



Políticas Públicas alrededor de la Maternidad Adolescente en el Ecuador: Una mirada histórica

Public Policies on Adolescent Maternity in Ecuador: A Historical Overview

SOLEDAD VAREA¹

Clasificación COLCIENCIAS-PUBLINDEX: Estudio de caso

Recibido: 21/10/2020

Revisado: 27/11/2020

Aceptado: 07/12/2020

Resumen

En este artículo se abordará la construcción social de la maternidad adolescente en el Ecuador y cómo ella influye en las políticas públicas en distintas épocas históricas. Se sostiene que los sentimientos, significados y los propios modelos mentales de las mujeres adolescentes no han estado presentes en los instrumentos de las políticas públicas. Con el fin de analizar los modelos mentales se realizaron entrevistas y se hizo un grupo focal con diez mujeres que fueron madres adolescentes desde el año 2000 hasta la actualidad, tomando como foco central las percepciones y significaciones que las mujeres hacen de su propia maternidad. Finalmente se muestran los resultados de estas historias de vida de mujeres que fueron madres adolescentes en diferentes épocas. Dichos resultados se complementan con la revisión de discursos de la sociedad civil, de las políticas sociales y su transformación hasta la actualidad. Aquellos modelos podrían ser pensados por el estado al momento de construir políticas públicas teniendo en cuenta lo que para las mujeres significa ser madre adolescente.

Palabras clave: Embarazo en la adolescencia, políticas públicas, género, Ecuador.

Abstract

This article will address the social construction of adolescent motherhood in Ecuador and how it influences public policy in different historical periods. It is argued that the feelings, meanings and mental models of adolescent women themselves have not been present in public policy instruments. In order to analyze the mental models, interviews were conducted and a focus group was held with ten women who were adolescent mothers from 2000 to the present, taking as a central focus the perceptions and meanings that women make of their own motherhood. Finally, the results of these life stories of women who were teenage mothers at different times are shown. These results are complemented by a review of civil society discourses, social policies and their transformation up to the present. Those models could be thought of by the state when building public policies, taking into account what it means for women to be an adolescent mother.

Keywords: Adolescent pregnancy, public policies, gender, Ecuador.

¹ Doctora en Estudios Políticos FLACSO, Ecuador. Máster en Género y Desarrollo. Docente titular del Instituto de Altos Estudios Nacionales. Docente titular de la Universidad Central del Ecuador. Licenciatura en Antropología. E-mail: maria.varea@iaen.edu.ec

Cómo citar: Varea, S. (2020). Políticas Públicas alrededor de la Maternidad Adolescente en el Ecuador: Una mirada histórica.

Revista de Administración Pública del GLAP. RAP-GLAP, 4(7), páginas 72-84.

Introducción

El objetivo de este artículo es analizar la construcción social del embarazo y la maternidad adolescente y cómo aquella influye en las políticas públicas. Aquella ha ido cambiando a lo largo del tiempo. No obstante los sentimientos, significados y deseos de las mujeres no han sido tomados en cuenta cuando se diseñan los instrumentos de política.

A continuación señalaré que a principios del siglo XX, el discurso hegemónico decía que las mujeres debían actuar en espacios privados, casarse, especializarse en el cuidado infantil y los asuntos reproductivos y eran responsables poblar la nación, por lo tanto no se discutía la edad en que ellas procreaban. A partir de la década de 1980, las mujeres no sólo debían ser madres, además tenían que estudiar y trabajar fuera del hogar, desde esta década, las políticas de planificación familiar cobran fuerza. Para 1990, la “adolescencia” se inscribe dentro de un estatus legal, se instalan los derechos de los niños y adolescentes. De manera que las ONGS, la cooperación internacional y el Estado crean políticas específicas para jóvenes.

Entonces, las mujeres de 15 a 24 años debían estudiar, era su derecho y obligación, razón por la cual la maternidad en estas edades se convirtió en un problema de políticas públicas. Aquello ha influido en la conceptualización de la maternidad adolescente como una patología.

Durante el gobierno del presidente Rafael Correa (2007-2016), se llevaron a cabo dos políticas sociales radicalmente opuestas: “La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar” (ENIPLA), basada en el derecho de las mujeres adolescentes a decidir sobre sus cuerpos a través del acceso de uso y acceso de métodos anticonceptivos y educación sexual y el “Plan Familia” basado en el refuerzo de los valores de la familia como el espacio seguro para las adolescentes la educación en valores y la abstinencia sexual. A pesar de ello ninguna de las dos políticas logró bajar la tasa de embarazo adolescente.

Actualmente se ha publicado un informe de UNICEF en el cuál se calculan el gasto del

Estado en este problema social, se ha dicho por ejemplo que los costos totales anuales debido al embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana ascienden a cerca de \$270 millones de dólares, equivalentes al 0,26% del PIB nominal. Mientras que según la sociedad civil (Surkuna) El 37% de mujeres declararon que faltaban métodos anticonceptivos en el centro de salud al que acudió. Asimismo, el 36% de las encuestadas abandonó el uso de anticonceptivos. Es decir que hoy por hoy, el embarazo adolescente está controlado por el Estado en el sentido biopolítico, no obstante el porcentaje ha ido en aumento y se ha incluido la variable de la violencia sexual intrafamiliar.

Así, este artículo tiene las siguientes partes: el estado del arte en donde se muestran los principales aportes de los estudios sobre maternidad adolescente, el marco teórico en donde se exponen los conceptos de “construcción social” en la hechura de las políticas públicas y finalmente los resultados en donde se muestran historias vida de mujeres que fueron madres adolescentes en diferentes épocas históricas, un grupo focal de mujeres que han sido madres en el último periodo, aquello se complementa con la revisión de discursos de la sociedad civil y de las políticas sociales y su transformación hasta la actualidad.

Marco teórico

La maternidad adolescente desde el punto de vista epidemiológico ha sido concebida como un problema de salud pública, es decir una situación que encarna problemas a nivel biológico y psicológico, Deal y Holt (1998) así como Hudson la han definido como una situación que lleva a la depresión y el suicidio y el desarrollo deficiente del papel materno (Millar, 1996). Se ha dicho también que los hijos de madres adolescentes están en riesgo de tener mayores problemas intelectuales y sociales. Por otra parte, que las madres adolescentes alcanzan un menor nivel educativo (Coley y Chase-Lansdale, 1998, Stevens-Simon et. al, 2001).

El enfoque mencionado ha sido cuestionado por los puntos de vista sociológicos, que anali-

zan la problemática a partir de la resignificación y construcción, así por ejemplo McDermott y Graham (2005) han argumentado que resulta importante realizar una crítica a las investigaciones de maternidad adolescente especialmente que se cuestione aquella como un problema.

Por otra parte Llanes (2016) realiza una tipología de la maternidad adolescente resignificada, ella utiliza la variable del “paso del tiempo”, pues permite darle a la maternidad un significado distinto, especialmente porque las mujeres puede reconstruirse a sí mismas y revalorizar la maternidad y el impacto que ha tenido en su vida a lo largo del tiempo, el primer tipo básico propuesto por la autora es el hecho de vivir la maternidad adolescente como un evento deseado pero acompañado del arrepentimiento de la unión y el segundo tipo es la equivocación y el tercero la búsqueda de autonomía, respecto a la maternidad adolescente analizada desde el punto de vista del tiempo y los procesos históricos y culturales (Gergen, 1985), así por ejemplo las actitudes dominantes hacia las madres adolescentes, contribuyen a la política social, la provisión de servicios y las prácticas que son fuerzas significativas en la configuración de la experiencia de la maternidad adolescente (Cherrington y Breheny, 2005). Así los autores proponen que las instituciones que tienen poder de hecho pueden dominar la comprensión al establecer como debería entenderse la maternidad adolescente. Aquellas visiones problematizadores, efectivamente pueden ocultar la forma como el sujeto se construye a sí mismo. Ahora bien, desde el punto de vista histórico, la maternidad adolescente no siempre fue un problema, efectivamente existieron diversos factores para que el Estado lo convierta en un problema público. En esta perspectiva, se ubican los estudios que han abordado la diferencia entre adolescencia y juventud. Y también en aquellos que ubican este problema en todo el marco de los procesos de la modernidad.

Los conceptos que se utilizarán en este artículo son la “construcción social” de las poblaciones objetivo en el ciclo de la política pública de Ingram y Deleon (2014), el mismo que explica cómo las construcciones sociales tienen un peso fundamental en la agenda política y en la elec-

ción de sus instrumentos, así se mostrará cómo aquellas en el caso del embarazo y la maternidad adolescente no han tomado en cuenta las percepciones y significaciones de las actoras involucradas. Esto quiere decir que no se incluyen su propia voz y más bien los instrumentos son elaborados sobre la base de las construcciones sociales del Estado y los organismos internacionales. Aquellas siempre están relacionadas con el riesgo.

Adicional a ello se utiliza el concepto de “modelos mentales” (D’Andrade Roym 1995) “; que justamente son aquellas representaciones que aparecen plasmadas en el discurso son contradictorios, intertextuales. Stern (1997) se pregunta para quién es un problema el embarazo adolescente. Así para Aramburú y Arias (2008) y Varea (2007) las voces, percepciones y construcciones de las propias adolescentes no son tomadas en cuenta en el ciclo de la política pública. Así en este artículo justamente se analizarán estas voces frente a lo que están decidiendo por ellas el estado y la cooperación internacional.

Metodología

Para observar cómo la construcción social de la maternidad adolescente influye en las políticas públicas en distintas épocas histórica, se revisan los documentos relacionados con las políticas públicas.

Para analizar “modelos mentales” se realizan entrevistas y se hace un grupo focal con diez mujeres que fueron madres adolescentes desde el año 2000 hasta la actualidad, aquel se basa en la lectura de un cuento y la consecuente escucha de las percepciones y significaciones que las mujeres hacen de su propia maternidad.

Resultados y discusión

Desde la época republicana hasta la actualidad, las mujeres han ejercido la ciudadanía a través de la maternidad, lo cual ha tenido varios matices y transformaciones a lo largo de la historia, a inicios del siglo XX, por ejemplo imperaban las políticas pro-natalistas que tenían como

objetivo consolidar la nación y formar ciudadanos fuertes y sanos para lo cual era necesario educar a las mujeres con el fin de que sean madres, higiénicas y sanas.

De esta manera, las mujeres participaron en la construcción de la nación a través de la maternidad y desde los espacios privados. Según Guy (1999) en América Latina, antes de la época republicana las mujeres no podían cumplir con su deber patriótico, por lo tanto surgieron nuevas formas de ejercer el patriotismo femenino relacionadas con el cuidado de la vida para equilibrar a la sociedad y proteger al estado. En esta época las autoridades médicas y seculares construyeron una imagen de madre satisfactoria.

Según Clark (2001), a partir de 1910 los discursos referentes al cuidado de los niños afectaron en la vida de las mujeres que habitaban en el Ecuador. La prioridad entonces era poblar el país, las mujeres eran quienes construirían la nación por lo cual se elaboraban grandes campañas públicas dirigidas a combatir la mortalidad infantil.

Para Guy (1999) la maternidad era una construcción histórica atravesada por procesos económicos, políticos, religiosos y de género. Es así como en Argentina, el discurso de la maternidad, se construyó a través de concepciones religiosas, seculares, médicas, feministas y de clase alta que definían los parámetros de lo que se transformó en una visión burguesa de la paternidad y el papel de las madres. Las mujeres entonces, resultaban imprescindibles para engendrar herederos y ciudadanos. La autora también analiza las tensiones de un discurso basado en el género proveniente de una elite, impugnado por las clases populares. El estado en ese entonces debía asumir la responsabilidad de los niños abandonados. En el Ecuador, la situación era similar, pues el estado tenía que velar por la educación de las madres y era la instancia que definía el significado del amor maternal.

Clark (2001) analiza cómo los discursos de las feministas conservadoras ecuatorianas invitaban a las mujeres a ejercer su influencia sobre

la política desde el hogar y no en los foros públicos. También argumentaban que las mujeres no debían volverse hombres, sino reconocer sus atributos especiales como sexo bello, al mismo tiempo existía la prioridad nacional de educar a las mujeres en todos los campos para criar a sus hijos. Según la autora las organizaciones femeninas estaban ligadas a la maternidad.

La ciencia alrededor de la crianza cobró relevancia, de esta manera las redes de cuidado y los conocimientos tradicionales fueron cuestionados. Es por eso que los médicos eran protagonistas principales en todo lo que tenía relación con la maternidad a pesar de que las madres y las comadronas seguían presentes en el escenario del parto. Es así como una madre quiteña de clase media, que tuvo su primer parto en 1948, afirma lo siguiente:

“Mamá me enseñaba la asepsia que tenía que tener. Para que a mí no me de una infección, por el cuidado. Todo era con agua hervida. Me desinfectaban. A los cinco días se le cayó el ombligo... Todo era muy sano. Es que la alimentación mía era muy sana. La Maternidad siempre ha existido... Pero mi madre quiso cuidarme en mi casa. Me atendieron dos médicos y una enfermera. Y mi madre, lógicamente a lado mío, con mi marido que estaba también”².

A partir de la preocupación por la vida, los niños ocuparon un lugar privilegiado dentro de la sociedad. Las sirvientas, ya no eran personas ideales para cuidarlos. Si bien, antes el cuidado de infantes por parte de las mujeres de clase alta estaba mal visto. A partir del discurso modernizador, ellas debían cumplir con esa responsabilidad. Fuentes (2001) afirma que la edad reproductiva de la mujer definía los roles que se le asignaban. De esta manera, ella afirma que

“La mujer debe hacer todo lo posible por ser una madre saludable y una esposa con buenas condiciones de salud para cumplir con los deberes que le impone su estado conyugal” (Fuentes, 2001: 75).

“Yo como me casé tan joven de 17 años. A los 18 ya tuve a mi primera hija. Sentirme madre el momento que ya estuve encinta de mi primera hija

2 Entrevista #1, 20 de mayo, 2005.

para mí fue lo más grande, lo más sublime. La mujer debe ser siempre preparada para tener una familia. Educarse para tener una familia. Porque tener un hijo en la vida es un reto. Pero así mismo el cariño que uno tiene para ese hijo que viene, como formarle el futuro de él, es un reto para mí fue un reto y tuve cinco hijos y a los cinco hijos yo les crié, les amé, les di todo, porque la maternidad es de la madre. El hijo es de la madre. Lógicamente el que debe acompañar es el padre, pero la responsabilidad es de la madre. El hijo si es bueno o malo es responsabilidad de la mujer”³.

Es así como en esta época la visión de los médicos respecto a la maternidad evolucionó, de una mirada compasiva, a una visión de la maternidad como un derecho. Según Clark (2001) el discurso de Andrade Marín propuso cambios en los derechos de las madres. En este aspecto, el estado fue un protagonista fundamental. Según Mannarelli (1999) son dos los problemas vinculados a este tema: los derechos propiamente femeninos y el control de la sexualidad. Es así como el control de la maternidad, por un lado trajo una serie de restricciones y por el otro la creación de nuevos espacios de desarrollo. Al mismo tiempo que la salud de las mujeres era primordial para el progreso de la patria, sus prácticas y formas de vida -según el discurso médico- constituían un impedimento para el desarrollo de la civilización.

En definitiva, la construcción de la maternidad temprana o adolescente en ésta época no existía y más bien la procreación era una necesidad de la nación y de los futuros ciudadanos. Las mujeres por su parte no participaban de aquella.

Si bien a inicios del siglo XX, las mujeres eran ciudadanas en cuanto parían hijos sanos y el problema se concentraba en la mortalidad infantil, el crecimiento de la nación y la especialización maternal. A finales de la década de los sesenta, la obligación de las mujeres era crear al ambiente familiar propicio para que el niño o la niña nazcan, debían realizarse como seres individuales y controlar el número y espaciamiento de nacimientos. De esta manera ellas contribui-

rían con la construcción de la nación pues para esta época la prioridad era el descenso de la fecundidad. A continuación mostraré como ocurrió este proceso.

En primera instancia, la mejora en servicios públicos de salud dio como resultado la disminución de mortalidad infantil y materna a partir de la década de 1960, según Pilar Egúez:

“El descenso de número de muertes en el Ecuador encuentra lógica en el cambio de perfil de la mortalidad de la población, que se ha producido debido a la ampliación de los servicios de salud y el acceso a servicios básicos, acorde al comportamiento general en América Latina. Esto deriva en gran parte en el tratamiento de afecciones biológicas prevenibles, sobre todo relacionadas al sistema respiratorio y digestivo” (Egúez, 2005:37).

Junto con la disminución de la mortalidad infantil y materna, para esta época existió una proliferación de dispensarios de salud pública y la norma general era el parto en el hospital lo cual según Viveros (1995) rompió las relaciones que se construían y se construyen en torno a la salud reproductiva. El parto dejó de ser un ritual en el que participaban varios miembros de la familia. Y el conocimiento de la salud reproductiva se convirtió en un saber exclusivo de los médicos – hombres que no vivían la experiencia del parto⁴. A pesar de que no podían prescindir de la ayuda de las obstetrices, ellas no tenían el mismo prestigio. En el siguiente testimonio en que se narra un parto ocurrido en 1975, observaremos como ocurre un nacimiento en el hospital.

“El parto fue terrible... Mi parto no fue muy normal. El ginecólogo me decía que el parto estaba previsto para el 20 o el 25 de septiembre y mi hijo nació el 2 de septiembre. El decía: “el tope es hasta el 25. Pero estaba dentro de la normalidad”. Fue un parto horrible. El Doctor le decía a mi marido: hay la posibilidad de la cesárea, y él decía: no yo no quiero cesárea. Me pusieron pitosín... difícil”.

(...)

“El rato que ya nació no estuvo mi marido, el Doctor le dijo que salga porque me ponía nerviosa.

3 Entrevista #1, mayo del 2005

4 De hecho mi madre y mi abuela fueron madres a los 17 y 18 años, en ese tiempo no existía ninguna protección para ellas, más que su marido y su familia.

Porque el era estudiante de medicina. Cuando ya salió, a la media hora nació.

Estaba controlada todo el tiempo, me decían: puje este momento. Fue un parto muy doloroso. Dos enfermeras me ayudaron, yo tenía impregnadas las manos de las enfermeras”⁵.

El proceso civilizatorio, según Norbert Elías (1989) supone una construcción de una pared invisible de afectos que se levanta paulatinamente entre un cuerpo y otro, repeliendo y separando. Las reservas entre las personas crecen. Los contactos corporales se inhiben y van restringiéndose a espacios privados. De esta manera, los afectos y cercanías presentes en el parto de alguna manera se perdieron.

Las paradojas presentes en la instalación del discurso y práctica higienista, se expresaron en el hecho de que, a pesar de la significativa disminución de mortalidades maternas e infantiles, las prácticas ancestrales, fueron erradicándose poco a poco. La presencia de la madre, abuela o partera, y el marido, que aún se da en los partos del campo, y que en 1948 ocurrían en algunos partos de la ciudad, huyen del escenario:

“Ellas no se hacían atender con los médicos [en Mulaló] Entonces yo empecé a ver esa cultura de las campesinas. Vivía yo en los partos, yo le esperaba afuera a mi marido. Por lo general estaba el marido de la indígena, la abuela, y por lo general lo que hacían era calentar agua ese rato, era en la chocita y daban a luz en la tierra. Entonces mi marido siempre que salía de las chozas y decía: es increíble como dan a luz las indígenas. Entonces por eso planificamos el parto en la casa. Pero fue el peor error de la vida porque yo no tenía esa cultura. Además yo no me preparé para dar a luz en la casa. Mi marido decidió. Ellas ni siquiera dan a luz con el médico, sino con la partera, con el marido, por último solas. Y yo no tenía esa cultura porque mi primer hijo nació en la clínica. Entonces yo veía que no había problema, pero yo no estaba preparada... Mi mamá dio a luz en la casa pero con los médicos, por eso ella estaba conmigo... El llevó todo lo de un hospital. Pero el parto se fue complicando. Estábamos en la casa. Entonces ya comencé con los dolores y mi marido me dijo

bueno... y se fue complicando. Mi mamá me veía a mí y lloraba porque yo ya no sentía... Y de ahí ya no me acuerdo, mi mamá estaba conmigo. Mi mamá fue la que me protegió a mí y estuvo conmigo. Y cuando ya nació la placenta mi marido se dio cuenta de que se quedó un pedazo de placenta y mi mamá estuvo cuando realmente necesitamos ayuda. Fue la que nos salvó. Fui al hospital y a mi hija le tenían aisladita porque nació en la casa”⁶.

Además de la proliferación de dispensarios médicos, el cambio del parto en la casa al parto en el hospital y la mejora de las condiciones de salud, el uso de métodos anticonceptivos y el control de la fecundidad, fueron temas importantes en la década de 1970. Según el estudio de Pilar Egüez (2005), la oferta de planificación familiar, se dio en los años setenta y estuvo marcada por la intervención técnica y financiera internacional. El uso de métodos anticonceptivos, según la autora, es el determinante fundamental para el descenso en los niveles de fecundidad, desde 1970.

“El descenso en la fecundidad en América Latina, ocurrió de manera acelerada a partir de los años setenta desde aproximadamente 7 hijos por mujer. El principal factor que se le atribuye a este cambio fueron las políticas de planificación familiar impulsadas en estos países en esta época” (Egüez, 2005: 43).

Ya que para esta época lo que importaba era que las ciudadanas fueran responsables de crear un ambiente social y familiar propicio para que sus hijos llegaran al mundo, los especialistas comenzaban a mencionar la edad ideal para procrear, como se puede observar en la siguiente cita:

“Las estadísticas médicas señalan, que las madres muy jóvenes o añosas presentan mayores riesgos durante el embarazo, así como en el proceso del parto, situaciones, éstas que pueden gravitar en la salud psico – biológica del niño. Los especialistas califican el periodo vital de 20 y 35 años, como óptimo para la procreación, siempre que no existen contraindicaciones de carácter médico o psico-social” (CEPAR, 1984: 15).

5 Entrevista #2, mayo, 2005

6 Entrevista #3, junio, 2005

En esta etapa entonces, se comenzó a mencionar la maternidad responsable e ilustrada. Es decir que las madres que no tenían escolaridad no eran capaces de cuidar a sus hijos tan bien como aquellas que habían logrado un nivel de instrucción alto. Por lo tanto aquellas mujeres que eran madres en edad de estudiar, según el discurso oficial, enfrentaban problemas. Sin embargo todavía no se creaban instituciones estatales dirigidas a tratar estos temas y al parecer las madres adolescentes de ese tiempo estaban conformes con su papel, como podemos observar en la siguiente historia de vida de una mujer que fue madre a los quince años en la década de 1970:

“Le dio la paranoia a mi mamá de que yo era muy joven para tener hijo... Al médico se le ocurrió que tenía que dar cesárea. Ya me estaba haciendo el chequeo. El decidió que tal fecha tenía que dar a luz, a cuento de que ya estaba parado y no iba a poder dar a luz pero a la final salió prematuro. A mi no me dio ni contracciones. El primero de febrero daba a luz.

El médico y mi mamá decidieron. Yo promulgo el argumento de que es más sano [tener hijos cuando una es adolescente]. Yo tenía la vitalidad para cuidar al guagua. Cargarle hasta los tres años. A los quince años es como cargar una pelota, una mochila. No es un trabajo. Todo el mundo le califica como una inconveniencia. Pero eso permitió que el guagua se críe sanamente, sin conceptos aprendidos ni dañados de lo que es la educación de un niño. El iba corriendo de vereda en vereda. Con esa libertad. No era un niño “educado” era un niño libre. Yo no le trataba como a un ser pequeño. Le trataba como un ser que entiende las cosas. Yo le explicaba todo: este es un árbol, la semilla.... Era una suerte de relación de que yo también era guagua.

Cumplí un papel biológico en un momento en que la biología manda. De no por qué te enfermas. Acaso que los perros salvajes esperan un periodo para entrar en celo, para procrear. Entran en celo y se dedican a criar. Ya después vienen los afanes psicológicos, sociales de ser alguien... El principio natural de la mujer es parir”⁷.

Para la década de 1980, el aborto era un problema central que el Ministerio de Salud, el Fon-

do de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y el CEPAR (Centro De Estudio de Población y Desarrollo Social) debían estudiar y prevenir por los riesgos a los que las mujeres se exponían cuando realizaban esta práctica. Los profesionales afirmaban que el aborto era una forma de anticoncepción. Por ejemplo se decía que:

Otro de los temas que preocupaba mucho era la desigualdad de la mujer en el hogar, los trabajos que ella realizaba, las desventajas entre mujeres y hombres. Lo cual estaba muy ligado a los nuevos modos de vida capitalistas, en los cuales era urgente que la mujer se incorpore al mercado laboral. Se hablaba de “compartir trabajo” entre la pareja, los roles que la mujer debe cumplir y le colocaban en desventaja frente al hombre, etc. Sin embargo, siempre se hablaba de una familia nuclear y de una pareja heterosexual.

La lactancia estaba muy ligada al nivel de instrucción, y también era un determinante en la conducta pro creativa de las parejas la educación que estas habían adquirido. Las relaciones sexuales premaritales estaban asociadas con la formación de la mujer. Se asumía que las mujeres con mayor ilustración, tenían acceso a esa información, la frase que sonaba en la televisión era: “es un derecho de la pareja el decidir cuantos hijos tener y cuando tenerlos”. La mortalidad infantil, ocurría más en el caso de hijos de madres jóvenes, pobres y sin escolaridad.

En la década de los ochenta el problema principal de la maternidad no eran los embarazos y partos adolescentes. La construcción de la maternidad inmersa en las políticas públicas tenía relación con el nivel de instrucción de las madres, relacionado al control poblacional, la fecundidad, el deseo de tener hijos, el uso de métodos anticonceptivos, la atención y el acceso a la salud. La familia nuclear heterosexual estaba inmersa en los discursos, al punto que las familias compuestas sólo por mujeres, solo por hombres u otra estructura, tampoco constituían un tema de discusión.

Como consecuencia de la obligación que tenían las mujeres de espaciar sus hijos, las

políticas de planificación familiar, y la implementación de métodos anticonceptivos, a fines de la década de 1980, el periodo fértil se redujo. El objetivo en esta época era educar a las mujeres para que tuvieran hijos a edades que- según el discurso oficial - eran maduras. Ligada a este proceso está la creación de la categoría adolescencia. La misma que conceptualizada como la etapa de la vida en donde finaliza la infancia y comienza la edad adulta⁸.

Es así como en 1998, el Ministerio de Salud Pública en coordinación con el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU) expidió el Manual de Normas y Procedimientos para la atención de Salud Reproductiva donde se incorporaron pautas relacionadas con la salud de los y las adolescentes y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Dentro de la reforma al código de menores se amplió la protección a la mujer embarazada y madre trabajadora. Se impulsó la consulta nacional a los y las jóvenes desde la Dirección Nacional de la Juventud para incluirlos en las decisiones sobre políticas para su beneficio; sin embargo los y las jóvenes no fueron convocadas de forma regular. En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo en donde la participación del Ecuador fue ambigua, se llegó a un consenso internacional sobre derechos de los y las adolescentes (Egüez, 2005).

En ese entonces, las políticas públicas se construían con base en responsabilidades, derechos y prácticas adultas que no contaban con la decisión ni el conocimiento de las y los jóvenes. De esta manera, a partir de la década de los noventa, los profesionales y las políticas públicas, establecieron una edad ideal para ser madre sin contar con la opinión de las propias mujeres. Así el embarazo adolescente se convirtió en un problema de salud sexual y reproductiva. El Ministerio de Salud, los organismos internacionales, la universidad y el CEPAR (Centro De Estudio de Población y Desarrollo Social) intervinieron

en esta problemática. Lo cual podemos observar en la nueva estructura de la ENEMAIN (Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil). Dentro de la cual se incluye un cuestionario especial para “mujeres adultas jóvenes de 15 a 24 años de edad” y diagnostica que:

La alta incidencia de una fecundidad elevada que presentan las mujeres al comienzo del periodo reproductivo, relacionada a una iniciación sexual temprana en condiciones de inmadurez física, psicológica y posiblemente en situaciones sociales y económicas adversas” (CEPAR, 1994: 115).

La edad en que las mujeres inician su vida reproductiva, en los informes anteriores no era tan problemático como en el de 1994, en el cual se afirma que:

“La edad a la cual las mujeres inician su vida reproductiva constituye uno de los factores demográficos determinantes de la fecundidad y de consecuencias importantes para: la salud de la madre y el niño; la familia y la sociedad” (CEPAR, 1994:115).

Los manuales producidos por el Ministerio de Salud, que se impartieron en los hospitales, tenían recomendaciones especiales para tratar a las adolescentes: cómo aproximarse a ellas, como darles confianza, qué preguntas hacerles, etc. Es decir, que el término adolescencia cobró importancia y se crearon espacios dedicados a este grupo de la población. En el informe de 1994, se mencionó que la maternidad temprana es un problema que afecta cada día más al país. Una de las cosas que en los años ochenta no se mencionaban eran los riesgos fisiológicos que afronta una mujer embarazada cuando es muy joven:

“En las metas reproductivas es muy importante tener en cuenta el ritmo de formación de la familia por diversas razones entre las cuales se destacan las consecuencias de salud, principalmente los nacimientos de periodos intergenésicos cortos, ya que tiende a disminuir las probabilidad-

⁸ En occidente, al contrario de otras sociedades, no existen ritos de paso que marcan el fin de la infancia y el comienzo de la edad adulta, lo cual genera una serie de conflictos. En culturas más primitivas el gesto de paso de la niñez a la edad adulta está marcado por una ceremonia de iniciación absolutamente precisa. En los hombres la prueba de dolor y el esfuerzo, en las mujeres el secreto femenino entregado por vía oral desde las mayores a las muchachas con la marca corporal de la menarquia, la primera menstruación, que abre literalmente el cuerpo a la tierra en sangre convirtiendo a la niña en una mujer fértil. (Marco Antonio de la Para Calderón: 152)

des de sobrevivencia de los hijos y a complicar los embarazos de las madres muy jóvenes; otro aspecto se relaciona con la edad de la madre al tener el primer hijo y las complicaciones socio-económicas y de desarrollo personal de la mujer” (CEPAR, 1994: 119).

Los embarazos adolescentes, según estos informes, también estaban muy relacionados con el uso de métodos anticonceptivos, y el nivel de instrucción de las madres. Es así como el contenido del cuestionario especial para las mujeres “adultas jóvenes”, tenía relación con la exploración de la actividad sexual, qué conocimiento existía al respecto, qué relación había con la persona con quién las mujeres tenían relaciones sexuales, el tiempo que conocían a ese sujeto, y los métodos utilizados.

Es decir que el cuerpo de las mujeres adolescentes se convirtió en el blanco privilegiado de distintos espacios y disciplinas: los clubs de beneficencia, el estado y las personas profesionales.

Ahora bien, a partir de la problematización de la maternidad adolescente y de que se logra incluir esta situación en la agenda pública, ocurre una disputa alrededor de los cuerpos de las mujeres adolescentes. Así, por una parte las jóvenes logran incluir sus demandas en el proceso pre constituyente que ocurre en el Ecuador a partir del 2007 en Montecristi. Se organizan y pueden construir artículos constitucionales alrededor de su cuerpo, el conocimiento de su sexualidad y el acceso a la tecnología reproductiva. Aquello evidentemente no es un proceso coyuntural. Años antes se forma la CPJ, una organización de jóvenes que centran su trabajo en los derechos sexuales y reproductivos y que más adelante entran a formar parte del movimiento feminista del Ecuador (Entrevista Pamela Quishpe, 2019), durante el proceso pre constituyente, además se forma la “Coalición por la despenalización del aborto” la misma que piensa y discute el embarazo deseado entre las adolescentes.

Si bien las actoras jóvenes y feministas discuten alrededor de sus propios cuerpos y demandan desde su agencia la inclusión de aquellas demandas en las leyes y políticas formales, una vez incluido aquello en los textos constitucionales, se observa una disputa de las instituciones del

Estado alrededor de ellas. La misma se centra en dos debates: el primero tiene relación con la libertad de decisión y el segundo con el temor de la modernidad. Así estas construcciones sociales se traducen en políticas públicas. La primera es el ENIPLA y la segunda el Plan Familia que describiré a continuación:

Para Maldonado (2020) a partir de la Constitución de Montecristi, se amparan los derechos sexuales y reproductivos en los Artículos 32, 66, 332, 333 y 363, a partir de principios como por ejemplo vida digna, derecho a la salud una vida libre de violencia; derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre la sexualidad, la vida y orientación sexual; y decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener. Aquello evidentemente da paso a la obligatoriedad del Estado en temas de salud sexual y reproductiva, derechos y en especial a centrarse en la problemática del embarazo adolescente. En el año 2012, desde un enfoque intersectorial de varios ministerios (Salud, Educación, Inclusión Económica, de Coordinación Social, se implementa una Estrategia Nacional de Planificación Familiar llamada ENIPLA que a su vez genera debate público porque está centrada en la educación sexual desde una perspectiva liberal. El objetivo principal de la estrategia era que se cumplan los derechos sexuales y reproductivos, de planificación familiar pero sobre todo que disminuya el embarazo adolescente a través de la transformación de los patrones culturales. De tal manera que en los términos de referencia que firma con el UNFPA los problemas que se anotan son los siguientes: a) Imaginarios culturales y de género, en que prevalecen relaciones de poder inequitativas; b) situaciones de violencia de género; c) participación masculina y masculinidades; d) imaginarios sobre sexualidad y la reproducción; e) situación de los y las adolescentes en el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

(...) promover el acceso y permanencia de las mujeres en el sistema educativo como un factor protector frente a embarazos no planificados. El derecho de las personas a decidir sobre su vida reproductiva, es un derecho humano que debe ser un ejercicio libre, informado, voluntario

y responsable enmarcado en los postulados de la Constitución y el Buen Vivir (UNFPA, 2012: 1).

Al ser la educación y la sexualidad libre el pilar del ENIPLA, los y las adolescentes tenían la libertad de llegar a cualquier centro de salud pública y acceder de manera gratuita a cualquier anticonceptivo y método de prevención del embarazo incluida la Pastilla de Anticoncepción de Emergencia que años antes estaba prohibida. Si bien el trato no era personalizado un número importante de jóvenes podía acceder a métodos anticonceptivos.

Ahora bien, según la perspectiva de Báez (2019) existen tres causas puntuales para la creación del ENIPLA, que son las siguientes: la primera sería la estrategia que implementó el Ministerio de Salud Pública con la finalidad de reducir la mortalidad materna y los embarazos subsecuentes en adolescencias, la segunda estaría protagonizada por la sociedad civil, ya que a partir del 2007, fecha en que se redacta la constitución en Montecristi, los y las jóvenes logran incluir varios artículos

En especial “el artículo constitucional 39 habla del reconocimiento como actores estratégicos para el desarrollo y el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos” (Neira, 2018: 4:01), como consecuencia, en el año 2010 la Red Nacional por los derechos sexuales y reproductivos, entrega a la ministra del MCDS, Janeth Sánchez, un manifiesto con estos temas (M. Porras, comunicación personal 17 diciembre de 2018). La tercera causa, según Báez (2019) y que ya habíamos mencionado en un principio es la intervención de la cooperación internacional en los cuerpos de las mujeres adolescentes, así el UNFPA en el año 2007 eligió el problema de la maternidad adolescente como el pilar del trabajo para la región andina. Finalmente, afirma Báez, la voluntad presidencial del entonces mandatario quién expresa su preocupación por esta problemática.

Así, el Plan Nacional del Fortalecimiento de la Familia Registro Oficial No. 395 del 12 Diciembre 2014, el documento oficial versa que “resulta conveniente reestructurar el proyecto Estrategia Intersectorial de Prevención de Embarazo Ado-

lescente y Planificación Familiar ENIPLA, con la finalidad de que éste sea asumido directamente por la Presidencia de la República” (República del Ecuador, 2014).

EL PFF, se compone de cinco articulados, el primero transfiere el proyecto del Ministerio Coordinador Social MCDS a la Presidencia de la República, el segundo designa como directora a Mónica Hernández de Phillips y los tres restantes hablan del personal, presupuesto y bienes del proyecto, en ninguno se denomina como Plan Familia Ecuador.

El nombre “Plan nacional de fortalecimiento de la familia” aparece en el proyecto de inversión presentado a la Presidencia de la República el 16 de mayo del 2016, su plazo de ejecución es de 2015 al 2017, el presupuesto fue casi dos millones de dólares, en este mismo documento se reconoce así a la ENIPLA:

[...] se reconoce el trabajo que ejecutó la ENIPLA. A partir de noviembre de 2014 mediante Decreto Ejecutivo 491 dicho proyecto fue asumido por la Presidencia de la República quien dio continuidad al mismo con el proyecto “Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia (Plan Familia) priorizado por SENPLADES mediante dictamen de prioridad de 18 de junio de 2015 (Presidencia de la República, 2015: 7).

Esto quiere decir que ambas políticas ENIPLA y PLAN FAMILIA tienen como objetivo reducir el embarazo adolescente desde la perspectiva intersectorial. Aparentemente ambos tienen una construcción de la maternidad adolescente que proviene de una visión “adulto céntrica” cómo ya lo han señalado algunas activistas jóvenes. No obstante para ambas políticas sigue constituyendo solamente “problema” y el deseo que tienen las mujeres de ser madres como un proyecto futuro no aparece en los documentos disponibles porque no están incluidas ni sus voces ni su propia construcción de significados.

Ahora bien, a partir del año 2016 Ecuador es el tercer país en la región con la tasa más alta de embarazos de adolescentes y para el 2018 tiene la tasa más alta de embarazo adolescente de América Latina y el Caribe. Según los últimos datos:

en Ecuador 6 niñas de entre 10 y 14 años dieron a luz cada día, así como 148 adolescentes de entre 15 y 19 años. Ese mismo año, la gaceta sobre muerte materna del Ministerio de Salud Pública (MSP) señaló que hubo 154 decesos, entre ellos tres de niñas de entre 10 y 14 años, y 16 adolescentes⁹.

Para la perspectiva de los organismos internacionales como UNPFA y UNICEF, las consecuencias del embarazo infantil y adolescente produce la deserción estudiantil, el acceso al mercado laboral

“Entre las principales consecuencias del embarazo adolescente figura la deserción estudiantil, que posteriormente deriva en problemas para acceder al mercado laboral. “Es un potencial tremendo que se pierde para el país, es un trauma que las niñas se llevan, es un riesgo para sus propias vidas”¹⁰

Es decir que las construcciones sociales actualmente tienen que ver con los costos que genera para los estados la maternidad en edades tempranas.

Con la finalidad de indagar sobre los modelos mentales de las mujeres que fueron madres en la adolescencia durante la última etapa, se realizó un grupo focal con mujeres que han sido madres adolescentes a partir del año 2006, la metodología utilizada es una convocatoria para escribir una narrativa, se pegaron una serie de carteles en las redes sociales y en varios sitios de la ciudad y se convocó para que las adolescentes madres, embarazadas o mujeres que fueron madres en su adolescencia escriban su narrativa. A continuación se describirá cómo ocurrió aquel grupo:

Asisten al grupo alrededor de diez mujeres adolescentes o que habían sido madres en la adolescencia, son de todos los sectores de Quito y principalmente de clase media. Se congregan alrededor de un texto literario que es leído por quién dirige el taller, se refiere al hecho de ser madre y sus dificultades y luego cada una cuenta su historia de

vida.

Algunas fueron madres a principios del año 2000, otras hace pocos años y algunas están embarazadas. El tema en común es justamente la sensación o el sentimiento de que su voz no ha sido escuchada ni por sus familias ni por sus parejas ni tampoco por el Estado durante el embarazo, parto, posparto y crianza, pues la maternidad siempre ha sido vista como un problema negativo. Otro de los temas que se presentan es aquel deseo de ejercer la maternidad en contra de un discurso dominante que plantea justamente lo contrario y contrario a la construcción social de la maternidad adolescente como una experiencia siempre problemática que impide cumplir metas. Adicionalmente surge la culpabilidad que sienten porque en efecto nadie puede comprender su deseo de ser madres, de cuidar a sus hijos o hijas y de que aquello sea visto como un problema por parte del Estado no como un proyecto de vida. Respecto al Estado, está cerca y beneficia a las mujeres de bajos recursos, pero abandona a las de clase media, quienes deben arreglárselas con sus familias, las mismas que les han abandonado por estar embarazadas. Su voz evidentemente no fue escuchada el momento de implementar políticas públicas. El sistema médico tampoco comprende el embarazo adolescente, hay mucha violencia gineco obstétrica con los cuerpos de mujeres embarazadas en general y adolescentes en particular. Quienes ya fueron madres adolescentes antes, miran su maternidad desde la resignificación, algunas tuvieron que dejar sus estudios y retomarlos cuando sus hijos crecieron, otras los llevaban al colegio o a la universidad y pudieron continuar. El común es que ellas no siempre fueron pacientes del Estado sino de la salud privada y en este sentido no están tan atravesadas por las políticas públicas directamente, aunque si por las campañas elaboradas por el estado respecto al uso y acceso de métodos anticonceptivos. Recuerdan por ejemplo que cuando ellas fueron madres, no existía información alrededor de las diferencias anatómicas entre una mujer adolescente y otra adulta, de tal manera que ellas construyeron su propio conocimiento. A pesar de que el Estado ha ofertado en distintas páginas web métodos anticonceptivos existen prejuicios y maltrato gineco obstétrico el momento de acceder a éstos fármacos. Además se habló de cómo cambian las relaciones

9 Este contenido ha sido publicado originalmente por Diario EL COMERCIO en la siguiente dirección: <https://www.elcomercio.com/actualidad/embarazo-adolescente-ecuador-costos-salud.html>. Si está pensando en hacer uso del mismo, por favor, cite la fuente y haga un enlace hacia la nota original de donde usted ha tomado este contenido. ElComercio.com

10 Este contenido ha sido publicado originalmente por Diario EL COMERCIO en la siguiente dirección: <https://www.elcomercio.com/actualidad/embarazo-adolescente-ecuador-costos-salud.html>. Si está pensando en hacer uso del mismo, por favor, cite la fuente y haga un enlace hacia la nota original de donde usted ha tomado este contenido. ElComercio.com

sociales, es decir la soledad en que ellas se vieron envueltas luego de ser madres porque sus actividades cambiaron.

Hablaron de la culpa que sintieron cuando querían tener el niño y aquello les causó vergüenza en su familia y entre sus pares.

Los padres y madres les propusieron acceder a abortos frente a lo cuál ellas prefirieron ser madres.

(Observación propia octubre, 2019)

En el grupo focal realizado se indagaron los modelos mentales concebidos como las representaciones que aparecen expresadas en el discurso (D'Andrade Roym 1995) y que están detrás de las decisiones individuales o grupales, se observan así, una serie de valores, imágenes y varios modelos mentales contradictorios, por una parte existe un fuerte deseo de ser madres en todas las épocas históricas, pero también la culpa por sentir ese deseo, el sentimiento de exclusión por parte de sus pares por el hecho de haber tomado este camino, el abandono de las distintas instituciones incluso el Estado, pues para la sociedad y sus construcciones sociales, sigue siendo un proyecto ilegítimo.

Conclusiones

En este artículo se analizó la construcción social del sujeto adolescente en el ciclo de la política pública, que ha fluctuado entre la obligatoriedad de ser buena madre y el discurso del control poblacional ya sea desde el punto de vista de la libertad y derecho a decidir sobre el propio cuerpo o desde la idea de que el lugar seguro para las mujeres adolescentes es la familia nuclear heterosexual. Aquellas construcciones evidentemente ha influenciado en los instrumentos de política pública, en diferentes épocas históricas, en un principio para poblar la patria y criar ciudadanos sanos, luego para reducirla y fortalecer la mano de obra femenina, especializando los saberes maternos. Finalmente aquella construcción social se debate entre la decisión sobre el cuerpo y el riesgo que implica ser madre a una edad temprana.

No obstante en el ciclo de las políticas públicas sigue ausente la voz de las mujeres adoles-

centes y por ello se mostró su propia significación de la maternidad a través de entrevistas y un grupo focal que indagó los modelos mentales contradictorios de las mujeres adolescentes, los mismos que muestran un deseo de ser madres que a su vez está embestido de sentimientos de culpa y vergüenza. Aquellos modelos podrían ser pensados por el estado al momento de construir políticas públicas.

Referencias

- Adaszko, L. (2005) "Perspectivas socio antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo", en M. Gogna (editor). *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad- Unicef.
- Becker, J. (2009). "Young Mother in Late Modernity: Sacrifice, Respectability and the Transformative Neoliberal Subject" *Journal of Youth Studies* (12): 3. 275-288.
- Báez Sandra (2019) El diseño de la política pública en salud sexual reproductiva adolescente en el Ecuador. Análisis comparativo entre la Enipla y el Plan Familia. Quito: IAEN
- Bruno, P. (2000) *L'adolescence et sa culture, un bilan des approches. Existe-t-il une Culture Adolescente?*, París: In Press Éditions
- Bucholtz, M. (2002) "Youth and Cultural Practice", *Annual Review of Anthropology*. (31): 1 p. 525-552.
- Clark, K. (2001) "Género, raza y nación: La protección a la infancia en el Ecuador (1910 - 1945)". En *Antología de Estudios de Género en el Ecuador*. Gioconda Herrera Compiladora. Quito: FLACSO.
- Collier, I, Maurer, Bill y Liliana Suárez. (2006). *Identidades Sancionadas: Construcción Legal de la Personalidad Moderna* sic: sic
- Coley, R, Chase-Lansdale, P. (1997) *Adolescent Pregnancy and Parenthood: Recent Evidence and Future Directions*. Chicago: Harris School of Public Policy Studies, University of Chicago, Working Papers.
- Deal L.W. y Holt V.L. (1998) Young maternal age and depressive symptoms: results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *Am J Public Health*. 88 (2):266-70.
- D Andrade, Roy. *The Development of Cognitive Anthropology*. UK. Cambridge University Press. 1995.
- Egüez P. (2005) "Mujeres y Población" en; Prieto, Mercedes, ed. ; *Entre la Crisis y las oportunidades, mujeres ecuatorianas 10 años después del Cairo y Beijing 1990-2004*. Quito: CO-NAMU. FLACSO- Ecuador: UNFPA.

- Elías, Norbert (1989) *El Proceso de la civilización*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (1978). *Historia de la sexualidad. Tomo I: La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- Fuentes, Y (2001) "Representaciones de los cuerpos masculino y femenino, salud y enfermedad. Una revisión de los anuncios publicitarios del Excelsior 1920-1990". *La Otra Mitad* 9 (2) p: 62-85.
- Gallan. D. (2004). *Les âges de la jeunesse* Paris : La Découverte.
- García (2001) "Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente", en C. Stern y J. G. "Embarazo adolescente y estratificación social", en S. Lerner e I. Szasz (editores), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, tomo i. México, D. F: El Colegio de México. p. 347-396.
- Guerra, G (2001) Seminario de embarazos adolescentes. Quito: Programa de Atención a las Adolescentes del HOGOIA.
- Guy, Donna (1998) "Madres vivas y muertas. Los múltiples conceptos de la maternidad"; en Balderston, Daniel y Donna Guy eds. *Sexo y sexualidades en América Latina*. Buenos Aires: Paidós
- Feixa, C. (1996) "Antropología de las edades", en J. Prat, y A. Martínez (editores). *Ensayos de Antropología Cultural*. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat. Ariel: Barcelona,
- Hudson, D.; Elek, S. y Campbell-Grossman, C. (2000). "Depression, self-esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the new parents' project". *Adolescence*, 35 (1), 445-453.
- Ingram, H., Schneider A., y Deleon P. (2007). *La construcción social y el diseño de políticas*. En Sabatier, Paul A., editor: Teorías del proceso de las políticas públicas. Buenos Aires: Westview Press: 93-126
- Jiménez Z. y Esperanza Roquero García (2016) "Los discursos expertos sobre crianza y maternidad: aproximación al caso español 1950-2010" *Arenal* . (23) :2. p. 321-345
- Le van, C. (1998) "Les grossesse à l'adolescence : une pluralité d'explications". *Vie Sociale*. 6 (2). 88-101.
- Llanes, N. (2010) *La maternidad adolescente y su efecto sobre la salida de la escuela entre mujeres mexicanas: replanteamientos y consideraciones*, Disertación. México, D. F: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Mannarelli, E. (1999) "La domesticación de la sexualidad en Sociedades jerárquicas". En Kathia Araujo ed. *Sexualidades y sociedades Contemporáneas*. Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano y UNFPA.
- Maldonado, K (2020) "Estrategias de comunicación digital en el ciclo de implementación de políticas públicas de salud sexual y reproductiva en el Ecuador, prevención embarazos en adolescentes: caso ENIPLA y Plan Familia, 2013- 2015." Quito: IAEN
- Medder Montt, E., Graha M. (2005) "Resilient Young Mothering: Social Inequalities, Late Modernity and the 'Problem of 'Teenage' Motherhood ", *Journal of Youth Studies* (8): 1 p. 59-79.
- Mottrie, C., I. De Costere i. Duret (2006) "Devenir mère. Transformations des liens et des lieux familiaux lors des grossesses survenant à l'adolescence", *Cahier Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*". (36): 2 p. 121-137.
- Nóble Ga, M. (2009) "La maternidad en la vida de las adolescentes: implicancias para la acción", *Revista de Psicología*, (28): 1 s/l
- Romero. J (2001) Seminario de embarazos adolescentes. Quito: Programa de Atención a las Adolescentes del HOGOIA.
- Stern, C. y C. Menkes (2008) "Embarazo adolescente y estratificación social", en S. Lerner e I. Szasz (editores), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. México D.F: Colegio de México.
- Schütz, A (1993) "La construcción de la vivencia significativa en la corriente de la conciencia de quien la constituye", en A. Schütz, *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Barcelona: Paidós, p. 75-125.
- Stevens-Simon, C, Nelligan, Donna, Kelly, Louethel (2001). "Adolescents at risk for mistreating their children. Part I: Prenatal identification". *Child Abuse & Neglect* 25: (6). P 737-51
- Viveros, Mara(1995) "Saberes y dolores secretos, Mujeres, salud identidad" en ; Luz Arango y Magdalena León comp; *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y masculino*. Santa Fe de Bogotá: Género, Mujer y Desarrollo.
- Archivos:
- Centro de estudios depoblación y paternidad responsable CEPAR(Ecuador)
- (1984 a) Encuesta sobre repercusiones de un nuevo nacimiento. Quito: CEPAR
- (1985 b) Ecuador, compendio Estadístico sobre la Mujer. Quito: CEPAR
- (1986d) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Quito: CEPAR(1987 d) Encuesta demográfica de Salud Materna e Infantil(ENDEMAIN).Quito: CEPAR
- (1989 e) Encuesta demográfica de Salud Materna e Infantil(ENDEMAIN).Quito: CEPAR
- (1994 f) Encuesta demográfica de Salud Materna e Infantil(ENDEMAIN).Quito: CEPAR