

**“Darle cariño”**

**Los sentidos de género y las experiencias de salud sexual  
en adolescentes y jóvenes embarazadas y madres usuarias del centro  
de Salud de Presidente Derqui.**



**“Give them care”**

**Sentiments of gender and the experiences of sexual health  
for pregnant and teenage mothers at the public health center of  
Derqui.**

**Tahira Khalid**

***Advisor: Nina Zamberlin***

***Fall, 2008***

**12 de diciembre de 2008**

**Buenos Aires, Argentina**

**SIT Argentina: Derechos Humanos y Movimientos Sociales**

## **Abstract**

The study of gender focuses on traditional social roles associated with the sexes and their subsequent forms and representations within society. Similar to topics such as class and race, gender can be used as a manner in which to investigate the constructs and confines of a culture. This study in particular chooses to examine the issue of adolescent pregnancy within Argentinean society from the perspective of gender norms. In particular, this project looks to examine the ways in which gender affects the experiences of sexual health for a number of pregnant adolescents and adolescent mothers who regularly visit a public health center in the town of Derqui outside of Buenos Aires.

The project begins by theoretically considering the manner in which gender impacts sexuality and how these impacts might manipulate practices of sexual health such as prevention. This section continues by examining the ways in which sexual health influences the possibility of adolescent pregnancy. Other social factors such as education, class and poverty are also discussed as additional influences. Specific to Argentinean culture, the project places particular emphasis on the strong gender tradition of motherhood. That is to say, this project recognizes the equation between the role of mother and woman as one of the most important in Argentina.

In the following section, this study uses the aforementioned theories and speculations to observe the ways in which gender, with respect to other societal factors, affects the experiences of sexual health for a group of women and adolescents at the public health center of Derqui. Primarily, this study offers a case profile of each participant which is then followed by an analysis of the observed ways in which gender impacted their experiences with sexual health. More specifically, the analysis focuses on education and prevention, traditional social roles, changes in life plans and pregnancy as a problem.

This paper ultimately determines that gender, as defined in Argentinean culture, assigns the role of mother and care-taker to women. This priority and gender tradition manipulates preventative practices of sexual health which often lead to themes such as adolescent pregnancy. In terms of the women of Derqui, a very important and culturally developed goal in life is to be a mother. Advanced levels of education and work are not as emphasized as motherhood. Thus, the age in which a woman becomes pregnant is not technically considered a problem as that is her essential purpose.

This project thus concludes that although the role of mother is a strong tradition within the culture, adolescents deserve to have more options in terms of education, career choices and goals. Should these youths have access to particular resources and encouragement, adolescent pregnancy would not be as prevalent in societies and towns such as Derqui. If these adolescents can be encouraged to accomplish more than just motherhood in their lives, they have the possibility to change oppressive gender constructs in society and advance the role of women in their culture.

## **Índice**

<i>Abstract</i> .....	1
<b>Índice</b> .....	2
<b>Agradecimientos</b> .....	3
<b>Introducción</b> .....	4
<b>Metodología</b> .....	5
<b>Marco conceptual</b>	
Mandatos de género .....	7
Genero y relaciones sexuales .....	8
Adolescentes y sexualidad.....	9
Sexualidad y salud sexual .....	10
El embarazo en la adolescencia en la Argentina.....	12
Factores sociales .....	13
<b>El caso de Pte. Derqui</b>	
La provincia pilar y el centro de salud.....	16
Sentidos de género.....	18
<b>Análisis</b>	
Prevención y educación.....	22
Roles de mujeres.....	23
Cambios de vida.....	23
El embarazo como un problema.....	24
<b>Conclusiones</b> .....	25
<b>Referencias</b> .....	27

## Agradecimientos

Primeramente, me gustaría dar gracias a mi coordinadora académica, **Paola Cymant**, por su información, todas las charlas de clarificación y por la conexión con el centro de salud. Sin esta conexión, no hubiera podido realizar un trabajo tan informado.

A **Nina Zamberlin**, mi consejera del proyecto. Gracias por los recursos increíbles, su tranquilidad en momentos de estrés, su elocuencia y sus palabras de sabiduría sobre el tema de género y salud sexual.

Muchísimas gracias al coordinador general del centro de salud de Derqui, **Dr. Mario Kornhauser**, mi “portero” al centro. Su ayuda e información era invaluable y esencial para mi proyecto. También, le agradezco a la partera del centro, **Anita Martínez**, una mujer admirable que me apoyó todo el tiempo y me incluyó en todo su trabajo. Nunca voy a olvidarlos ni a ustedes ni mi experiencia en el centro.

Estoy muy agradecida a mi profesora y consejera de español, **Magdalena Arata**. Gracias por su paciencia, su ayuda, su aliento y su amabilidad durante todo mi tiempo en la Argentina. Mi capacidad de conseguir este gran logro hubiera imposible sin vos.

A **las mujeres y adolescentes** de Derqui que participaron en este trabajo. Sus palabras y pensamientos dejaron un impacto profundo en mi experiencia y estudio de género. Un montón de gracias por su buena disposición y por compartir sus historias.

Gracias a **mis camaradas del programa** por su apoyo y amistad constante, por los tiempos de risas y por las memorias fenomenales. Por fin, gracias a **mi familia** por siempre darme cariño.

## **Introducción**

El término “género” se refiere a las representaciones tradicionales de mujeres y hombres dentro de una cultura. Como la raza y la clase, el género es un aspecto de la sociedad que impacta en todas las personas. Sin embargo, la construcción de género y su rol en la sociedad es la causa de mucha desigualdad, discriminación y tensión entre mujeres y hombres. Además, el género es muy pertinente para el estudio de las desigualdades en sexualidad y salud sexual. En particular, la práctica de sexualidad y salud sexual depende de las percepciones de género entre la gente en cualquier cultura. .

Las relaciones tradicionales describen que las mujeres tienen menos poder para tomar decisiones, elegir opciones y ejercer libremente sus derechos sexuales y reproductivos. Su vida sexual y reproductiva en general está afectada por su papel tradicional que implica una desigual distribución de roles y responsabilidades y que valoriza la maternidad como el proyecto de vida primordial de las mujeres.

Esta investigación intenta analizar la manera en que los mandatos de género afectan las experiencias de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes embarazadas que asisten al Centro de Salud de Derqui.

Casi el 11 por ciento de las mujeres entre 14 y 19 años son madres en Argentina. (Pantelides y Binstock 94) Aunque este porcentaje parece pequeño, el embarazo en este sector de la población es considerado un gran problema en todo el país por familias, adolescentes y por sus hijos. Las condiciones en que las adolescentes quedan embarazadas están asociadas a la falta de educación, el apoyo familiar, financiero y de las parejas.

Este proyecto observa e investiga el aspecto del género en adolescentes de Derqui, una localidad del partido de Pilar. En Derqui, el porcentaje de las adolescentes embarazadas supera con creces el nacional. Mucho trabajo con estas adolescentes se realiza en el Centro de Salud de Derqui. Los médicos en el centro trabajan mucho con las adolescentes embarazadas y el centro ofrece recursos para ayudarlas con su salud sexual antes y después de sus embarazos. Entonces, el Centro permite observar a las usuarias y discutir este tema con los médicos y adolescentes embarazadas. Con esta información, se pueden analizar los impactos y los patrones de género en adolescentes embarazadas en relación a la salud sexual.

El proyecto en sí mismo comienza con una explicación del concepto de género y sigue con información sobre los mandatos y roles típicos en la Argentina. Después, explica los temas de embarazo adolescente y salud sexual y asimismo, presenta el trabajo del centro de salud. De esta información, forma un análisis que aborda la cuestión de género y salud sexual en adolescentes embarazadas. Finalmente, considera otras posibilidades y puntos importantes que surgieron durante la investigación.

## **Metodología**

Cuando yo estaba pensando sobre un tema para mi ISP, sabía que querría realizar un proyecto sobre género y salud sexual. En mi clase de español, leí un artículo sobre la ley 26.150 de educación sexual y me interesó mucho. En ese momento, me di cuenta de que me gustaría hacer un proyecto que incluya género, educación sexual/salud sexual y adolescentes. Por un tiempo, fue muy difícil pensar en un tema que conectara esos tres aspectos. Sin embargo, cuando le presenté mis ideas a mi consejera general, ella me dijo que tenía un compañero que trabajaba en un centro de salud con adolescentes embarazadas. No habría realizado esta investigación sin la ayuda del coordinador del centro de salud, el Dr. Mario Kornhauser.

El Dr. Kornhauser es un ginecólogo que trabaja a menudo con adolescentes embarazadas y que supervisa todo el centro. Me parece que tiene un puesto muy alto en el centro, ya que toda la gente lo respeta. Por eso, pude observar y entrevistar adolescentes en una manera que no habría podido sin él. Él sirvió como un “portero” y con su ayuda, accedí a información muy pertinente para mi proyecto.

La mayoría de mi información está basada en mis observaciones en el centro. Para hacer estas observaciones, no necesité tanta ayuda del Dr. Kornhauser. Simplemente, fui al centro cinco veces y miré el ambiente, el trabajo y a la gente. Me fijé en las acciones y presencia de las usuarias, enfermeras y médicos. También, noté algunos procesos (como consultas) que yo observaba y carteles que leía. De esta manera, pude comprender el contexto de mi investigación y después, cómo funciona el género en este contexto. Aunque este trabajo fue claro y simple, no lo fue en su totalidad. Para hacer mi investigación, yo tuve que entrevistar a nueve mujeres: una adolescente embarazada, cuatro madres adolescentes, cuatro adultas embarazadas, además del médico y la partera. Tuve una guía de preguntas para cada persona

diferente y un grabador para registrar toda la información. Aunque me sentía preparada, fue difícil realizar las entrevistas.

En el centro, era inapropiado pedirle a alguna adolescente que hablara conmigo; no era mi sitio como una estudiante extranjera. Cuando ni el doctor, ni su secretaria, ni la partera estaban en el centro, no podía entrevistar a nadie. Durante estos periodos, solo podía observar el centro desde la sala de espera. No estaba permitido ver el “interior” del centro y mi accesibilidad estaba muy limitada sin un “portero”. Sin embargo, cuando el Dr. Korhauser estaba presente, él tenía el papel apropiado para pedirle a alguna adolescente que hablara conmigo. Asimismo, la informalidad del centro hacía complicado dirigirse a algo concreto y planeado. El centro funciona en su propio horario y tiempo y no podía cambiarlo. También, el centro está ocupado todo el tiempo y entonces, es muy raro tener una hora con un médico sin interrupciones. Estos momentos fueron frustrantes para mí porque no podía controlar nada. Sin embargo en este sentimiento estaba la solución; solo podía preocuparme sobre las cosas que podía controlar. Por eso, yo usaba la información que obtenía pero no lamentaba lo que no controlaría

Sin duda, pensamientos como estos y suposiciones de mi investigación influyeron en mi proyecto. Como una estudiante estadounidense, tengo una opinión sobre el embarazo adolescente muy afectada por mi cultura y mis privilegios. Aunque hay problemas de embarazo adolescente en los Estados Unidos, estoy acostumbrada a una experiencia muy específica que no me permitió entender lo que yo buscaba en el centro. Tendría que considerar mi investigación de una manera más abierta y comprensiva. Creía que podría formar una gran declaración sobre adolescentes embarazadas y género de mis entrevistas, pero la mayoría de mis entrevistadas no sabía mucho sobre las ideas de género o roles tradicionales. Mi trabajo era sacar conclusiones de sus palabras y pensamientos y buscar información. Además, necesité cambiar la estructura y mis percepciones.

No creo que mi presencia física en el centro haya influido mucho. Las adolescentes y médicos hablaban conmigo libremente y me parecía que no molestaba a nadie. A veces, podía ver que algunas adolescentes no entendían mis preguntas o se sentían incomodas pero nunca me interrogaron sobre mi proyecto, con excepción del Dr. Kornhauser y la partera. Creo que esto es porque todos los pacientes respetaban a los médicos y confiaban en ellos y por extensión, en mi presencia también.

## **Marco conceptual**

### **Mandatos de género**

Toda sociedad y cultura tiene aspectos que impactan en la vida de la gente. Estos aspectos y sectores de la sociedad son sutiles y penetran en las experiencias de la gente cada día. Un ejemplo de estos temas es el género. Esta investigación en particular, quiere explorar las ideas de género y roles tradicionales en Argentina y su impacto en la salud sexual. Con esta información, la investigación intenta entender cómo los mandatos de género afectan las experiencias de adolescentes embarazadas. Por eso, es importante en primer lugar explicar la idea de género y su significado en la sociedad de la Argentina.

En pocas palabras, el género es definido como la construcción social del sexo. El término “sexo” refiere a las características biológicas de una persona, por ejemplo, al hecho de que las mujeres produzcan más estrógeno y los varones, más testosterona. En este sentido, el sexo no es una construcción sino que está más claramente representado en los genitales de una persona. Por otro lado, la idea de género refiere a los roles tradicionales que son prescriptos a los sexos por la cultura. En cada sociedad hay características específicamente asociadas a mujeres y varones y estos roles son construidos por la sociedad y continuados por la gente como una tradición. “Género” es la palabra usada para explicar estas tradiciones, relaciones y representaciones de mujeres y varones. Por consiguiente, el desarrollo del género es un proceso complejo y sutil al que la gente está expuesta durante toda su vida. Además, el género afecta todos los aspectos de una vida. Como Eleonor Faur escribió en el prólogo a Riesgo reproductivo en la adolescencia “La construcción cultural de las relaciones de género define territorios sociales y culturales que asignan espacios, responsabilidades, actividades y recursos diferenciales para hombres y mujeres” (Faur 5). Tradiciones de género definen esferas, conductas y prácticas diferentes para hombres y mujeres y la percepción de estas diferencias forma relaciones de poder que crean discrepancias entre ellos. Entonces, el gran problema con el tema de género son las desigualdades y las discriminaciones que forman entre los géneros.

Históricamente, las mujeres no tenían los mismos derechos que los hombres solo a causa de su género. Ciertos pensamientos sobre género implican que las mujeres son débiles y que los hombres son fuertes. Esta simple idea crea una construcción de poder tan estricta que pone a las mujeres en una situación de

inferioridad con respecto a los hombres, tanto política como privadamente. A hombres y mujeres, estas tradiciones les designan un modo particular de vida. Edith Pantelides, Rosa N. Geldstein y Graciela Infesta Domínguez definen los roles de los hombres “como detentadores del poder y la autoridad y como proveedores y jefes de familia...” (Pantelides 53) y los roles de las mujeres “como desprovistas de poder y autoridad y como destinadas primordialmente al rol de esposas-madres” (Pantelides 55) En la Argentina, la idea de que las mujeres están destinadas a ser madres, cuyo espacio es el hogar, es particularmente pertinente. Para una mujer, existe un mandato cultural de tener hijos y cuando las mujeres llegan a ser madres, su responsabilidad es cuidarlos. En el mismo estudio, Pantelides, Geldstein y Domínguez escriben que “...la maternidad es parte importante del proyecto de vida de las mujeres: ellas son las que en mayor medida consideran que los hijos ‘son la razón de la existencia’ y el ‘fruto del amor’” (Pantelides 59). Éste es un ejemplo de la idea de “amas de casa”: mujeres que necesitan dedicar su tiempo, trabajo y amor a sus casas y a las personas con las que viven. Papeles como éste constriñen a las mujeres y refuerzan las desigualdades.

Un gran conflicto con los problemas de género es que están muy arraigados en la sociedad. Para muchas personas, el género no es una construcción sino un hecho. Entonces, no se pueden cambiar las desigualdades de género si no se las puede entender u observar. En general, es casi imposible vivir afuera de su género porque sería similar a vivir afuera de la sociedad, como un paria. De esta manera, la gente perpetúa los roles típicos. Entonces, para cambiar las restricciones y desigualdades de los mandatos de género es muy importante observar y entender exactamente la manera en que el género está exhibido en la sociedad, la cultura y cómo afecta vidas. Como se mencionó con anterioridad, esta investigación en particular pone el énfasis en los efectos de género en salud sexual.

### **Género y relaciones sexuales**

Como género y sexualidad<sup>1</sup> coinciden, son ejemplos claros de las diferencias entre los roles de mujeres y hombres. Tradicionalmente, las mujeres y los hombres tienen papeles sexuales distinguidos: los hombres son los que buscan y las mujeres, las buscadas. Es una relación de dominación y subordinación. Entonces, los problemas que surgen de esta relación son pertinentes en el ámbito de la salud sexual.

---

<sup>1</sup> En este proyecto la palabra “sexualidad” refiere a las prácticas sexuales influidas por aspectos de una cultura (como género).

En su discusión de las conexiones entre sexualidad y salud sexual, Ruth Dixon-Mueller escribe que

...las relaciones sexuales a menudo incorporan disparidades de poder basadas en la edad, la clase social, la raza, la jerarquía laboral (por ejemplo, relaciones como empleador-empleada, profesor-alumna, patrón-obrera), y también en el género. Tales diferencias incluyen desigualdades en cuanto a la fuerza física y el acceso a recursos materiales y sociales. (Dixon-Mueller 158)

Dixon-Mueller define la conexión entre prácticas de sexualidad y género: “Como un concepto biológico traducido por la cultura, la sexualidad se vuelve un producto social, es decir una representación e interpretación de las funciones naturales, aplicadas a las relaciones sociales jerárquicas”. (Dixon-Mueller 160) Esta es una explicación simple de la relación entre sexualidad (y por extensión, salud sexual) y género. Entonces, las relaciones y las prácticas de sexualidad entre parejas ilustran sus conocimientos sobre salud sexual. Este tema se transforma en una interesante esfera en la cual estudiar el género y una importante idea para investigar y asegurar la igualdad entre los géneros para mejorar las experiencias de salud sexual. Sin embargo, los temas de género no solo impactan a hombres y mujeres o adultos. De hecho, el desarrollo del género y las prácticas de salud sexual comienzan mucho más temprano. Hay que reconocer que estos problemas afectan a todas las personas, incluyendo a los adolescentes.

### **Adolescentes y sexualidad**

A diferencia de los adultos, los adolescentes son menores y están en una transición a la adultez. En otras palabras, los adolescentes están madurando pero sus vidas están dirigidas por sus padres. Sus niveles de madurez están creciendo y cambiando pero no tienen los mismos niveles que los adultos. Del mismo modo, ellos eligen participar en prácticas maduras (como prácticas sexuales) sin conocimientos de los riesgos físicos y emocionales. Los adolescentes experimentan los problemas con género y salud sexual pero no tienen los mismos recursos que los adultos para reconocerlos. Por eso, para realizar un cambio es importante tratar de aprender más sobre los impactos de género en las prácticas de salud sexual en adolescentes. En un artículo sobre perspectivas socio-antropológicas y embarazo adolescente Ariel Adaszko nota que la mayoría de los estudios sobre adolescencia, salud sexual y género discuten la idea que adolescentes no tienen la comprensión adecuada de salud sexual.

Señalan que, independientemente de otra consideración, todos los jóvenes comparten por igual una característica que opera catalizando negativamente los factores sociales: los jóvenes, se dice, aun no tienen la suficiente madurez psicológica y no poseen las capacidades necesarias para evaluar los costos de sus acciones. (Adaszko 34)

Además, los costos de las acciones no-preventivas pueden ser graves. Por ejemplo, sin el uso de anticonceptivos, alguien (no solo los jóvenes) puede contraer infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA y, en el caso de la mujer, puede quedar embarazada. Estos aspectos, especialmente el embarazo, son considerados problemas distintos cuando les suceden a adolescentes. Es decir que a causa de su edad, el embarazo adolescente es más un problema que el embarazo adulto.

La presencia de adolescentes embarazadas no es desconocida por la sociedad. Cuando la esperanza de vida era baja, el embarazo adolescente era un acontecimiento común, pero ahora, es considerado un problema porque los adolescentes pueden extender su juventud. Durante la adolescencia, es necesario ganar las experiencias que preparan a alguien para su vida como un adulto. Este proceso es interrumpido con la presencia de, por ejemplo, un bebé. Por eso, estudios de este tema tratan de entender las razones del embarazo adolescente como un problema en la sociedad.

Algunos factores que se consideran en estos estudios pertenecen a los ámbitos privados y públicos. En términos de embarazo adolescente, estas investigaciones se fijan en temas como la diferencia entre la clase baja y la clase alta, el nivel de la educación sexual que la persona recibió y la estructura de la familia nuclear. Estos estudios afirman que factores como estos inciden en el embarazo adolescente. Como se explicó con anterioridad, el tema de género y su función en la sociedad y la cultura impactan en este problema también.

### **Sexualidad y salud sexual**

Los roles tradicionales de mujeres y varones están asignados en la dimensión sexual también. Por eso, hay muchas expectativas desiguales entre mujeres y varones en sus experiencias sexuales, y aún más, en sus experiencias con salud sexual. Por ejemplo, el estereotipo indica que los varones están más interesados en el sexo y entonces ellos son responsables de cuidarse en la relación con anticonceptivos. El opuesto es que a las mujeres no les gusta tanto el sexo y entonces, ellas solo necesitan complacer los deseos de varones y si ellas tienen anticonceptivos, implica que ellas son “rápidas”.

Otro factor en el estudio de sexualidad y adolescentes son las diferencias entre motivos para tener relaciones sexuales entre hombres y mujeres. Las tradiciones culturales crean y permiten expectativas diferentes para mujeres y hombres en sus relaciones sexuales. Estas expectativas pertenecen a los papeles de género y reflejan las ideas generales de que mujeres son las amorosas y los hombres son los más sexuales. Por eso, la comprensión de alguna relación sexual entre adolescentes (y a veces, entre los adultos) puede ser desafiada por las diferencias entre expectativas. Como Edith Pantelides y Marcela S. Cerrutti escriben,

Las mujeres enfatizan el amor y el gusto por el otro y afirman argumentos en los que el compromiso afectivo está por encima de, o es el que fundamenta, el placer físico mientras los varones expresan el placer y el gusto de la relación sexual misma o la curiosidad. (Pantelides y Cerrutti 86)

Estas autoras mencionan que los varones en su estudio no asocian “sentimientos negativos” con su primera relación sexual pero un grupo de mujeres ha experimentado “presión, la obligación y aun la violencia como determinantes de sus iniciación sexual”. (Pantelides *et al.* 86) Dado que experiencias como éstas ocurren, la tradición de poder entre mujeres y varones es increíblemente evidente en estas relaciones. Es decir que el poder primeramente pertenece a los varones y las mujeres no tienen las mismas opciones sexuales. Los hombres poseen el control de las situaciones sexuales y las mujeres no pueden ajustar sus posiciones en este tipo de vínculo. Como Ruth Dixon-Mueller discute, “A menudo las niñas y las mujeres tienen escaso control sobre lo que les pasa en el plano sexual, es decir, sobre el acceso sexual que tienen los hombres a sus cuerpos, y sobre las condiciones en que se desarrollan los encuentros sexuales.” (Dixon-Mueller 158) Esta cita es como decir que las mujeres no tienen el mismo acceso a sus cuerpos que los hombres tienen. Además, el impacto de las desigualdades de género en la salud sexual está arraigado en la cultura y su continuación es como un ciclo. Si existen desigualdades, van a afectar las relaciones sexuales que en torno, manipulan las experiencias de salud sexual.

Los adolescentes, como un grupo vulnerable a la cultura que produce las desigualdades de género, participan y funcionan entre los parámetros de género. Las disparidades entre los géneros y sus roles en la sexualidad causan muchos riesgos como el embarazo adolescente. Sin acceso a la información sobre sexualidad y salud sexual, no se pueden evitar estos riesgos que los papeles tradicionales crean. El riesgo más común es la falta de prevención. En su estudio, Geldstein y Pantelides

encontraron que “La relación existente entre sostener imágenes de género tradicionales o modernas y la adopción de conductas de riesgo de embarazo no planeado aparece claramente en la práctica anticonceptiva”. (Geldstein y Pantelides 19) Como los roles tradicionales sugieren, los varones tienen el poder y entonces, el control sobre las decisiones en materia de salud sexual. A menudo, si ellos no tienen, no quieren usar o simplemente no piensan en anticonceptivos, la pareja no se cuida. Por supuesto, ellas tienen la misma responsabilidad de cuidar de sí mismas, pero como la cultura describe, las adolescentes que usan alguna forma anticonceptiva son consideradas “sucias” o demasiado promiscuas. Una reputación como ésta es elogiada en el caso de los varones pero no es apropiada para mujeres. Son dobles sentidos como éste los que contribuyen a los riesgos. Entonces, la seguridad de la relación está comprometida.

Muchos estudios en el pasado han especulado sobre las causas específicas de estos riesgos. Algunos dicen que es la falta de educación sexual o la inestabilidad de una familia. Curiosamente, Eleonor Faur cree que es algo completamente diferente, algo más en términos de los roles de género.

...esta investigación muestra que en muchos casos no es falta de conocimiento o información la que impide a las jóvenes una conducta de autocuidado y prevención, sino el pudor y la convicción de que una mujer no puede poner condiciones en la negociación de las relaciones sexuales. (Faur 6)

La creencia es que las mujeres, y las adolescentes especialmente, no tienen acceso a sus cuerpos sexualmente. Aunque esta idea es muy pertinente al estudio de la relación entre género y salud sexual, es importante reconocer que estas tradiciones no pueden existir sin la participación y compromiso constante de ambos géneros. Es fácil perpetuar la cultura de la sociedad donde una persona vive, especialmente cuando esta persona no es consciente de las disparidades. Entonces, los varones tienen el control de no permitir el acceso a las mujeres y es común que las mujeres acepten este problema. Por esa razón, es importante estudiar una cultura y cuestionar las estructuras injustas en vistas a ganar más igualdad.

### **El embarazo en la adolescencia en la Argentina**

En la Argentina, específicamente, los mandatos de género son un fuerte aspecto de la cultura y donde los papeles son fuertes, las desigualdades son fuertes también. Todos los riesgos afectan a los adultos y a los adolescentes. En un folleto distribuido por la organización de FEIM (Fundación para el Estudio e Investigación

de la Mujer), los roles de género en la Argentina están descritos para una audiencia adolescente. “Cuando somos adolescentes, nos dicen que los varones tienen que tener la iniciativa para tranzar”, “Si la mujer lleva forros es una rápida”, “A las mujeres que salen con muchos varones les dicen gatas, a los varones que salen con muchas chicas les dicen machos”, “Los varones siempre tienen que estar dispuestos a curtir” y por fin “A las mujeres siempre alguien nos tiene que cuidar, los varones se cuidan solos.” (¿Tenes idea de que hablamos cuando hablamos de género?) Este folleto es una buena descripción de las desigualdades entre adolescentes que puede contribuir al tema de embarazo adolescente.

Históricamente, el embarazo adolescente fue reconocido como un problema hasta los años 50-60. En esos años, 50 de cada 1000 mujeres entre las edades de 15 y 19 tenían un hijo. Sin embargo, el periodo más alto de embarazo adolescente fue a fines de los 70 y comienzos de los 80, cuando 81 de cada 1000 mujeres tenían hijos. (Geldstein y Pantelides 9). En la actualidad, el nivel de fecundidad adolescente cayó pero sigue siendo un problema. Por eso, hay muchos estudios que intentan explicar los factores que contribuyen al embarazo adolescente para mejorar la situación. La mayoría de estos estudios se enfocan en temas de sociedad, lo que implica que el embarazo adolescente es un problema social. Asimismo, es muy importante reconocer que las experiencias sexuales son totalmente diferentes entre adolescentes de costumbres y vidas distintas. Graciela Irma Climent desarrolla esa idea y menciona que “Las dificultades en el enfrentamiento de la maternidad adolescente derivan del medio sociofamiliar en el que éste se produce.” (Climent 16) Entonces, no se pueden generalizar conclusiones sobre el embarazo adolescente aunque es muy interesante notar algunos de los factores.

### **Factores sociales**

El factor más discutido es el tema de clase. Prácticas de salud sexual entre parejas adolescentes de la clase media/alta se cuidan más que las parejas adolescentes de la clase baja. Edith Pantelides y Rosa N. Geldstein especulan que es más probable que los adolescentes de la clase baja empleen los roles de género tradicionales y entonces, no usen anticonceptivos en sus primeras relaciones sexuales. (Geldstein et al. 19) Además, las parejas de clase media y/o alta tienen una idea más igualitaria de los géneros que las parejas de clase baja. Edith Pantelides, Rosa N. Geldstein y Graciela Infesta Domínguez crearon un gráfica que ilustra esta información. Ellas estudiaron a un grupo de 179 adolescentes de “estrato bajo” y un grupo de 207

adolescentes de “estrato media”. Del “estrato bajo”, el 63,7% de varones y el 53,6% de mujeres creían que el rol de los hombres es “trabajar y mantener la familiar” mientras que el 32,6% de varones y el 28,6% de mujeres del “estrato media” piensan lo mismo. Del “estrato bajo”, el 67,5% de varones y el 57,6% de mujeres piensan que el rol tradicional de las mujeres es “ser madre y amas de casa”. Del “estrato media”, 30,9% de varones y 23,2% de mujeres lo piensan. (Pantelides *et al.* 56) Claramente, hay diferencias entre las clases y sus percepciones de género. Sin embargo, detalles como éste revelan las discrepancias entre las clases. Es evidente que los dos grupos experimentan vidas cotidianas diferentes y que los adolescentes del estrato medio/alto tienen acceso a recursos diferentes que los adolescentes del estrato bajo. Por eso, es necesario considerar el aspecto de la pobreza como un tema muy específico a los adolescentes de la clase baja que influye en los patrones de género y salud sexual. En su conclusión, Pantelides y Geldstein muestran que “ni las imágenes de género igualitarias ni las conductas sexuales de cuidado son posibles en las condiciones objetivas que impone la pobreza extrema.” (Geldstein *et al.* 40) La pobreza limita las capacidades de que los jóvenes tengan acceso a recursos como la educación que puede, eventualmente, llevar el tema de género hacia la igualdad.

En efecto, el tema de la educación puede tener un grave efecto en el embarazo adolescente. Si los adolescentes tienen recursos para asistir a clases y si el colegio es una prioridad, la probabilidad de embarazo es menor. Georgina Binstock y Edith Pantelides estiman que “Por un lado, la probabilidad de ser madre [adolescente] entre las analfabetas es más del doble que entre las que no son. Por otro lado, el acceso al nivel secundario, y más aún completarlo, disminuye significativamente la probabilidad de tener hijos en la adolescencia.” (Binstock *et al.* 109) El trabajo de Rosa N. Geldstein pone más énfasis en los roles de los adolescentes masculinos y establece relaciones entre la falta de educación y discrepancias en prácticas sexuales para hombres.

La persistencia de ideas machistas en el plano sexual y de asimetría en las relaciones de género son mediaciones socioculturales entre la desigualdad de oportunidades sociales- en este caso la posibilidad de completar al menos el nivel de educación media- y el riesgo sexual y reproductivo. (Geldstein, 20)

Entonces, el papel de la educación en las vidas de las mujeres puede prevenir el embarazo adolescente y para los varones, puede ser una manera de disminuir la presencia de machismo y desigualdades. Más específicamente la educación sexual es

muy importante para preparar a los adolescentes que quieren empezar relaciones sexuales ya que pueden entender más sobre anticonceptivos, seguridad, enfermedades asociadas con las prácticas sexuales y por eso, comprender sus cuerpos, sus emociones y los derechos de ambos.

Sin embargo, en todos los casos hay un elemento del contexto. A menudo, el contexto más inmediato de la gente son sus relaciones familiares. Las prácticas y creencias de una familia pueden distinguir los roles de cada persona y por eso, sus proyectos de vida. Por ejemplo, una madre que tuvo hijos durante su adolescencia puede influir en su hija para que tenga hijos en su propia adolescencia. Por el otro lado, los adolescentes pueden sufrir de los problemas de educación si sus padres no hacen cumplir estas metas. Algunos estudios especulan que la presencia de una figura paterna afecta la tasa de embarazo adolescente. Algunas académicas piensan que las expectativas de género “dentro de la pareja y familia” determinan las responsabilidades- como el uso de anticonceptivos- en una relación sexual. (Pantelides *et al.* 99) Como el género, las relaciones familiares son sutiles factores que impactan en la salud sexual.

Todos estos aspectos contribuyen al tema del embarazo adolescente en alguna forma y es difícil decir cuál, si hay alguno, afecta el tema más que los otros. Es posible que estos temas sean factores iguales en el gran debate de salud sexual. Sin embargo, es importante contemplar todos los factores para entender la complejidad del embarazo adolescente.

\*

\*

\*

El género es un factor fuertísimo en el estudio de embarazo adolescente. Las desigualdades de salud sexual, especialmente el tema de género, llegan a ser un ciclo en la situación del embarazo adolescente. Es decir que, aunque la sociedad reproduce y reafirma los mandatos de género, si los adolescentes no aprenden sobre estos temas y opresiones, no pueden cambiar las desigualdades que ellos enfrentan. El proceso es así: dado que los adolescentes actúan entre las condiciones de género antes del embarazo, asumen estos roles después del embarazo también. En este momento, los jóvenes tienen que cumplir los roles de madre y padre. Tradicionalmente, los hombres son considerados “las cabezas”, la persona que controla todo (familia, trabajo, dinero, etc.) mientras que las mujeres son las “cuidadoras”, las personas más responsables del bienestar de todo (familia, casa, comida, etc.). Cuando ellos asumen estos roles, perpetúan el ciclo de género. En turno, el sistema empeora las

desigualdades entre mujeres y hombres. El problema con este detalle es que los adolescentes van a ser el futuro. Los jóvenes tienen la capacidad de causar un cambio y progresión, especialmente de los sistemas de desigualdades. Si ellos no reconocen algunas de las restricciones de la cultura, no pueden obtener derechos y con eso, mejorar sus vidas.

No se debe generalizar la vida de los adolescentes. Hay muchos factores que afectan la práctica de roles tradicionales. Para entender más la manera en que el género afecta las vidas personales de embarazadas adolescentes, este proyecto pone énfasis en las prácticas de las adolescentes embarazadas usuarias específicamente del Centro de Salud en Derqui. El centro permitió observar el trabajo de los médicos y enfermeras así como también entrevistar a las usuarias del centro. De esta manera, se puede percibir un sentido de los efectos de género sin asumir los casos y experiencias del todo. Con la información primaria y la información de otros estudios, esta investigación observa, analiza y desarrolla los temas de género, adolescencia y embarazo.

## **El Caso de Presidente Derqui**

### **El partido de Pilar y El Centro de Salud de Derqui**

La municipalidad de Pilar fue formalizada como un partido en 1774 y está localizada al este de la ciudad de Buenos Aires. Funciona con un gobierno municipal y hay 232.463 ocupantes entre sus diez barrios. Uno de estos barrios es Pte. Derqui. Pte. Derqui tiene una población de casi 80 mil personas. Es pequeño: los edificios no tienen más de dos pisos. Sin embargo, Derqui está ocupada como una ciudad, con muchos tipos de tiendas y empresas. Hay calles principales, el centro de la ciudad, una comisaría, un colegio, una estación de ferrocarril y el centro de salud.

El Centro de Salud en Derqui es un edificio blanco localizado en una calle tranquila de la ciudad. Según su página Web, el centro de salud ofrece “campañas de vacunación, asistencia en primeros auxilios, traslado de pacientes a los hospitales y atención médica a todos los ciudadanos”. (“El Municipalidad de Pilar” sitio de Internet) El último detalle es lo más importante sobre el centro de salud. El centro es público y su propuesta es servir a toda la gente, sin discriminación. Además, todos los servicios son gratis y el centro está abierto todo el tiempo. A diferencia de los hospitales y médicos privados, este centro de salud permite el acceso a los recursos que la gente no tiene de otra manera. El coordinador general del centro, Dr. Mario

Kornhauser cree que el centro de salud de Derqui es “la cabecera” de la región (de Pilar).

Hay 61 personas que trabajan en el centro de salud Derqui. De estas 61 personas, algunos son profesionales y otros, no. Es decir que hay una diferencia entre los que tienen licencias y los que no tienen. Las no profesionales consisten en las enfermeras que ayudan a los médicos y hacen mucho del trabajo de organización. En este sentido, las enfermeras son los corazones del centro. Los profesionales son los médicos de muchos tipos: médicos cardiólogos, diabetólogos, nutricionistas, obstetras, ginecólogos, pediatras y médicos generales. Asimismo, hay patólogos y psicólogos que trabajan en el centro. Con un grupo de médicos así, el centro ofrece muchos servicios a los ciudadanos. El Dr. Kornhauser explica que el centro opera en el primer nivel, es decir, de “mediana complejidad”. Esto significa que el centro “no tiene un lugar para internación”. Entonces, los pacientes no pueden quedarse en el centro. Si hay pacientes que necesitan más atención, el centro tiene acceso directo al nivel de mayor complejidad- los hospitales.

Es común observar en lugares como Pilar una gran influencia de la iglesia. Como la mayoría de los argentinos, la gente de Derqui es principalmente católica. La religión puede tener un impacto en los centros de salud e información que les distribuyen. No obstante, el centro de Derqui “es completamente ateo” (Dr. Kornhauser, 14 diciembre 2008). Por lo tanto, la iglesia no puede controlar o prohibir las prácticas del centro. Esto es importante porque es posible que la iglesia esté en desacuerdo con los procesos más útiles del centro, por ejemplo, con los recursos de prevención que el centro ofrece para los menores.

En términos de salud sexual, el centro ofrece muchos servicios para toda la gente, incluyendo a los/as adolescentes. En un lugar como Pilar, esta inclusión es muy grave porque el 30% de las adolescentes en Derqui están embarazadas. (Dr. Kornhauser, 14 noviembre 2008) Para disminuir esta tasa de embarazo, el centro apoya a los adolescentes con anticonceptivos e información sobre salud sexual. Para mujeres específicamente, el centro recibe anticonceptivos del Ministerio de Salud de la Nación. El Ministerio proporciona anticonceptivos en formas de pastillas, DIU y inyectables. El acceso a estos recursos es increíblemente fácil. Una adolescente solo necesita hacer una consulta con un médico (como un ginecólogo) una vez. Los médicos dan gráficos a los pacientes para recordar el uso de los anticonceptivos y después pueden recibir pastillas, inyecciones o cualquier cosa completamente gratis.

Solo tienen que visitar el centro, mostrar sus gráficos a una enfermera para marcarlos, y reciben los anticonceptivos. Dado que el centro ofrece recursos como este, la tasa de embarazo adolescente debería ser más baja, pero como se describió con anterioridad, hay muchos aspectos de la sociedad que limitan las prácticas de salud sexual. En Derqui específicamente, el género desempeña un importante rol en las experiencias de adolescentes embarazadas.

### **Sentidos de género**

El género había determinado la manera de vivir de las mujeres y las adolescentes del centro de salud Derqui. Los proyectos de vidas de estas personas están formados por las barreras y los impactos de género. De hecho, el aspecto de género define las prioridades y los cursos para estas chicas. Por eso, los efectos del género están aumentado en una manera sutil, y las adolescentes y mujeres no sospechan la fuerza de su impacto. Parece que ellas no consideran al género como una forma de opresión; ellas entienden género como sus vidas naturales. En particular, las experiencias de género para cinco adolescentes y cuatro adultas fueron fuertes ejemplos del impacto de género en la salud sexual.

Yisera tiene diecisiete años y su nena, cinco meses. Parece que Yisera puede salir o disfrutar como otras adolescentes pero en realidad, su primer trabajo es cuidar a su bebé. A ella no le gusta salir o bailar porque los boliches son sitios para “tener sexo” y “emborracharse”. Si ella quiere divertirse, ella camina o pasa tiempo con sus amigos y sus bebés. Sin embargo, la mayoría del tiempo, Yisera está ateniendo a su bebé. Cada día, Yisera visita el centro para obtener elementos como pañales y leche. La excepción a esta rutina es cuando ella asiste a clases a la noche. Durante este tiempo, su madre cuida a la bebé. Además, a Yisera no le falta alguna ayuda de su pareja. Durante el día, él trabaja. Su marido juega con la bebé y la mantiene, pero nunca limpia la casa o cocina. Ellos van a casarse en febrero y Yisera piensa que nada va a cambiar porque todo va a ser lo mismo. Lamentablemente, no le gusta la madre de su marido porque ella es protectora de su hijo menor, aunque él tiene 20 años y Yisera solo tiene 17. Cree que las diferencias entre las edades de mujeres y varones es común porque su hermana, de 13 años, comenzó a tener relaciones sexuales con un varón de 19 años. La pareja no le molesta a Yisera ya que, como explica con mucha frecuencia, los varones de mayor edad son más responsables que los varones menores. Si algo pasa, como un embarazo, ellos no van a tener miedo y el miedo, según las palabras de Yisera, es la razón por la cual los varones abandonan a sus novias

embarazadas. Relaciones como estas son aceptadas por la mayoría de la gente. Yisera cree que “las madres dan felicitaciones cuando sus hijas tienen relaciones.” (Yisera, 14 noviembre 2008)

En su primera relación, Yisera no usó anticonceptivos pero nunca explicó el porqué. En su actual relación, ella usa pastillas pero quedó embarazada porque olvidó tomarlas. Entonces, su embarazo no fue planeado pero ella se sintió preparada. Toda su vida ella cuidó a sus hermanos y aparentemente no hay mucha diferencia entre ellos y su bebé.

Erica también usa las pastillas del centro pero no discutió las razones de sus dos embarazos. Ella comenzó a tener relaciones cuando tenía catorce años pero el primer embarazo ocurrió cuando tenía diecisiete. Ahora, está casada con el padre de sus hijas y él actúa bien con ellas. “Sí, él limpia. Él lava los platos o lava a la gorda.” (Erica, 25 de noviembre 2008). Sin embargo, Erica bromea que cuando él tiene hambre, está de mal humor y entonces no tiene paciencia para ayudar. Su impresión de un padre ideal son aquellos varones que “enseñan bien las cosas y no enseñan los golpes”. (Erica, 25 de noviembre 2008) Parece que a ella le gusta tratar a sus hijas como una madre ideal. En sus palabras, una madre ideal es una mujer que hace todo para su hijo, a ser totalmente amorosa. Asimismo, Erica tiene tiempo de estudiar para ser una profesora de educación física. Explica que cuando quedó embarazada, sus padres tenían miedo de que ella dejara su educación. Al principio, sus padres estaban furiosos. “Me querían matar...” Erica dice “...más por el hecho de que tenían miedo de que dejara de estudiar.” (Erica, 25/11/2008) Ahora, Erica tiene 20 años y una familia. Todo esto es normal. Ella dice que “seguimos con lo mismo pero ahora tenemos hijos. No cambiamos mucho.” (Erica, 25/11/2008).

Tamara tiene dieciséis años y dice que todavía puede salir e ir a bailar. Ella comenzó a tener relaciones cuando tenía doce años con un varón de quince años. En esta relación, la pareja no usaba ningún tipo de anticonceptivo. Tamara expresa que no le gustaba usarlo aunque también puede entender que era peligroso. Ella se justifica en el desconocimiento: antes de esta edad, nunca había recibido información sobre salud sexual con excepción de sus charlas con su hermana. Sin embargo, ella se sentía cómoda durante su primera relación porque “estaba enamorada”. (Tamara, 25/11/2008) Ahora, ella no asiste a clases y solo tiene educación hasta su séptimo grado. Su día consiste en levantarse, limpiar la casa y cocinar. Su novio, que tiene 23 años, trabaja en un kiosco. Él ayuda, a veces, a lavar y a limpiar pero ella

principalmente cuida a la bebé. Aunque ella tiene la mayoría de la responsabilidad, no le parece que sea difícil criar a un bebé. “Algunos tienen paciencia y algunos no, y yo tengo.” (Tamara, 25/11/2008) También ella declara que tiene hermanos y como Yisera, su cuidado la preparó para su rol de madre.

Jessica también solo tiene dieciséis años. A diferencia de Tamara, ella comenzó a tener relaciones a los quince. Además, Jessica está embarazada. Por eso, no asiste a clases. En vez del colegio, ella se levanta y limpia la casa. Pero es posible que esta situación no le moleste mucho porque sus pensamientos de una madre ideal es una mujer dedicada a “prestar atención a sus hijos y limpiar la casa.” (Jessica, 25/11/2008) Su percepción de un padre ideal es la de un hombre que trabaja afuera de la casa. No es claro si su novio trabaja. No recibe ninguna ayuda de su pareja con excepción de las veces cuando ella quiere comer algo especial. Parece que no hay una buena explicación para la ausencia de este hombre, que tiene veintidós años, y Jessica solo dice que su novio “está ocupado”. Ellos viven separados y a veces, su novio sale mientras que Jessica nunca lo hace. Es casi como estar sola; Jessica toma todas las decisiones sobre su salud y la salud del bebé y va a cuidarlo sola aunque sus padres reaccionaron bien cuando ella les dijo sobre su embarazo y entonces, la deben de apoyar. Sin embargo, la única persona que apoya a Jessica es la amiga que visitó el centro con ella. Cuando se le preguntó sobre las dificultades de tener hijos, su amiga declara que “ella no sabe cómo criar, ella está criando.” (25/11/2008)

Laura tenía catorce años cuando empezó su primera relación con su novio de veintidós años. Ellos no usaban anticonceptivos y Laura cree que la falta de prevención fue porque ella “no era consciente” (Laura, 25/11/2008) de estas cosas. También, nunca recibió información sobre salud sexual y expresa que como sus padres se separaron, ella no tuvo una madre que la ayudara con estos temas. Posiblemente, la separación de sus padres influyó en la formación de sus pensamientos sobre una madre y padre ideal. Laura explica que si la madre es soltera, debe trabajar pero que si ella tiene un marido, ella puede mantener a su hijo y el padre puede trabajar. Sin embargo, Laura no piensa que haya un padre ideal. “Si trabajan no pasan tiempo con sus hijos y si no están trabajando, están tomando.” (Laura, 25/11/2008) En términos del padre de su bebé, él trabaja y la ayuda con su hija durante los fines de semana. En vez del padre, las hermanas de él la ayudan con la nena. No obstante, Laura cuida a su hija y pasa “todo el día con ella” (Laura, 25/11/08). Durante toda la entrevista, Laura expresó un sentido de independencia. Sus

padres no dijeron nada sobre su embarazo porque ellos están separados de sus hijos. También, ella mencionó que no le gusta salir, pero si quiere, puede porque tiene “libertad”. Casi siempre, Laura está con su hija y explica que es fácil criar a un bebé. “Solo amas a tu hijo” (Laura, 25/11/2008)

Algunas personas tienen explicaciones para las prácticas de adolescentes embarazadas. “Para ellos, es un juego. No piensan”, especula Débora, una mujer embarazada de veintitrés años. Sus compañeras, también embarazadas, piensan lo mismo. Además, ellas creen que el tema del embarazo adolescente es debido a la falta de información, madurez y dirección de los padres. Natalia, una mujer soltera, describe que “...es la curiosidad que tienen. A ver qué, qué es lo que pasa. Pero no les importa, no preguntan. Curiosidad, experimentar algo. Sin preguntar a alguien.” (25/11/2008) También, ella cree que las chicas adolescentes quieren parecer de mayor edad. Es decir que sus comportamientos reflejan la edad que quieren. Al parecer, ellas creen que la situación del embarazo adolescente es una cuestión de responsabilidad. Luz, una mujer de veinticuatro años, dice; “Ellos creen que se saben todo. Entonces, se equivocan.” (25/11/2008)

Es claro que ellas tienen un sentido menos ideal sobre el embarazo adolescente. Débora y Natalia son solteras y han experimentado las dificultades de esto. A diferencia de las adolescentes, Natalia reconoce que tener un hijo es mucho trabajo. En términos de los padres, ella expresa que “Se dio cuenta que es más fácil. Es más fácil dejar una mujer cuando no tiene responsabilidad-como no cargan... Pero se van y yo tengo más responsabilidad.” (25/11/2008)

Para las que tienen maridos, la presencia de ellos es útil. Para Luz, su marido hace mucho. “Tuve reposo y el gordo lavaba la ropa y cocinaba y él trabajaba. No me dejaba salir, él me ayuda un montón, gracias a Dios”. (25/11/2008). Sandra, quien también tiene un marido, vive con él pero recibe mucha ayuda de su suegra. Ella insiste en que su marido la ayuda, pero él es más como un “protegido de la familia”. (25/11/2008) Aunque estas mujeres mayores se separan de las adolescentes, es interesante notar que los dos grupos creen que una mujer ideal es como una madre ideal: una madre que “cuida”, “se queda”, “ama”, “mantiene”, “presta atención” y “da cariño”.

## **Análisis**

### **Educación y prevención**

El embarazo adolescente se debe a una falta de información y recursos. Si los adolescentes no tienen acceso a educación sobre prácticas sexuales y a anticonceptivos, es más probable que pongan sus cuerpos y acciones en peligro. El centro de Salud Derqui suministra cursos sobre educación sexual en el colegio y ofrece anticonceptivos gratis. Es necesario entonces determinar las razones para la estatura del embarazo adolescente en la localidad de Derqui.

En primer lugar, la mayoría de las adolescentes de Derqui niegan haber recibido información sobre salud sexual. Algunas jóvenes decían que habían tenido un curso en sus escuelas, pero fue más común escuchar que recibieron “información” de sus amigas o familia de la misma edad (como hermanas y primas). Con frecuencia, este tipo de comunicación no es información sobre anticonceptivos y los procesos del cuerpo físico y mental sino como charlas entre amigas. Además, todas estas chicas tienen amigas con hijos. Es claro observar que el tema de prevención no es un tópico tan fuerte en estas discusiones sobre salud sexual. Entonces, las adolescentes de Derqui no reciben suficiente información sobre salud sexual aunque el centro intenta enseñarles sobre este tema. Esencialmente, este hecho muestra que las prioridades del tema de prevención deben ser un cambio privadamente y públicamente. Sin embargo, la necesidad de obtener esta información solo es una parte del tema del embarazo en Derqui.

El mayor problema es que no hay un movimiento serio para prevenir el embarazo específicamente. No se pone énfasis en la idea de que los anticonceptivos son una necesidad, que los anticonceptivos son la parte más importante del cuidado en una relación sexual. De todos modos, nadie discute con las adolescentes sobre sus opciones afuera de sus roles tradicionales. Es decir que estas adolescentes saben que sus expectativas son ser una madre. La posición de una madre es típicamente la meta de una mujer en Derqui. Entonces, el problema de Derqui con frecuencia es la indiferencia a las razones para usar anticonceptivos. El embarazo no está visto como una amenaza porque la única opción para ellas es ser una madre. Asimismo, no existe una diferencia entre ser una madre a los dieciséis o veintiséis.

## **Roles de mujeres**

Las conductas peligrosas y los riesgos de las relaciones sexuales para las adolescentes en Derqui se deben al rol típico de una mujer y, por otra parte, lo que la cultura espera de ellas. Para clarificar, el mandato de género para mujeres es aspirar a ser madres. El trabajo de la madre es tener hijos, cuidarlos, alimentarlos, enseñarles y mantener el hogar. La edad en la cual este trabajo se inicia no es una consideración tan grave. Curiosamente, el otro extremo es más inusual y genera discrepancias. Es raro para una mujer tener hijos y trabajar o estudiar afuera de la casa. Del mismo modo, es increíblemente extraño que una mujer no dé a luz. En Derqui, dos de las madres adolescentes estudian y una de las madres trabaja como voluntaria en un jardín durante los fines de semana. Las otras no trabajan o estudian afuera de la casa, aun cuando ellas deberían estar estudiando en estos años. Sin embargo, en vez de educación o algún otro curso de vida, ellas siguen con el curso de maternidad. Simplemente, las otras opciones no están presentes en sus vidas.

Es interesante notar que, si ellas no asisten a la escuela, las rutinas cotidianas de las adolescentes de Derqui representan las mismas responsabilidades de una madre aún antes del embarazo. Estas adolescentes tienen que levantarse, cocinar y limpiar sus casas. Si ellas no tienen hijos, es probable que tengan hermanos y los cuiden. Cuando ellas tienen sus propios hijos, ellas pasan todo el día en sus presencias con respeto a sus otras obligaciones. Entonces, es fácil ver que estas adolescentes llevan una vida determinada por sus roles tradicionales sin mucha flexibilidad para cambiar. También, se puede notar que no hay una gran distinción entre las expectativas de sus vidas antes y después de la maternidad y entonces el embarazo adolescente no cambia nada para ellas.

## **Cambios de vida**

A menudo, es simple entender que la presencia de un bebé cambia mucho una vida. En un momento, alguna persona llega a ser responsable de otra. Se necesita modificar su manera de vivir en todos modos. Este detalle sirve como un punto muy difícil para padres nuevos. Sin embargo, todas las adolescentes de Derqui expresaron que no hay ninguna diferencia entre sus vidas antes y después del embarazo. Es casi decir que los embarazos no impactan en sus vidas de alguna manera. Las expectativas de estas chicas, su *género*, designa sus propuestas; las cuidan primero, después ellas cuidan a sus hermanos y finalmente, ellas cuidan a sus propios hijos. La prioridad no es la educación o el trabajo sino cuidar, ser una “cuidadora”. Si no hay cambios en

este aspecto de sus vidas, ¿qué cambio real va a ocurrir después de que estas adolescentes tengan un hijo? Como todas las adolescentes explican, no hay cambio.

El tema del cambio, en suma, ilustra la fuerza de género en las vidas de las adolescentes de Derqui. La falta de cambio muestra que las expectativas de estas adolescentes no exceden el ser madres. El caso de Derqui es un claro ejemplo de que la manera en que su vida está afectada por el género es exponencial. Específicamente en términos de salud sexual, el género representa el modo en que alguna persona (en este caso, una mujer) actúa. Sin embargo, la idea de embarazo adolescente no parece un problema para las adolescentes en Derqui aunque este tema significa y representa la fuerza de los mandatos de género. Para ellas, este tipo de embarazo es solo una opción de vida normal.

### **El embarazo como un problema**

Algunos estudios especulan que el embarazo adolescente no es tan grave como se puede pensar. Por ejemplo, el estudio de Ariel Adaszko (“El embarazo durante la adolescencia en las miradas de los funcionarios públicos”) intenta examinar la manera en que el embarazo adolescente es un problema o no y para quién. (Adaszko 113) En este pensamiento, la consideración es que el embarazo adolescente es una parte de una cultura ya desarrollada. Además, no hay una necesidad de criticar una cultura si funciona, aunque lo haga de una manera afuera de algún concepto familiar. Es decir que este “problema” es de hecho, “vida cotidiana y normal” para aquellas. Sin embargo, después de esta investigación a las adolescentes y mujeres de Derqui, es posible comprender que el tema del embarazo adolescente es muy grave. El embarazo adolescente no es un problema a causa de iniciación sexual temprana o a causa de anormalidad sino porque representa las desigualdades entre una cultura en términos del género y salud sexual. En Derqui específicamente, numerosos recursos no han apoyado a las adolescentes. A la mayoría de ellas le faltan la adecuada información, el aliento de sus padres para lograr algo diferente de la maternidad y las cadenas de género son tan fuertes en su cultura que ellas no pueden escaparse.

En primer lugar, el embarazo adolescente identifica que mujeres de cualquier edad tienen la responsabilidad importante de tener hijos. La prioridad para adolescentes como las de Derqui no es la educación o una carrera. La más importante realización es tener hijos y criar una familia. Asimismo, la expectativa para varones no es tan mínima. Ellos pueden estudiar, trabajar y tener una familia si quieren. A diferencia de las mujeres, sus proyectos de vida no están tan determinados, ellos

tienen la opción. Sin embargo, las adolescentes están “atascadas” en sus roles. En esta manera, los mandatos de género oprimen a estas chicas. Es difícil y afuera de las ideas de la cultura escoger alguna otra opción para la mayoría de sus vidas. Entonces, el embarazo adolescente es una exhibición de desigualdad.

En suma, las construcciones de género impactan en las embarazadas entre las prácticas de salud sexual. Es decir que el género guía las prácticas de salud sexual, incluyendo el uso de anticonceptivos. Cuando ellos no usan anticonceptivos, uno de los resultados puede ser el embarazo. Entonces, una adolescente embarazada asume el rol de una madre y su posición como una madre existe en las formas constrictivas de género. Además, el ciclo de los mandatos es perpetuado y si los roles se mantienen, las desigualdades continúan también. Para clarificar, género designa los roles tradicionales para mujeres y hombres. Estos roles afectan las conductas y experiencias de salud sexual que puede resultar en embarazo adolescente.

## **Conclusión**

La propuesta de esta investigación analiza la manera en que el género afecta a las adolescentes embarazadas en sus experiencias de salud sexual a través de la observación de las usuarias del centro de salud Derqui. Primeramente, esta monografía examina las teorías de género y considera los recursos de otros estudios sobre el tema. Después, ilustra la manera en que este tema impacta en la sexualidad, la salud sexual y los adolescentes en términos de los resultados de los otros estudios. Entonces, el proyecto pone énfasis en el centro de salud en Derqui, una parte de la localidad de Pilar. Desde este punto, este proyecto investiga específicamente los recursos de un sistema de salud sexual y sus contribuciones a las embarazadas adolescentes. La monografía prosigue con un estudio de casos de un grupo de adolescentes y adultas embarazadas y madres adolescentes. Con estas conclusiones, esta investigación formula un análisis que discute, con referencia a los temas como educación, prevención, cambios y roles, el impacto de género en las experiencias sociales de adolescentes embarazadas y madres de Derqui.

Esencialmente, este proyecto da cuenta que los roles tradicionales, los *mandatos* de género, describen que las mujeres tienen menos poder para tomar decisiones, opciones y ejercer sus derechos sexuales que los hombres y entonces sus experiencias de salud sexual están afectadas por su papel tradicional. Una de estas

experiencias es el embarazo adolescente. En el caso de las usuarias de Derqui, el género y la pobreza son aspectos muy claros que influyen en el embarazo adolescente. Los roles implican los niveles de cuidado en una relación sexual. Si las adolescentes creen que sus parejas son responsables de cuidar y de manejar sus relaciones, ellas pierden control sobre sus cuerpos, con lo cual su seguridad y salud están comprometidas.

En el caso de Derqui, las construcciones de género navegan las vidas de las adolescentes en la forma de sus relaciones familiares. Antes de sus propios hijos, ellas practican este rol con sus hermanos. Entonces, ellas entienden que ser una mujer es ser una madre, una cuidadora, un ama de casa. La educación o una carrera no son opciones. Por eso, la presencia de un embarazo técnicamente no es un cambio o un problema en los planes de sus vidas. No obstante, estos planes están basados en un ciclo de injusticia formado en situaciones de pobreza (como la que viven estas mujeres) que son agudizadas por los roles tradicionales de género y una cultura que los emplea. Esta idea es evidente en sus pensamientos sobre una madre ideal.

En su mayoría, las adolescentes y las mujeres del centro de salud de Derqui expresan que una madre ideal es una mujer que dedica su vida a su hijo y que la más profunda acción es darle cariño. Sin embargo, son las adolescentes las que necesitan cariño y cuidado para su salud, sus proyectos de vida y sus derechos.

La esperanza es que el sistema de género es inconstante. El primer paso a fin de cambiar estos patrones es entender las injusticias y la manera en que el género afecta y constriñe las igualdades de mujeres y varones. Entonces, si se pueden cambiar los pensamientos y construcciones que limiten las oportunidades de estas adolescentes, sus aspiraciones pueden superar un futuro solo de maternidad. En este caso, la responsabilidad de cuidarse y practicar relaciones saludables sería más importante. Los roles tradicionales de estas adolescentes cambiarían y podrían realizar una vida afuera de los mandatos de género.

## Referencias

“Centro de salud pte. Derqui”. Municipalidad del Pilar. Municipalidad de Pilar. 3 diciembre 2008.

Climent, Graciela Irma. “Maternidad adolescente: estrategias conyugales, reproductivas y de crianza de los hijos”. Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad. Ed. Teresa Durand *et al.* Buenos Aires: AEPA, 1998.

Debora, Luz, Natalia, Sandra. Entrevistas juntos. 25 noviembre 2008.

Dixon-Mueller, Ruth. “Las conexiones entre sexualidad y salud reproductiva”. Apreniendo sobre sexualidad: una manera practica de comenzar, ed. Sondra Zeldstein y Kristen Moore. Santiago: The Population Council, 1999.

Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas publicas. Ed. Monica Gogna, Buenos Aires: CEDES, 2005.

Erica. Entrevista personal. 25 noviembre 2008.

Geldstein Rosa N., Edith Alejandra Pantelides, Graciela Infesta Domínguez. Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia. Cuaderno 51. Buenos Aires: CENEP, 1995.

Geldstein Rosa N. y Edith Pantelides. Riesgo reproductiva en la adolescencia: desigualdad social y asimetría de género. Buenos Aires: UNICEF, 2001.

Geldstein Rosa N. “Iniciación sexual y después... practicas e ideas de los varones jóvenes de Buenos Aires”. Buenos Aires: CENEP 2002.

Jessica. Entrevista personal. 25 noviembre 2008.

Kornhauser, Mario. Entrevista personal. 14 noviembre 2008.

Laura. Entrevista personal. 25 noviembre 2008.

Pantelides, Alejandra Edith, Marcela S. Cerrutti. Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia. Cuaderno 47. Buenos Aires: CENEP 1992.

Tamara. Entrevista personal. 25 noviembre 2008.

¿Tenes idea de que hablamos cuando hablamos de género? Buenos Aires: Fundación para estudio e investigación de la mujer.

Yisera. Entrevista personal. 14 noviembre 2008.

