

Maternidad adolescente: entre el deseo y la violencia

FLACSO - Biblioteca

Soledad Varea

Maternidad adolescente: entre el deseo y la violencia



Maternidad adolescente: entre el deseo y la violencia
Soledad Varea

1era. edición: Ediciones Abya-Yala
Av. 12 de Octubre 14-30 y Wilson
Casilla: 17-12-719
Teléfonos: 2506-247 / 2506-251
Fax: (593-2) 2506-255 / 2 506-267
e-mail: editorial@abyayala.org
www.abyayala.org
Quito-Ecuador

FLACSO, Sede Ecuador
La Pradera E7-174 y Diego de Almagro
Quito-Ecuador
Telf.: (593-2) 3238888
Fax: (593-2) 3237960
www.flacso.org.ec

Diseño y
Diagramación: Ediciones Abya-Yala

ISBN 13 FLACSO: 978-9978-67-183-2

ISBN 13 Abya-Yala: 978-9978-22-781-7

Impresión: Producciones Digitales Abya-Yala
Quito-Ecuador

Impreso en Quito Ecuador, noviembre 2008

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría
en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo

Soledad Varea

Director: Mercedes Prieto

Agradecimientos

Agradezco a Pati, Paola y todas las madres adolescentes que me abrieron su vida. Al Servicio y Atención a la Adolescencia (SALA) del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora que me abrió sus puertas para realizar esta investigación. A Mercedes Prieto por su generosidad conocimiento y ayuda; la doctora María Astrit Dupret por su trabajo, a Gioconda Herrera y María Amelia Viteri por sus importantes aportes. A Javier Valencia, por estar siempre y a las mujeres que compartieron mi maternidad para que yo pueda escribir este libro: mi mami Mariana, mi hermana Ana María, mi prima Gabirú, Lissete Coba, Mónica Álvarez y Gloria Varea. A Amaranta Pico, María Fernanda López, Natalia Bonilla, Isa Miño, Vera León, Elena Orrala, Paula Castello, Bolívar Lucio, Rafael Polo, a mi hermano Isidro Varea por estar siempre en los momentos difíciles. A mis abuelos: Graciela Solís y Rodrigo Viteri por sus apoyos incondicionales.

A mi papi Jorge Varea, mi amigo Mauricio Borja y mis abuelos: Miguel y Gloria Varea por la fuerza que me dejaron.

Sobre todo, a mi hijo Julián Valencia principal inspiración de este trabajo.

A mi hijo Julián, a mi madre Mariana, a la memoria de mi padre
A Pati y Paola.

Índice

Capítulo I	13
Introducción	13
Capítulo II.....	19
Tensiones alrededor de la maternidad adolescente: discursos medicos	19
Discursos médicos: control de la fecundidad y cuerpo maternal.	20
El control de la fecundidad y los embarazos subsecuentes.....	20
Derechos sexuales y sociales.....	26
Los derechos y la cotidianidad en la maternidad	26
Los estudios.....	33
Proyecto de vida.....	36
Maternidad y violencia.....	38
El abuso sexual y el embarazo.....	39
Conclusiones	47
Capítulo III	51
Voces y prácticas adolescentes.....	51
El cuerpo maternal y la resistencia	51
Emociones y deseos maternos.....	55
Familias bricolages.....	66
Conclusiones	78
Capítulo IV	83
Ambigüedad de los discursos estatales.....	83

Resistencias de las jóvenes.....	84
La violencia y el poder masculino	86
Bibliografía.....	91

Resumen



Actualmente, las instituciones públicas a las que acuden las madres adolescentes atraviesan una transición del discurso dominante maternalista pro-población –cuyo origen está a inicios del siglo XX– a la idea anti-maternidad pro-mujer joven. Esta última inspiró la construcción de políticas públicas para controlar la fecundidad, dirigidas a mujeres menores de edad, las mismas son interpretadas por el personal de salud que trabaja al interior del Servicio y Atención a la Adolescencia del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA).

En este programa se manejan ideas dominantes (relativas a la sexualidad, madurez, familia y crianza de las hijas e hijos) que están en permanente disputa. Sobre esta base, las personas que trabajan en el hospital intentan ordenar la vida de mujeres adolescentes a través de capacitaciones que no son del todo efectivas; pues las mujeres adolescentes se resisten, parcialmente, a estos discursos debido a sus vivencias que consisten en una continua procreación. Es decir que a pesar del control de la fecundidad, algunas de ellas insisten en ser madres. Otras están sometidas a una maternidad violenta basada en abusos e incestos que no resuelven las políticas públicas.

La parcial resistencia o la aceptación de estas situaciones por parte de las adolescentes, probablemente, es la razón por la cual en Ecuador no existe un movimiento político fuerte alrededor de la maternidad y el abuso sexual.

Capítulo I



Introducción

Al interior del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora existe casos de maternidad adolescente producto de la violencia sexual y una maternidad temprana, deseada –o percibida– como un proyecto de vida por parte de las jóvenes. Estas situaciones contradictorias, directamente relacionadas con las decisiones y derechos sobre el propio cuerpo, están ausentes en la mayoría de estudios relativos al maternalismo en el Ecuador¹. Considero que dichas maternidades, constituyen asuntos importantes cuando en nuestro país se están discutiendo temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos; en especial, el derecho que tenemos las mujeres a decidir sobre nuestros propios cuerpos.

A partir del año 2006 en Ecuador se abrieron nuevos temas de discusión entorno a la sexualidad. Se debatió por ejemplo la “Ley Orgánica de Salud” que beneficiaba, en muchos aspectos, a mujeres, jóvenes, niños y niñas; porque su enfoque tomaba en cuenta la educación en salud sexual y reproductiva, el uso y acceso libre a métodos anticonceptivos, entre otros aspectos, que generaron reacciones por parte de segmentos conservadores de la población. Otro fragmento del país constituido por movimientos de mujeres, realizó acciones simbólicas y políticas en favor de los derechos sexuales, logrando que en septiembre de 2006, el Congreso apruebe la “Ley Orgánica de Salud”.

El resultado fue la reacción de grupos conservadores, quienes sostenían que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres es-

taban directamente relacionados con el aborto y la muerte. En este contexto, la decisión que tenemos sobre nuestro propio cuerpo ha sido ampliamente discutida por movimientos feministas e instituciones que apoyan a las mujeres. El uso de la píldora anticonceptiva de emergencia produjo debates relativos a la maternidad deseada, responsable u obligada y el control social que ejercen las instituciones y personas adultas sobre las jóvenes².

El problema que presento en este trabajo es que ambos proyectos: tanto el de interrumpir como el de continuar con el embarazo, son cuestionados o incomprendidos por el personal de salud que trabaja en las instituciones públicas del Estado y en especial en el Servicio y Atención a la Adolescencia de la Maternidad Isidro Ayora de la ciudad de Quito. Por estas razones consideré importante observar este programa público, pues las adolescentes que acuden allá son, justamente, aquellas que no estuvieron presentes en las acciones políticas y simbólicas a favor de la despenalización del aborto. Sus voces y proyectos heterogéneos todavía están ocultos en espacios privados. Cabe preguntarse entonces sobre qué cuerpos recaen las leyes que penalizan el aborto y la vigente maternalización de los cuerpos de las mujeres adolescentes ecuatorianas. Así mismo es urgente cuestionar por qué los abusos y capacitaciones que reciben las adolescentes por parte de la sociedad no generan maternidades políticas y rebeldías como ha ocurrido en otros contextos. De esta manera, vislumbrar las múltiples reafirmaciones de esas adolescentes madres constituye el principal objetivo de esta tesis.

Mi investigación empezó en el año 2005, cuando visitaba la Maternidad Isidro Ayora para definir mi tema de investigación. Llegaba a la sala de espera, observaba un poco la atención recibida por las mujeres; después subía a hospitalización y me resultaba muy difícil entablar conversaciones con las pacientes, me llamó mucho la atención la cantidad de madres jóvenes que asistían a este hospital. En el mes de diciembre, fui al Servicio de Atención a la Adolescencia del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora para pedir a la directoría del programa, que me permitiera realizar mi trabajo de campo para la tesis de maestría en el edificio color durazno llamado SALA (Servicio y Atención a la Adolescencia).

Desde un inicio ella me abrió las puertas de su institución y me preguntó en qué área podría aportar. Yo le dije que tengo formación

en disciplinas de ciencias sociales. Entonces ella me sugirió que ayudara en el área trabajo social. Así que llamé a María del Carmen, la trabajadora social y le dije que yo iría a colaborar voluntariamente desde ese momento. María del Carmen me asignó la tarea de “reclutar” a las adolescentes que llegaban a hospitalización, me recomendó que para realizar ese trabajo tenía que usar un delantal blanco. Ese día, sin el delantal blanco, acompañé a Nancy una estudiante de la Universidad Central, para que me enseñara en qué consistían las “captaciones”. Nancy conversaba abiertamente con las adolescentes que llegaban todos los días y les daba consejos y sugerencias, mientras que yo era una extraña para ellas, a veces inexistente y otras intrusa.

Al otro día asistí, con mi delantal blanco. A las ocho de la mañana fui a realizar las “captaciones” y las adolescentes hablaban conmigo con mucha confianza, me contaban sus cosas y me hacían consultas médicas. El delantal blanco me había dado un *poder* que no sabía como manejar. Cierta día una adolescente que vino de Otavalo, me contó llorando, con muchos detalles y angustia cómo unos parientes cercanos abusaron de ella dejándole embarazada del niño que estaba en sus brazos. Desde entonces me cuestioné algunos asuntos metodológicos relativos a la ética, a las relaciones de poder en el campo, a lo que podemos decir y que debemos callar.

Algún día fui madre adolescente y en este momento era “médico” para la mirada de las jóvenes. Además, tuve la oportunidad de compartir reuniones de médicos, conversaciones privadas y me permitieron entrar al consultorio psicológico. Me vi envuelta entonces en el dilema de mostrar o no esa información. Quise cambiar mi tema de tesis y me propuse *no* observar casos difíciles. Pero después pude verificar que la violencia cotidiana dentro de la Maternidad y no se puede pasar por alto. Pues no era la muchacha que vino de Otavalo la única abusada: todos los días llegaban al hospital casos tan dramáticos como el narrado y las personas que ahí trabajaban estaban envueltas en círculos de violencia que se reflejaban en las relaciones entre profesionales y mujeres en general.

Después decidí conversar con las mujeres adolescentes sin el delantal blanco que durante todo mi trabajo de campo significó la puerta de ingreso al mundo del hospital. Fue entonces cuando experimenté la proximidad a la que se refiere Blanca Muratorio (2005), el espejo que a veces son las personas con quienes conversamos. Entrevi-

té a Paola y Pati en su casa: una especie de comunidad de madres adolescentes; hermanas que se apoyan cada día para sobrevivir. Para ellas, quienes también sufren distintos tipos de exclusión y violencia, la maternidad constituía un deseo o un proyecto de vida.

Estas dos formas de concebir la maternidad, tal como mencioné al principio del capítulo, conviven al interior del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora y en las memorias de mujeres adolescentes³. El problema que planteo es que, a la vez que existen formas de disciplinamiento del cuerpo de las mujeres, violencias, símbolos culturales y procesos históricos que construyen la maternidad, también hay resistencias parciales por parte de las jóvenes hacia estas situaciones problemáticas que, probablemente, son la causa de ausencia de espacios políticos y del efectivo cumplimiento de derechos.

A lo largo de esta investigación, realicé un total de diez entrevistas a madres adolescentes que estaban internas en el HGOIA, a la trabajadora social, la psicóloga, la pediatra y directora del programa; presencié reuniones médicas y realicé tres historias de vida a tres madres adolescentes, una de las historias de vida, tal como mencioné anteriormente, la realicé en la casa de dos madres adolescentes.

Este libro se divide en tres partes. En el siguiente capítulo, me centro en los discursos contradictorios y distintos disciplinamientos alrededor de la maternidad, presentes en el Servicio y Atención a la Adolescencia de la Maternidad Isidro Ayora, la enunciación de los derechos sexuales y sociales en el hospital y la maternidad relacionada a la violencia, abuso sexual e incesto. En el tercer capítulo analizo la confrontación de discursos dominantes con las realidades cotidianas y narraciones de las y los adolescentes.

Notas:

- 1 Vásquez (2006) menciona en su investigación que las mujeres que acuden a hospitales públicos de Buenos Aires, algunas veces deben continuar con su maternidad obligadamente y otras desean tener a sus hijos. No menciona sin embargo los embarazos adolescentes productos del incesto.
- 2 Se debatió así mismo la idea de “vida y procreación” presente en la Constitución ecuatoriana. El actual Gobierno, realizó una consulta popular con el fin de cambiar la actual constitución y la institucionalidad a través de una Asamblea Constituyente con plenos poderes. Ganó el “sí” en la consulta. En la asamblea participan distintos movimientos sociales, entre ellos las mujeres. Una de las luchas

- principales y alrededor de la cual están trabajando distintas representantes del movimiento feminista, es el tema del aborto. El objetivo es cambiar, al interior de la Constitución, la idea del derecho a la vida “desde la concepción...”.
- 3 Ahora pienso aquello que observé gracias al delantal blanco, la apertura de la institución y mi propia historia; deben contribuir a transformar este sistema de violencia y exclusiones en el que todas estamos inmersas de una u otra forma. Por lo tanto, es muy necesario anunciar estos problemas que oprimen a las niñas y adolescentes de nuestro país lo contrario sería continuar callando y manteniendo secretos en nombre de una ética.

Capítulo II



Tensiones alrededor de la maternidad adolescente: discursos médicos

La pregunta que resolveré en este capítulo es ¿por qué a pesar de las políticas de control de la fecundidad¹, aumenta el número de embarazos adolescentes?

Mi hipótesis es que existen discursos contradictorios alrededor de la maternidad dentro del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA). Por una parte, está presente un discurso relacionado con el control de la fecundidad y la existencia de sujetos en riesgo que no tienen las condiciones necesarias para criar niños (as); es decir, que no disponen de familias nucleares heterosexuales, no tienen la madurez suficiente para estimular a sus hijos o hijas y no cuentan con las condiciones materiales necesarias para hacerlo. Este discurso tiende a culpabilizar la maternidad adolescente y “pobre”. Sin embargo, por otra parte, en la misma institución, se capacita a las adolescentes para que sean madres a pesar de sus condiciones de “riesgo”.

En este sentido, en el Servicio de Adolescentes conviven un discurso pro-maternidad con uno anti – maternidad “pobre” y adolescente. En parte, esto sucede porque en las instituciones públicas del Estado existe una interpretación y resignificación de los conceptos –en los que están inspiradas las políticas sociales– por parte de quienes trabajan allí. Es decir que, las resignificaciones, no necesariamente obedecen el diseño inicial de las políticas públicas.

Es por esta razón que surge un híbrido entre las ideas originales y las prácticas de las funcionarias públicas del sistema de salud. Respecto a este tema, Herrera (2000) se refiere a los procesos de traducción que se presentan en una apropiación de las cuestiones de género entre funcionarios y funcionarias vinculadas a programas que orientan su atención a mujeres en el área social. En efecto, para Fraser (2000) las políticas de género son sistemas interpretativos e institucionalizados. El discurso interpretativo sin embargo –dice ella– permite despolitizar algunas necesidades, ocultar otras, o simplemente dejarlas en manos de expertos.

Según mi punto de vista, en la Maternidad sucede, justamente lo que Fraser (1997) anota en su trabajo, la idea de derechos o de ciudadanía queda despolitizada en la atención cotidiana ofrece el personal de salud a las adolescentes. Pues hay una idea relativa a los derechos de las mujeres, la independencia y la libertad frenada por las prácticas del personal de salud.

Discursos médicos: control de la fecundidad y cuerpo maternal

El control de la fecundidad y los embarazos subsecuentes

En los periódicos, los noticieros de televisión, publicaciones académicas y las reuniones del Servicio de Adolescentes del HGOIA, se menciona que las mujeres adolescentes son sujetos de riesgo. Por esta razón, dentro del HGOIA, se elaboró un proyecto de anticoncepción, que tiene como objetivo disminuir los embarazos adolescentes. Pues las mujeres que cruzan esta etapa de su vida no solo se embarazan una vez, si no que vuelven a cometer el así considerado “error” dos o tres veces en este periodo, lo cual preocupa a los y las profesionales. Esta reincidencia cuestiona la existencia y el funcionamiento de su servicio. A continuación expondré una reunión médica en la cual se analiza el problema de los “embarazos subsecuentes en adolescentes” y se propone soluciones a este problema:

Médico 1: Me pareció muy importante hablar de este tema. Hemos visto que es algo muy palpable, los embarazos subsecuentes [entonces] quería proponerles que se haga un trabajo en el embarazo subsecuente. Un número importante de pacientes que ya tuvieron un hijo, vuelven a tener otro. Se ve que es difícil hacer un trabajo de anticoncepción.

El quince por ciento se quedan embarazadas en un año. El sesenta por ciento se quedan embarazadas en el segundo año. Este tema no es fácil de lograr; sin embargo, es importante creer que si hay una paciente con embarazo subsecuente es posible prevenir. Hay que proponer soluciones, una o dos pacientes llegan con embarazo subsecuente, de cuarenta pacientes al mes, es un número bien grande. Es importante encontrar las causas: la edad, el estado civil, instrucción, compañeros sexuales, gestas, detalle de las gestas, planificación del embarazo actual, periodo intergenésico, edad del embarazo, lugar de desenlace de los embarazos previos, evolución de los embarazos previos, complicaciones del embarazo actual, complicaciones psicológicas, cómo está. Existen tres casos en los que si fueron planificados de madres de dieciséis años de edad. La edad del primero y segundo embarazo.

Médico 2: No es fácil hacer preguntas porque vienen con las mamás.

Médico 1: El número de parejas, el estado civil, las gestas, la instrucción [es necesario preguntar] porque podrían estar afectando paras, abortos, periodo intergenésico. Desde el desenlace del embarazo anterior, hasta la fecha de la última menstruación. Hay que preguntar si tuvieron situaciones de aborto o si el niño murió por alguna causa.

Médico 3: Esta chica tuvo un aborto anterior y fue provocado. Es súper importante la propuesta de mejorar la calidad de atención.

Médico 1: El servicio está fallando, no debería haber embarazos subsecuentes. Deberíamos todos involucrarnos en este tema, hacer un seguimiento de pacientes. Tenemos que tener cada historia clínica y marcar con color verde fosforescente las gestas. De todas las pacientes: de diez, seis tuvieron un aborto provocado; si no hubieran hecho preguntas no se les hubiera remitido a la psicóloga ¿Qué pasó en el embarazo anterior? En ningún centro recibió asesoría, solo van y no reciben asesoría. No sé si los abortos están pasando por la SALA, se termina el aborto, están en recuperación y se les manda.

Médico 4: Hemos tenido tres o cuatro reuniones y no se ha logrado nada. En la sala de partos nadie hace una asesoría. Simplemente se cumple el legrado y se va.

Médico 1: Estos datos ya dan un indicador. Esto nos permite la toma de decisiones. Los personajes que ven a las pacientes, por *a* o *b* circunstancias ya no les ven. Yo creo que deberían tener prioridad.

Médico 2: Hay que ponerse de acuerdo para saber en qué tiempo deben regresar. Deberíamos discutirlo en equipo.

Médica 5: Nos des-coordinamos con trabajo social; algunas veces ya se les mandó con anticonceptivos.

Médico 4: Yo sí les mando, pero no a todas hay como mandarles. Lo que yo les digo es: “No tenías pareja y ahora estas embarazada”.

Médica 6: Pasados los dieciocho ya no vienen por acá por demanda.

Médica 5: De pronto si les mandamos con anticonceptivos orales. Existe un número alto de embarazos de 18, 19 años que tienen tres o cuatro embarazos” (diario de campo, 2006).

En este diálogo se expresa cómo dentro del Programa, la opinión y el deseo de las adolescentes no están presentes en los temas y argumentos que se tratan en estas reuniones. Es así cómo el hecho de volver a quedar embarazadas, es un asunto que siempre es *peligroso*, incluso cuando ellas lo han planificado. De esta manera el deseo consciente o inconsciente de las madres adolescentes está ausente en las voces médicas. En este sentido, concuerdo con Irigaray cuando afirma que los padres-médicos “siempre intervienen para censurar, rechazar con todo el buen sentido y la buena salud el deseo de la madre” (Irigaray, 1994:34).

La “necesaria” intervención médica en los cuerpos y las vidas de las mujeres adolescentes es otro de los aspectos que se vislumbran el diálogo. En este caso específico entonces el poder médico “inmoviliza al individuo” (Sayabedra, 2001:96), pues según el punto de vista de los y las profesionales, el embarazo subsecuente debe frenarse a través de métodos anticonceptivos, sin haber consultado previamente a las adolescentes si ellas estarían dispuestas a utilizar dichos métodos para controlar su propio cuerpo. En este sentido, dentro del programa las adolescentes se convierten en entes pasivos sin poder de decisión. Al ser aceptada la medicalización como una norma y a los profesionales como sujetos poseedores de “verdad”; las voces de las mujeres no son tomadas en cuenta, de manera que son recluidas al silencio. Por esta razón proveen a las adolescentes métodos anticonceptivos apenas dan a luz, sin previa consulta.

En la reunión médica se observa que la anticoncepción se trata de las siguientes maneras dentro de la Maternidad: 1) la recomendación de profesionales acerca de los mejores métodos; 2) la proporción de anticonceptivos, y 3) consejos cargados de culpa otorgados por el per-

sonal del Programa que generalmente no tienen eco en las decisiones de las adolescentes. Ellas sin embargo vuelven a quedar embarazadas enfrentándose al cotidiano maltrato de los médicos, como veremos en el testimonio de una mujer adolescente que tuvo dos hijos en la maternidad en el lapso de dos años:

El doctor me habló a lo que me estaban haciendo la cesárea, me hablaba bien feo y me pusieron unas cosas en los brazos, porque les amarran así y me hablaba el doctor... que como es mi apellido y yo le dije que era Macías... Y me dijo vos eres de Portoviejo, no le digo, ¿por qué? Dice “las monas son bien calientes”, y como les tuve a los dos seguidos. El anestesiólogo... no le había ni conocido, es mayorcito. Me hacía con el dedo, me hacía en la frente y me hacía llorar².

Este maltrato probablemente se origina en la concepción, que tienen los profesionales, sobre las condiciones ideales para tener hijos e hijas; con las cuales las adolescentes no cuentan. En efecto, muchas de ellas vienen de familias conflictivas que no les aceptan cuando están embarazadas; no tienen pareja, no se han formado profesionalmente y por lo tanto se les dificulta conseguir un trabajo para mantener a sus hijos o hijas³.

El discurso médico también maneja la idea de que los y las adolescentes no tienen madurez; según esa perspectiva, es necesario retardar la fecundidad para que las personas formen familias estables y tengan una madurez psicológica y económica para procrear. Esta perspectiva la pude vislumbrar en el coloquio médico que trataba el tema de sexualidad en la adolescencia. En este, el doctor N.º1 manifestaba la necesidad de que los niños se identifiquen con sus padres y las niñas con sus madres durante la infancia. De lo contrario, según su perspectiva, tendrían problemas en su adolescencia. A lo largo de su charla, manifestaba la necesidad de que las mujeres afirmen su feminidad, a través de la primera menstruación, la primera fiesta, el primer enamorado, la imagen corporal. Según su punto de vista, también los muchachos deberían afirmar su masculinidad en su primera cita con una mujer, en el grupo de amigos. El doctor hablaba de la necesidad de formar una familia nuclear heterosexual y planificar los hijos para poder criarlos de manera correcta. Se refería a los peligros del ejercicio de la sexualidad sin educación y madurez adecuada. Decía por ejemplo que:

“No es suficiente tener todos los elementos biológicos. La aceptación e identificación sexual comienza en la infancia y se complementa en la adolescencia. La imagen en el espejo de Lacan, se refiere a la identificación sexual: significa que si el niño tiene padres heterosexuales, se identifica con el papá y la mujercita con la mamá. Desde la infancia los niños ven a sus hermanos adolescentes, padres, madres, etc. Comienzan emocionalmente, psicológicamente a madurar desde la infancia en base a lo que están viendo. Los aspectos culturales, biológicos, religiosos, culturales, influyen mucho en la identificación sexual.

Seguidamente se inicia lo que Freud llamó el proceso edipiano que consiste en la atracción por el progenitor del sexo opuesto e identificación con el progenitor a quién imita y con quien compite. Esto tiene relación con imitar el varoncito lo que hace el papá y la mujercita lo que hace la mamá.

Luego, viene la fase latencia o muda en la cual la niña o el niño dedican todo su esfuerzo a las tareas que los adultos les proponen, son sumisos. La niña tiene que limpiar su cuarto, lavar las ollas; el varón tiene que hacer cosas de varón. Los niños y las niñas reciben la propuesta de hacer las cosas sin criticar. Eso lamentablemente es una forma de decir te quiero por parte de los niños y de los padres” (Diario de campo, 2006).

El doctor N.º 1 también afirmaba que un correcto desarrollo de las fases de identificación sexual y una adecuada educación, posibilitarán a las y los adolescentes elegir bien su pareja; es decir, enamorarse de la persona adecuada y tener relaciones sexuales cuando exista madurez:

“[...] 10 a 14 años ¿Por qué no prepararle con el tiempo? Explicarles el proceso de maduración folicular, ovulación, preparación del endometrio, menstruación, embarazo y planificación familiar.

Es el momento de hablar del embarazo, a las mujercitas, la relación entre la carrera y la maternidad. De ser posible que primero adquiera una carrera. [...] La pubertad es cada vez más precoz, la edad para casarse cada vez más tardía que la de antes. Dentro de los aspectos normales, existe el peligro de matrimonios solo para poder ir a la cama. Es necesaria una madurez para casarse: psicológica, psicológica, económica [...] Saber esperar la pareja ideal: más vale solo que mal acompañado, decirles que no pasa nada si no tienes relaciones sexuales. Las pruebas de amor, de homosexualidad, el peligro del VIH en los jóvenes. Deben aprender los adolescentes la paternidad responsable: no los que vengan ‘si no los que podamos criar responsablemen-

te'. En ámbitos culturales un poco bajos dicen: 'los que vengan'... Un embarazo no deseado puede desgarrar la vida de una joven.' (Diario de campo, 2006).

Finalmente, el profesional proponía que los adolescentes aprendieran a ser padres responsables y sugería que existe una presunta "ignorancia" en las personas adolescentes que desean procrear más hijos que lo establecido como normal. De igual manera, asumía que los embarazos adolescentes siempre son no deseados y desgarran la vida de las jóvenes. Cabe resaltar que este discurso está dirigido, principalmente, a las mujeres adolescentes, el médico no aborda en profundidad la problemática de los adolescentes.

A pesar de la implementación del uso de métodos anticonceptivos, de las preocupaciones por los embarazos subsecuentes y las recomendaciones basadas en la culpa que tienen como objetivo controlar la fecundidad y están revestidas de concepciones de riesgo y madurez. Dentro de la Maternidad, a través de diversas estrategias, se crean vínculos entre madres e hijos (as), se realiza un permanente trabajo de aceptación del rol maternal desde que las mujeres están embarazadas. De esta manera, a pesar de que existe un discurso de "riesgo", las voces de los y la profesionales de la salud también son cambiantes, tal como analiza Rance (1997). Es decir que existe una tensión en los discursos médicos, que fluctúa entre la "firme" idea de que las adolescentes no están en capacidad de ejercer la maternidad y el disciplinamiento de la vida y el cuerpo de las mujeres para que ellas críen a sus hijos (as). Es así cómo el consultorio psicológico es un espacio maternal en el que se enseña a las mujeres a ser madres. La psicóloga disciplina a las mujeres adolescentes con el fin de crear sujetos maternales, lo cual se evidencia en la siguiente capacitación:

"¿Cómo te sientes con la idea de ser mamá? Es común, normal que tengas expectativas frente a tu embarazo. [Es necesario que realices] estimulación intraútero para que te metas en tu papel de mamá. [Hay una] crisis corporalmente, tu cuerpo comienza a cambiar, cómo te percibes, cómo te ves, la idea es que te metas en tu papel de mamá. Es importante que asumas tu función, [porque] te adelantaste diez años; la maternidad es una parte fundamental de la vida" (Diario de campo, 2006).

Lagarde (2002) analiza cómo, desde muy pequeñas, las mujeres construyen su cuerpo y su vida a través de la maternidad. Es así co-

mo las niñas juegan con muñecas, cuidan a sus hermanos pequeños, de esta manera las mujeres siempre somos madres. En ciertos contextos culturales, está asumido que las mujeres debemos cumplir con roles maternales en todos los espacios en donde actuamos. A pesar de que existe un discurso generalizado de que las adolescentes no deberían ser madres, en la cotidianidad de su vida ejercen ese rol. De hecho la psicóloga es madre, lleva a su hija a la consulta para atender a sus pacientes y transmite conocimientos que ella ha experimentado, establece así relaciones con las adolescentes a partir de estos conocimientos. En este sentido hay contradicciones entre los discursos oficiales que provienen de concepciones occidentales de progreso y desarrollo y las prácticas, sentimientos y cuerpos que se construyen en nuestras realidades.

Junto a los discursos pro maternidad, también prevalece la idea de derechos sexuales y sociales y las decisiones que las mujeres deben tomar sobre sus cuerpos y sus vidas, a continuación presentaré las prácticas alrededor de estas ideas:

Derechos sexuales y sociales

Los y derechos y la cotidianidad en la maternidad

Desde la época republicana hasta la actualidad, la ciudadanía de las mujeres ha estado ligada a la maternidad. Guy (1999) y Clark (2001) mencionan cómo en los siglos XIX y XX en América Latina, el Estado, los médicos, las feministas de clase alta y las damas de beneficencia, instalaron discursos hegemónicos relativos a la maternidad y el cuidado de los niños. De esta manera, en América Latina la ciudadanía de las mujeres se construyó alrededor de la maternidad. Lagarde (2002) analiza cómo en nuestras sociedades se equipara a la *patria* con la *madre*, de tal manera que son las mujeres quienes tienen que sostenerla por medio de roles maternales.

Es por eso que, en Ecuador, el ámbito reproductivo de las mujeres está ligado a la política. En las paredes de la ciudad de Quito, por ejemplo, se escriben graffitis relativos a las desventajas de la maternidad y se organizan espacios de discusión de derechos sexuales y reproductivos⁴. El Estado, las feministas y los médicos siguen actuando, dialogando y disputando este campo de poder. Existen varios movimientos de mujeres de clase media que reclaman sus derechos sexuales

y reproductivos a través de distintas maneras y cuestionan que los derechos de las mujeres estén ligados a la maternidad. Sin embargo, en las clases bajas, a las cuales pertenecen las personas que asisten al HGOIA la dinámica es distinta. En este capítulo analizaré cómo para las mujeres adolescentes la maternidad es una forma de ejercer los derechos que no tienen en su vida cotidiana y cómo, a pesar de ello, en este espacio maternal de participación, existen una serie de ambigüedades y contradicciones que finalmente refuerzan las exclusiones o despolitizan la idea inicial de los derechos.

Los derechos sexuales y reproductivos así como el embarazo adolescente se establecieron en el Ecuador a partir de las distintas conferencias internacionales: La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) del año 89; el Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (Programa de Acción del Cairo) de 1994 y la 4.º Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1996. En estas, los Estados se comprometieron a elaborar políticas públicas y proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. De manera que, al finalizar la década de 1990, en los hospitales públicos y en especial en la Maternidad Isidro Ayora, la idea de derechos sexuales y reproductivos empezaba a instaurarse al punto que para inicios del nuevo milenio, los temas relacionados con tales derechos ya se discutían entre los médicos. Actualmente se organizan jornadas científicas para tratar este tema. Las profesionales asisten a cursos del CEPAM (Centro de Promoción y Acción de la Mujer) y dentro de la institución se imparten talleres de violencia contra la mujer. En abril del 2006 por ejemplo, se dedicó una mañana a discutir el tema de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de las mujeres adolescentes en el ámbito de la salud. Las conferencistas eran la Dra. Susana Guijarro (directora del programa de adolescencia), una representante del Consejo Nacional de las Mujeres y un médico del Servicio de Adolescentes. A continuación mostraré las dos primeras exposiciones en torno a los derechos sexuales y reproductivos:

La directora del Programa de Atención a la Adolescencia inició su conferencia recomendando que las jóvenes deberían vivir una sexualidad libre de violencia; informarse y tomar en cuenta el placer. También mencionó la identidad sexual y la posibilidad de elegir la pareja. En este contexto realizó un recuento de los derechos sexuales y reproductivos y sugirió que dentro del hospital deberían estar presentes cada uno de ellos:

“[Es necesario] Partir de la sexualidad humana, lo que realizamos y lo que somos. [La sexualidad] es un impulso, un proceso biológico y emocional, una perspectiva y expresión de sí mismo. Está influida por creencias y conductas. [Cuando hablamos de sexualidad] solamente abarcamos la actividad procreativa.

[Es importante tomar en cuenta los siguientes temas:]

La identidad: empezando por saber si soy hombre o soy mujer, orientación sexual, derechos de minorías: mujeres jóvenes, negros, VIH sida, ejercicio de la sexualidad: libertad de escoger con quién y cuando vivir nuestra sexualidad. En un ambiente libre de violencia de una manera placentera e informada.

Los derechos sexuales y reproductivos son 13 o 14: derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual, el derecho a manifestar públicamente mis afectos, el derecho a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad, respetar de mi intimidad y mi vida privada, vivir libre de violencia sexual, libertad reproductiva. Igualdad de oportunidades y equidad. Vivir libre de discriminación. Información completa, científica y laica sobre mi sexualidad. Educación sexual. Servicios de salud sexual y reproductiva. Políticas públicas sobre sexualidad...

[Hay que preguntarse] ¿Cómo en el hospital debemos estar en cada uno de estos derechos?” (Susana Guijarro, 2006).

Luego afirmó que las jóvenes no deberían atravesar por procesos de culpa. Más bien tendrían que tener conciencia de sus deseos. Afirmó que, dentro del hospital, las y los profesionales tienden a culpabilizar a las madres adolescentes. Y sugirió así que los y las jóvenes son distintas a las y los adultos pues tienen otras vivencias.

“Los jóvenes [deben] disfrutar el cuerpo y la sexualidad, manejar el enemigo interno que es la culpa, tener conciencia de qué es lo que quiero, nada no deseado: ni embarazos ni abortos. [Debemos implementar] programas basados en las necesidades de las jóvenes, métodos anticonceptivos accesibles. [En el Servicio de Adolescentes] cuando le ven a una chica con la pancita le dicen: “La guagua con la guagua”. Es necesario promover educación. Los jóvenes tienen otro estilo de vida, otras posibilidades y otros problemas. Los jóvenes tienen una vida distinta a la que nosotros teníamos: estilos de vida familiar, erotización del medio” (Susana Guijarro, 2006).

El mismo hecho de atravesar esta etapa según el criterio de la doctora, implica la incapacidad de tomar decisiones. También está presente la idea de que las mujeres adolescentes, no saben por qué se quedaron embarazadas, a pesar de la proliferación de discursos acerca de la sexualidad en la época moderna.

[Existe sin embargo] Incapacidad de tomar decisiones adecuadas que les lleva a tener conductas de riesgo sin elección adecuada de la pareja. [Hay] riesgos y falta de políticas que se apliquen, falta de participación en la toma de decisiones, falta de capacitación. En las carreras sociales no se tomaba en cuenta a la adolescencia. Los adultos pensamos mal de los jóvenes. Les vemos como un problema, existe una falta de compromiso. La salud está relacionada al bienestar y al desarrollo humano y a la capacidad para resolver problemas.

En una entrevista en la televisión la periodista preguntaba a una niña de 14 años por qué se quedó embarazada y la niña respondió: ‘¿Y yo qué iba a saber?’. Ella no sabía que teniendo relaciones sexuales se iba a quedar embarazada. En pleno siglo XXI, en Quito, que alguien no sepa que teniendo relaciones se quedará embarazada [...]. En las telenovelas, los videos, las parejas inician las relaciones sexuales y no hay preservativos, no hay cara de preocupación, no se quedan embarazadas. Las adolescentes tienen el pensamiento mágico: a mí no me va a pasar.

La autonomía es la toma de decisiones adecuadas. Saber los riesgos y las consecuencias. El empoderamiento [tiene relación con el] autococimiento, valoración de sí mismos. [Debemos tener] atención integral a la adolescencia: no solo biológica sino psicosocial. Una historia clínica completa: no hay apoyo de la familia, [se hace una] intervención psicosocial, información personal, conocimiento, las pacientes no saben nada, nosotros si sabemos (Susana Guijarro, 2006).

La representante del CONAMU, por su parte, comenzó su conferencia, analizando en términos demográficos, las situaciones de violencia a la que se enfrentan las mujeres ecuatorianas que dan cuenta del incumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

“Salud sexual y reproductiva: mirar los derechos sexuales y reproductivos relacionados a todas las etapas de la vida de la mujer. La realidad es diferente. Estos derechos no se cumplen. Las relaciones entre hombres y mujeres son diferenciadas. Siete de cada diez mujeres son violentadas, siete de cada diez familias son violentas. Muchas denuncias son

por maltrato físico. El 47%. De este 47%, el 56% son los cónyuges los agresores, las parejas, los hombres a quienes las mujeres aman. Del año 2002 al año 2005 el Ministerio de Salud registró 12 169 denuncias por delito sexual” (Representante del CONAMU, 2006).

Ella observa los embarazos adolescentes como un riesgo para la salud física y psicológica de las mujeres, pues son ellas quienes deben asumir solas la crianza del niño o la niña; en este sentido y según su criterio, es importante asumir los derechos sexuales y reproductivos para evitar embarazos adolescentes a través del control sobre el propio cuerpo:

Los embarazos adolescentes son un riesgo para la salud y el desarrollo de la vida de madres e hijos e hijas. Las tasas de fecundidad más altas se encuentran entre los 20 a 24 años de edad. Pero de 15 a 17 años aumenta la tasa de fecundidad. Cuando dan a luz, son ellas las que tendrán que hacerse cargo de sus hijos, las que tendrán que trabajar, dejar las perspectivas de desarrollo de vida futura y no los hombres. Esto se relaciona directamente con la posibilidad que podamos tener para participar en la vida pública y productiva. [Es necesario tener] Capacidad de controlar y decidir sobre nuestro propio cuerpo y nuestra sexualidad y capacidad de determinar cuántos hijos queremos. Es fundamental para el desarrollo mental, físico, emocional la atención a los derechos reproductivos. El derecho a la vida: a no morir por causas que se pueden evitar relacionadas con el parto y el embarazo. Libertad, seguridad, integridad personal, derecho a no ser sometidas a torturas ni penas ni tratos crueles inhumanos, derecho a estar libre de violencia de sexo y de género, libres de explotación sexual, derecho a decidir el número y esparcimiento de hijos que queremos tener, derecho a contraer matrimonio, con qué pareja deseamos casarnos, derechos a decidir la capacidad y la edad para formar una familia, derecho al empleo y a la seguridad social, a que se protejan los derechos a los que como trabajadoras tenemos cuando estamos embarazadas, derecho a la educación consentida (Representante del CONAMU, 2006).

En su intervención también se refleja una enorme preocupación por la ausencia del padre, la responsabilidad del Estado en los embarazos adolescentes y la visión moralista de los derechos presente en nuestro país:

Es necesario prevenir la visión moralista de los derechos. Que no se incremente el embarazo adolescentes. [Es necesario dar] oportunidades,

decidir sobre la sexualidad, relacionarnos con afecto. Esta es una sociedad conservadora que expulsa a las adolescentes de los colegios y de las familias. No podemos seguir permitiendo un Estado que no reaccione frente a los embarazos y frente a la violencia sexual. [Es necesario crear] una cultura de corresponsabilidad, equidad, libertad para hombres y para mujeres. Las mujeres en edad reproductiva deben tener corresponsabilidad con hombres que [también deben decidir sobre] métodos de planificación familiar, cuidado de la salud, vigilancia y cuidado de nuestros hijos. Solo así evitaremos más hijos sin padres (Representante del CONAMU, 2006).

Estas jornadas científicas, son un ejemplo de la reflexividad acerca de los derechos sexuales y reproductivos presente en la modernidad (Bonan, 2003), de manera que los médicos también se apropian del discurso del derecho. Es así como una pediatra y una representante del Estado hablaron sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres adolescentes que asisten a la Maternidad y su necesidad de implementarlos de mejor manera en el Servicio de Adolescentes. A lo largo de sus intervenciones mencionaron la necesidad de que las adolescentes decidan sobre su cuerpo y tengan autonomía; mencionaron que estos dos aspectos constituyen los principales problemas y causas de los embarazos adolescentes.

Adicionalmente se observa una nueva construcción de la idea de juventud que relativiza el papel de la “adolescente” en la sociedad.

Estos temas no solo se discuten en conferencias oficiales, en la cotidianidad de la Maternidad también se trabaja sobre el derecho a la planificación familiar y a la decisión que tienen las mujeres a decidir el número y esparcimiento de los hijos e hijas. Es así como un día llegué a la Maternidad a las ocho de la mañana y en la oficina de trabajo social me esperaban María del Carmen y Nancy, ambas son trabajadoras sociales del programa de atención a la adolescencia. Me explicaron en qué consisten las captaciones que se realizan todas las mañanas en hospitalización, el lugar a donde las mujeres van luego de la sala de partos. Ellas deben registrar en un cuaderno todas las adolescentes que asisten a la Maternidad diariamente, tienen que hacerles algunas preguntas como la edad, estado civil, dirección, teléfono, situación de la pareja, etc. Si una de ellas tiene problemas económicos o afectivos, las trabajadoras sociales deben llenar una ficha llamada “038” en la cual anotan datos más detallados de la vida de las mujeres, especialmente en

lo referente a la familia. Luego de este proceso, las trabajadoras deben enseñar a las mujeres adolescentes cómo dar de lactar y cómo alimentarse correctamente para que la leche no se seque, me mostraron folletos sobre lactancia y alimentación alternativa elaborados por UNICEF en los que también se recomienda alimentación a bajo costo; ellas revisan esos folletos para dar las charlas, también les hablan sobre planificación familiar.

María del Carmen, me dio tres alternativas para que ayudara en este espacio: dar charlas de lactancia, alimentación o planificación familiar a las mujeres adolescentes. Después me sugirió ir con Nancy para hacer la “captación” que consiste en registrar diariamente en un cuaderno a las mujeres adolescentes que están hospitalizadas. Nancy conocía muy bien la Maternidad, por eso me condujo a las salas del tercer piso. La primera sala a donde entramos era la sala de infectadas, ahí estaban las mujeres con infecciones, ya sea de VIH u otras. Ella entraba gritando: “quiénes son las madres de menos de 18 años”, y las mujeres le respondían: ella o aquella. En la sala de mujeres infectadas, estaba internada una mujer afroecuatoriana muy enferma con suero y una chica de 17 años a quién Nancy le tomó los datos, le preguntaba la edad, el nivel de estudios, el nombre de la pareja o el representante, la ocupación, el teléfono, la dirección. Cuando la adolescente le dijo que el padre estaba ausente, ella le sugirió ir a la consulta de trabajo social porque ahí tendría abogados gratuitos, pues el programa de atención a la adolescencia tiene contacto con el colegio de abogados, además le sugirió hacer planificación familiar, le dijo que “es muy joven para tener otro hijo”, también le insinuó que le dé de lactar al bebé.

En otras salas también residían mujeres adolescentes. A cada una, la trabajadora social les hizo las mismas preguntas y sugerencias. Algunas veces les preguntaba sobre el tema de aborto al que relacionaba con la falta de conocimiento de métodos anticonceptivos. Dos mujeres afirmaron que abortaron antes de tener el bebé. Una de ellas tenía 17 años, un hijo de 11 meses y el niño recién nacido. La trabajadora social le preguntó: “¿Por qué no se cuidó?” Y luego agregó: “ahora tiene que venir a nuestra consulta” [de trabajo social de la Unidad de Atención a la Adolescencia]. Cuando salimos de hospitalización, Nancy me comentó que las adolescentes tienen muchas ventajas en la SALA: mejor atención y mejores medicamentos. Llegamos al consultorio de trabajo social y María del Carmen, la otra trabajadora social me dijo que

hablarles de planificación a las adolescentes es como hablarles de la organización de un paseo, afirmó que es necesario tener los hijos espaciados pues las adolescentes corren muchos riesgos uno de ellos es sus órganos que están en crecimiento y se ven afectados con el embarazo. También habló de los derechos de las mujeres y los derechos del niño. Afirmó que el cuidado del niño y las responsabilidades económicas deben compartirse: 50% la madre y 50% el padre.

Los estudios

El derecho que las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo, a construir su proyecto de vida y a estudiar son asuntos que también se reflexionan dentro de la Maternidad Isidro Ayora. Generalmente se percibe al estudio como una salida a la difícil situación que enfrentan las adolescentes. En una ocasión (al consultorio psicológico) entró una mujer adolescente y la psicóloga llenó una ficha llamada “hoja de riesgo”, que incluía una serie de preguntas referentes a la vida de la chica. Una de las secciones del cuestionario estaba relacionada con la pareja. La psicóloga le dijo lo siguiente:

Evidentemente la edad no era la más adecuada [para un embarazo] El que te apresures a vivir con él por el bebé no es lo mejor. Para ir a una unión deberían estar muchas cosas equilibradas. El bebé no era el pretexto, sin embargo es importante hacer un trabajo de planificación familiar. Debe haber una reflexión bien certera y profunda de los dos. Porque al salir de este embarazo talvez sigan teniendo relaciones sexuales. [Por eso es importante] el asesoramiento en planificación familiar. Eso es un derecho tuyo y es un derecho del muchacho. A veces las jóvenes se embarazan porque no ejercen sus derechos frente a su sexualidad. Tu cuerpo es tuyo y tienes que tener control sobre tu cuerpo. El [papá] tiene derecho a saber que nació y obligación de responsabilizarse: implica reconocer al bebito, ayudarte económicamente con el bebito (Diario de campo, 2006).

En las palabras de la psicóloga, también estaba presente la concepción de que el ideal de la vida de las mujeres es tener la posibilidad de formarse y de que las mujeres tienen derecho a decidir.

“En el hogar, los roles deben compartirse; pues las mujeres deben trabajar en la casa y, fuera de ella, cuidar a los niños y todos esos roles de-

ben ser compartidos. La unión implica muchos compromisos” (Diario de campo, 2006).

Hablaba así de los roles impuestos por la sociedad: el varón es el proveedor y la mujer debe quedarse en la casa, mencionaba el equilibrio entre los géneros. A una pareja que entró más tarde también les mencionó la importancia del estudio, y el hombre decía que él no quiere estudiar, tampoco quería que ella [su pareja] estudiara. Es decir que el discurso de la psicóloga se contradecía con el de la pareja joven.

El tema del derecho que las mujeres tienen a la educación también se discute en la oficina de trabajo social. Un día por ejemplo María del Carmen entrevistó a una mujer de 15 años, le hizo preguntas relacionadas con la educación. La mamá que en ese momento acompañaba a la chica afirmó que su hija no estudia, a lo que la trabajadora social respondió:

¿La niña no estudia? Hay adolescentes están en el colegio, que el niño no sea un obstáculo, que sea un objetivo más. La mujer tiene que ser ambiciosa de ser alguien en la vida. Tienen que aprovechar el apoyo de la familia. Después de que nazca el niño y no ha continuado el colegio ¿qué pasa? Podemos dar más, seguir adelante, estudiar, una tiene que ser ambiciosa en la vida. Es mucho trabajo tener un bebé, demasiado sacrificio. No tenemos qué comer, los hombres maltratan cuando la mujer no trabaja. Yo no estoy de acuerdo con que deje el colegio. Ahora es cuando más tienes que tener ambiciones. Son dependientes las adolescentes, tienen que apoyarles los padres (Diario de campo, 2006).

“La educación fue utilizada por las elites burguesas para justificar atrasos y falta de oportunidades”, afirma Collier (2006: 3); idea que está presente en los consultorios de trabajo social y psicología, pues se responsabiliza a las mujeres de su futuro cuando les sugieren que de ellas depende su triunfo o fracaso que está relacionado con la formación que es otro de los derechos de las mujeres. Lo cual también está relacionado con la interpretación de ideas dominantes acerca de la educación de las mujeres, que no se corresponde con sus condiciones materiales.

Los programas de asistencia a las madres adolescentes, además de dialogar con ellas sobre sus derechos, buscan que las mujeres se inserten en la sociedad. En este punto Jelin analiza cómo dichos programas manejan una idea de familia, en sus palabras:

Detrás de los programas de control de la población y desarrollo hay una conceptualización de la persona, del individuo y de la familia, típicamente occidental: la visión de la familia como genética, naturalizadora de desigualdades sociales (Jelin, 1997:207).

En este sentido, tal como analicé en el capítulo anterior, la familia nuclear heterosexual es el ideal de progreso, desarrollo y estabilidad en el que las mujeres deben insertarse y también se la concibe como un derecho. De esta manera, para el Servicio de Adolescentes la reinsertación familiar, constituye una solución importante a las exclusiones que enfrentan las adolescentes. Con respecto a este punto Collier afirma lo siguiente:

Las mujeres han sido forzadas a escoger parejas masculinas por instituciones legales que fortalecen la dependencia económica de las mujeres y condonan la violencia masculina (Collier, 2006: 9).

A continuación, mostraré cómo la concepción de “reinsertación social” presente en la Maternidad, legitima la unión de la familia; por ejemplo cuando las mujeres adolescentes se separan de sus hogares porque han sido víctimas de violencia masculina, exclusión o estigmatización. Así lo comenta la psicóloga del Servicio de Adolescentes:

Aquí tenemos un grupo de adolescentes [que atraviesan] situaciones de riesgo: crisis familiar, abandono de la pareja, situaciones económicas difíciles, deserción de estudios o problemas individuales. Son adolescentes que a lo largo del embarazo han sido discriminadas o estigmatizadas, de alguna manera no hay apoyo, comprensión familiar. [Nosotros] ubicamos sitios, lugares de acogida, hogares de estancia corta. Hay casos en que se alarga. Los hogares tienen más posibilidades de hacer visitas a las casas de las chicas. Lo que se intenta hacer es un trabajo con las familias para que las chicas se inserten en la familia [si no es posible en la familia nuclear] con parientes cercanos.

La familia uno de los factores protectores más importantes que hay para las niñas y las adolescentes, porque necesitan un ambiente estable en el periodo de embarazo por la edad que tienen. Aunque las familias tengan problemas siempre es un factor protector. En la reinsertación familiar se trata de trabajar con la familia de la chica para que ella pueda adaptarse, puedan haber normas establecidas. Y sobre todo que pueda tener apoyo para que la familia se preocupe de seguirle acompañando. También se realiza un trabajo de planificación familiar y psicología.

Hay situaciones en las que no se puede lograr estos porque hay situaciones muy caóticas. En estos casos lo que se intenta hacer es un trabajo con las propias fortalezas de ellas (Diario de campo, 2006).

Las madres adolescentes, entonces, no tienen la posibilidad de construir su propia idea de familia o forma de vida. Pues ya existe un proyecto diseñado para ellas, que les sugiere cómo cuidar a sus hijos e hijas, que la mejor alternativa es el hogar [si no hay un hogar de sangre hay hogares creados para ellas], “realizarse en la vida”, la autonomía y el control sobre su propio cuerpo, lo cual resulta problemático y contradictorio cuando no existe un apoyo real del Estado para cumplir nuestros proyectos de vida.

Proyecto de vida

En la SALA, también se da a las adolescentes capacitaciones relacionadas con alimentación alternativa, lactancia, derechos sexuales y reproductivos, planificación familiar y “proyecto de vida”. Este último consiste en estimular a las mujeres adolescentes con el fin de que planifiquen su vida, para que no tengan más hijos y puedan estudiar.

Un día por ejemplo, alrededor de siete adolescentes estaban sentadas en círculo y en la pared estaba dibujado un árbol de cartulina con nubecitas de colores pegadas en las ramas. Una de las obstetrices que ofrecía el taller me dijo: “¿Quiere integrarse?”. Yo acepté y me senté en una de las sillas, junto a una de las madres. “Este árbol es su proyecto de vida”, nos dijo la muchacha vestida de blanco y comenzó a leer lo que las jóvenes escribieron: “Cuidar bien a mis dos hijos, ser buena esposa y buena madre” Otra de las obstetrices afirmó: “¿Qué vamos a hacer para cumplir nuestras metas?, vamos a poner todo de nuestra parte”, y continuó leyendo el contenido de las cartulinas de colores que habían escrito las adolescentes: “Quiero salir bien con mi hijo para salir y verle a mi otra hija”; “Graduarme, seguir corte y confección, dedicarme a mi hija, salir adelante”; “Quiero ir a mi casa, verle al papá de mi hijo, recuperarme pronto y estar bien, poner fuerzas de mi parte”; “Quiero después de un mes acostumbrarme a la nueva vida que comencé, dedicarme a mi hijo”. Luego la estudiante se dirigió a ellas para decirles que ahora leerá sus metas a largo plazo, entonces leyó lo siguiente: “Graduarme, formar una familia, estudiar medicina, tener tra-

bajo para mantener a mi hijo”; “Ser abogada”; “Ayudar a niños de escasos recursos económicos”; “Quiero estar graduada, tener familia, trabajo estable, tener mi propio taller de confección de ropa”; “Terminar de estudiar para darles un buen futuro a mis hijos”.

Al final del taller la estudiante les dijo la siguiente moraleja: “Comencemos hoy, no mañana, hoy es un nuevo día feliz, tengo a Dios conmigo”. El taller terminó con una canción que enseña como criar a los niños, que empieza con la siguiente frase: “No basta, traerlos al mundo porque es obligatorio, porque son la base del matrimonio o porque te equivocaste en la cuenta”; las adolescentes la escuchaban con los ojos cerrados sosteniendo un shampoo y un aceite Johnson para niños que les regalan diariamente. Al final, contaron lo que sintieron cuando oyeron la canción. Una de ellas dijo: “Todo ese amor que se siente hoy, durará toda la vida”.

Yo me pregunto si ese lugar –parecido a una casita de muñecas (SALA)– es un espacio para tener un momento de alivio, un día para soñar, para sentirse abrazada, protegida; mientras en las fichas “038” que llenan todos los días las trabajadoras sociales, está escrito que la mayoría de familias de muchachas que acuden a este servicio reciben muy poco dinero mensualmente en el mejor de los casos 600 dólares por hogar, siendo estas familias de varios miembros que viven en uno o dos cuartos. Muchas mujeres que asisten a la SALA han sido víctimas de abuso sexual y han llevado a término su embarazo, son maltratadas por sus padres, por sus madres, por sus parejas; pues viven en un sistema basado en la violencia de género.

Hasta aquí he mostrado cómo el derecho a la planificación familiar, al estudio, a la decisión sobre el propio cuerpo y a la formación de una familia se discute en el consultorio psicológico y la oficina de trabajo social con las mujeres. En dichos espacios, ellas reflexionan sobre sus derechos porque son adolescentes; pues, como ya he mostrado en otros capítulos, las mujeres mayores de 18 años no cuentan con estos beneficios. De esta manera, la ley burguesa ha “creado” nuevas identidades para que las mujeres no queden relegadas de los espacios de ciudadanía. La categoría “madre adolescente” es un nuevo “estatus legal” a partir del que se delibera sobre los derechos. Como afirma Collier:

Si de hecho las personas no se experimentan a sí mismas como poseedoras de identidades múltiples, e incluso como poseyendo identidades totales, la ley burguesa obliga a quienes se presentan ante ella a tener “potencialidades” que quieran expresar libremente. Al mismo tiempo, la proliferación de estatus legales conectados a tales características supuestamente naturales como el sexo, la sexualidad, la raza, el parentesco, la etnicidad y el lugar de nacimiento han ofrecido a las personas la oportunidad y el deseo para afirmar identidades basadas en las características accediendo a espacios legales con el poder político y económico para afectar a las relaciones sociales (Collier, 2006:12).

Es por eso que las mujeres adolescentes a través del programa diseñado para ellas, tienen la posibilidad de hablar sobre sus exclusiones, el acceso a métodos de planificación familiar, la posibilidad de volver a estudiar cuando han sido expulsadas. Sin embargo, para acceder a estos beneficios deben entrar en un “estatus legal”. Es así como una mañana, yo acompañé a la Maternidad a una amiga que llegó desde el Napo sin recursos económicos, con un embarazo de siete meses y no fue atendida, pues tenía 25 años y debía hacer fila desde las cuatro de la mañana para coger turno y solo existían doce turnos diarios; es decir, si no lo conseguía debía regresar al día siguiente a las cuatro de la mañana.

Las trabajadoras sociales, al ver mi preocupación, dijeron: “Si hubiera tenido menos de 18 años nosotros le hubiéramos podido ayudar”. Ella debía volver durante algunos días para tomar un turno y no podía asistir a la consulta psicológica ni a la de trabajo social, tampoco tenía abogados ni la posibilidad de hablar del marido que le dejó con un embarazo de siete meses, pues no poseía una identidad “creada” por la ley burguesa, no era madre adolescente. Esta situación también ocurre por la focalización de las políticas públicas que solo benefician a un segmento de la población y tras las cuales existe una idea desarrollista que no toma en cuenta las profundas desigualdades económicas y estructurales (Lo Vuolo, 1998).

Maternidad y violencia

Los valores fundamentalistas provenientes de la Iglesia Católica y las concepciones moralistas, parcialmente presentes en las instituciones del Estado, han impedido un verdadero cambio legal. Es así

como los valores, prácticas y costumbres, es decir, las nociones culturales que colocan a las mujeres en una identidad maternal fija, están presentes en la cotidianidad del HGOIA, a pesar de la racionalización y reflexibilidad acerca de los derechos sexuales y reproductivos.

Las mujeres adolescentes acceden a los derechos sexuales y reproductivos cuando no transgreden el derecho a la vida que tienen sus hijos e hijas. En este sentido, la pugna alrededor de los derechos sexuales y reproductivos entre los grupos conservadores y los movimientos feministas ocurrida en los últimos años en Ecuador, también está presente en la cotidianidad de la Maternidad el momento en que las mujeres tienen al mismo tiempo libertades y condicionamientos sobre sus cuerpos. Al parecer, dentro de la institución, conviven como ecos que van y vienen el discurso de género y la Iglesia Católica. En este sentido el control que tienen las mujeres sobre su propio cuerpo es un asunto ambiguo dentro de la Maternidad, pues a pesar de que se ofrecen conferencias sobre derechos humanos; en la práctica; existe una "obligatoriedad cultural de responder a la construcción única del símbolo cultural dominante: la madre; construido en la pedagogía discursiva de la medicina, la ley, la educación y la moral" (Olea, 1998: 215). Cuando hay un rechazo a esta construcción, las mujeres adolescentes, pobres no tienen derechos.

El abuso sexual y el embarazo

Las madres abusadas que acuden a la Maternidad, reciben tratamiento psicológico para que acepten a sus hijos. Existen casos de incesto en los que las adolescentes terminan acogiendo al recién nacido aunque este sea hijo de su padre o hermano, como veremos en el siguiente testimonio:

Doña Isabel, la auxiliar de enfermería de la SALA, mientras envolvía unos abrebocas, me comentaba que ese día quién daría la charla era la psicóloga. A propósito de eso me contó que los días pasados estaba una niñita indigente en la SALA, violada por el tío. Le daba mucha ternura porque era muy preguntona. Preguntaba todo a los médicos. Y la mamá estaba muy despeinada, ella le decía que parece bruja. Entonces Doña Isabel sentía mucha pena, le regalaban mucha ropita y le prestaban el baño para que se bañe. Decía muy preocupada que ha-

bían muchos casos de violación. Decía por ejemplo: “El otro día vino una niña violada por el hermano, la que sufría más era la pobre mamá, que decía que le toca llevarle a la casa a su hija porque los dos son sus hijos”. También me contaba que un día fue a la SALA una niña de ocho años violada por su papá. Una señora le regaló una muñeca y la niña no quiso saber nada de la muñeca porque le recordaba a alguien que le hizo mucho daño. Por eso le regaló la muñeca a Doña Isabel. Y ella decía: “Yo siempre quise tener una muñeca de trapo, y ya de vieja se me cumplió el deseo, por eso nunca hay que perder las esperanzas en los deseos⁵.”

Según la perspectiva de Scheper-Hughes (1997) ciertas prácticas maternas como la lactancia, el cuidado y el amor que dan las mujeres a sus hijos son culturalmente construidas. La autora, en su trabajo de campo en las *favelas*, observó la existencia de un “amor alterno”, pues las mujeres no tienen las condiciones materiales para criar a sus hijos y el apoyo del Estado y la Iglesia Católica son inexistentes. De esta manera las mujeres, como una forma de rebeldía o defensa frente a sus condiciones de miseria, prefieren cuidar su propia vida que la vida de los niños (as) que según las percepciones de las madres deben sobrevivir para ser amados. Es decir, que el cuidado o el amor materno, desde esta perspectiva no son asuntos naturales. La diferencia de los hallazgos de Scheper-Hughes (1997) y los míos radica justamente en la persistencia de la naturalización del amor maternal. Tanto para las madres como para los profesionales de la salud, las mujeres deben amar a sus bebés en cualquier circunstancia. A continuación, mostraré como la psicóloga disciplina a una madre adolescente para que críe a su hija a pesar de que es madre soltera y está triste:

¿Cómo sientes que eres con tu bebé? ¿A veces te impacientas? Tomando en cuenta que no era el momento, que el papá no está, que tienes dieciséis años, de alguna manera es forzada. ¿A lo mejor tenías rechazo al embarazo? Conscientemente o inconscientemente te sientes culpable de todo. A los dieciséis años somos medio enojonas, irritables por la misma edad. Descargas iras y frustración. Podemos desplazar la tristeza a los bebbitos. Ella está indefensa. Sin querer queriendo, como estamos sufriendo, nos desquitamos. A lo mejor no le tienes paciencia, te enojas. Ese puede ser un factor para que no esté creciendo. [Debes] ser paciente, si ella vino al mundo los culpables son los papás (Diario de campo, 2006).

A pesar de que muchas mujeres adolescentes que asisten a la Maternidad enfrentan situaciones de pobreza, desempleo y violencia, están obligadas a cuidar la vida de sus hijos (as) con amor, de manera que la psicóloga recomienda a la mujer adolescente que no sienta iras, lo cual significa una forma de reprimir la rebeldía frente a la maternidad obligada⁶.

Si el papá te obligaba [a tener relaciones sexuales] tiene que haber sido denunciado. Tiene doble culpa: haberte forzado y haber callado. Los bebés no piden venir al mundo. Lo único que realmente tienes es tu bebé, es lo único real. Ser mamá es difícil. [Es necesario] identificar lo que puede estar pasando (Diario de campo, 2006).

En este fragmento podemos observar que no existen soluciones reales frente a la violencia y a la pobreza que enfrentan las mujeres que deben criar a sus niños (as). Es decir que son ellas quienes deben estimular a sus hijos y responsabilizarse de que crezcan sanos, sin importar sus situaciones económicas y afectivas.

Con siete meses ya está movedizo, lo que está haciendo ahorita es natural, lo que tienes que tener en cuenta es que las manitos estén limpias, cuando tu bebé lacta no sólo es la leche, se siente querido, amado. Esa etapa dura hasta los dos años, lo que tienes que preocuparte es que las cosas que se mete a la boca esté limpias. Tener las precauciones necesarias para que no esté enfermo. Hay que dejarle gatear pero que el ambiente donde gatea esté limpio. Motricidad. Que haga todos los movimientos, a los cinco o seis meses, el común de los bebés se sientan solos, la mayor parte del tiempo están sentados. Debes tenerle el posición boca abajo, ponerle las cosas para que intente agarrar, darle caricias. Las personas que son acariciadas crecen mejor, la caricia es buena hace que las personas sean seguras. Acarícialo suavemente. Eso va a ayudar a que crezca con afecto. Hacerle cosquillas. [El lenguaje es importante] El bebé de siete meses hace sus gruñidos, emisión de sílabas, en lo que es el lenguaje tienes que estimularle, cuando le bañas, ponle juguetes, colores fuertes, los colores vivos a los niños les atraen, duérmele, báñale con música. Ella va a aprender a hablar oyendo hablar. Hay esa idea de que como son chiquitos no entienden, no oyen. No le inventes palabras que no hay en el castellano. La conducta adaptativa es todo lo que van a hacer para adaptarse al mundo. Hacerle sonidos con chinoscos, cajas musicales, sacarle a un parque para que toque hojas secas, sacarle los zapatitos para que toque el césped, aparentemente en el desa-

rollo está bien. El problema es el peso, cuando cumpla ocho meses vuelve (Diario de campo, 2006).

En este tratamiento psicológico se puede observar cómo las mujeres son capacitadas para ejercer su rol maternal obligatorio que resulta problemático cuando ellas no han decidido quedar embarazadas; pues han sido víctimas de abusos sexuales, lo cual también se contradice con los derechos sexuales y reproductivos que versan que las mujeres tienen derecho a decidir cuando y cómo ser madres y a ser libres de violencia sexual.

En la reunión médica que presentaré a continuación –en la cual se discute el tema de la violencia sexual–, no se pone en tela de juicio los deseos de las madres, no surge la pregunta ¿las madres abusadas quieren ejercer su rol maternal?, ¿es posible que las madres abusadas no amen a sus hijos? Al contrario, se afirma que el hecho de que las madres violentadas quieran a sus hijos es un logro del Programa de Atención a la Adolescencia. En este sentido, el disciplinamiento maternal y el “amor maternal” que las mujeres puedan sentir son concepciones que están presentes en la vida cotidiana de la Maternidad.

Un día en la sala de reuniones de los médicos, todos y todas hablaban del abuso sexual:

A: La mamá es abusada, la hermana y la niña [también]. La guagua nunca recibió ayuda, le violaron a los siete años. [Hay] una paciente producto de una violación.

B: ¿Hasta cuando se debe hacer seguimiento?

C: Hay un riesgo psicosocial.

D: La violencia y el abuso les hace más vulnerables.

E: [Se debería hacer] una terapia grupal un día a la semana. Coges cinco o diez chicas abusadas y les citas a una hora. Se les reúne, es más fácil que la terapia individual

F: Las chicas abusadas están deprimidas, lo cual está vinculado con el niño.

G: Hagamos un protocolo. Referimos a las pacientes a psicología y trabajo social.

H: El caso queda perdido [de las niñas violadas]. [Hay] una niña de 15

años vive con la abuelita, la mamá se volvió a casar. La abuelita se dedica al trago. Quiere salirse de ese medio ambiente, pero nadie quiere responsabilizarse de la niña.

I: La mamá no quiere a la chica

J: ¿Hasta qué punto podemos cambiar las cosas?

K: [Una chica está] maltratada, aterrorizada, caótica. No quiere irse al hogar.

A: [Debemos hacer] seguimiento en la casa

B: Debe saber en qué momento referir [a consultorios médicos o psicológicos]

C: Establecer vínculos con hogares [de las mujeres adolescentes] ¿Hasta qué punto podemos ayudar?

D: Hay que priorizar las cosas, es un momento largo de aprendizajes, poner políticas, prevención secundaria. Hay 2 500 adolescentes, con que no se embaracen nuevamente es un montón.

E: Con cambiar una ya basta [el hecho de que una niña violada quiera a su hijo ya es bastante].

F: Es para sentarse a llorar ¡Qué frustración!, ¡uno se vuelve pasivo!

G: El hecho de reunirse a hablar de esto, debemos plasmar en algo.

H: Es cierto que no podemos ayudarles 100%. Es posible recomendar que el Ministerio nos ayude en esto.

I: Cada persona haga un protocolo de manejo y una presentación (Diario de campo, 2006).

La posibilidad de un “amor alternativo”, del rechazo que las mujeres puedan sentir hacia sus hijas (os), no se toma en cuenta dentro de los protocolos o proyectos que se construyen al interior de la Maternidad. A continuación, mostraré fragmentos de mi diario de campo, para analizar la manera como la atención que se ofrece a las adolescentes desemboca en una maternidad obligatoria o violenta:

Hoy llegué a la Maternidad a la hora del almuerzo. Entré a la *sala f* en donde estaba una chica de 17 años, quién me dijo que no tenía pareja, el bebé que dio a luz el día anterior prematuramente era producto de una violación. “Yo no quiero criar a ese bebé”, me dijo con voz desesperada, yo le pregunté si quería ponerle en adopción, ella me dijo que

sí. Le ofrecí mi ayuda, pues me dijo que ella se quería ir sin su bebé porque ella ya estaba bien y el bebé seguía en la sala 205, el lugar donde se encuentran los recién nacidos con problemas de salud. En la misma sala estaba acostada una muchacha de 17 años cuyo bebé, nació muerto, junto a ella dormía una niña de 12 años. El diagnóstico, escrito en la historia clínica, decía “demencia y aborto”. Tenía una barbie (regalada por las señoras que hacen beneficencia) encima de la cama y no fijaba la vista. Junto a una mujer feliz de ser madre, había una pequeña mujer triste y con poca vida... La leche del niño que no nació estaba regada en el mandil verde. Era su segundo aborto provocado. Su historia y la de las niñas que llegan por abuso sexual e incesto, es difícil pasar por alto porque son demasiadas. Son toleradas, rutinizadas en el hospital, forman parte de la vida cotidiana de los médicos. Por eso uno de ellos (los médicos) pasa gritando: ¿Quién es la mamá del hijo muerto?

Salí de la Maternidad a la hora del almuerzo e hice las averiguaciones para que la mujer pusiera a su bebé en adopción. El domingo ella me llamó para concretar una cita, así que el lunes fui a la Maternidad en la mañana para hablar con ella y contactarle con un centro de adopción. La trabajadora social me dijo que yo no podía hacer eso, que remita el caso a la psicóloga y a otra trabajadora social, fue lo que hice y al otro día supe que en la Maternidad no dejaban que la mujer adolescente que había dado a luz un niño producto de una violación se vaya, además de todo, tenía que dar de lactar al niño todos los días. La trabajadora social me llamó para conversar en su oficina y me dijo que la última opción es la adopción, que yo no podía ir en contra de eso y tampoco podía hacer ninguna recomendación. El primer paso es hablar con la familia para saber si se pueden hacer cargo del niño.

[...]

Hoy llegó al consultorio de trabajo social de la Maternidad una adolescente con los ojos grandes y llorosos acompañada de un policía, llegaron para preguntar si en la Maternidad había la posibilidad de abortar, pues la chica días pasados fue víctima de un abuso. La trabajadora social les dijo que no porque el aborto es ilegal. Ella (la trabajadora social) como mujer estaba a favor del aborto, incluso el día anterior vio en las noticias que probablemente aprueben la ley del aborto por violación y era algo que le parecía correcto, pero afirmó que la Maternidad es una institución del Estado y ella no puede recomendar lugares de aborto. En el caso de que la chica decidiera abortar, según el punto de vista de la trabajadora social, correría muchos riesgos. Lo que si podía

hacer era continuar con el embarazo y en el Servicio de Adolescentes tendría todo el apoyo. También le podían dar apoyo psicológico, pero ayudarle para que aborte no. La mujer con expresión de angustia le decía: “yo no quiero continuar con el embarazo”. Después de un momento le contó cómo fue la escena de la violación, entonces la trabajadora social le dijo que ella le puede ayudar con el asunto legal, le recomendó hacer una denuncia (Diario de campo, 2006).

En estas escenas, se refleja cómo a través de la ley burguesa, analizada por Collier (2006), las mujeres son sujetos que toman decisiones; pero, al mismo tiempo, son disciplinadas por el personal de salud de los programas encargados de asuntos reproductivos. De esta manera, los discursos médicos sobre los derechos sexuales y reproductivos sugieren que ellas pueden decidir sobre su vida futura. Sin embargo, no tienen la posibilidad de optar cómo criar a sus hijos, tampoco tienen la posibilidad de ponerlos en adopción cuando han sido víctimas de abuso sexual y no pueden abortar. Con respecto a este punto, Jelín (1980) analiza cómo en sociedades conservadoras como la nuestra:

Transformar un conjunto de prácticas e ideas no es fácil. La cultura pesa: el machismo en todas sus formas se combina con el culto a la madre delicada y sufriente, cuya contrapartida es el horror que despierta la mujer estéril, a lo cual se debe sumar la renuncia a hablar de la sexualidad. Oculta y prohibida en la palabra, real y cotidiana en la práctica [no pocas veces violenta], tornar visible, la sexualidad y exponer la opresión sexual de la mayoría de las mujeres ha sido un logro significativo de la última década (Jelín, 1980: 205).

Las adolescentes, según las concepciones médicas no son sujetos políticos tomadoras de decisiones: son categorizadas como niñas. Dentro del consultorio psicológico y en el área de trabajo social se maneja la idea de que algunas adolescentes que tienen relaciones sexuales con hombres mayores de edad siempre son abusadas sexualmente (aunque ellas hayan deseado tener relaciones sexuales). Para justificar esta idea se utiliza el término legal “estupro”, se les dice a las chicas que si ellas tuvieron relaciones sexuales con un hombre mayor de edad –cuando ellas tienen menos de 15 años– él abuso sexualmente de ellas y puede ser denunciado. En la hoja de riesgo que manejan en trabajo social, hay una serie de preguntas, una de las preguntas es si ellas querían o no te-

ner relaciones sexuales cuando quedaron embarazadas; si ellas dicen que no, la trabajadora social les dice que puede ser un caso de estupro y puede ser denunciado. Sin embargo, existen otros casos de abuso sexual por parte de los padres o hermanos de las adolescentes que no se resuelven legalmente ni psicológicamente. Lo cual implica una legitimación por parte del Estado y las familias de la violencia sexual y el incesto, lo cual mostraré a continuación a través de los siguientes casos:

Al consultorio psicológico acudía frecuentemente una niña de diez años que fue abusada, para tratar este problema, la trabajadora social le recomendaba lo siguiente:

Todos tenemos cuatro esferas alrededor del yo: yo abierto, yo cerrado, yo oculto, yo inconsciente. Todos experimentamos cosas que nos suceden y que por ser muy dolorosas se nos olvidan. Tú no te das cuenta de lo que pasa ¿Has oído hablar de lo que es una hipnosis? Es un trabajo profundo.

Yo abierto: tienes que hacer un escrito de cómo tu te ves como persona. Qué cosas buenas tengo y qué cosas malas tengo. Yo cerrado: vas a pedir ayuda de tu mamá, abuela, vecino, primos. Que te digan cómo ellos te ven, poniendo énfasis en lo que no les gusta de ti. Yo oculto: escribir las cosas dolorosas, que no se hablan porque están ocultas, relato de posibles maltratos de cualquier tipo. Recuerdos, racionalizar las cosas, ubicar culpables, puedes manejar miedos, temores, angustias.

[Luego debes realizar un] FODA: fortalezas, debilidades y amenazas. Proyecto de vida: situaciones que tu vas haciendo, intereses que vayas teniendo, que sepas qué quieres hacer. Hacer dos dibujos: en el uno cómo tú te ves ahora en la escuela, en el hogar con los amigos y en el otro cómo deseas verte a futuro cómo quisieras que sea tu vida (Diario de campo, 2006).

Tal como podemos observar, a pesar de las intenciones de psicólogas y trabajadoras sociales estos tratamientos, no resuelven los problemas estructurales de violencia, porque no existen prácticas políticas tras ellos. Es así como existen discursos médicos que, por una parte, reivindican el control sobre el propio cuerpo, la realización profesional y personal de la mujer y, por otra, imponen valores maternalistas e impiden a las mujeres elegir ser madres de una manera placentera. Otra de las cosas que fue posible observar es que de alguna manera se exige a las adolescentes trabajar para mantener a sus hijos y e hijas, sin tomar

en cuenta la escasez del empleo, las desigualdades económicas y la estructura de pobreza.

Conclusiones

En el Programa están presentes cuatro discursos científicos referentes a la maternidad adolescente: el urgente control de la fecundidad; la madurez psicológica, física y económica para criar personas; un ser madre proveniente de ideas occidentales y el derecho que tienen las madres adolescentes a controlar su cuerpo y a elaborar proyectos de vida.

Es así como el cuerpo de las adolescentes está construido sobre la base del discurso científico basado en la madurez, es decir que ellas deben estar preparadas tanto física como psicológicamente para ser madres. De esta concepción provienen los cursos de preparación para el parto y los médicos recomiendan que la edad ideal para procrear es los 30 años. Estas ideas de madurez tienen su origen en percepciones europeas y estadounidenses, cuyas ideologías muchas veces se insertan a través de la cooperación internacional (Viteri, 2007). En esos países la fecundidad se ha retardado al punto de convertirse en un problema, pero las mujeres tienen educación gratuita y posibilidades de empleo. Conforme lo analizado, las mujeres que acuden a la Maternidad para dar a luz, resignifican este discurso hegemónico en torno a la maternidad relacionado con la madurez.

Por otra parte, al interior de la Maternidad se delibera cotidianamente sobre los derechos de las mujeres y, a pesar de ello, las adolescentes los practican parcialmente, pues no tienen soberanía absoluta sobre su cuerpo y su sexualidad.

Existe el intento de introducir los derechos sexuales y reproductivos así como la igualdad de género en las instituciones del Estado. Sin embargo, las concepciones culturales, las prácticas enraizadas en los espacios públicos y las interpretaciones analizadas previamente impiden que la idea de derechos se instale de manera exitosa. Pues las mujeres adolescentes no participan en la toma de decisiones. Existe la idea de libertad ligada a los derechos sexuales y reproductivos y, al mismo tiempo, se controla el cuerpo de las mujeres para que ellas siempre sean madres. Pues su deber –al igual que a inicios del siglo XX– es cuidar el

derecho a la vida de sus hijos (as), posponiendo su propia existencia, lo cual proviene de percepciones conservadoras y moralistas presentes en nuestro país. El movimiento feminista en el Ecuador, actualmente reclama el derecho a la vida de las mujeres, la disminución de la mortalidad materna e infantil, la posibilidad de elección de la maternidad y el derecho al aborto. Sus luchas y las arremetidas de los grupos conservadores para eliminar estos derechos deberían profundizarse en un futuro estudio.

Las adolescentes ejercen una ciudadanía incompleta. Por una parte, los derechos alrededor de la maternidad están asegurados; pero la posibilidad de decidir no ser madres está negada y la violencia sexual a la que ellas se ven sometidas es un problema que no resuelve el Estado ni los derechos. Razón por la cual los procesos legales que se inician, generalmente, no concluyen y el violador queda libre. Las mujeres –salvo en determinadas ocasiones– no encuentran apoyo fuera de los espacios en los que han sido abusadas, que suelen ser espacios familiares.

Es así como la familia nuclear heterosexual, en las prácticas y costumbres de nuestro país, todavía es la norma, lo cual implica legitimar un sistema patriarcal de violencia. Y en el Servicio de Adolescentes de la Maternidad Isidro Ayora conviven la idea de derechos de las mujeres y las prácticas culturales arraigadas.

Lo anterior, por lo expuesto, puede ser interpretado como un símbolo del discurso hegemónico.

Notas:

- 1 A partir del año 1980, en Ecuador inicia un proceso de control de la fecundidad a través de políticas públicas y campañas de anticoncepción. Este proceso se profundiza aún más a partir de la década de 1990 por el aumento de embarazos en edades tempranas. Para analizar ese problema y como parte de esta investigación se revisaron las ENDEMAIN (Encuestas de Salud Materno- Infantil del CEPAR) desde la década de 1970 hasta el año 2004.
- 2 Entrevista # 7, diciembre del 2005.
- 3 Entrevista realizada # 10, enero del 2006
- 4 Durante el año 2006, los grupos conservadores pro-vida y el movimiento de mujeres han disputado el espacio de los derechos sexuales y reproductivos. Este proceso se dio a partir de la prohibición de la venta de la píldora del día después en las farmacias. Pues los grupos conservadores consideraban a esta píldora abortiva, mientras que los movimientos feministas la concebían como un derecho.

- 5 Entrevista N.º 8, enero 2006
- 6 Según perspectivas de psicoanalistas (Dupret, 2006) los sentimientos maternos se construyen en base a la dualidad. Es posible odiar y amar a un hijo (a), tener sentimientos “buenos” y sentimientos “malos”; todas las madres atravesamos sentimientos contradictorios.

Capítulo III



Voces y prácticas adolescentes El cuerpo maternal y la resistencia

Frente a la eyaculación, la muerte y lo lineal; la vida, el círculo, la profundidad. Insistencia frente a la existencia. Toda una nueva resimbolización del cuerpo femenino, del parto, del amamantamiento, que busca devolver a la mujer, desde sí, su misma capacidad de goce.

(Rodríguez, 2004:50)

Existen situaciones de pobreza y violencia que se repiten en las vidas de las madres adolescentes. El Programa de Atención a la Adolescencia del HGOIA, analiza estas situaciones desde la perspectiva de riesgo, victimizando a las mujeres y quitándoles responsabilidad y protagonismo en sus vidas. En este sentido, dicho programa tiene una perspectiva de beneficencia. Además las y los profesionales que trabajan ahí tienen la idea de que las madres deben ser ayudadas. Un día, por ejemplo, la psicóloga me dijo que yo no podía tomar fotografías en la SALA, ese hecho que está penado por la ley, según su perspectiva es como tomar fotos a los niños (as) de la calle. Entonces yo le pregunté si todas las mujeres adolescentes que atraviesan por un embarazo son como los niños (as) de la calle. Ella me dijo que para el Programa todas son sujetos de riesgo y todas necesitan ayuda. De esta forma para los programas de desarrollo la maternidad adolescente

siempre constituye un peligro. Este punto de vista impide reconocer a la maternidad adolescente como una respuesta a la violencia y a la pobreza; una forma de ejercer el poder o el resultado de un deseo, una decisión o del amor.

En el video *El toro por las astas*¹, para mostrar la problemática de las restricciones de ligadura de trompas, en una de las escenas se entrevista a una madre de 25 años que ha tenido ocho hijos y pide que le ligan las trompas. A propósito del elevado número de hijos en mujeres jóvenes, una de las mujeres feministas entrevistadas afirma que el hecho de engendrar es el único poder que ejercen las mujeres en un sistema patriarcal. Desde esta perspectiva, probablemente, la maternidad adolescente también puede constituir una protesta corporal o silenciosa a las relaciones desiguales intergenéricas (Sayabedra, 2001).

A propósito de las otras caras o causas de la maternidad, a continuación presentaré la historia de vida de una madre adolescente; con el objetivo de confrontar el discurso que maneja el Programa de Atención a las Adolescentes del HGOIA, los diarios y el, así llamado, mundo adulto. En este caso, el testimonio es una forma de protesta, en este sentido, mi propuesta se inscribe en los enfoques subalternos². También pretendo ir más allá de la mirada demográfica. Respecto a este tema, Scheper-Huges (1997), afirma que es necesario escuchar las historias de vida y los conocimientos de las mujeres para entender la problemática de su salud reproductiva.

Pati vive en el barrio La Internacional al sur de la ciudad de Quito, sobre una avenida pequeña que cruza una calle de tierra. Su departamento está ubicado en el segundo piso, es posible reconocer la vivienda desde lejos por los vidrios color turquesa. Se trata de un edificio conformado por varios cuartos. Ahí comparte el espacio con su hermana gemela, su hermana mayor y su hermano mayor. Es un lugar relativamente grande que tiene tres dormitorios, una cocina y una sala en donde está la televisión —entre otros objetos que mandó su madre desde España—, debajo de una repisa con algunos adornos de porcelana y fotografías. En los sillones de la sala, Pati cambia el pañal a su pequeña hija, mientras la sobrina, dos meses menor e hija de su hermana gemela, duerme.

Ella arregla la casa: recoge la ropa, barre y tiende las camas y yo le ayudo con su hija. Me cuenta su experiencia dentro de la Maternidad y me pregunta si la T de cobre es lo suficientemente segura co-

mo para que ella no se quede embarazada de nuevo, pues pensaba que yo tenía conocimientos de medicina porque trabajaba en la Maternidad. Sin embargo le aclaré que no era así y le expliqué en que consistía mi trabajo en la Maternidad. Más tarde, la recién nacida, hija de su hermana gemela se despertó y Pati fue a verle en el cuarto, mientras le llevaba hacia la sala, le decía palabras muy cariñosas igual que a su bebé. Mientras Pati les daba de lactar a su hija y a su sobrina alternadamente, me contó su vida desde que estaba en cuarto año de educación básica cuando vivía en un orfanatorio con su hermana. Ella nunca tuvo una familia compuesta por padre, madre y hermanos; es decir, nunca perteneció a una familia nuclear. Ahora, después de varios intentos de formar una familia nuclear, prefiere vivir con sus hermanas, pues de esa forma tiene la posibilidad de estudiar y amamantar a las dos niñas: la suya y la de su hermana gemela.

Según mi interpretación, los embarazos tempranos, no necesariamente ocurren por una “ignorancia” o falta de madurez de las mujeres adolescentes. Más bien son una contestación a la “inestabilidad” que viven las mujeres pobres en todos los niveles de su vida. Dicha inestabilidad³, indudablemente, la viven aquellas mujeres que necesitan sobrevivir; pues ¿qué otra razón podría tener una madre para poner a sus hijas en un orfanato, alegando que no tienen madre, si no es la pobreza? Así inicia la trayectoria de vida de Pati, en un orfanato con su hermana, uno de los tantos lugares a los que tuvieron que acudir porque eran pobres.

Yo siempre con mi hermana, la Pao, hemos vivido juntas siempre; hemos pasado todo juntas. Estábamos en un internado. Primero era en el Carlos Andrade Marín, donde se quemó. Mi mami no tenía plata para mantenernos a los cuatro, porque mi mami igual era madre soltera de los cuatro. Como ahí decían que no teníamos madre porque mi mami hizo pensar que no teníamos mamá porque sino no nos cogían. Mi mami no tenía plata para la comida. Vivíamos ahí y una vez nos iban a adoptar a nosotros, una profesora y mi mami dijo la verdad. Entonces ya nos mandaron; no nos recibieron. Después nos fuimos a un internado de monjas que queda acá por la vía al Tingo se llama Mercedes de Jesús y ahí pasamos hasta primer curso, igual mi mami dijo que no teníamos mamá; así [dijo que] sólo teníamos hermana. Vivíamos con mi hermana la mayor y mi mamá nos iba a ver cada fin de semana. Y de ahí, después yo vine a vivir acá con mi mamá. Ya mi mamá se fue a Es-

pañã, vinimos a vivir todos juntos, menos con mi hermano porque mi hermano se fue a vivir a la calle. Se fue de la casa y vivíamos solo las tres. Estábamos en un colegio de aquí, de la Quito Sur, y después ya pasé a segundo curso, perdimos el año las dos.

También a ella [a la hermana] le pegaba una monjita. Una vez le pegó y yo le defendí. Yo me pegaba con mis amigas por defenderle a la Paola y todo y nos separamos en segundo curso cuando ya íbamos a repetir, yo estudié aquí en el UNE y mi hermana en Guayallabamaba, yo aquí solo vivía con mi hermana y mi sobrino, y de ahí yo iba así de vez en cuando, así a visitarle y una vez fui en navidad y de ahí ya pasó todo con mi primo. Pero no éramos enamorados ni nada, ni me gustaba, ni nada. Luego, yo no me enfermaba [se refiere a la menstruación] y así, y luego yo dije, ya estoy embarazada. Y yo dije algún día me ha de llegar y ya estaba de seis meses, y así no me enfermaba y luego ya nadie se enteró, o sea a los seis meses, recién se dieron cuenta...Me estaba un poquito engordando, y digo: “que gorda que me estaba volviendo”.

Y de ahí una vez me pegaron en el colegio. Tenía problemas ahí en el colegio con unas amigas... yo tenía unas amigas y ellas o sea solo por inventar dijeron que yo estaba embarazada. Pero ellas no sabían, y yo decía no, no, y me llevaron al centro médico y todo y me mandaron a hacer un eco. Y luego yo no me hice el eco y me mandaron a traer a mi representante; si no, no me dejaban entrar al colegio. Y ahí yo le conté a una licenciada, mi dirigente, le conté que estaba embarazada, que no me enfermaba, y de ahí se enteró mi hermana. Y luego mi mami también. Así mismo lloró, pero después decía que me comprendía y todo eso. Después hablaron con mi tío, mi tía, chuta, reaccionó mal: que si, que esto, que el otro.

Mi primo tiene quince años, teníamos la misma edad. Mi mami me dijo que si ya me quería casar con él y yo le dije que no pues. Mi mami me dijo que no me preocupe que me iba a apoyar, me iba a ayudar en todo. En mi primer embarazo, yo me pasaba aquí con mi hermana mayor. Le cuidaba a mi sobrino. Ella me ayudó bastante, me ayudó: me acompañaba a las citas médicas [todo] con el doctor Escobar: era súper bueno, chévere. Mi mamá me mandaba para los... ¿como se llama? me mandaba para las vitaminas, todo eso, y de ahí me mandaba para mis antojos, todo⁴.

En esta historia, sin duda, está presente la falta de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y la ausencia una adecuada educación sexual. De hecho, Pati me preguntó qué tan segura era la T de cobre por

su desconocimiento sobre métodos anticonceptivos; sin embargo, yo no me sentía con los conocimientos suficientes para responderle.

Sin embargo, retomando el punto de vista de Sayabedra (2001) y Scheper-Huges (1997), el cuerpo embarazado también constituye un espacio de resistencia frente a la pobreza y a la mirada evasiva del Estado. En el sentido de que es una forma de entablar lazos con la mamá que tuvo que salir del país porque no podía mantener a sus hijos, la posibilidad de construir y mantener relaciones con sus parientes, hermanas y con el Hospital que le ofrecía una estabilidad y protecciones que no había tenido antes. De hecho, en el primer parto ella entabló afectos con quiénes trabajaban en la SALA: médicos, enfermeras, psicólogas, trabajadoras sociales, quienes la mayoría de las veces tratan a las mujeres como si fueran sus hijas.

Emociones y deseos maternales

*Porque parir es vivir tan intensamente como
es posible vivir. Es el suntuoso paroxismo de la fiesta.
Experiencia desnuda, entera de la vida.*

*Parir es lo más hermoso.
Es el corazón en el vientre de todas las revueltas,
es la raíz justa de mis indignaciones,
es la tierra original de la palabra que intento*

(Leclerc, 1974: 39).

La historia de vida de Pati sigue:

Y después yo di a luz, ese momento yo estaba feliz, así mi hija así... Una vez no se movía, no latía bien el corazón y yo lloraba la Pao también [lloraba], mi hermana [Pao] cuando se enteró sufrió bastante, lloraba feísimo, me decía Pati, mi Pati ...

Y así desde ahí, ya como que nos unimos más. Desde ahí nos contábamos algunas cosas. Y ya iba a dar a luz, fue un domingo. Un sábado, amanecer domingo que ya me dolía bastante acá abajo y ya me bañé. Un sábado a las ocho de la mañana y todo, y ya nos fuimos en un taxi, con mi sobrino, con el coche de mi sobrino cogimos un taxi y me llevó. Y estaba un poco más de dolores y luego me hacían a cada rato tac-

tos y después ya no dilataba rápido y después ya fue como que ya iba a dar un bebé explosivo y me llevaron de una y mi hermana lloraba. Y mi mami me llamó de España, decía: mejor quiero que te hagan cesárea porque el parto normal te va a doler mucho. Y lloraba mi mami, igual yo también lloraba, igual mi sobrino y todos con mis hermanos. Pasé [adentro del hospital]. De ahí me internaron. De ahí la primera vez, me dolía feísimo, yo lloraba y me llevaron arriba a la sala de arriba, me acuerdo que me atendió el doctor Espinosa...

Súper bien, yo les gritaba, les jalaba del pelo, les pateaba así desesperadamente y me decían tranquila. Yo les decía: “pero no me hablen”, “No hija te vamos a ayudar, estate tranquila”, me decían así y me trataron súper, súper bien... Y cuando ya iba a dar a luz, justo ya sale mi bebé y [el doctor] me tomo una foto con el celular. Si justo cuando salió mi bebé, cuando le amarqué nos tomó una foto y dice [el doctor]: “Es una linda nena”.

Y yo les decía: “Pero ¿nació bien?”, porque el papá es mi primo y todo eso, decían: “No, ahorita vamos a examinarle a ver que tiene”. Y le llevaron, y después ya me vinieron con la noticia de que nació cieguita de un ojito; nació con una nube que le tapaba el ojito. Solo eso le detectaron por el momento y después yo lloraba y decía que es mi culpa y todo eso, y decían no estate tranquila, que ahora ya es la nueva tecnología y todo eso. Ya le operan y todo. Y de ahí ya me tranquilicé un poco, pero igual no me pasaban a mi bebé hasta el día siguiente. Igual no me pasaban y yo desesperada, decía ya me robaron a mi bebé. Así, ya me fueron a visitar y todavía no me pasaban y decía qué pasaría; luego estaba en la SALA en adolescentes. Ahí súper bonito todo: limpiecito, todo bien bonito y yo igual lloraba. Decía mi bebé, mi bebé y luego había sido que le llevaron a hacer un eco en el corazoncito, porque le detectaron que tenía taquicardía, algo así que el corazoncito era muy grande...

No, luego ya me llevaron a mi y ahí me dijeron. Igual era una niña bien bonita, era rosadita, bien bonita, se parecía a mi hermana gemela. Pero a mí me hacía feo pero al mismo tiempo me sentía bien mal, pero me decían que tengo que ir y no tenía que demostrarle a mi bebé que iba a estar así porque ella igual iba a sufrir y sentía. Entonces yo lloraba, todos los días; lloraba porque me sentía mal. Y después me decían que mejor pida a diosito que si ella va a vivir así que le lleve porque tenía el corazoncito muy grande, a parte era cieguita. Así, me decía: pida a diosito mejor que le lleve a tu bebé porque es un angelito y ella no se merece la vida que va a llevar y todo eso”⁵.

En este testimonio podemos encontrar algunos elementos importantes para ser analizados; por ejemplo la contradicción en el diagnóstico médico. Este decía que la niña se salvaría, por lo tanto la madre le tuvo que dar de lactar a su hija. A través de la lactancia creó lazos con ella. Desde el momento en que nació, ella le otorgó un rostro o un parecido a alguien muy querida: su hermana gemela. Al tiempo que ella imaginaba una existencia, recibía sugerencias religiosas como rezar para que su hija se convierta en un ángel pues no se merecía la vida que hubiese podido llevar si lograba sobrevivir. Es decir, que en su corta vida, la recién nacida fue imaginada⁶ como alguien luchadora, por haber revivido. Por lo tanto se la concibe como una persona que quiso –por voluntad propia y no de la persistencia médica por cuidar la vida– volver a vivir, otro de los elementos que podemos observar es la “construcción cultural” de las emociones maternas está presente antes del embarazo, durante el embarazo, el parto y el posparto. Además, a través de estos sentimientos se “crean” e imaginan existencias (Scheper-Huges, 1997).

Doce días (vivió) sí. Murió el 17 de septiembre. Todos los días le iba a ver, pero como que ese día antes de morir, me tocaba ir a verle a las seis de la mañana y yo no fui. Como que presentía algo y yo no fui a las seis de la mañana y ya me estaba bañando para irme a la próxima tonga, cuando vino una doctora, una pequeña no más y me dijo: “Mija tienes que ser dura, pero tu bebé falleció”. Pero me dice: “Lo único que tienes que llevarte es que ella luchó con todo, las uñas. Ella hasta lo último quería ella vivir porque pasó –que no te contamos– pero ella ya estaba muertita, pero otra vez le dimos como respiración así y otra vez como volvió así a nacer”.

Me dijo así: “Pero otra vez ya no resistió y ella luchó contra todo para poder otra vez vivir, pero no ya fue imposible” me dijo. “Tienes que ser fuerte, tienes que llamar a alguien de tus familiares que te venga a ver para hacerle la... ¿Cómo se llama cuando les cortas así para verles? Y yo no quería que le hagan eso porque me hacía feo y después yo dije que no. Y después me ayudaron los voluntarios que hacían estudios de esto; hacen sus prácticas, así súper buenos. Ellos me ayudaron más que todo, conversaba con ellos; ellos me ayudaron a que no le hagan eso porque no tenía autorización porque ellos ya le iban a hacer antes de que venga mi hermana. Mi hermana como lloraba y todo eso... mi hermana así triste, nunca le había visto llorar a mi hermana. Todo mundo

así, se me hacía feo. Y después casi me da sobre parto y me tuvieron que dar tranquilizante en la Maternidad todo eso y ya le enterramos aquí en San Diego, ahí fue y mis tíos como son evangelistas así... como te digo. Ya pasó las cosas, pero hasta ahora como que me echan la culpa a mí de todo... Cuando mi tío ya oró, cuando le iban a enterrar, decía: perdónales que no saben ellos. La culpa no tiene la bebé sino los padres que son unos no se qué no se cuantos... De ahí hasta mi papá que no le había visto hace mucho tiempo también asomó y me ayudó. Hasta mi madrastra aparecieron y me ayudaron así⁷.

Scheper-Huges (1997) analiza cómo el duelo y la tristeza por la muerte de familiares cercanos, es relegada a espacios femeninos, de esta manera el vestirse de negro, llorar y sufrir es una conducta de género apropiada. En el Alto do Cruzeiro, en cambio, las mujeres que generalmente rezan en velorios de adultos, no ven la necesidad de hacerlo en velorios de recién nacidos. Tal como afirma Scheper-Huges (1997) el duelo ha sido confinado a las mujeres. Ellas deben vivir el dolor de la pérdida de su pequeño hijo, o su pequeño feto, para superarlo de manera adecuada. Es así como Pati tuvo que atravesar por un duelo, sufrió la pérdida de una existencia construida a través de discursos médicos y familiares. Según su testimonio se vio obligada a enfrentar muchas culpas por parte de sus familiares, además volvió a ver a su padre en el velorio de su hija, a quién no había visto desde que tenía cuatro años. El amor maternal que sentía por su hija, no fue eliminado. Al contrario fue volcado hacia su sobrino y de esta manera revivido, recreado o reconstruido.

Estas emociones maternales, permanentemente reinventadas, destapan un deseo de crear nuevamente una vida. Por eso resulta contradictoria la persistencia en el uso de métodos anticonceptivos y la idea de planificación familiar, pues el deseo de engendrar, está oculto en la proliferación de discursos médicos. Foucault (1999) menciona cómo, a partir del siglo XIX, en Europa existe un auge de discursos científicos alrededor de la sexualidad, que a diferencia de otras sociedades, ocultan el deseo, el placer y el conocimiento que tienen las personas de sí mismas. En este sentido existe una sobreproducción de discursos médicos que desconocen el deseo.

Quizás por esta razón, las mujeres no tienen la posibilidad de afirmar que ellas quieren volver a ser madres, ya sea por una muerte anterior, por un aborto, por una contestación a su situación económica,

porque se enamoraron o porque los niños son lindos. De esta manera, cuando los médicos, violenta o invasivamente les preguntan ¿por qué te volviste a quedar embarazada si no tenías pareja?, obtienen como respuesta un silencio. A continuación, observaremos por qué Pati quiso tener otra hija, a pesar de los programas de anticoncepción implementados en la Maternidad:

Y de ahí ya pasó. Mi mami, me decía que tengo que seguir adelante y todo eso. Y luego ya vine acá a mi casa. Ahí así me apoyaban, mi hermana estaba estudiando y yo estaba inscrita en el colegio, pero todavía no iba por lo que recién daba a luz y luego yo le cuidaba a mi sobrino. Y mi mami dijo que todo el amor le dé a mi sobrino y —o sea— sí me di cuenta. Si me encariñé hartísimo de mi sobrino, bastante, bastante y le ayudaba a mi hermana a hacer bolones de verde en el colegio porque en ese tiempo mi hermana quería reunir para la universidad y ahí vendíamos bolones de verde.

De ahí, en el colegio, le conocí al papá [de mi actual hija], a un chico, al hermano de mi amiga. Le conocí... cuándo te diré, no sé pero le conocí y me gustó. Así, de ahí, le conocí por medio de mi amiga del colegio y después ya tuvimos una vez con el relaciones y de ahí ya me quedé embarazada así. Nunca me cuide con nada nunca... y ahí no me enfermaba y de ahí ya sospeche, ya dije estoy embarazada y así como que sentí. Pero por una parte estaba súper emocionada, dije otra vez voy a tener una bebé, pero por otra parte lloraba, no quería porque decía va a nacer otra vez enfermita o se va a morir, me quedó un trauma. Y de ahí ya estaba igual de dos, tres meses, mi hermana igual ya había estado embarazada o sea yo no le dije a mi mamá, no se quién le habrá dicho a mi mamá, pero mi mami me dijo... yo estaba de dos tres meses y me dijo: “¿Estás embarazada?”. Le dije: “Sí”. [Me dijo]: “¿Y ahora qué piensas hacer?”. Le digo: “Nada, tenerlo”. Me dijo: “Bueno miija si es tu decisión, ahora vas a saber lo que es ser madre; yo te voy a apoyar igual, nunca vas a estar sola” [...] Dijo: “Estate feliz, estate tranquila que ella ahorita lo que necesita es que estés tranquila”.

Me dice dice: “¿El Víctor?”, porque él se llama Victor. Le digo: “Igual él está tranquilo, pero no saben”. Ahí le digo... no ya sabían, ya sabía la mamá, pero igual: la mamá como que también estaba feliz.

Así nos apoyaban así, hasta ahora nos apoyaba...prácticamente todo el embarazo de ahorita pasé todo el tiempo con el papá de mi hija, pasé súper bien, me sentía apoyada, pero también pasé súper triste porque

tenía el temor de que mi hija salga enferma lloraba porque decía mi bebé va a salir enferma, va salir esto que el otro y no...

De ahí me iba todos los días a los controles, así, mi mami igual vino de España, me compró ropa maternal, así como que me sentí más feliz, todo⁸.

En este testimonio se refleja que, a pesar de todas las recomendaciones médicas referentes al uso de métodos anticonceptivos, Pati volvió a quedar embarazada. En primer lugar, porque había una historia de pérdidas atrás del nuevo embarazo y, en segundo lugar, porque a pesar de las intervenciones externas y los programas de anticoncepción, las mujeres siguen controlando sus úteros. Si bien la intervención exterior ha influido en las conductas reproductivas de muchas mujeres, según la perspectiva de “obviando la corresponsabilidad de los varones en el proceso bio-reproductivo” (Fernández, 2002: 91), dicha influencia no ha penetrado los deseos de las mujeres y en las relaciones que se fortalecen a través de un embarazo. Pati recuerda:

Mi otra bebé [quién murió] se movía pero no tanto. En cambio ella [la que está viva] se movía bastante, se hacía montañitas, todo eso. Se movía hartísimo así. En cambio mi otra bebé [quién murió] no se movía mucho. Igual me hacía ecos. Y mi mamá más que todo por eso también vino. Para hacerme ecos; para ver que la bebé nazca sanita y todo eso.

Y me llevó un día a la Maternidad. Porque mi mamá ahí tiene una amiga, se llama Jeny Zapata, ella me llevó donde el doctor Carrión y ahí me hizo un montón de ecos de corazón y todo. Y ahí vieron que estaba sanita. Fue bonito, pero sinceramente no le entendí. Pero me dijeron que estaba bien y de ahí para mí fue todo. Y como ya me dijeron que era mujercita yo feliz, porque siempre ha sido mi sueño tener una mujercita. Porque siempre me gustaba peinarles, vestirles, combinarles la ropa, hacerle cachitos así siempre. De ahí, ya mi mami vino y me apoyó. Ya iba a dar a luz, yo siempre pasaba allá donde el papá de mi hija. La mamá siempre me daba comida en la dieta prenatal. Igual yo iba al colegio normalmente. Ahí [mis compañeras] felices le tocaban a mi bebé porque se movía mucho. Me decían “que linda esa barrigota”. Temían que sean gemelos porque mi barriga era inmensa, grandotota.

Bonito era, en cambio mi otro embarazo no era tan emocionante porque no se movía tanto. Según mis cálculos había nacido de 36 semanas, igual en el eco salió 36 semanas y mi barriga estaba bien grande y todo eso. Ya cuando me cogieron los dolores era arriba en la casa de él [el pa-

dre de la niña]. Ahí era chévere, pero nunca me gustó el estilo de vida de ellos. Era distinto. Ahí tomaban bastante. Les gustaba bastante tomar, y él cuando tomaba era bien pleitoso, pero antes, gracias a dios ya ha cambiado...

O sea yo me quedaba a dormir ahí, y más que todo no era el ambiente como en mi casa. Digamos, aquí en mi casa sinceramente a nadie le gusta tomar, la familia de él era bien distinta a la mía: cada fin de semana tomaban, hacían unos pleitos no te imaginas. No me gustaba verás, no iba a quedarme ahí y después ya me cogieron los dolores allá, yo trataba de pasar la dieta allá, solo la dieta...

Me cogieron un viernes a las 12 del día, me empezaba a dar dolores. Me empezaba doler hasta abajo, y yo le decía: ya creo que es hora y la mamá siempre llegaba a las 2 de la tarde. Justo llegó la mamá y mi cuñada le dice: mami la Pati ya está con dolores, [la mamá] le dice: ¿En serio? Sí. Entonces cogimos un taxi y les llamé a mis hermanas les dije: ya estoy con dolores y me dijeron que ya van para la Maternidad, que ellas me esperaban ahí. Y llegué a la Maternidad cuarto para las seis. Estaba con dilatación 4 recién. Pero ya estaba en labor de parto, me hicieron tactos y todo eso. Y justo ese día él [el esposo] pensaba irse al oriente. Yo le dije: bueno ándate no más. Y luego el se fue, después ya vino. Pero igual ahí me acompañó mi suegra, mi cuñada, mi hermana, la mayor, la Pau, mi sobrino.

A mí lo que más me gustaba era que mi sobrino me cantara *La lechuzita*, yo lloraba, pero no mucho. Me salían lagrimas y mi sobrino lloraba, me decía: Pati no llores, mi lechuzita, me decía: ¿quién te pegó? y lloraba al verme llorar, y todo eso. Y luego también mi hermano me fue a ver. También estaba ahí mi hermano, la jefa de mi hermano, la hija de la jefa de mi hermano, también estaba el padrastro de mi esposo, los hermanos.

Así, estaban un montón de personas, y ellos también eran desesperados porque no me ingresaban, porque todavía no estaba con dilatación. Pero ya estaban los dolores fuertes y el momento de ingresarme yo entré y una enfermera me inyectó. Me dijo: eso le va a ayudar a que ya de a luz rápido y que los dolores no sean tan fuertes. Y yo [le dije] gracias. Y ya cuando yo entro me hacen el tacto, y me dicen ya está en dilatación 9 y medio. Y dicen ¡ya, una camilla, bebé explosivo!. Y ya me subieron arriba, y ahí me atendió una doctora. No me acuerdo el nombre. Era una colombiana, medio pelirrojita era, me atendió ahí. Me dijo: ¿No serán gemelos? y me hicieron un eco, justo antes de dar a luz

me hicieron ahí arriba y le escucharon el corazón y me reventaron el agua de fuente. Y vino otra doctora y dijo: tengo una maldita corazonada de que son gemelos, ¡uy! Dios mío, ahí si ¿qué te haces?. Y de ahí vino otra doctora y dijo: es agua de fuente dijo así, es liquido amniótico dijo... Yo dije: tengo ganas de hacer el baño, y luego me dijeron ya tiene pujos, ya tiene pujos, quirófano, quirófano. Y ahí me llevaron en una camilla al quirófano y de ahí ya me dijeron: ya están en labor de parto. Entonces puja pero fuerte, me decía. Y yo decía: ya pero me duele, me duele. Y de ahí ya pujé y ella salió al tercer pujo, como jabón, me dijeron es una nenita, me mostraron y era bien gorda y blanca y yo [dije] ay que linda. Y yo decía: no me vayan a cambiar a mi hija, no me la robarán decía así.

De ahí le llevaron y de ahí otra vez le trajeron, de ahí sentí como lloró así. Se me iban las lágrimas, muy bonito. Y después de eso, ya nació mi bebé, me trajeron y le amarqué. Me dijeron: “Dale la bendición porque ya le vamos a llevar y vas a recuperarte ahorita”. Y le dije: bueno y de ahí le llevaron y le digo pero no me la cambiarán. Me dijeron: no tranquila hija, le vamos a cuidar y luego le llevaron y le di un besito y todo eso y sentí muy bonito. Y después abajo me cogieron puntos, me sacaron la placenta. Ha sido bien feo. De ahí me cosieron. Luego me llevaron a recuperación. De ahí estuve con otra señora, conversábamos nos hacía frío, sed, todo, hambre nos daba. En recuperación, en el quirófano, más allá hay una sala de recuperación.

Después de dos tres horas, me llevaron a la sala grande y ahí dormí. En la sala grande después a la mañana siguiente, mi hermana justo vino. Mi hermana la mayor me llevó ropa, y justo en ese momento ya me pasaron a mi bebé pero primero me daba unas iras, me daba iras cógele porque decía que no se parece a mí. Digo: ¡Ay, se parece al Víctor, que iras que me da! y decía: ¡Qué fea!, le decía; pero después ya me pasó las iras porque quería que se parezca a mi. Y después mi hermana decía: igualita al Víctor. Y luego ya me pasaron a la sala de las adolescentes y luego me fueron a ver y el domingo salí..

Fue más tranquilo todo y me fui a la casa de él. Me atendió la hermana me llevaba todos los días el café, me daba de comer, igual me avisaban que ni salga porque se me enfría la leche o me daba sobreparto o así. Y primero como que le extrañaba a mi hermana y a mi sobrino. No estaba segura de quedarme, después ya como que me convenció y luego dije: bueno me voy a quedar a vivir y todo eso. Y como que presionaban porque me decían: quédate a vivir aquí por tu hija, no le vas a permitir

que ella crezca sin el padre, que por tu hija quédate, que sí, y luego bueno acepté.

Y ya decirle a mi mami. Mi mami lloró bastante, dijo: cómo te vas a quedar a vivir ahí, que no sé qué, que no sé cuánto. Y así como que primero le hice a un lado a mi mami. Y así como que más me valió el y todo eso. Pero después siempre cuando discutíamos, ya quería venir acá a mi casa y ya extrañaba así. Y después no me gustaba el estilo de vida de ellos porque tomaban bastante. Les gustaba tomar mucho el era bien pleitista, después últimamente ya no tomó, tenían una niña de 4 o 5 años, era un poquito grosera con mi hija, no me gustaba que le besen en la boca. No me gustaban muchas cosas de ahí. Y mas que todo llegó un punto que el ya no quería que venga acá, a mi casa o donde mis hermanas, o ya digamos [me decía] vamos a la una y ya estamos acá a las dos. Y a mí no me gustaba eso, yo les extrañaba bastante a mis hermanas y a mi sobrino y mi mami.

Claro que me llamaba y me ayudaba. Igual pasé allá Navidad, viví ahí hasta que mi hija tenía cuatro meses. Y después ya vine acá, me decidí venir acá, igual le extrañaba bastante a él; pasaba sólo llorando así, igual. Pero después ya me regresé otra vez allá. Estuve dos días aquí y me regresé allá. Y de ahí tuvimos una discusión con él: me pegó me dio una cachetada así, y yo vine callada, vine en taxi. Mi hermana me llevó y me pagó del taxi, después ya regresé con el allá, después vine. Él mismo me vino a dejar, así decidimos que yo venía acá, después el ya fue cambiando. Porque la mamá, bien cizañoza, un poquito grosera la señora. Ahora estoy aquí con mi hermana y con mi hija igual.

A los cuarenta días [fui al colegio] pero así como te digo, también había dificultad de él que ya no quería que estudie. Quería que me retire. Quédate cuidando a tu hija, que con quién le vas a dejar, que no sé qué, que no sé cuánto. Mientras que el tiempo que yo estaba en el colegio me daba cuidando mi suegra... Me decía: no, no te vayas, me decía una condición, si te vas a tu casa ya no te vas a estudiar. Y digo bueno, bueno, le decía así. Si te vas a tu casa le llevas a mi hija... Y el me viene a ver todos los días. Pero ya no es lo mismo, a veces ya me canso. Ya no es lo mismo. Cuando discutíamos él siempre salía a favor de la mamá. Nunca me defendía. Además la mamá una vez llegó a decir: te vas a tu casa porque ya has de tener otro, que esa hija no es de mi hijo. Y él nunca dijo nada, no fue capaz de decir: no mami no diga eso. Entonces a mí no me gustó. Y el ahora viene a verme, llama, pero ya no es lo mismo.

Le llevo a mi hija todos los días a la guardería [del colegio] ella pasa en un columpio de bebé, y en los recreos le doy de lactar. Ahora me siento feliz, antes me sentía como sola, ahora con mi hija ya es diferente, ahora ya solo pienso en ella, cuando se enferma o le pasa algo, siento feo, me siento mal⁹.

El embarazo subsiguiente, en el caso de Pati, significó dar un nuevo sentido a su existencia. El hecho de ser madre y establecer lazos con sus hermanas que atravesaban por una situación similar, le dio la posibilidad de tomar decisiones sobre su propia vida. Por ejemplo, el hecho de no pasar por situaciones de violencia con su pareja, estudiar y decidir en dónde y cómo vivir y que tipo de familia quería formar. En este sentido, a través de la maternidad, adquirió libertades. Si bien en determinado momento un ala del movimiento feminista asumió la maternidad como una opresión, por las condiciones desiguales a las que se enfrentan las mujeres, que no es un tema menor. Irigaray (1994), por su parte, propone que la maternidad no debe plantearse de forma traumatizante y patológica:

¿No debería abordarse siempre sobre el trasfondo de otra procreación, una creación del imaginario y lo simbólico? Las mujeres y las criaturas saldrían ganando infinitamente con ello (Irigaray, 1994: 41).

Fernández (2002), por su parte, observa la maternidad más allá del ejercicio de la facultad bio-reproductiva. Para ella su significado también está ligado al liderazgo y la representación política de la mujer como consecuencia de estos dos puntos de vista, la maternidad está envuelta de poderes y símbolos que van más allá de la victimización. Es así como muchas adolescentes expresan que están felices de ser madres. Del mismo modo que Pati cuida con amor a su hija, muchas de las mujeres jóvenes que llegan al Programa están pendientes de su alimentación y de su crecimiento, de manera que intercambian saberes respecto al tema de la estimulación.

Un día, por ejemplo, estaban dos adolescentes y una mujer mayor. Las dos mujeres tenían recién nacidas muy grandes. Eran hermanas, la señora que les aconsejaba, esperaba a su hija embarazada. Las dos conversaban sobre su experiencia de maternidad mientras cuidaban a sus hijas. La señora les hablaba sobre lo que ella vivió cuando dio a luz en la Maternidad. Las dos hermanas, les paseaban, les daban el seno y se contaban cómo estaban sus bebés. La señora mayor comentaba

que las bebés estaban grandes y saludables; es decir, cada una de ellas se transmitían conocimientos que aprendieron en el hospital y discutían acerca de lo que es ser buena madre y mala madre:

“Mientras está comiendo tiene que conversarle”, les dice una señora a un par de chicas gemelas que están sentadas en la sala de espera. “Hay que tomar en cuenta que es un lugar especializado en la mujer”, agrega la señora que espera que su hija salga de los consultorios médicos. Al ver esta escena anoté en mi diario de campo lo siguiente:

Las niñas sentadas en los sillones ubicados afuera de los consultorios, comentan la situación de una amiga de ellas, también madre adolescente. Dicen: “Desde el principio no le dio teta, le dio leche de tarro. Nosotros le damos teta. Ella rogaba quedarse embarazada... “Yo ni para ir al baño me gusta dejarle”, dice una de las hermanas. “Debe sentirse culpable porque la bebé nació así. El ver que no está con el papá de la hija, ha tenido problemas psicológicos, un aborto. Ya le pegué, ya me tiene harta, dice”, agrega la otra hermana (Diario de campo, 2006).

A pesar de que existen casos en que las madres están pendientes del adecuado crecimiento de sus hijos (as), al interior de la Maternidad se observa una tensión entre los conocimientos y las formas de estimulación que tienen las madres adolescentes y aquello que los y las profesionales de la salud consideran que es apropiado para el desarrollo del crecimiento. De esta manera la estimulación, para quienes practican la medicina [institucional], es una experiencia que las mujeres adolescentes no conocen, pues su maternidad es un error que se manifiesta en lo poco estimulados que están sus hijos (as). “A medida que las madres son más jóvenes, sus hijos son menos estimulados”, dice una doctora de la Maternidad. Sin embargo, para ellas probablemente estimular está más relacionado con el hecho de estar cerca de sus hijos e hijas:

En hospitalización, una mujer joven mira y habla a su pequeño recién nacido, le mira a los ojos y el bebé mueve el rostro cuando reconoce la voz de la madre. Ella le mece vestida de celeste como el cuadro colgado a la entrada de la sala F. Se acerca y se aleja una y otra vez, le deja en la almohada verde, le da pequeños golpes. Han construido un lenguaje, que solo entienden ambos. Sin embargo mientras ella mira a los ojos a su hijo envuelto en una faja blanca y ríe mucho, se acerca una enfermera que le pregunta: “Niña, usted ya le está manejando al niño ¿no?”. “Sí”, responde ella, y la enfermera le recomienda: “Recoja sus cositas

que ya viene una señora para llevarle a la sala de adolescentes”. Y se acerca una nueva enfermera con traje rosado, para decirle: “No le sacuda al guaguaito, si llora es por hambre, por gases, no le sacuda” (Diario de campo, 2006).

Si bien la atención del personal de salud muchas veces está basada en la asimetría, desigualdad y ausencia de opinión por parte de las adolescentes, se vislumbra una aceptación por parte de las jóvenes, una relación de “amor” o parternalismo: la Maternidad a momentos resulta una suerte de madre para quienes acuden a la SALA. Por esta razón, en el relato de Pati, está presente la nostalgia y el cariño hacia los médicos.

A continuación mostraré la forma como las adolescentes construyen sus familias. Pati vivía una especie de inestabilidad familiar, que se parece a la de otras adolescentes. Sin embargo, existen jóvenes que optan por formar familias “estables”, lo cual se mostrará en el siguiente acápite:

Familias bricolages

Fraser (1997) analiza que los programas de asistencia social no han comprendido los cambios de roles al interior de la familia. Los hogares post-industriales son más diversos que antes. Existe, pues, un incremento de madres solteras que deben sostener a sus familias, sin tener acceso al salario masculino del proveedor. Esta transformación en la producción económica y reproducción social no ha sido comprendida por los funcionarios del programa de adolescencia de la Maternidad.

Quienes sugieren la idea de que las personas deben adquirir una madurez económica, biológica y psicológica para formar familias nucleares heterosexuales. Las adolescentes, por su parte, han formado sus propias familias. Según la perspectiva de Scheper-Hughes (1997) existen familias bricolages; es decir hogares, desordenados, con miembros reemplazables que vienen y van. Se trata de una estructura familiar que cambia permanentemente. Es así como un día de trabajo en la Maternidad, afuera de la oficina de trabajo social estaba esperando una señora con su hija y su nieta recién nacida. La señora me pidió ayuda, pues necesitaba un abogado para que el padre de la recién nacida asu-

ma sus responsabilidades económicas. Me dijo que vende periódicos en la calle, que tuvo marido pero se murió y que sólo con su trabajo ha mantenido a su hija y su nieta. Pero el padre de la recién nacida no quiere hacerse responsable, no quiere que sus padres sepan del asunto. Agregó:

[...] yo no sé, porque el joven ha hablado con un psicólogo y dice que no quiere reconocerle al bebé. Yo como trabajo no estoy aquí. [La hija] le ha dicho amárcale a la guagua y él le ha dicho no. Yo no entiendo por qué él no quiere hacer saber a los padres. Si yo cogí el golpe más fuerte, me hice responsable de mi hija, a mi hija le ha dicho que le manda sacando, yo no le hago eso a mi hija. No han de ser tan ignorantes. Yo fui vendedora de la calle y no soy ignorante; yo soy una señora de la calle, ella es una señora de la casa. Él se viste bien. No es de esos jóvenes que pasan en la calle, es aniñado. Nosotros somos humildes. Yo he correspondido... Mi hija le ha dicho: ándate si quieres. Al final de cuentas aquí hay una responsabilidad, tengo seis hijos; ella es la única que me dio un nietito. Yo le apoyé en todo, qué saco diciéndole ándate a trabajar... Si yo no tengo plata, ya madrugo, soy una madre pobre.

Según él, que no tiene plata y no quiere corresponder. El tiene que prometer lo que dijo... Entonces si es así, si usted no quiere hacerse responsable yo me voy donde su mamá... Entra como adolescente le dije. A una amiga de mi hijita le pasó lo mismo, yo le traje acá y no le atendieron. Hay que apoyarles porque una también pasó lo que está pasando. Hay tantas mujeres que ya ve, tienen los guagüitas y les botan. Tantas mujeres se oye que les han botado a la basura. Yo una vez lloraba cuando me dio la noticia, porque ella era buena estudiante, era abanderada, becada. Pero así es el destino, la vida, no creía y me senté a llorar, no le dije: largo, quitate, no le dije nada. Yo ya le vi que el chico mentía; ha estado mintiendo. Yo fui bien buena con él, una, dos, tres veces que vino. Yo ya quiero descansar, que mi hija trabaje. Yo le cuido a la guaguita (Diario de campo, 2006).

Esta es una historia parecida a muchas otras dentro de la Maternidad, donde generalmente son las abuelas quienes se hacen cargo de las mujeres y sus hijas. De manera que las madres adolescentes, la mayoría de veces, esperan sacar adelante solas a los niños (as) con el apoyo de la familia. Tal como relata la señora, el padre de la niña, la mayor parte del tiempo está ausente, va y vuelve: es reemplazable. En este caso, la niña no se enamorará de su padre, tampoco tendrá de rival a su

madre¹⁰; es decir, según la perspectiva del discurso médico de la Maternidad, la niña no cumplirá con su fase normal de desarrollo.

Sonia Montecino (1991) analiza cómo en América Latina, el mestizaje se constituyó en el seno de familias compuestas por madres e hijas o hijos; en los cuales el padre era una figura ausente o itinerante. De esta manera, ella cuestiona la identificación de los niños con los padres, y reflexiona acerca de las masculinidades mestizas:

Nos interesa remarcar, entonces, que la cultura mestiza latinoamericana posibilitó, por así decirlo, un modelo familiar en donde las identidades genéricas ya no correspondían ni a la estructura indígena ni a la europea prevaleciendo el núcleo de la madre y sus hijos. Este hecho interroga las formas en que se produjeron las identificaciones primarias ¿Cómo fundaba su identidad masculina un huacho cuyo padre era un ausente? ¿Cómo se constituía la identidad mestiza huacha frente a una madre presente y único eje de la vida familiar? Creemos que la respuesta se anida para la mujer en la constitución inequívoca de su identidad como madre (espejo de la propia abuela y de toda la parentela femenina); para el hombre en ser indefectiblemente un hijo, no un varón, sino el hijo de una madre (Montecino, 1991: 49).

Esta condición de mujeres solas —y en general la situación familiar— es un asunto que preocupa mucho a los y las profesionales que trabajan en la Maternidad. Muchas veces llegan mujeres que han sido expulsadas de sus hogares o niñas que habitan en las calles, como es el caso de una adolescente que fue en el 2003 al Programa y vivía en las alcantarillas. Su madre habitaba cerca del río Machángara en un cuarto muy pequeño con dos hijos chiquitos que no tenían nombre: les decía picolín y picolina. Los parientes “más racionales” decía la psicóloga, vivían en La Magdalena en una especie de cuevas; eran delincuentes dedicados al tráfico de drogas. De hecho la muchacha era adicta y su pareja era delincuente. Con respecto a esta situación, la psicóloga afirmó lo siguiente:

“En el caso de la chiquita no logramos ubicarle en el albergue. Lo que se logró es ubicarle donde un cuñado. Ella estaba acostumbrada a una forma de vida, a vivir en la calle, lo otro le asustaba. Tener que estar en un sitio donde le tengan que ayudar o controlar. Se quedó con la mamá, lo que se hizo es que un psicólogo se encargó de hacer un seguimiento de ella. Nosotros no podemos salir, ni hacer seguimientos. El se hizo cargo, porque fue muy difícil ubicarle en un hogar. El hecho de

que tuvo el bebé, le ayudó a que se tranquilice. Como que ella en medio de los problemas, el hecho de ser mamá le obligaba a que se quede en la casa de la mamá cuando el bebito era chiquito”¹¹.

Hasta aquí he presentado, historias de madres solas; familias compuestas solo de mujeres con padres ausentes o itinerantes y de aquellas madres que no quieren tener una familia. Ahora hablaré del amor que está enraizado en la maternidad, no tanto el amor materno y alterno que Scheper-Hugues (1997) menciona cuando se refiere a las madres de las favelas, sino a los hijos (as) como símbolos o resultado de una unión. Algunas veces la maternidad también es un asunto de amor y erotismo, pero a las mujeres se nos ha negado el placer o el amor colocándonos en un papel de víctimas y maltratadas; cuando probablemente el hecho de elegir como “proyecto de vida” la convivencia tiene ventajas ocultas. Al respecto, Valdés (2002), afirma que nuestras emociones se han ido desplazando de las conversaciones cotidianas a las terapias. De esta manera, los sentimientos también se han medicalizado o patologizado.

Es así como un día en que visité el consultorio psicológico, mientras la profesional me explicaba qué es la inserción y en qué casos se la aplica, entró una muchacha con problemas de lenguaje porque es sorda. Tuvo un hijo en condiciones adversas, pues fue víctima de abuso sexual. Acudió a la consulta psicológica para sacarse la T de cobre, pues quería tener otro hijo porque según su opinión los niños son lindos.

La doctora le hizo una serie de preguntas relacionadas con la pareja. Por ejemplo indagó si se llevaban bien, su situación económica, etc. Ella respondió que todo está bien. Luego le preguntó sobre sus proyectos de vida. Le sugirió que es muy importante que ella siga estudiando. Al parecer su proyecto de vida (el de la joven) era tener otro hijo. Sin embargo, en la Maternidad, el discurso de que la mujer debe realizarse a nivel profesional es relevante. Es por eso que dentro del hospital, ser madre no es considerado un proyecto de vida. Por lo tanto la psicóloga dijo que es necesario hacer un trabajo con el muchacho para que ambos puedan planificar, para que tengan ese hijo con conciencia. Así que le propuso hacer una cita con su pareja y ella aceptó.

Cuando empezaba a escribir la petición de que la pareja acudiera a la cita, la pareja entró. Tenía que entregar algo relacionado con

su trabajo cerca de la Maternidad, entonces decidió entrar. Antes de eso la psicóloga le había comentado a la madre del niño que era mejor que continúe puesta la T, porque no le afectaba a su cuerpo, y era necesario que continúe estudiando. El muchacho se sentó y confirmó su deseo de tener otro hijo. Dijo que él cumpliría con la parte económica, que él le quería a la chica y a su hijo, a pesar de no ser el padre (el niño era producto de un abuso sexual). De hecho le decía “mijo” y consideraba que “su hijo” ya tiene dos años y necesita un hermano. La psicóloga le preguntó acerca de sus estudios. Él le dijo que nunca pudo estudiar porque no vivió con sus papás, que trabaja mucho. Por eso para él era difícil acudir al tratamiento psicológico en otra ocasión.

Mientras esto ocurría el niño de dos años entraba y salía y le decía papá. Era un niño muy alegre. Ellos tenían que regresar en una semana a la consulta médica para hacer algunos ejercicios psicológicos que aseguren su deseo de ser padres. En esta escena se refleja el control sobre el cuerpo y las decisiones de las adolescentes de parte del personal de salud.

Después entró otra pareja de afrodescendientes. Primero entró el hombre, luego la mujer que atravesaba un duelo por la muerte de su hijo. Él hablaba de lo que sentía, lo que para él había significado esa muerte, pues ese año también murió su madre y su tío. Pero “las cosas pasan por algo”, decía él, “porque Dios así lo quiso”, agregó. Ahora quieren estar bien como pareja. Decía que la gente habla cosas de ellos porque ven que se llevan bien, que se ayudan. Me pareció importante que él expresara lo que sentía. Decía que tenía la ilusión de tener el hijo porque a su edad todavía no es padre y según su percepción ya debía ser padre. Era una forma de expresar que el aborto también afecta a los hombres, ellos también sienten ilusión o tristeza.

Este panorama familiar rebasa la idea de hogares heterosexuales cuyos miembros están dotados de madurez. Lo cual probablemente impide la creación de políticas que apoyen a las madres solas o familias jóvenes. Es decir, se crea un concepto de madre sola, responsable y trabajadora que finalmente no recibe beneficios; o de familias jóvenes, maduras y responsables que no tienen ningún tipo de apoyo. Según Fraser (1997) las viejas formas de Estados benefactores, construidas sobre los presupuestos de las familias encabezadas por hombres y la relativa estabilidad del empleo, ya no están equipadas para brindar esta protección. Por lo tanto, es urgente la existencia de un modelo de

Estado que suministre empleo y guarderías con el fin de apoyar estos nuevos hogares. Estos relatos familiares se confrontan drásticamente con los escenarios de violencia al interior de los hogares que mostraré a continuación.

Maternidad Violenta

Hoy, cuando entré a realizar mi rutinario trabajo de campo, vi acostada en una de las camas de fierro a una niña de 12 años. Estaba rodeada de mujeres vestidas de blanco, una de las enfermeras le ponía el bebé en el seno mientras la paciente miraba al techo o al frente con una sonrisa incrédula. La otra mujer le acomodaba el cabello a la niña y al bebé, la obstetra le daba indicaciones sobre como manejar al bebé. En la historia clínica estaba escrito repetidas veces: “Puerperio post cesárea, más epilepsia, más vaginitis, más anemia, más adolescente, más abuso sexual, refiere dolor abdominal”.

En la misma historia clínica una evaluación psicológica versaba: Paciente presenta dificultades en el manejo de su bebé. Al parecer no existe un adecuado estímulo madre-hijo. Existen varias hipótesis; por ejemplo, el hecho de que siempre fue maltratada.

Después de observar esta escena, hice la encuesta a una mujer de Otavalo que también estaba hospitalizada, tuvo un bebé producto de una violación. Me decía que no le aceptaban la denuncia en Otavalo, porque el violador es primo de su papá. Tampoco tenía apoyo de la familia. Mientras tanto, el médico, quién estaba parado junto a la cama, decía a la trabajadora social: “Ya depende de trabajo social si la chica se va o no”. La trabajadora social respondía: “Queríamos pasarle a la sala de adolescentes un día más, lo que pasa es que yo quiero hablar con la mamá, para que se comprometa a hacer la denuncia.” De pronto, las voces de todos: La niña que contaba llorando la violación, el médico y la trabajadora social, que discutían acerca del lugar donde ella estaría mejor, se volvieron lejanas, el techo daba vueltas y mis piernas comenzaron a desvanecerse. Me desmayé el momento en que ella me dio detalles sobre su violación. Y me desperté afuera temblando de frío, indignación e impotencia (Diario de campo, 2006).

Tal como muestran estas historias, existe una indiferencia o aceptación del problema de las violaciones tanto de parte del personal de salud como del lado de las adolescentes al interior de la maternidad. A

pesar de ello, otras profesionales indagan sobre las causas profundas del incesto y escuchan la voz de las adolescentes (generalmente estas psicólogas provienen de la Universidad Católica). No obstante, esta última no constituye una práctica oficial en el programa. A continuación, veremos el tratamiento de María Susana, una niña víctima de incesto:

Tratamiento de una niña abusada por su padre

María Suqui Susana Beatriz

Trece años. Estado Civil: soltera

Instrucción: secundaria, primer curso. Colegio: María Angélica Hidrovo.

Procedencia: Quito. Ocupación: quehaceres domésticos.

Diagnóstico médico de referencia: embarazo.

Motivo de demanda de trabajo social: estudio social.

Representante: María Antonia Mixi Suqui. Parentesco: Madre.

“Susana indica que hace tres días se enteró de que estaba embarazada. Es ahí donde avisa a su mamá que la violó su padre por dos ocasiones. Paciente y sus hermanos no están reconocidos legalmente por su padre porque él no tiene documentos”.

Plan de tratamiento: referencia a psicología, paciente ingresará a hogar de protección. Madre de paciente denunciará el caso a la fiscalía.

29 de septiembre: paciente es llevada a Hogar Mercedes de Jesús Molina por la Directora del Hogar. Sor Verónica Cuevas y consentimiento de la madre de Paciente previo a la entrevista con Directora de Hogar. Ese mismo día Madre de paciente denunció el caso a la fiscalía.

5 de octubre: sor Verónica comunica que la niña salió del albergue para encontrarse con la madre y no regresó.

17 de octubre: paciente acude acompañada de su hermana Maricela Maxi de 19 años (casada) quién manifiesta que el padre está viviendo con ella porque madre de paciente se fue a vivir en Santa Isabel. Provincia de El Oro.

Ahora la niña está viviendo con la hermana. No hay quién haga los trámites legales. Necesitan una orden de captura. La niña “decidió” continuar con el embarazo. La trabajadora social afirma: “Todas nuestras adolescentes han continuado con el embarazo.”

Informe psicológico:

Paciente de 13 años referida por ginecología de consulta externa de la Maternidad Isidro Ayora, quien presenta embarazo de 9 semanas, producto de violación. Acude en compañía de familiares: una madre y una hermana.

A la paciente entrevistada se observa callada con la mirada baja, verbaliza que su estado es producto de violencia hecha por desconocidos tiempo atrás, no lo comunica por temor. Su progenitora interviene verbalizando que dado las circunstancias en que fue concebido lo que desea es que se le practique un aborto, además que su hija es apenas una niña, igualmente su hermana. Dada la manera en que la madre prácticamente no le deja hablar se le pide que salga con el objetivo de brindarle a la niña un espacio donde pueda hablar con total libertad.

Inicialmente se mantiene con la misma actitud, luego se conoce que proviene de hogar, cuyos padres conviven en unión libre, disfuncional por alcoholismo del progenitor. Además, se encuentra en una situación especial ya que ninguno de sus hermanos es reconocido por este; según se dice, porque carece de documentos. Paciente verbaliza estar confundida, indecisa, sobre si optar o no por el aborto, se siente presionada por su madre, teme por su futuro para luego y en llanto manifestar que su propio padre la viola por dos ocasiones y que él es el causante de su embarazo, su madre sabe de esta situación y le obliga a mentir. Desea salir de su hogar. A la entrevista con su madre se muestra indiferente con la problemática, dice que días atrás recién se entera de este hecho y que ha expulsado de su hogar al marido.

En coordinación con un equipo interdisciplinario, y a pedido de la paciente, se resuelve que ingrese ese mismo día a un hogar de protección “Mercedes de Jesús Molina” mientras se realice la investigación y denuncia respectiva. En una segunda entrevista con la madre y dos de sus hijas: Marisela de 19 y Digna de 17 refieren dudas sobre lo dicho por Susana, tienden a culpabilizada ya que padre les ha manifestado que propuso a esta se quería tener relaciones sexuales y esta aceptó. Se trabaja sobre la responsabilidad que tienen los padres con los hijos y sobre todo el rol importantísimo de la madre para que paciente se recupere desculpabilizándola de este hecho traumático y logre integrarlo a su vida elaborando duelo por pérdidas para que alcance proyecto de vida propuesto, ya que la retiran del colegio¹²”.

En últimos días del mes de octubre, María del Carmen, la trabajadora social me pidió que haga el seguimiento legal de María Susana. A propósito de la situación de la niña me comentó el caso de otra mujer adolescente que fue violada por su patrón. Si bien, él fue a la cárcel, según la trabajadora social, la familia de la niña no fue un factor protector porque no le ayudaron. Ahora la niña vive sola con su hijo [producto de una violación] el bebé fue aceptado, ella decidió tenerlo. Se quedó un año en el albergue ahí aprendió muchas cosas. Después de contarme esta historia me dijo: “Las nuestras [refiriéndose a las adolescentes] siempre aceptan a sus hijos (as), aunque sí les damos la opción de ponerles en adopción”.

Después de la conversación con María del Carmen, fui a la fiscalía para hablar con la doctora Juma, encargada del caso de Susana. No la encontré, de manera que conversé con su asistente quién me enseñó la carpeta en donde estaba archivado el caso de Susana: la denuncia realizada por su madre, la historia clínica y la orden de la jueza que decía lo siguiente:

“Recéptese las versiones de las personas que tengan conocimiento del hecho, recéptese la versión de sospechoso, practíquese la valoración psicológica de la niña, oficiese al señor Jefe Provincial del DINAPEN a efectos de que se de cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 26 del Código de Procedimiento Penal, practíquese la inspección ocular de los hechos y del entorno social de la agredida”¹³.

Dichas recomendaciones sin embargo no sirvieron de nada, pues el ayudante de la fiscal, me dijo que la madre de la niña, quién realizó la demanda presionada por la Maternidad, debía reconocer la denuncia, de lo contrario la misma no tendría validez. Yo llamé a María Antonia, la madre de Susana, y me dijo que no podía hacer el reconocimiento de la denuncia, pues no tenía tiempo ya que estaba trabajando en Cuenca. Le pregunté por su hija y me dijo que no sabía el teléfono, que seguramente irá a la Maternidad para hacerse el chequeo mensual de su embarazo producto de un incesto.

¿Por qué la madre de Susana detuvo el caso?, me preguntó yo. La respuesta evidentemente es la violencia presente en el hospital, la fiscalía y la familia: es parte de nuestra vida, trabajo, la historia construida sobre la base de eventos que estructuraron una sociedad en la que la impunidad es parte de la cotidianidad. Son varios los hechos, procesos,

acontecimientos, fracturas, etc. que han estructurado la impunidad. Montecino (1991) analiza cómo, durante la “Conquista” de América, los hombres violentamente invadieron el cuerpo de las mujeres indígenas engendrando hijos mestizos dejados por sus padres. Así analiza desde varias perspectivas como la identidad latinoamericana tiene sus orígenes en el abandono, ilegitimidad y la presencia de lo maternal femenino.

El padre ausente ha sido importante en la constitución genérica mestiza. El desequilibrio –dice Montecino– ronda los sujetos mestizos. La exaltación de la ilegitimidad, tiene como consecuencia el simulacro o la importancia de la apariencia. Ella explica así las tensiones entre los géneros y las identidades fracturadas. Su perspectiva es importante para analizar como en nuestra memoria histórica y la forma de relacionamiento conflictiva entre parejas y familias están presentes estos acontecimientos.

Según Ardaya, las relaciones de poder desiguales y la violencia contra las mujeres, también se puede explicar por la vigencia de una cultura política, social y familiar que se traslada a las relaciones sociales. La misma está presente en relaciones políticas más amplias. Por cultura política la autora entiende: “El conjunto de pautas de razonamiento, argumentación y representación de la realidad” (Ardaya, 2000: 94). Lo cual permite a los actores en juego comprenderse y comunicarse en un lenguaje común. Esta cultura amplia incorpora distintas interpretaciones de la realidad que provienen de grupos e identidades que dan lugar a subculturas, las mismas permiten una transformación. Un ejemplo de ello es el movimiento feminista ecuatoriano el mismo que ha interpelado al sistema político de distintas maneras¹⁴.

Sin embargo, según la perspectiva de Ayarda (2000) si no cambia la cultura política amplia, difícilmente se reformarán las instituciones del país. La autora habla de los patrones hegemónicos provenientes de eventos históricos que han regido el país en los últimos años¹⁵. Es así como en la sociedad ecuatoriana, según su perspectiva, “existe normatividad para todos los aspectos de la vida social e institucional; sin embargo, en la cotidianidad no se rige por la norma legal” (Ardaya, 2000:8). La falta de transparencia en las relaciones sociales, políticas y económicas y la presencia del clientelismo en los espacios públicos llevaron al debilitamiento de las instituciones; de manera que la legalidad cambia de acuerdo a intereses de grupos hegemónicos.

Es por eso que la politización y corrupción de la justicia desemboca en la desigualdad de las personas frente a la ley. Desde el punto de vista de Borea (2005), en una sociedad bien estructurada existe una correspondencia entre los valores que se enuncian y los comportamientos. Sin embargo la distancia entre las normas escritas y las conductas es grande en los países latinoamericanos. Esto ocurre porque la Constitución y las leyes en defensa de los Derechos tienen un nivel simbólico, pero su cumplimiento resulta complicado ya sea por las conflictivas relaciones sociales o por los intereses de diversos actores en juego. Para este autor, en los países latinoamericanos, ha estado presente una Constitución nominal en donde los valores son expresados pero no se cumplen. Un ordenamiento jurídico existirá el momento en que pueda ser previsible y repetible con frecuencia y confianza por parte de los y las ciudadanas de una Nación; sin embargo, en el Ecuador, el ordenamiento jurídico está sujeto a una constante improvisación sujeta al capricho de personas que están en capacidad de imponer sus criterios. Por lo tanto no estamos frente a un orden jurídico.

La aceptación de las normas y su exigibilidad es importante para la vida de dicho orden. Pues si no existe este elemento, aquellas personas que transgreden las leyes saben de antemano que quedarán en la impunidad. Esta situación es aún más grave cuando los llamados a hacer cumplir las leyes, es decir los jueces, son los primeros en incumplirlas o quienes dejan impunes a los delincuentes. De ahí nace la falta de credibilidad de los y las ciudadanas. A pesar de la importancia de la vigencia del Derecho, entendido este como un “instrumento humano para regular las relaciones humanas” (Borea, 1995: 511). La ley, según la perspectiva foucaultiana, implica al poder como la imposición de una norma y un deber ser, así como la prohibición de ciertas prácticas.

Esta situación general influye en el ámbito privado, en donde los problemas relacionados con la violencia persisten. Pues la familia es todavía una institución sagrada al interior de la cual existen dependencias económicas y afectivas que impiden romper con círculos de maltrato. Es por eso que la violencia no solo ocurre en las calles o lugares considerados “peligrosos”. Los hogares y colegios, espacios aparentemente seguros para los y las menores de edad, son escenarios de violencia e impunidad.

Sin embargo, la actitud de los y las familiares cuando ocurren situaciones de violencia es dar consejos; hacer sugerencias; recriminar

a las víctimas provocando vergüenza, desconfianza o dar prioridad a la “reputación”. Evitar que ocurran nuevos abusos o demandar justicia no forma parte de las soluciones de las personas víctimas de violencia. De manera que la mayoría de estos casos quedan en la impunidad. Ya sea por las dependencias económicas o porque los valores culturales todavía están por encima de la ley.

El olvido es otro de los rasgos presentes dentro de las familias ecuatorianas, pues las madres se sienten culpables porque tienen incorporada una tradición judeo-cristiana marcada principalmente por las instituciones religiosas. De esta manera optan por el autoengaño y la represión. Negar los hechos se convierte en un mecanismo para pasar por alto vivencias dolorosas (Camacho, 2003). Así, las niñas abusadas enfrentan una doble dificultad: el hecho mismo de la violación y la imposibilidad que tienen los familiares de creer lo que les ha ocurrido.

Existen distintas razones por las cuales no se denuncian los casos de violencia. Según Camacho (2003), no hay en nuestras sociedades una percepción del abuso sexual como problema social o asunto público en el cual el Estado deba intervenir. Esta falta de confianza en las instituciones estatales da como resultado sentimientos de miedo e inseguridad que enfrentan las personas violentadas. A la violación de los derechos humanos no se la asume como un abuso público que debe ventilarse en los tribunales de justicia. El mecanismo de protección que utilizan la mayoría de familias es el silencio o el dejar que la vida continúe como si las cosas no hubieran ocurrido. Esta conformación de las familias es parte de una estructura de pobreza y violencia en las que estamos inmersos la mayoría de ecuatorianos. Las experiencias violentas al interior de los hogares forman parte de nuestra cotidianidad.

Al respecto, Collier (2006) plantea que los programas de asistencia a mujeres violentadas y las cortes de justicia que se encargan de estos asuntos, dejan a las mujeres sin alternativa cuando les exigen dejar a sus abusivos esposos; mientras que el Estado es cada vez más reacio a hacerse cargo de las madres solteras. Cuando ellas retornan a sus parejas, las cortes culpan a las mujeres por fracasar como agentes autónomos. Algo similar ocurre con las mujeres violentadas que asisten a la Maternidad: se les ofrece un tratamiento terapéutico para que puedan continuar autónomamente con su vida, se les da asesoramiento legal; pero, finalmente, las y los médicos sienten mucha frustración porque en sus palabras: “No se logra nada”, pues las mujeres violentadas regre-

san con sus parejas, las hijas viven de nuevo con su padres, con respecto a este problema Collier (2006) afirma que:

Al permitir, supuestamente, a las mujeres con sus esposos abusadores o con embarazos no deseados hacer sus propias decisiones, la ley quita responsabilidad por cualquier abuso emocional o daño subsecuente que las mujeres sufran. Musheno muestra como el discurso legal y terapéutico trabajan juntos para alentar a hombres y mujeres a aceptar su responsabilidad por comportamientos de “riesgo” (Collier, 2006: 12).

En este sentido se está quitando responsabilidad a las estructuras de un sistema patriarcal impune del cual las mujeres son “víctimas” y no tienen protecciones reales de instituciones públicas del Estado, por eso los tratamientos terapéuticos y los diálogos entorno a los derechos sexuales y reproductivos en los espacios de la Maternidad no cambian las cosas, y siguen llegando al hospital niñas abusadas sexualmente que vuelven a sus hogares violentos o se escapan de “hogares creados”, para seguir excluidas de algunos derechos.

Conclusiones

En este capítulo mostré cómo frente al gran discurso de riesgo y al disciplinamiento de los cuerpos femeninos están los pequeños relatos de los y las adolescentes, fundados en una resistencia frente a la pobreza e inestabilidad que ellas deben enfrentar. En este capítulo no he analizado la problemática de clase que debería ser profundizada en un futuro estudio, pues las adolescentes de clase alta también se embarazan una y otra vez, pero tienen acceso a abortos o tienen la posibilidad de no responsabilizarse de sus hijos.

También muestro como se “construyen” las emociones maternales. Desde muy pequeñas las mujeres imaginamos una maternidad que finalmente se hace realidad por estas expresiones cargadas de muertes, vidas, deseos y conocimientos que entran en conflicto con un discurso oficial que probablemente no tiene cabida en las realidades latinoamericanas. El tema de la tensión alrededor de los conocimientos de madres y profesionales de la salud, muy presente dentro del HGOIA, debe ser profundizado en un otro estudio.

Como una confrontación a la idea de madurez y familia nuclear estable y heterosexual presente en la Maternidad, existen distintos

tipos de familias: madres solas, mujeres que no tienen una morada estable, y familias nucleares que hablan del amor y placer; temas que están ocultos en las prácticas médicas. De esta manera he vislumbrado estas estructuras familiares distintas.

He analizado así las prácticas, espacios y cuerpos maternos, desde distintos lentes o lugares; tomando en cuenta el testimonio de las jóvenes. La maternidad, entonces, en algunos casos, constituye una desventaja por la falta de programas de protección estatales; pero también es una forma de dar sentido a vidas difíciles. En este aspecto Irigaray propone observar la maternidad desde otras perspectivas:

También es importante que descubramos y afirmemos que siempre somos madres, desde el momento que somos mujeres. Traemos al mundo otras cosas además de criaturas, procreamos y creamos otras cosas además de criaturas: amor, deseo, lenguaje, arte, expresión social, política, religiosa, etc. Pero esta creación, esta procreación, nos ha estado secularmente prohibida y es preciso que nos reapropiemos esta dimensión maternal, que en tanto mujeres nos pertenece (Irigaray, 1994: 41).

Estas complejidades de las mujeres deberían estar en juego y no la desvalorización presentes en los programas diseñados para adolescentes. Los programas menosprecian sus formas de crianza, sus proyectos de vida y deseos. De esta manera es necesario que se visibilicen los saberes de las jóvenes, así como su capacidad para decidir.

En este apartado, también mostré los límites del derecho y la violencia a la que muchas veces se enfrentan las madres adolescentes al interior de sus familias y en las instituciones públicas, las cuales finalmente construyen maternidades adversas o amores alternos. Tal como observamos en este capítulo, muchas adolescentes no tienen la posibilidad de tomar decisiones sobre sus cuerpos. Tampoco pueden elegir ser o no ser madres cuando son abusadas por sus propios parientes y se les disciplina para que ejerzan su rol de cuidado.

El ejercicio de la maternidad y la posterior denuncia de padres, hermanos o delincuentes, es la salida que ofrecen estos programas a las adolescentes ¿Es la mejor solución al problema de la violencia? Esta la pregunta que todavía queda pendiente; sin embargo se puede anticipar, conforme al material de campo analizado, que dichas acciones (de denuncia) se quedan cortas al momento de tomar acciones reales que impliquen cambios tangibles en la vida cotidiana de las adolescen-

tes; como, por ejemplo, la posibilidad de aborto, la posibilidad de no volver a vivir con el familiar que abusó de ellas en situaciones de incesto, entre otras.

Notas:

- 1 Se realizó en Argentina y trata sobre la maternidad adolescente.
- 2 Los enfoques subalternos conciben los testimonios como instrumentos de protesta o resistencia, formas de mostrar realidades o voces que han sido silenciadas, o en otros contextos son menospreciadas. De esta manera autoras, como Florencia Mallon (2002), proponen dar prioridad al testimonio de las actoras antes que al análisis de las académicas.
- 3 Liset Cobo (entrevista 2007), por ejemplo, analiza el problema de la inestabilidad que viven constantemente las mujeres de la cárcel por sus situaciones de precariedad. Las adolescentes hijas de quienes allí habitan necesariamente se enfrentan.
- 4 Entrevista # 9 enero, 2006
- 5 Entrevista # 9, enero, 2006.
- 6 Said (2001) propone que existen espacios imaginados o construidos. Refiriéndose a la forma como occidente imagina a oriente. De esta manera, la maternidad también puede constituir un espacio o una geografía imaginada a lo largo de la vida de las mujeres. De esta manera se realizan ecografías, se teje ropa o se pone nombres a vidas que todavía no se pueden mirar y por lo tanto se imaginan. Este fue un aporte de mi compañera Sofía Arguello en una clase de taller de tesis en el año 2006. Adicionalmente Pollack Petchesky, Rosalind también se refiere a este tema en: "The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction" en *The Gender/Sexuality Reader*, Lancaster, Roger N., di Leonardo, Micaela, edits. Routledge: New York.
- 7 Entrevista # 9, enero, 2006.
- 8 Entrevista # 9, enero, 2006
- 9 Entrevista # 9 enero, 2006.
- 10 Hassenstein (1979: 65), refiriéndose al desarrollo de la identidad según la perspectiva psicoanalítica, afirma lo siguiente: "El niño de cuatro años de edad desea unirse sexualmente con la madre, y la niña con el padre, al mismo tiempo ven en el otro un rival. Este hecho, según la perspectiva psicológica, y la perspectiva de los discursos médicos ha de considerarse una fase normal del desarrollo".
- 11 Entrevista # 10 enero, 2006.
- 12 Historia clínica tomada del archivo de la maternidad Isidro Ayora.
- 13 Datos tomados de la historia clínica.
- 14 Actualmente el movimiento feminista, que se ha unido a favor de la despenalización del aborto, interpela de distintas maneras a la nueva constitución. Adicionalmente, a lo largo de su conformación el movimiento de mujeres ha interpelado un sistema político patriarcal, de esta manera una de las principales luchas ha sido la ley de cuotas.

- 15 El modelo liberal presente en las elites que según la autora “otorgó de manera inconclusa los derechos de ciudadanía a la población” y el populismo velasquista presente en la costa que “expresó las demandas insatisfechas por parte de la población a través de líderes carismáticos” (Ardaya, 2000: 94). Estas dos tendencias políticas inconclusas, presentes en nuestro país dieron como resultado la ausencia de democratización en el sistema político, una débil ciudadanía y escaso fortalecimiento y respeto a las instituciones.

Capítulo IV



*Es para ti este mundo en que no nace nadie,
en que no existen ni la corona muerta ni la flor uterina,
es tuyo este planeta de piel y piedras.*

Pablo Neruda

Ambigüedad de los discursos estatales

En la presente investigación se presupone que las adolescentes quieren ser madres como una respuesta a las facilidades (cómo por ejemplo consultas ginecológicas, psicológicas, alimentos y otras atenciones) que reciben por parte del Estado a través del Programa diseñado para ellas. Sin embargo, la maternidad inevitablemente ejercida por las mujeres adolescentes, es controlada por el personal público a través de distintos mecanismos, pues existe la percepción de que ellas son sujetos vulnerables. Es así como los y las profesionales que trabajan en el Programa organizan conversatorios acerca de los peligros del embarazo subsiguiente en adolescentes, temas relativos a la madurez y la sexualidad ideales para ejercer maternidades y paternidades responsables y al mismo tiempo existe una sobrevaloración de la maternidad, al punto que se capacita a las mujeres para que ellas ejerzan su rol.

Así como hay discursos alrededor de prácticas e identidades femeninas relacionadas con el cuidado de niños y niñas, al trabajo de las mujeres, a la entrega y al rol de esposa; la maternidad también está asociada al tema de los derechos sexuales y sociales. Por ello, dentro del hospital, se delibera cotidianamente sobre estos derechos. Sin embar-

go, las adolescentes los practican parcialmente, ya que no tienen soberanía absoluta sobre su cuerpo y su sexualidad. La idea de libertad ligada a los derechos sexuales y reproductivos, está expresada en muchas concepciones de las personas que trabajan en el hospital, quienes de alguna manera han estado influenciadas por conceptos de género. No obstante, el deber de las mujeres –al igual que a inicios del siglo XX– es cuidar el derecho a la vida de sus hijos (as), posponiendo su propia existencia.

Por lo tanto los derechos sociales y sexuales que se discuten en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora se queda en el nivel de enunciación. Esto ocurre porque los discursos oficiales todavía no se instalan exitosamente. Los funcionarios del sistema de salud público capacitan a las mujeres de acuerdo a sus interpretaciones e ideas relativas a los derechos. Frente a lo cual algunas adolescentes, suelen llevar a la práctica los conocimientos transmitidos por los médicos, en especial, cuando estimulan a sus hijos. Además, el hospital público para muchas mujeres, constituye un espacio en donde pueden hablar de sus problemas, son sujetos importantes y de alguna manera ejercen una ciudadanía, en la medida que la Maternidad es un espacio en el cual tienen voz, lo cuál debería analizarse con mayor profundidad en nuevas investigaciones respecto de la maternidad.

Resistencias de las jóvenes

En los recuerdos y narrativas de las mujeres adolescentes se reflejan resistencias frente a la institución pública, que también son fragmentadas. Los relatos de los y las adolescentes están basados en el cuerpo maternal en tanto espacio de resistencia a la pobreza e inestabilidad que las personas de sectores populares deben enfrentar. En sus historias y cotidianidades también se refleja un deseo y placer subyacente de ejercer maternidades y paternidades distintas de las capacitaciones que se ofrece en el hospital.

De alguna forma, las vivencias de estas jóvenes interpelan la idea de control de la fecundidad, cuando ellas se embarazan repetidas veces. La idea de madurez y familia nuclear estable y heterosexual presente en las capacitaciones médicas, se ve confrontada por la existencia de distintos tipos de familias: madres solas, mujeres que no tienen una

morada estable y familias nucleares que hablan del amor y placer, temas que están ocultos en las prácticas médicas.

Otra de las problemáticas importantes con respecto a la familia de las adolescentes, son los incestos y abusos al interior de los hogares; frente a los que no hay procesos de rebeldía por parte de las jóvenes. De esta manera, la resistencia adolescente está envuelta por la siguiente paradoja: el Programa está diseñado sobre una idea de bienestar inspirada en los derechos sociales y sexuales de las adolescentes. En este escenario, las jóvenes se resisten a ejercer una maternidad, propuesta por el personal de salud, mediante la insistencia en procrear.

Y si bien los funcionarios del sistema de salud, por medio de varios mecanismos, desde inicios de la república hasta la actualidad han controlado la reproducción de las mujeres, también hay un consentimiento por parte de las adolescentes al control de las instituciones, es decir que todavía se aceptan las capacitaciones y distintas formas de violencia. Y esa podría ser una causa de la ausencia de movilización política.

En América Latina han existido procesos importantes de maternidad política como es el caso de Argentina, la lucha de las madres de la Plaza de Mayo es un ejemplo de la convivencia de los espacios públicos y privados y como los símbolos domésticos y maternos se toman las calles, logrando una deliberación pública. En este contexto la condición maternal es una vía para exigir derechos y reclamar impunidades. En Argentina las madres se organizan cuando el Estado quiere controlar la reproducción prohibiendo la ligadura de trompas, cuando las mujeres enfrentan la triple jornada laboral y necesitan guarderías para sus hijos –entre otras situaciones– (ver documental *El toro por las astas*, 2004). De manera que ellas crean espacios públicos de decisión para exigir reconocimiento y redistribución tal como menciona Fraser (1997). En Centro América se han forjado procesos de resistencia al incesto y abuso sexual que tienen como objetivo eliminar los silencios.

En el caso de Ecuador, la ciudadanía ha estado ligada a la maternidad en el sentido de que son las mujeres quienes deben cuidar la patria poblándola o despoblándola. Si el control de la reproducción es un mecanismo de subordinación de las mujeres (Mckinnon, 1989; Patten, 1985), mediante el maternalismo vigente desde inicios del siglo XX en el Ecuador, las mujeres están excluidas de las decisiones políticas. Movimientos sociales de madres solteras como el de Polonia o de

madres abusadas como el de Nicaragua, están ausentes en el Ecuador. Esto legitima el silencio, que es una de las principales causas de la impunidad, tema de que debería analizarse con mayor profundidad en otro estudio.

La violencia y el poder masculino

El problema de la decisión sobre la maternidad va más allá del efectivo ejercicio de la sexualidad. Las adolescentes-niñas son obligadas a tener relaciones sexuales, con el agravante de que se quedan embarazadas y no existe una ley relativa al aborto; es decir, que el Estado no las protege. Además es difícil denunciar a un padre, hermano, tío u otro pariente. Estas situaciones de violencia al interior de las familias, se esconden durante generaciones por causa de tabúes alrededor de la sexualidad y el silencio presente en las familias ecuatorianas (Camacho, 2003). Las niñas no pueden entablar conversaciones alrededor de la sexualidad con sus madres y padres. En este sentido el consultorio psicológico, cumple una función de mediador o de “puente” entre madres e hijas. Sin embargo, los tratamientos psicológicos no son efectivos. De hecho las adolescentes que sufren incestos o violaciones, muchas veces, se ven obligadas a regresar a sus hogares. Cabe mencionar que este problema no está en manos del personal médico (el mismo que se restringe a cumplir su trabajo con mucha entrega y voluntad). El problema es el diseño y la ejecución de las políticas públicas y leyes, las mismas que no han sido pensadas con el fin de combatir definitivamente la violencia sexual.

El sistema jurídico, por lo tanto, está basado en una racionalidad masculina. Como analiza MacKinnon (1989), las violaciones a las mujeres no solo están relacionadas con el coito. Ellas son violentadas y subordinadas por el Estado el momento en que deben, a través de varios mecanismos de control, ser madres de niños productos de un abuso sexual. En estos casos, son los hombres o el poder masculino quienes están decidiendo la reproducción de las mujeres. Las instituciones públicas avalan la violencia sexual al no sancionar los casos de abuso intrafamiliar. Por la vía de distintos mecanismos burocráticos o estrategias de poder, los funcionarios de instituciones jurídicas retardan la resolución de los casos de incesto o de abuso por parte de parientes.

El derecho al aborto y las sanciones contra la violencia sexual, según MacKinnon (1989), son las realidades que las mujeres deberían sacar a la luz para contribuir a cambiar un sistema legal injusto. La familia nuclear heterosexual, las ideas conservadoras presentes en las instituciones del Estado y la imagen de madre sacrificada y abnegada que relega su propio cuerpo a causa del amor materno, impiden a las mujeres adolescentes violadas exigir su derecho al aborto o a la adopción de sus hijos. Cuando las leyes obedecen a intereses masculinos y patriarcales, las mujeres son ciudadanas de segunda clase (MacKinnon, 1989). Entonces, las costumbres, creencias y valores conservadores pesan más que la justicia.

A pesar de ello, el movimiento feminista en el Ecuador, actualmente reclama el derecho a la vida de las mujeres, la disminución de la mortalidad materna e infantil, la posibilidad de elección de la maternidad y el derecho al aborto¹. No existen, sin embargo, datos demográficos concretos del aborto ni sobre los lugares en donde las mujeres se los realizan.

Durante el año 2006, actrices del movimiento feminista y ONG que trabajan alrededor de los derechos sexuales y reproductivos propusieron la ampliación de las causales del aborto sin conseguir su aprobación. Incluso el Partido Social Cristiano pretendía abolir el legrado terapéutico. Existen fundaciones que apoyan a las mujeres que deciden interrumpir embarazos no deseados a través de ayuda emocional y un trato adecuado sin riesgos para sus vidas. Según ginecólogas entrevistadas que se encargan de estas ONG, la maternidad es una decisión y obligar a las mujeres a continuar con embarazos no deseados también es una forma de violencia².

A pesar de que existen estas alternativas, no todas las mujeres las pueden conocer, pues los grupos conservadores diseñan estrategias para que estos lugares dejen de funcionar, razón por la cual quienes trabajan ahí deben tener mucho cuidado con las personas que acuden en busca de ayuda. Esas mujeres tienen que ser referidas por organizaciones más amplias como la Coordinadora Política Juvenil (CPJ). Por lo tanto las mujeres de bajos ingresos, que no tienen acceso a esta información, buscan médicos ilegales y otros métodos que ponen en riesgo su vida. Este tema también debería profundizarse en un futuro estudio pues el aborto, a pesar de su ilegalidad, es un privilegio de mujeres de clases medias y altas. En este escenario, las políticas públicas de-

berían estar diseñadas para todas las mujeres, sin centrarse en el problema de la adolescencia. Posiblemente, dicha focalización es la que produce el crecimiento de embarazos tempranos; pues no resuelve el problema estructural de desigualdad. Por otra parte el Estado debería proveer empleo y una renta básica a las mujeres³ además de guarderías y facilidades a las nuevas familias que surgen actualmente.

A pesar de la emergencia de la construcción de un Estado basado en el modelo de Cuidador Universal⁴ (Fraser, 1997). Para construir una ciudadanía de las mujeres, ni el Estado ni otras instituciones de poder, pueden definir los modos de vivencia de la sexualidad. Según Bonan (2007) el rol del Estado debería estar enfocado a respetar los derechos y asegurar las condiciones sociales y materiales para su disfrute. La autodeterminación y el empoderamiento de las mujeres deberían llegar a ser bienes de toda la población en un escenario propicio para la realización de la ciudadanía. Según esta autora, los expertos en derechos sexuales deben integrarse al campo de debate de los derechos sociales, económicos y culturales, entre otros, y establecer un abanico de interlocutores y agendas de mayor amplitud.

Finalmente, es importante indicar que la biografía de mujeres de clase media a las que tuvimos la oportunidad de entrevistar con el colectivo “Mujeres, Ideas, Acciones” en el mes de octubre del 2006; es parecida a la historia de las mujeres adolescentes que acuden a la Maternidad. Existen eventos como la violencia intrafamiliar, la inestabilidad, las condiciones del embarazo, la atención en el parto, los sentimientos maternales y antecedentes de muertes que se repiten en sus vidas y en las historias de aquellas mujeres pertenecientes a otra clase social. Sin embargo, las madres que asisten al hospital público (a diferencia de las que tienen acceso a salud privada) no cuentan con la posibilidad de procesar sus vivencias, a través de conversaciones cotidianas, manifestaciones artísticas o formas de expresar su indignación (como por ejemplo protestas callejeras). Es necesario por lo tanto construir nuevas formas de resistencia y resolución de las maternidades adversas y también de aquellas deseadas que no cuentan ningún apoyo.

Notas:

- 1 Además cuestionan la familia heterosexual, todo ello en el marco de la Asamblea Constituyente del año 2008.

- 2 Entrevista # 11 enero, 2007
- 3 Muchas Federaciones de mujeres, actualmente propusieron llevar a la Asamblea Constituyente, la renta básica universal para mujeres mayores de 18 años.
- 4 Para la diversión” (Fraser, 1997:92).

Bibliografía



- Ardaya, Gloria y Miriam Ernst
2000 *Imaginario Urbano y Violencia Intrafamiliar*. Quito: Centro Ecuatoriano para la Acción de la Mujer.
- Bonan, Claudia
2003 “Sexualidad, reproducción y reflexibilidad en busca de una modernidad distinta”; en: Araujo Katia y Carolina Ibarra eds.; *Sexualidades y sociedades contemporáneas*. Santiago de Chile: Universidad Académica de Humanismo Cristiano.
- Bonan, Claudia
2007 “¿Es posible/deseable una ciudadanía sexual?. Construyendo marcos teóricos, políticos e históricos para el problema”; en Araujo Katia ed.; *Cruce de lenguas, sexualidades, diversidad y ciudadanía*. Santiago de Chile: LOM ediciones y Universidad Académica de Humanismo Cristiano.
- Borea, Alberto
1995 “El Poder Judicial como control para evitar la impunidad”; en *Serie de Estudios de Derechos Humanos*. Tomo II. Estudios Básicos de Derechos Humanos II. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Camacho, Gloria
2003 *Secretos bien guardados, jóvenes: percepciones sobre violencia a la mujer, maltrato y abuso sexual*. Quito: Centro Ecuatoriano para la Acción de la Mujer.
- Cuvi, María
1999 *Violencia contra las mujeres. La ruta crítica en el Ecuador*. Quito: OPS.
- Castro, René y Marco Antonio de la Parra
2003 *Mujeres, espejos y fragmentos. Antropología del Género y salud en el*

- Chile del siglo XXI*. Santiago: CIEG - Aconcagua.
- Collier, Jane, Maurer, Bill y Liliana Suárez
 2006 "Identidades Sancionadas: Construcción Legal de la Personalidad Moderna" s/c: s/e.
- De la Concha, Ángeles y Osborne
 2004 *Las mujeres y los niños primero. Discursos de la maternidad*. Barcelona: Icaria editorial.
- Egúez, Pilar
 2005 "Mujeres y Población" en; Prieto, Mercedes, ed. ; *Entre la Crisis y las oportunidades, mujeres ecuatorianas 10 años después del Cairo y Beijing 1990-2004*. Quito: CONAMU, FLACSO – Ecuador, UNFPA.
- Eliás, Norbert
 1989 *El Proceso de la civilización*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Fernandez, Paloma
 2002 *Diáspora africana en América Latina: Discontinuidad racial y maternidad política en Ecuador*. País Vasco: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Foucault, Michel
 1977 a *Historia de la sexualidad. Tomo 1: La voluntad de saber*. México: Siglo XXI
- Foucault, Michel
 1980 b *The subject and power*. Chicago University: of Chicago Press.
- Foucault, Michel
 1999c *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós
- Fraser, Nancy
 1997 *Iustitia Interrupta: Reflexiones críticas desde la posición postsocialista*. Santa Fé de Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Fuentes, Vásquez Lya Yaneth
 2001 "Representaciones de los cuerpos masculino y femenino, salud y enfermedad. Una revisión de los anuncios publicitarios del Excelsior 1920-1990". *La Otra Mitad # 9* (diciembre) p: 62-85.
- García M, Sayavedra G.
 1996 *Violencia Poderío y Salud de las Mujeres. Por el Derecho a Vivir sin Violencia. Acciones y Respuestas*. Bogotá: Red de Salud de la Mujer Latinoamericana y del Caribe.
- Guerra
 2001 Seminario de embarazos adolescentes. Quito: Programa de Atención a las Adolescentes del HOGOIA.
- Guy, Donna
 1998 Madres vivas y muertas. Los múltiples conceptos de la maternidad; en Balderston, Daniel y Donna Guy eds. ; *Sexo y sexualidades en*

América Latina. Buenos Aires: Paidós.

- Herrera, Gioconda
 2000 El género en el Estado: entre el discurso civilizatorio y la ciudadanía. *Íconos Revista de Ciencias Sociales* #11.
- Herrero Alonso, Carmen y Eugenio Garrido Martín
 2002 “Reacciones sociales hacia las víctimas de los delitos sexuales”; en Rolando, Santiago ed. ; *Delincuencia sexual y sociedad*. Barcelona: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Irigaray, Luce
 1994 “El cuerpo a cuerpo con la madre” *Revista Debate Feminista* #_10 (febrero) p: 32-45.
- Jelin
 1980 “Las familias en América Latina En Familias Siglo XXI” *Ediciones de las Mujeres* 20 (junio) 200-255.
- Lagarde, Marcela
 2002 *Los Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México D.F: Universidad Autónoma de México.
- Leclerc, Annie
 1974 *Parole de Femme*. Paris: Grasset.
- Lo Vuolo, Rubén M.
 1998 *La nueva oscuridad de la política social*. _Buenos Aires: Ciepp.
- Mannarelli, Emma
 1999a *Limpias y modernas. Género, higiene y cultura en la lima del novecientos*. Lima: Ediciones Flora Tristán.
- Mannarelli, Emma
 2003b “La domesticación de la sexualidad en sociedades jerárquicas”; en Kathia Araujo ed. ; *Sexualidades y sociedades Contemporáneas*. Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano y UNFPA.
- MacKinnon, Catherine
 1989 *Hacia una teoría feminista del Estado*. Madrid: Femismos.
- Miranda, Javier
 2002 Seminario Internacional Verdad y Justicia en procesos de paz o transición a la democracia. Bogotá: Oficina de Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
- Montesino, Sonia
 1991 *Madres y Huachos: alegorías del mestizaje chileno*. Santiago: Cuarto Propio CEDEM.
- Muratorio Blanca
 2005 “Historia de vida de una mujer amazónica: intersección de autobiografía, etnografía e historia” *Iconos, Revista de Ciencias Sociales*#

22 (mayo)

Olea, Raquel

2000 “Yo Landa, Abrir la Memoria a otros relatos”; en Nelly Richard, ed.; *Políticas y Estéticas de la Memoria*. Santiago: Editorial Cuarto Propio.

Pateman, Carole

1985 *El Contrato sexual*. Barcelona: Anthropos.

Petersen,

1980 Prohibido Hacer el Amor. *Revista Mujer*.

Scheper-Hughes, Nancy

1997 a *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ed. Ariel.

Scheper – Hughes Nancy

2000b “Demografía sin números”; en Viola, A. ed.; *Antropología del desarrollo*. Barcelona: Ariel.

Rance, Susana

2003 “Voces cambiantes del análisis de los discursos médicos sobre la anticoncepción post aborto”. ; en Cáceres Carlos y Marcos Cueto, eds.; *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano.

Rodríguez Magda, Rosa María

2003 *El placer del simulacro. Mujer, razón y erotismo*. Barcelona: Icaria editorial.

Velasco, Margarita

2005 Las niñas y adolescentes. En Mercedes Prieto ed. ; *Mujeres ecuatorianas 10 años después del El Cairo y Beijing*. Quito: FLACSO, UNFPA, UNICEF.

Vásquez, Sandra

2006 “El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso del misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes” en ; Susana Checa comp. *Realidades y Coyunturas del Aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós

Viveros, Mara

1995 “Saberes y dolores secretos, Mujeres, salud e identidad” en ; Luz Arango y Magdalena León com. ; *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y masculino*. Santa Fe de Bogotá: Género, Mujer y Desarrollo.

Waylen, Georgina

1994 *Women and democratization: conceptualizing gender relations in transition politics*. New York: World Politics.

Conversaciones citadas

Arguello, Sofía (2006) Clase de Taller de Tesis

Dupret, María Astrit (2006) Conversación personal

Viteri, María Amelia (2007) Sugerencias para mejorar la publicación vía mail

Historias de vida

Entrevista #5 realizada a adolescente anónima, 2005

Entrevista # 6 realizada a Susana Guijarro, 2006

Entrevista # 7 realizada a adolescente anónima, 2006

Entrevista # 8 realizada a auxiliar de enfermería, 2006

Entrevista # 9 realizada a adolescente anónima, 2006

Entrevista # 10 realizada a psicóloga de la Maternidad, 2006

Entrevista # 11 realizada a ginecóloga de la Maternidad.

Diario de campo Soledad Varea, 2006

Videos

Guayasamín, Igor (1980) *Cuerpo de Mujer*. Quito

Mayoya Films (2003) *El Toro por las Astas*, Buenos Aires