos sus experiencias adoptando una mirada más amplia: no es malo tener sexo, sino hacerlo en el marco de una relación y de unos encuentros íntimos donde no siempre se puede decidir libremente; el desconocimiento o el uso equivocado de los métodos anticonceptivos dependen de la desinformación sobre su utilidad y de las limitaciones en su acceso; los malentendidos con las parejas se explican por la falta de una educación sentimental previa para los dos involucrados en una misma relación; las tensiones con los progenitores son el resultado de un desencuentro generacional fisiológico en la adolescencia que ninguna de las dos partes sabe gestionar; se oculta el embarazo porque se ignoran sus consecuencias a largo plazo y se teme a los comentarios de los demás; es un problema que la vida te cambie de repente, si nadie te ayuda y te enseña cómo adaptarte al cambio, es decir, lo difícil no es tener un hijo, sino criarlo,

educarlo y socializarlo. El hijo no pertenece solo a su madre, sino también al padre, a la familia de adscripción, como nuevo miembro, y al entorno social como individuo que es titular de derechos fundamentales e incontrovertibles. Por ello, ayudar a la madre significa también (y sobre todo) ayudar al niño.

De ninguna manera, aquí creemos eximir a estas chicas de sus responsabilidades objetivas por no haber sido precavidas en las relaciones de pareja y haber incurrido en un embarazo precoz. Pero tampoco estamos en la condición de juzgarlas como “buenas” o “malas madres” o como “buenas” o “malas chicas”. Al revés, reiterando la premisa de que su maternidad temprana no es ni deseable ni oportuna, consideramos más coherente y conveniente entender y compartir sus responsabilidades involucrándonos, como analistas sociales y como sociedad civil, en la sostenibilidad de sus vivencias.

Nuestra postura se dirige a la consecución de dos objetivos prioritarios en el futuro inmediato: primero, conseguir que otras adolescentes no se encuentren en las mismas circunstancias que nuestras entrevistadas; y segundo, aumentar y mejorar las expectativas de esas jóvenes madres para que puedan aprovechar al máximo sus posibilidades (por su bien y por el bien de sus hijos). La clave para lograr ambos objetivos es la educación.

**EDUCACIÓN** - “Las aulas son espacios privilegiados para construir nuestras interpretaciones de la realidad, para abrir nuestro imaginario y para vislumbrar otras posibilidades” (Torres Santomé, 2017). A través de la educación los jóvenes consiguen desarrollar su personalidad, entender la importancia de determinados valores, ser capaces de discernir entre los derechos y deberes propios y de los demás, aparte adquirir competencias que les preparan para enfrentar el futuro en mejores condiciones. La educación, entonces, juega un rol central en la tarea de formación e inclusión, constituyéndose en la puerta de entrada en todos los ámbitos existenciales y sociales de un individuo desde su infancia.

En la medida en que adolescentes y jóvenes descubran una variedad de opciones para sus vidas, podrán ser más conscientes de los caminos a seguir. De esta forma serán más fuertes y más libres a la hora de asumir responsabilidades, (re)conocer sus sentimientos, construir la multiplicidad de identidades que quieran hacer propias e interactuar con los demás en un marco de respeto y de participación en igualdad de condiciones. La Asociación de Mujeres Gitanas Alborea de Madrid nos ayuda a matizar este asunto tan importante: “Para poder avanzar en la vida y para poder tener oportunidades (las chicas) necesitan adquirir herramientas, y las herramientas te las da la formación y la educación, esto es el primer paso. Si te cierras las puertas a la formación y a la educación has perdido todas las oportunidades de un golpe (...) Lo ideal es que encuentres tu amor verdadero, tu amor puro y que montes tu familia, pero también sabemos que existen otras realidades, que tengan la oportunidad de poder ser felices, de poder elegir. Pero si las chicas están formadas y tienen su puesto de trabajo, su economía, como las demás... pues pueden elegir, lo importante es que tengan la oportunidad de elegir y que la única manera para tenerla es a través de la formación. El peor obstáculo

es la ignorancia: cuando a una niña se le quita la posibilidad de estudiar, se la está condenando, no va a poder elegir y no va a tener oportunidades”.

Por lo que aquí nos acontece, entendemos que la maternidad temprana no debe ser la única oportunidad posible para las adolescentes, pero tampoco el embarazo precoz puede considerarse como una condena para el resto de sus días. Educar en igualdad desde la infancia y durante toda la juventud hace posible establecer relaciones de pareja que sean sanas, corresponsables e igualitarias. De esta manera, impulsamos a los y las jóvenes para que aprendan a conocerse mejor y a ser más cuidadosos con sus conductas afectivo-sexuales para no correr riesgos (como un embarazo no deseado), prevenimos la violencia de género y, más importante aún, favorecemos que tanto chicos como chicas crezcan en su desarrollo personal, con una autoestima alta, con confianza en sí mismos y sintiéndose capaces de enfrentar todo tipo de retos. En la misma línea de prevención, la educación sexual integral debe entender la sexualidad como comunicación humana, fuente de placer y de afectividad, tomando en cuenta los aspectos biológicos, psíquicos, emocionales, familiares, sociales y culturales de un joven.

Esta perspectiva responde al cambio paradigmático sobre el papel de adolescentes y jóvenes en la sociedad que se ha ido produciendo desde los años ochenta, pasando de un enfoque centrado en sus vulnerabilidades y deficiencias (individuales y sociales) a otro que prioriza su desarrollo desde el ámbito comunitario. Esto significa impulsar una educación de calidad para que el o la menor interactúe con su contexto y se adapte a su entorno en la misma medida que sea posible la lógica contraria, es decir, que su entorno se vaya moldeando y adaptando a sus necesidades, iniciativas e inquietudes reales. Las familias, los centros escolares y todas las entidades públicas y privadas encargadas de favorecer la participación y las experiencias positivas para un joven, no pueden ni deben desatender este compromiso educativo.

Hablar de embarazos y maternidad en la edad adolescente es, entonces, una ocasión importante para reflexionar sobre las estructuras de oportunidades existentes para los jóvenes y sobre las circunstancias sociales, culturales e institucionales que las proporcionan o las desatienden. Tales reflexiones son imprescindibles para plantear actuaciones no solamente preventivas, sino también positivas, duraderas, acertadas y no estigmatizadoras, las mismas que precisan las chicas que han participado en esta investigación.



# 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*Ahman, E. y Shah, I. H. (2012).* "Generating National Unsafe Abortion Estimates: Challenges and Choices", en Singh, S., Remez, L. y Tartaglione, A. (eds.) *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*, Nueva York: Guttmacher Institute, 13-20.

*Alberdi, I. (2014).* "El retraso de la procreación y el mantenimiento de la juventud", *Metamorfosis*, n.º: 9-25.

*Alberdi, I y Escario, P. (2007).* *Los hombres jóvenes y la paternidad*, Madrid: Fundación BBVA.

*Alonso García, M. C.; Piñana López, A.; Cánovas Inglés, A.; Luquín Martínez A. M.; Piñana López J. A. (2011).* "Embarazo no deseado en adolescente en un área de salud" *SEMERG*, 37(5): 227-232.

*Álvarez Nieto, C.; Pastor Moreno, G.; Linares Abad, M.; Serrano Martos, J.; Rodríguez Olalla, L. (2012).* "Motivaciones para el embarazo adolescente", *Gaceta Sanitaria*, 26(6): 497-503.

*Andreoli, V. (2009)* *La fatica di crescere*, Milán: Rizzoli.

*Antona Rodríguez, A. (2001).* "Promoción de la salud y prevención de enfermedades sexuales (Educación para la Salud)", *Revista de Estudios de Juventud*, 55: 31-38.

*Ayuso Sánchez, L. y García Faroldi, M. L. (2014).* *Los españoles y la sexualidad en el Siglo XXI*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

*Azevedo, J. P.; Favara, M.; Haddock, S. E.; Lopez-Calva, L. F.; Muller, M.; Perova, E. (2013).* *Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean: On Teenage Fertility Decisions, Poverty and Economic Achievement*, Washington, DC: Banco Mundial.

*Ballesteros, J. C. (2008).* "Riesgo, juventud y experiencias de socialización", *Revista de Estudios de Juventud*, 82: 83-101.

*Beaumont, K. y Maguire, M. (2013).* *Policies for Sexuality Education in the European Union*, Bruselas: Publicaciones Oficiales de la Comisión Europea.

*Becker, J. (2009).* "Young Mother in Late Modernity: Sacrifice, Respectability and the Transformative Neo-liberal Subject", *Journal of Youth Studies*, 12(3): 275-288.

*Beiztegui Ruiz de Erentxun, J. L. (2006).* "Hacia una nueva educación contraceptiva y sexual: reflexiones en torno a la eficacia de la pedagogía contraceptiva actual en las relaciones eróticas de nuestros jóvenes", *Revista de Estudios de Juventud*, 73: 59-68.

*Belza, M. J.; Koerting, A.; Suárez, M. (2006).* *Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por el VIH*, Madrid: Fundación para Investigación y Prevención del Sida en España.

*Berga i Timoneda, A. (2005).* "Adolescencia femenina y riesgo social: una relación invisible", *Educación Social*, 29: 63-78.

- Berga i Timonedá, A. (2010).* "Aprendiendo a ser amadas. La maternidad adolescente como una estrategia llena de sentido en contextos de riesgo social", *Papers*, 95(2): 277-299.
- Bermúdez, M. P.; Castro, A.; Madrid, J.; Buéla-Casal, G. (2010).* "Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España", *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1): 89-103.
- Billari, F. C. y Philipov, D. (2004).* "Education and the Transition to Motherhood: A Comparative Analysis of Western Europe", *European Demographic Research Papers*.
- Bolzán, C.; Kunzi, I.; Cellerino, R.; Franzini, C.; y Mendieta, D. (2010).* "Maternidad adolescente y depresión postparto", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(1): 71-74.
- Breheny, M. y Stephens, C. (2007).* "Individual Responsibility and Social Constraint. The Construction of Adolescent Motherhood in Social Scientific Research", *Culture, Health & Sexuality*, 9(4): 333-346.
- Cabero, L. (2007).* S.O.S. Embarazos Adolescentes, Guía para prevenir o asumir una maternidad inesperada, Madrid: Esfera de los libros.
- Calatrava, M.; Lopez-Del Burgo, C.; de Irala, J. (2012).* "Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos", *Medicina Clínica*, 138: 534-540.
- Campbell, A. (1968).* "The role of family planning in the reduction of poverty", *Journal of Marriage and the Family*, 30(2): 236-245.
- Caricote Agreda, E. (2006).* "Influencia de los estereotipos de género en la salud sexual en la adolescencia", *Educere*, 10(34): 463-470.
- Casas Isaza, X.; Cabrera, O.; Reingold, R.; Grossman, D. (2016).* Vidas robadas. Un estudio multipais sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años, Planned Parenthood Federation of America (PPFA).
- Castro Martín, T. (2007).* "Maternidad sin matrimonio. Nueva vía de formación de familias en España", *Documentos de Trabajo n.16*, Madrid: Fundación BBVA.
- Castro Martín, T. y Martín García, T. (2013).* "The fertility gap in Spain: Late parenthood, few children and unfulfilled reproductive desires". En Esping-Andersen, G. (Ed.) *The Fertility Gap in Europe: Singularities of the Spanish Case*, Colección de Estudios Sociales 36. Barcelona: La Caixa.
- CIMOP (Comunicación, Imagen, Opinión Pública) (2005).* Estudio sobre las IVE en jóvenes en España, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer) (2016).* Niñas madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y Caribe, Luque (Paraguay): CLADEM.
- Climont, G. I. (2009).* "Entre la represión y los derechos sexuales y reproductivos: socialización de género y enfoques de educación sexual de adolescentes que se embarazaron", *La Ventana*, 29, 236-275.
- Colectivo Ióe y Heliconia (2009).* Motivos de discriminación en España. Estudio exploratorio. Madrid: Dirección General contra la Discriminación, Ministerio de Igualdad.

*Conde, F. (2007).* La interrupción voluntaria del embarazo en población adolescente en el sector inmigrante. Disponible en [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IVES\\_Monografico\\_Juventud\\_Inmigrante.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IVES_Monografico_Juventud_Inmigrante.pdf)

*Contreras, J.; Mangelsdorf, S.; Rhodes, J.; Diener, M.; Brunson, L. (1999).* "Parent-child interaction among Latin adolescent mothers", *Journal of Research Adolescence*, 9(4): 417-440.

*Corbetta, P. (2003).* Metodología y técnicas de investigación social. Madrid: McGraw-Hill.

*Cunnington, A. (2001).* "What's so bad about teenage pregnancy?", *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 27: 36-41.

*Daguerre, A. y Nativel C. (2006).* "Introduction: the construction of teenage pregnancy as a social problema". En Daguerre, A. y Nativel C. (Eds.) *When children become parents. Welfare state responses to teenage pregnancy*, Bristol: Policy Press, 1-18.

*Darré, S. (2013).* Maternidad y tecnologías de género. Buenos Aires: Katz Editores.

*Del Campo, S. (1982).* La evolución de la familia española en el siglo XX. Madrid: Alianza.

*Del Castillo Palma, F. (2001).* "Nuestros jóvenes y la sexualidad", *Documentación Social*, 124: 221-244.

*Delgado, M. (Coord.) (2011).* Pautas anticonceptivas y maternidad adolescente en España. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y Sociedad Española de Contracepción (SEC).

*Devolder, D. y Cabré, A. (2009).* "Factores de la evolución de la fecundidad en España en los últimos 30 años", *Panorama Social*, 10: 23-39.

*Díaz Aguado, M. J. (2005).* "La violencia de los adolescentes como reflejo de la sociedad adulta", publicación de ponencias del congreso *Ser adolescente, hoy*, organizado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), Madrid, 51-72.

*Díaz-Aguado, M. J. (2006).* "Sexismo, violencia de género y acoso escolar. Propuestas para una prevención integral de la violencia", *Revista de Estudios de Juventud*, 73: 38-58.

*Díaz-Aguado, M. J. y Carvajal Gómez, M. I. (2011).* *Igualdad y Prevención de la Violencia de Género en la Adolescencia*, Madrid: Universidad Complutense y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

*Donath, O. (2015).* "Regretting Motherhood: A Sociopolitical Analysis", *Signs Journal of Women in Culture and Society*, 40(2), 343-367.

*Duncan, S. (2007).* "What's the problem with teenage parents? And what's the problem with policy?", *Critical Social Policy*, 27(3): 307-334.

*Ellis-Sloan, K. (2014a).* "Understanding teenage motherhood through feminist research: a reflection on the challenges", *Athenea Digital*, 14(4): 129-152.

*Ellis-Sloan, K. (2014b).* "Teenage Mothers, Stigma and their Presentations of Self", *Sociological Research Online*, 19(1): 1-13.

*FELGTB (Federación estatal de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales) (2016).* *Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España*. Madrid.

- Ferguson, D. M. y Woodward, L. J. (1999).* "Maternal age and educational and psychosocial outcomes in early adulthood", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40: 479-489.
- 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.
- FPFE (Federación de Planificación Familiar Estatal) (2016).* El acceso de las mujeres a la anticoncepción en las Comunidades Autónomas, Barcelona: Bayer Hispania.
- Furstenberg, F. F. (1976).* *Unplanned Parenthood: The Social Consequences of Teenage Childbearing*
- Furstenberg, F. F. (1980).* "Burdens and Benefits: The Impact of Early Childbearing on the Family", *Journal of Social Issue*, 36(1), 64-87.
- Furstenberg, F. F. (1998).* "When Will Teenage Childbearing Become a Problem? The Implications of Western Experience for Developing Countries", *Studies in Family Planning*, 29(2): 246-253.
- Furstenberg, F. F. (2003).* "Teenage Childbearing as a Public Issue and Private Concern", *Annual Review of Sociology*, 29: 23-39.
- Furstenberg, F. F. (2008).* "Teen pregnancy and poverty: 30-year-study confirms that living in economically-depressed neighborhoods, not teen motherhood, perpetuates poverty", ponencia presentada en el Council on Contemporary Families, University of Miami.
- Gaitán, A. C. (2015).* "Construyendo y reconstruyendo maternidades. Algunos aspectos de las tramas de intervención contemporáneas sobre jóvenes mujeres de un barrio del Gran Buenos Aires", *Apuntes*, XLII(76): 37-57.
- Galland, O. (2004).* "L'invention de l'adolescence et le debut des sciences de la jeunesse". En Galland O., *La Sociologie de la Jeunesse*. París: Armand Colin.
- Galligan, R. F. y Terry, D. J. (1993).* "Romantic ideals, fear of negative implications and the practice of safe sex", *Journal of Applied Social Psychology*, 23(20): 1685-1711.
- Giddens, A. (1997).* *La modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea*, Barcelona: Península.
- Gil Calvo, E. (2005).* "El envejecimiento de la juventud", *Revista de Estudios de juventud*, 71: 11-19.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967).* *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Nueva York: Aldine Publishing Company
- Gogna, M., Binstock, G., Fernández, S., Ibarlucía, I. y Zamberlin, N. (2008).* "Embarazo en la adolescencia en Argentina: recomendaciones de política basadas en la evidencia", *Reproductive Health Matters*, 16(31): 192-201.
- Goodson, I. (2010).* *Narrative Learning*. Nueva York: Routledge.
- Graham, H. y McDermott, E. (2005).* "Qualitative research and the evidence base of policy: insights from studies of teenage mothers in the UK", *Journal of Social Policy*, 35: 21-37.
- Grupo Daphne (2009).* *III Encuesta Bayer Schering Pharma sobre Sexualidad y Anticoncepción en la Juventud española*. Madrid: Equipo Daphne.

- Grupo Daphne (2011)*. VII Encuesta de Anticoncepción en España. Madrid: Equipo Daphne.
- Hays, S. (1998)*. Las contradicciones culturales de la maternidad. Barcelona: Paidós.
- Heise, L. (2011)*. What Works to Prevent Partner Violence? An Evidence Overview. World Paper (Version 2.0), Londres: Department for International Development.
- Heras, P. y Téllez, A. (2008)*. "Representaciones de género y maternidad: una aproximación desde la antropología sociocultural". En Téllez, A. y Martínez, J. (Eds.) Sexualidad, género, cambio de roles y nuevos modelos de familia. Elche: Universidad Miguel Hernández.
- Henríquez Valencia, G. y Gil García, E. (2012)*. "El parto en las adolescentes sevillanas: características, diagnósticos y procedimientos", *Matronas profesión*, 13(1): 9-14.
- Hernández Garre, J. M. y Echevarría Pérez, P. (2016)*. "Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del paradigma tecnocrático", *Revista Internacional de Sociología*, 74(1).
- Hernando, A. (2000)*. Factores estructurales asociados a la identidad de género femenina. La no-inocencia de una construcción socio-cultural. La construcción de la subjetividad femenina, Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas. Universidad Complutense de Madrid.
- Herrera, C. (2016)*. La construcción Sociocultural del Amor Romántico. Madrid: Fundamentos.
- Hidalgo, M. V. (1998)*. "Transición a la maternidad y a la paternidad". En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Coords.). Familia y desarrollo humano. Madrid: Alianza Editorial, 161-180
- Hoffman S. D. (2011)*. "Teenage childbearing is not so bad after all... or is it? A review of the new literature", *Family Planning Perspective*, 30: 236-243.
- Iglesias de Ussel, J.; Mari-Klose, P.; Mari-Klose, M. y González Blasco, P. (2009)*. Matrimonios y parejas jóvenes. España 2009, Cuadernos de la Fundación Santa María n.16, Madrid.
- Imamura, M.; Tucker, J.; Hannaford, P.; Astin, M.; Wyness, L.; Bloemenkamp K.; Jahn, A.; Karro, H.; Temmerman, M. (2007)* "Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review", *European Journal of Public Health*, 17(6): 630-636.
- Imaz, E. (2010)*. Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación. Madrid: Cátedra-Feminismos.
- INJUVE (Instituto de la Juventud) (2008)*. Jóvenes, salud y sexualidad. Estudios INJUVE IJ132. Madrid.
- INJUVE (Instituto de la Juventud) (2010)*. Sondeo de opinión: jóvenes y diversidad sexual. INJUVE: Madrid.
- INJUVE (Instituto de la Juventud) (2012)*. Informe Juventud en España 2012. Cifras jóvenes, INJUVE: Madrid.
- Kait, L. (2007)*. Madres, no mujeres. Embarazo adolescente, Barcelona: Ediciones Serbal.
- Kearney, M. S. y Levine, P. B. (2014)*. "Media influences on social outcomes: the impact of MTV's 16 and pregnant on teen childbearing", *Documentos de Trabajo n.19795*, National Bureau of Economic Research, Cambridge (MA).

*Krug, E. G.; Dahlberg, L.; Mercy, J. A. (2002).* World Report on Violence and Health. Geneva: Organización Mundial de la Salud (OMS).

*Lailla, J. M. (2011)* "La sexualidad en el adolescente en España comparada con otros estados europeos", en García-Tornel, S.; Miret, P.; Cabré, A.; Flaquer, L.; Berg-Kelly, K., Roca G.; Elzo, J.; Lailla, J. (coord.) El adolescente y su entorno en el siglo XXI. Instantánea de una década. Espulgues de Llobregat: Sant Joan de Déu. Observatorio de salud de la infancia y la adolescencia, 121-136.

*Lawlor, D. y Shaw, M. (2002).* "Too much too young? Teenage pregnancy is not a public health problem", *International Journal of Epidemiology*, 31(3): 552-554.

*León, P.; Minassian, M.; Borgoño, R. y Bustamante, F. (2008).* "Embarazo adolescente", *Revista Pediatría Electrónica de la Universidad de Chile*, 5(1): 42-51.

*Llanes Díaz, N. (2012).* "Acercamientos teóricos a la maternidad adolescente como experiencia subjetiva", *Sociológica*, 27(77): 235-266.

*Lloyd, C. y Young, J. (2009).* *New Lessons: The Power of Educating Adolescent Girls.* Nueva York: The Population Council.

*Luker, K. (1997).* *Dubious Conceptios: The Politics of Teenage Pregnancy,* Cambridge (MA): Harvard University Press.

*Luster, T. y Dubow, E. (1993).* "Predictors of the quality of the home environment adolescent mothers provide for their school children" *Journal of Youth and Adolescence*, 19(5): 475-494.

*Madalozzo, R. (2012).* "Transitions in fertility for brazilian women: an analisis of impact factors", *PLos-One* 7(7).

*Madrid J. (2009).* "El preservativo entre los más jóvenes". *Evidencias en Pediatría*, 5: 34.

*Madrid, J. y Antona Rodríguez, 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.

*Madruga Torremocha, I. (2009).* "Los derechos de los niños frente a los derechos de las madres", *Panorama Social*, 10: 82-94.

*Manlove J.; Terry-Humen, E.; Ikramullah, E. (2006).* "Young teenagers and older sexual partners: correlates and consequences for males and females", *Perspective Sexual Reproduction Health*, 38: 197-207.

*Marcús, J. (2006).* "Ser madre en los sectores populares", *Revista Argentina de Sociología*, 7: 99-118.

*Marina, J. A.; Rodríguez de Castro, M. T.; Lorente Arroyo, M. (2015).* *El nuevo paradigma de la adolescencia,* Madrid: Centro Reina Sofia sobre Adolescencia y Juventud (FAD).

*Martín Barroso, C. (1992).* *Embarazo, aborto y maternidad entre las adolescentes de la Comunidad de Madrid.* Madrid: Dirección General de la Mujer.

*McDermott, E. y Graham, H. (2005).* "Resilient young mothering: social inequalities, late modernity and the 'problem' of 'teenage' motherhood", *Journal of Youth Studies*, 8(1): 59-79.

Megías, E.; Elzo, J.; Méndez, S.; Navarro, F. J.; Rodríguez San Julián, E. (2002). Hijos y padres: comunicación y conflictos, Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).

Megías, E.; Rodríguez, E.; Méndez, S. y Pallarés, J. (2005). Jóvenes y sexo. El estereotipo que obliga y el rito que identifica. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), Instituto de la Juventud (INJUVE) y Caja Madrid.

Megías, E. y Elzo, J. (2007). Jóvenes, valores y drogas, Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).

Meil Landwerlin, G. (1999). La postmodernización de la familia española, Madrid: Acento.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones Oficiales.

Monreal, P. (2000). "Las madres no nacen, se hacen. Perspectivas desde la antropología social". En Fernández-Montraveta C. (Ed.) Las representaciones de la maternidad. Debates teóricos y repercusiones sociales. Madrid: Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma de Madrid, 49-60.

Moreno, A. (2000). "Los debates sobre la maternidad". En Fernández-Montraveta C. (Ed.) Las representaciones de la maternidad. Debates teóricos y repercusiones sociales. Madrid: Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma de Madrid, 1-9.

Moreno Mojica, C. M.; Mesa Chaporro, N.; Zorayda Pérez, C.; Vargas Fonseca, D. (2015). "Convertirse en madre durante la adolescencia: activación del rol materno en el control prenatal", Revista Cuidarte, 6(2): 1041-1053.

Naciones Unidas (2015). The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Survive, Thrive, Transform. Sustainable Development Goals.

Nativel C. y Daguerre, A. (2006). "Conclusion: welfare states and the politics of teenage pregnancy: lessons from cross-national comparisons". En Daguerre, A. y Nativel C. (Eds.) When children become parents. Welfare state responses to teenage pregnancy, Bristol: Policy Press, 225-240.

Neill-Weston, F. y Morgan, M. (2017). "Teenage childbearing: young sole mothers challenge the stereotypes", Kōtuitui: New Zealand Journal of Social Science.

Nóblega, M. (2009). "La maternidad en la vida de las adolescentes: implicancias para la acción", Revista de Psicología, 28(1): 29-54.

Norma Noguera, O. y Herly Alvarado, R. (2012) "Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería", Revista Colombiana de Enfermería, 7(7): 151-160.

Núñez-Urquiza, R.M.; Hernández-Prado, B.; García-Barríos, C.; González, D.; Walker, D. (2003). "Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto", Salud Pública de México, 45(1): 92-102.

Ocón Domingo, J. (2006). "Normativa internacional de protección de la infancia", Cuadernos de Trabajo Social, 19: 113-131.

*Oliva, A.; Rios, M.; Antolin, L.; Parra, A.; Hernando, A.; Pertegal, M. Á. (2010). "Más allá del deficit: construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente", Infancia y aprendizaje, 33: 223-234.*

*OMS (Organización Mundial de la Salud) (2004). Issues in Adolescent Health and Development. WHO Discussion Papers on Adolescence, Ginebra.*

*OMS (Organización Mundial de la Salud) (2010). Salud de los adolescentes. Disponible en [www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/) [Acceso el 14 de abril de 2017].*

*OMS (Organización Mundial de la Salud) (2012). Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud (segunda edición), Ginebra.*

*OMS (Organización Mundial de la Salud) (2014). Adolescent Pregnancy. Fact Sheet 14.08. Disponible en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112320/1/WHO\\_RHR\\_14.08\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112320/1/WHO_RHR_14.08_eng.pdf)*

*Oviedo, M. y García, M. C. (2011). "El embarazo en situación de adolescencia: una impostura en la subjetividad femenina". Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 2(9): 929-943.*

*Palomar, C. (2004). "Malas madres: la construcción social de la maternidad", Debate feminista, 30(15).*

*Pantin, H.; Schwartz, S. J.; Sullivan, S.; Prado, G.; Szapocznik, J. (2004). "Ecodevelopmental HIV prevention programs for Hispanic adolescents" American Journal of Orthopsychiatry, 74: 545-558.*

*Parra, N. (2012). "Cuando el embarazo no planificado se desea. Estudio aproximativo sobre la vivencia de adolescentes embarazadas", Documentos de Trabajo Social, 51: 181-203.*

*Paván, G. (2001). La maternidad adolescente desde la perspectiva de sus protagonistas, Caracas: Universidad Central de Venezuela.*

*Reher, D. (1996). La familia en España. Pasado y presente, Alianza Editorial, Madrid.*

*Reig S., Curos S., Balcells J., Batalla C., Ezpeleta A., Comin E. (1999). "Anticoncepción: gitanas frente a payas", Atención Primaria, 23: 63-67.*

*Rodríguez Otero, L. M. (2016). "El embarazo a temprana edad. Perspectiva de progenitores y madres adolescentes", Revista sobre la infancia y la adolescencia, 11: 81-107.*

*Rodríguez San Julian, E. (2003). "Sexo y riesgo. La dialéctica entre el placer y la razón", Revista de Estudios de Juventud, 63: 27-36.*

*Rodríguez San Julian, E. y Megías, E. (2015). ¿Fuerte como papa? ¿Sensible como mamá? Identidades de género en la adolescencia, Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud (FAD).*

*Roman, R. (2000). Del primer vals al primer bebé: vivencias del embarazo en las jóvenes, México D. F.: Instituto Mexicano de la Juventud.*

*Saffioti, H. (1997). "No Fio da Navalha: Violencia Contra Crianças e Adolescentes no Brasil Atual", en Madeira, F. R. (org.) Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 135-211.*

Salazar Cutido, B.; Álvarez Franco, E.; Maestre Salazar L. C.; León Duharte, D.; Pérez Garí, O. (2006). "Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente", MEDISAN, 10(3).

Samuels, V.; Stockdale, D.; Crase, S. (1994). "Adolescent mothers' adjustment to parenting", Journal of Adolescence, 17, 427-443.

San Román, T. (1997). La diferencia inquietante: viejas y nuevas estrategias culturales de los gitanos, Madrid: Siglo XXI.

Sánchez Basilio C. I. (2016). "Percepciones de la paternidad en los varones adolescentes de la Comunidad Autónoma de Madrid", Nure Investigación, 13(80).

Sánchez Queija, I. y Sánchez Jiménez, V. (2015). "El mundo de los iguales y el desarrollo positivo adolescente", en A. Oliva Delgado (Coord.) Desarrollo positivo adolescente, Madrid: Editorial Síntesis, 81-100.

Santelli, J. S.; Kantor, L.; Grilo, S.; Speizer, I.; Lindberg, L. (2017). "Abstinence-Only-Until-Marriage: An Updated Review of U.S. Policies and Programs and Their Impact", Journal of Adolescent Health, 61(3): 273-280.

Save the Children (2012). Every woman's right. How family planning saves children's lives. Londres: The Save the Children Fund.

Save the Children (2016). Every last girl. Free to live, free to learn, free from harm. Londres: The Save the Children Fund.

SEC (Sociedad Española de Contracepción) (2014). Encuesta Anticoncepción SEC 2014. Madrid: SEC.

Serapio Costa, A. (2006). "Realidad psicosocial: la adolescencia actual y su temprano comienzo", Revista de Estudios de Juventud, 73: 11-24.

Serrano Fuster, I. (2014). Sexo con sentido. Para jóvenes. Madrid: Editorial Síntesis.

Serrano Lara, F. A. (2009). "Mujeres gitanas", ponencia presentada en el I Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres, 15-31 de octubre de 2009, Jaen.

Silva Diverio, I. (Coord.) (2007). La adolescencia y su interrelación con el entorno, Madrid: Instituto de la Juventud.

Simkins, L. (1984) "Consequences of teenage pregnancy and motherhood", Adolescence, 19(73): 39-54.

Smithbattle, L. (2000). "The vulnerabilities of teenage mothers: Challenging prevailing assumptions", Advance Nursing Science, 23(1): 29-40.

Solé, C. y Parella, S. (2004). "Nuevas expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales exitosas", Revista Española de Sociología, 4: 67-92.

Soriano-Ayala, E.; González-Jiménez, A. J.; Soriano-Ferrer, M. (2014). "Educación para la salud sexual. Del enamoramiento al aborto. Un estudio cualitativo con adolescentes españoles e inmigrantes", Perfiles Educativos, XXXVI(144): 105-119.

Stern, C. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Pública de México, 39(2): 137-143.

*Stern, C. (2007).* "Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México", *Estudios Sociológicos*, XXV(73): 105-129.

*Teva, I.; Bermúdez, M. P.; Buela-Casal, G. (2009).* "Conductas de riesgo para la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en adolescentes en el año 2007: diferencias en función de variables socio-demográficas", *Revista Española de Salud Pública*, 83: 309-320.

*Torres Santomé, J. (2017).* Políticas educativas y construcción de personalidades neoliberales y neocolonialistas. Madrid: Ediciones Morata.

*Traverso, P. K. (2007).* "Dos madres adolescentes, dos vínculos: ¿qué marca la diferencia?", *Revista de Psicología*, XXV(1): 59-80.

*Tubert, S. (1999).* "Masculino/femenino; maternidad/paternidad. En González de Chávez M. A. (Coord.) Hombres y mujeres. Subjetividad, salud y género, Las Palmas: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, 53-74).

*UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2013).* Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Nueva York: UNFPA.

*UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2013)* El estado mundial de la infancia 2012. Niñas y Niños en un mundo urbano, Nueva York: Publicaciones de las Naciones Unidas.

*UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2014).* Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

*UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2015).* Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Nacional)

*Wolff, C. L.; Valenzuela, P. X.; Esteffan, K. S.; Zapata, D. B. (2009).* "Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias", *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 74(3): 151-158.

*Yago Simón, T.; Zapatero Molinero, S.; Palacios del Campo, J.; Pastor Eixarch, M.P.; Jimeno Lascorz, A. (1990).* Maternidad Juvenil. Zaragoza: Área de Sanidad y Acción Social del Ayuntamiento de Zaragoza.

*Yago Simón, T. y Tomás Aznar, C. (2014).* "Variables socio-demográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años", *Revista Española de Salud Pública*, 88: 395-406.

*Yago Simón, T. y Tomás Aznar, C. (2015a).* "Violencia de pareja hacia las adolescentes y jóvenes atendidas en una consulta de anticoncepción e indicadores de riesgo", *Revista Española de Medicina Legal*, 41(3): 103-110.

*Yago Simón, T. y Tomás Aznar, C. (2015b).* "Condicionantes de género y embarazo no planificado, en adolescentes y mujeres jóvenes", *Anales de Psicología*, 31(3): 972-978

*Yago Simón, T. y Tomás Aznar, C. (2015c).* "Influye la familia de origen en el embarazo no planificado de jóvenes y adolescentes", *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(3): 118-124.

*Wilkinson, R. y Pickett, K. (2009).* Desigualdad: un análisis de la (in)felicidad colectiva. Barcelona: Noema.q



# Relatos de madres adolescentes en la España actual



[www.adolescenciayjuventud.org](http://www.adolescenciayjuventud.org)

Dirección General de Igualdad y Familias  
Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales



Grupo de Estudio  
sobre la Sociedad del Riesgo

