

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

FLACSO –Ecuador

Programa de Género

Convocatoria 2004-2006

**VOCES AUSENTES: MATERNIDAD ADOLESCENTE Y VIOLENCIAS EN
QUITO**

**Tesis para obtención de título de Maestría en Ciencias Sociales con mención en Género
y Desarrollo**

Postulante: Soledad Varea
Asesora: Mercedes Prieto

Quito, junio del 2007

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

FLACSO –Ecuador

Programa de Género

Convocatoria 2004-2006

**VOCES AUSENTES: MATERNIDAD ADOLESCENTE Y VIOLENCIAS EN
QUITO**

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

Postulante: Soledad Varea

Asesora: Mercedes Prieto

Lectoras: Gioconda Herrera y María Amelia Viteri

Quito, junio del 2007

ÍNDICE

Agradecimientos.....	3
Resumen	6
Capítulo I.....	7
Introducción.....	7
Capítulo II.....	11
La problematización de la maternidad adolescente en el Ecuador.....	11
2.1. Discursos maternos.....	12
2.1.1 Maternidad y crecimiento poblacional (1900-1960).....	12
2.1.2. Madres ilustradas e higiénicas (1960-1980).....	14
2.2. Maternidad adolescente (1980-2006).....	20
2.2.1 Intervención de los cuerpos adolescentes.....	27
2.2.2 Situación Actual de las adolescentes ecuatorianas.....	27
2.2.3 Creación del Programa de Atención a la Adolescencia del Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora	29
2.2.4. La SALA	30
2.3 Conclusiones.....	31
Capítulo III	33
Tensiones alrededor de la maternidad adolescente: discursos médicos	33
3.1. Discursos médicos: control de la fecundidad y cuerpo maternal	34
3.1.1 El control de la fecundidad y los embarazos subsecuentes	34
3.1.2. Maternidad y Familia	36
3.1.3. Derechos sexuales y sociales.....	40
3.1.4. Los derechos y la cotidianidad en la maternidad.....	40
3.1.5. Los estudios	46
3.1.6. Proyecto de vida	49
3.1.7. Maternidad y violencia.....	51
3.1.8. El abuso sexual y el embarazo.....	52
3.2. Conclusiones.....	58
Capítulo IV	60
Voces y prácticas adolescentes.....	60
4.1 El cuerpo maternal y la resistencia.....	60
4.2 Emociones y deseos maternos	63

4.3 Familias bricolages	73
4.5 Conclusiones.....	83
Capítulo V	85
Conclusiones.....	85
5.1. Ambigüedad de los discursos estatales.....	85
5.2 Resistencias de las jóvenes	87
5.3 La violencia y el poder masculino.....	88
Bibliografía.....	92

CAPÍTULO III

TENSIONES ALREDEDOR DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE: DISCURSOS MEDICOS

La pregunta que resolveré en este capítulo es ¿por qué a pesar de las políticas de control de la fecundidad, 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 / “pobre”. Sin embargo por la 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 son 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, sobre los cuales están inspiradas las políticas sociales, por parte de quienes trabajan allí. Es decir que, las resignificaciones, no necesariamente se corresponden con 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 Frazer (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.

3.1. Discursos médicos: control de la fecundidad y cuerpo maternal

3.1.1 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 Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, 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 sólo 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 han 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 descoordinamos 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 como dentro del Programa, el conocimiento médico es una verdad única e irrefutable. 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 dan a las adolescentes métodos anticonceptivos a penas dan a luz, sin previa consulta.

3.1.2. Maternidad y Familia

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 personal del Programa que generalmente no tienen eco en las decisiones de las adolescentes. Por lo cual ellas 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 anesthesiólogo... no le había ni conocido, es mayorcito. Me hacía con el dedo, me hacía en la frente y me hacía llorar”²¹.

Este maltrato probablemente se origina en la concepción, que tienen los profesionales, sobre las condiciones ideales para tener a sus hijos e hijas, con las cuales las adolescentes no cuentan. En efecto, muchas de ellas vienen de familias conflictivas que

²¹ Entrevista # 7, diciembre del 2005.

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 hijas²².

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 el mismo, el doctor No1 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 quién compete. 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 pares”(diario de campo, 2006).

²² Entrevista realizada # 10, enero del 2006

El doctor #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 sino los que podamos criar responsablemente. 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).

De esta manera el médico hablaba del momento “ideal” para casarse. Este depende del desarrollo adecuado de la identificación sexual y de una relación correcta de las personas con sus padres y madres. En su discurso pude observar un punto de vista prohibitivo de la sexualidad. Cuando se refería al peligro de los matrimonios que se constituyen solamente para tener relaciones sexuales; cuando menciona el peligro del VIH; las pruebas de amor y la homosexualidad. Instauraba así, el miedo y tabúes respecto al “deseo” que en la modernidad se oculta tras discursos médicos (Foucault, 1999).

Finalmente el profesional proponía que los adolescentes deben aprender 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.

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, pues existen explicaciones científicas que lo demuestran, 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 donde 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, como te percibes, como 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 como 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 la decisiones que las mujeres deben tomar sobre sus cuerpos y sus vidas, a continuación presentaré las prácticas alrededor de estas ideas:

3.1.3. Derechos sexuales y sociales

3.1.4. 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 como 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, como ya se ha mencionado en esta investigación, en América Latina la ciudadanía de las mujeres se construyó alrededor de la maternidad. Lagarde (2002) analiza como 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 maternos. Es por eso que en el Ecuador el ámbito reproductivo de las mujeres está ligado a la política, de esta manera 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 reproductivos²³. El estado, las feministas y los médicos siguen actuando, dialogando y disputando este campo de poder. Existen actualmente varios movimientos de mujeres de clase media que reclaman sus derechos sexuales y reproductivos a través de distintas maneras y cuestionan el hecho de 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 como para las mujeres adolescentes la maternidad es una forma de ejercer los derechos que no tienen en su vida cotidiana y como 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 Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1996. En mismas los estados partes

²³ 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.

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 Dr. 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 debieran 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 si 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. Es decir que por una parte ella invita a los y las médicos a comprender a las adolescentes embarazadas y por la otra parte les infantiliza a través del concepto de “riesgo”. También está presente la idea de que las mujeres adolescentes son ignorantes, 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 mi 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] autoconocimiento, 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 a 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 niña, en este sentido, 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 espaciamiento 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.

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 donde se también 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 ayude 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 le 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.

3.1.5. Los estudios

El derecho que las mujeres tienen 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 tal vez 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, fuera de la casa, cuidar a los niños y todos esos roles deben 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 quiere que ella [su pareja] estudie.

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 a 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 bajo parámetros y concepciones occidentales de estabilidad y progreso. En este punto Jelin (1997) 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 re- inserción 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 “reinserción social” presente en la Maternidad legítima la unión de la familia, en casos en los cuales las mujeres adolescentes se separan de sus hogares porque han sido víctimas de violencia masculina, exclusión o estigmatización, tal cómo relata 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. Estos Los hogares tienen mas 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 reinserción 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.

3.1.6. 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 para 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 obstetras 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 obstetras 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 trabajo 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 Jonson 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”... Y yo me pregunto si ese lugar parecido a una casita de muñeras (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 éstas 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. Es por eso que el “proyecto de vida” tan mencionado dentro de la Maternidad, que tiene sus orígenes en concepciones desarrollistas y civilizatorias de planificación y futuro, no se instala exitosamente en América Latina porque con se corresponde con nuestras realidades.

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, de esta manera 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, ley burguesa²⁴ ha “creado” nuevas identidades para que las mujeres no queden relegadas de los espacios de ciudadanía, en este caso la categoría: “madre adolescente”, es un nuevo “status legal”, que viene a ocupar lugares en lo cuales se delibera sobre los derechos. Pues tal 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 status 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 “status 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 sólo existían doce turnos diarios, es decir que si no conseguía uno debía regresar al día siguiente a las cuatro de la mañana. Las trabajadoras sociales al ver mi preocupación me dijeron: “si hubiera tenido menos de 18 años nosotros le habiéramos podido ayudar”. Pero 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 sólo 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).

3.1.7. 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 flexibilidad acerca de los derechos sexuales y reproductivos. Es así como 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 el 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.

3.1.8. El abuso sexual y el embarazo

Las madres abusadas que acuden a la Maternidad son tratadas psicológicamente para que acepten a sus hijos. Existen casos de incesto en 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 niña 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 habían 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 deseos²⁵”.

Según la perspectiva de Scheper – Huges (1997) ciertas prácticas maternas como la lactancia, el cuidado y el amor que dan las mujeres a sus hijos son culturalmente construidas. De esta forma ella 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. Sin embargo en los discursos presentes dentro de la Maternidad, siempre es posible amar a las hijas o hijos, 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:

²⁵ Entrevista #8, enero, 2006

“¿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 bebitos. 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 obligada²⁶.

“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 o 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

²⁶ Según perspectivas psicoanalistas, 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...

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 chinescos, cajas musicales, sacarle a un parque para que toque hojas secas, sacarle los zapatitos para que toque el césped, aparentemente en el desarrollo está bien. El problema es el peso, cuando cumpla ocho meses vuelve” (diario de campo, 2006).

En este tratamiento psicológico se puede observar como 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 2500 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, yo 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 era: 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 pasarlas 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 ponga 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 decida 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. et.al. (2006) las mujeres son sujetos tomadoras de 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 ellas 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 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.

Oculto y prohibido 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” (Jelin: 205).

Las adolescentes, según las concepciones médicas no son sujetos políticos tomadoras de decisiones, es así como 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 tener 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. Tu 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 tu 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 híbridos que por una parte reivindican el control sobre el propio cuerpo, la realización profesional y personal de la mujer y por la 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.

3.2. Conclusiones

En el Programa entonces 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 en base al discurso científico, por esta razón las mujeres 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, de países en donde la fecundidad se ha retardado al punto de convertirse en un problema; en donde las mujeres tienen educación gratuita y puesta de empleo. El problema de clase por lo tanto también está atravesado en estos discursos. Pues las clases medias y altas tenemos tiempo y medios para pensar en nuestra madurez psicológica y en complejos de edipo. Pienso que las mujeres que acuden a la Maternidad para dar a luz, manejan otras ideas y discursos referentes a la maternidad.

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 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, pues 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. Razón por la cual los procesos legales que se inician, generalmente no se concluyen y el violador queda libre, pues las mujeres – salvo en determinadas ocasiones- no encuentran apoyo fuera de los espacios en donde han sido abusadas, que generalmente son 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. En el Servicio de Adolescentes de la Maternidad Isidro Ayora conviven la idea de derechos de las mujeres y prácticas culturales en las cuales la madre- esposa es un símbolo hegemónico.