



# Embarazo en adolescentes: ¿Una realidad en transición?

Eddy Pérez Then • Marija Miric • Tahira Vargas

Con los auspicios de IPPF / RHO y DFID







Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia  
(Profamilia)

Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil  
Dr. Hugo Mendoza (CENISMI)

# EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

¿Una realidad en transición?

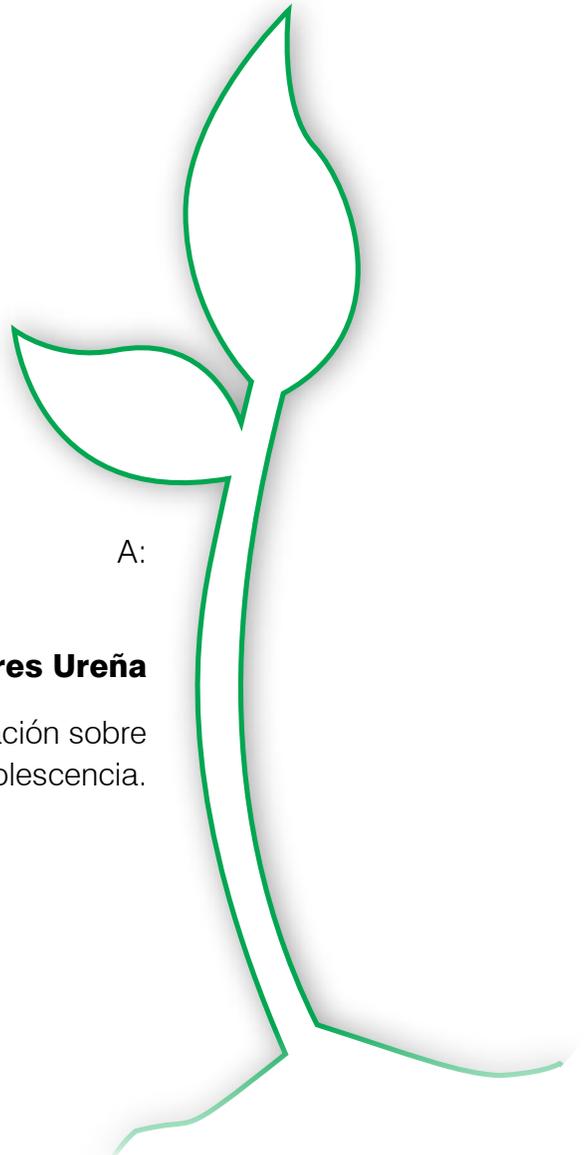
Eddy Pérez Then • Marija Miric • Tahira Vargas

Con los auspicios de IPPF/RHO y DFID



Santo Domingo  
Marzo 2011





A:

**Francisco Cáceres Ureña**

Por su legado en la investigación sobre  
embarazo en la adolescencia.



## **El embarazo en adolescentes en la República Dominicana: ¿Una realidad en transición?**

### **Equipo Responsable General:**

Gianna Sangiovanni  
Leopoldina Cairo  
Myrna Flores Chang

### **Proyecto Voces para la Gobernabilidad**

Profamilia

Director del estudio:	Eddy Pérez Then, Dr. Med., M.P.H., M.S.P.H., Ph.D.
Coordinadora general:	Lic. Marija Miric, M.A.
Co-investigadores/as:	Lic. Arturo Canario, M.S.P.H. Lic. Edward Martínez, M.A. Dra. Laura María Núñez
Componente cualitativo:	Lic. Marija Miric, M.A. Dra. Tahira Vargas Eddy Pérez Then, Dr. Med., M.P.H., M.S.P.H., Ph.D.
Componente hospitalario: (Revisión de registros)	Dra. Yadira Medina Lic. Angela Matos Lic. Edgar Núñez
Comité de expertos/as:	Dr. Francisco Cáceres Ureña Lic. Antonio de Moya Dra. Tahira Vargas Dra. Evangelina Molina
Diagramación:	Mediaprint, S.R.L.
Impresión:	Mediabyte, S.R.L.
Fotografía de portada:	Lorena Espinoza

La fotografía de portada es de una modelo y no está asociada ni a Profamilia ni al CENISMI.

Una publicación de:

### **Profamilia**

Info@profamilia.org.do  
www.profamilia.org.do  
(809) 689-0141  
Distrito Nacional  
República Dominicana, 2011

Este documento ha sido posible gracias al apoyo de la Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) y el Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional (DFID). Las opiniones, conclusiones y recomendaciones expresadas aquí son todas del consultor y no necesariamente reflejan la visión de IPPF/RHO y DFID.

# ÍNDICE

PRESENTACIÓN .....	7
RESUMEN EJECUTIVO .....	9

## 1

<b>PRIMERA ETAPA: SISTEMATIZACIÓN DE INVESTIGACIONES Y ANÁLISIS DE DATOS EXISTENTES .....</b>	<b>13</b>
1. CONTEXTUALIZACIÓN .....	13
2. OBJETIVOS .....	15
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS .....	15
3.1. Diseño .....	15
3.2. Actividades y procedimientos .....	16
3.3. Consideraciones éticas .....	20
4. RESULTADOS .....	20
4.1. Análisis bibliográfico .....	20
4.1.1. Contexto internacional.....	20
4.1.2. Embarazo en la adolescencia en la República Dominicana: El impacto. ....	23
4.2. Indicadores Estadísticos.....	26
4.2.1. Prevalencia / tendencias .....	26
4.2.2. Características generales .....	31
4.2.3. Planificación familiar .....	39
4.2.4. Riesgos en el embarazo.....	41
4.2.5. Mortalidad materna e infantil.....	45
4.2.6. Estudios especiales.....	48
4.2.7. Análisis Multivariado .....	50
5. DISCUSIÓN .....	51

## 2

<b>SEGUNDA ETAPA: ENFOQUE CUALITATIVO</b> .....	<b>57</b>
1. OBJETIVOS.....	57
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	58
2.1. Perfil de participantes .....	58
2.2. Técnicas e instrumentos de recopilación de datos .....	60
2.3. Procedimientos .....	60
2.4. Consideraciones éticas .....	61
3. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	61
3.1. Adolescencia: ejes definatorios.....	61
3.1.1. ¿Una adolescencia o varias? .....	61
3.1.2. ¿Cómo son los/as adolescentes? .....	64
3.2. Contexto social .....	67
3.2.1. Familia de origen.....	67
3.2.2. Comunicación y orientaciones sobre sexualidad en el contexto familiar .....	69
3.2.3. Proyecto de vida.....	71
3.3. Relaciones de pareja y sexualidad en la adolescencia .....	75
3.3.1. Los “hombres buenos” .....	75
3.3.2. Hombres que pegan, pero se les aguanta. ....	78
3.3.3. ¿Darle arriba y no abajo? .....	80
3.3.4. “Lo importante es satisfacerlo a él” . ....	80
3.3.5. Métodos de planificación familiar.....	83
3.3.6. Uso de condones .....	86
3.4. Embarazo y maternidad en adolescencia.....	88
3.4.1. ¿Un fracaso?.....	88
3.4.2. ¿Un “accidente” no deseado? .....	90
3.4.3. El aborto .....	93
3.4.4. Servicios de salud .....	95
3.4.5. El impacto de la maternidad .....	99

## PRESENTACIÓN

Definida como una etapa transitoria entre la niñez y la adultez, cuyo inicio tiende a vincularse de manera más o menos precisa con los cambios fisiológicos propios de la pubertad, la adolescencia tiene características diferenciadas por el tiempo, el lugar, las circunstancias, la cultura, el sexo y el género, entre otras, que determinan la necesidad de verificar diversidades a la hora de analizar el contexto de los derechos sexuales y reproductivos.

En el caso de la República Dominicana, los cambios producidos en los últimos años obligan a reevaluar la dinámica y comportamiento del embarazo en las adolescentes, motivo de preocupación para los programas sociales en general y para los de salud, en particular, una necesidad presente en las personas que conformaron el equipo de personas investigadoras, para realizar este estudio, tanto cuantitativo como cualitativo, que presentará, sin lugar a dudas, situaciones nuevas que será preciso tomar en cuenta a la hora de programar y ejecutar políticas públicas en la materia.

Esta publicación surge a partir de la investigación “El embarazo en mujeres adolescentes que residen en la República Dominicana. Sistematización de investigaciones, análisis de datos existentes y exploración cualitativa”, realizada por un equipo encabezado por el doctor Eddy Pérez Then, Director Ejecutivo del CENISMI, la coordinación general de la licenciada Marija Miric, Investigadora Asociada del CENISMI y la participación la Dra. Tahira Vargas, en el componente cualitativo.

Este documento forma parte del tradicional compromiso de Profamilia de ampliar y actualizar las informaciones sobre las necesidades de salud sexual y de salud reproductiva de la población en la República Dominicana en este caso, focalizando a las mujeres jóvenes y adolescentes.

Profamilia aspira a que el presente estudio sobre el embarazo en las adolescentes dominicanas sirva de base a las instituciones del Gobierno y a las organizaciones de la Sociedad Civil que trabajan en el sistema nacional de salud pública, para fundamentar acciones que verdaderamente mejoren la calidad de vida de las mujeres jóvenes dominicanas.

Licda. Magaly Caram  
Directora Ejecutiva Profamilia



## RESUMEN EJECUTIVO

Durante los últimos veinte años ha sido relativamente frecuente la realización de estudios observacionales sobre las características y riesgos del embarazo en adolescentes, dedicándose a las Encuestas Nacionales Demográficas y de Salud atención especial. El presente estudio observacional, descriptivo y transversal busca analizar y sistematizar la información disponible sobre los factores que inciden en el embarazo en adolescentes y su impacto en la calidad de vida de esta población, a partir de los resultados de estudios previos conducidos en la República Dominicana y las bases de datos disponibles sobre el tema, además de integrar una investigación cualitativa al enfoque.

El estudio estuvo fundamentado en una extensa revisión de fuentes bibliográficas disponibles nacional e internacionalmente, incluyendo bibliografía de salud pública y ciencias sociales, boletines y revistas científicas, informes de estudios previos sobre el tema, informes programáticos y tesis de grado, entre otros. Asimismo, se llevaron a cabo análisis complementarios de las bases de datos de estudios recientes vinculados a la salud materno-infantil en el país, con énfasis en la población adolescente.

Después de realizar el abordaje cuantitativo del tema en cuestión, se vislumbró la posibilidad de realizar un abordaje cualitativo que permitiera construir la dinámica de los principales hallazgos cuantitativos y describir percepciones del fenómeno del embarazo en la adolescencia de una manera holística e integral según las informaciones reportadas a la fecha en que se realiza el estudio.

Los hallazgos cuantitativos de este estudio sugieren que, aunque algunos parámetros estadísticos relacionados con el embarazo en adolescente parecen mantenerse estables a través del tiempo, ha habido un cambio en los últimos años en la dinámica y comportamiento del embarazo de las adolescentes que residen en la República Dominicana.

En este sentido, al analizar el porcentaje de nacimientos reportados en adolescentes en estudios previos realizados en el país, se observó que no ha habido un aumento cuando se comparan los datos según la clasificación de adolescencia temprana o tardía, es decir, el “aumento” en el porcentaje de nacimientos en adolescentes se observa cuando se excluyen los datos del periodo correspondiente a la adolescencia temprana (< 15 años) y sólo se incluyen los reportados en la adolescencia tardía (15-19 años). Cuando las fuentes de información incluyen ambos periodos (adolescencia temprana y tardía) no se observa tal

aumento en el porcentaje de embarazos en las adolescentes que residen en la República Dominicana.

De manera general, una vez analizados los aspectos vinculados a la incidencia y el perfil de embarazadas adolescentes, las consecuencias del embarazo en adolescencia y las iniciativas llevadas a cabo para su prevención y mitigación de impacto, los hallazgos del presente estudio sugieren que los factores de carácter sociodemográfico definen en gran parte el impacto negativo de los embarazos en la adolescencia y en la calidad de vida de las adolescentes embarazadas y sus hijos y/o hijas.

Estos factores están íntimamente vinculados con la falta de una respuesta oportuna por parte de la sociedad y del Estado dominicano a las necesidades de estas adolescentes, identificándose deficiencias importantes en la provisión de servicios de salud requeridos por las adolescentes embarazadas y sus hijos y/o hijas, así como para la inserción educativa y laboral de las adolescentes embarazadas, entre otros. Asimismo, una proporción importante de las adolescentes embarazadas parece querer sus embarazos, lo cual implica la necesidad de revisar las intervenciones que actualmente orientan a la prevención del embarazo en la adolescencia, centradas, en gran parte, en la prevención del embarazo accidental o no deseado.

Los hallazgos cualitativos, por otro lado, sugieren que si bien el criterio de la edad para definir la adolescencia como fase de desarrollo puede resultar imprescindible desde el punto de vista de las políticas públicas, el proceso de diseño e implementación de intervenciones específicas dirigidas a la población adolescente en el país – incluyendo aquellas dirigidas a la prevención del embarazo temprano – han de partir de una contextualización adecuada de este concepto en cada realidad social a ser intervenida. De manera particular esta contextualización ha de tomar en cuenta los significados sociales de la maternidad en el discurso comunitario, y su vínculo con los roles de género y otros aspectos relevantes para la salud sexual y reproductiva.

La comunicación de los/as adolescentes con sus padres, madres y otras figuras de autoridad dentro y fuera de la familia sigue patrones notablemente verticales y unidireccionales, donde “las personas adultas” aconsejan y/o dan órdenes que reproducen el discurso “institucionalizado” – y el/a adolescente se lleva – o cuando menos debería llevarse – de sus consejos. Estos consejos, sin embargo, en muchos casos no guardan pertinencia alguna con la realidad vivida por los/as adolescentes, entrando ocasionalmente en contradicción manifiesta con las prácticas observadas de los mismos padres.

De manera específica, la comunicación madre-hija sobre temas de sexualidad y la salud sexual y reproductiva tiende a limitarse a advertencias de tipo “cuidado si quedas embarazada”, siendo para ambas generaciones difícil de traducir en palabras las vivencias

de lo que, según el discurso “institucionalizado”, no debería de existir más allá de los fines reproductivos: su propia sexualidad. En este sentido, las iniciativas dirigidas a la prevención del embarazo temprano y otros temas relevantes para la salud sexual y reproductiva de adolescentes, han de partir del reconocimiento de la sexualidad adolescente y la sexualidad femenina en general, procurando su transición del ámbito de lo “oculto”, y facilitando así una comunicación más abierta y auténtica con respecto a este tema con los/as jóvenes.

Contrario a la priorización del desarrollo profesional y laboral como aspecto central del proyecto de vida de mujeres jóvenes desde el discurso “institucionalizado”, la maternidad – incluyendo la maternidad temprana – tiende a representar el núcleo de sus propias aspiraciones al respecto, siendo la profesión vista más bien como un instrumento para incrementar la calidad de vida de sus hijos y familias. Entender la maternidad desde su matriz cultural significa revisar la satanización de la maternidad adolescente presente históricamente en nuestra sociedad. La vida de las mujeres en los sectores populares se vincula a su peso y liderazgo familiar como madres, abuelas, tías. De ahí que la no-aceptación de las familias formadas por madres adolescentes significa un rechazo a las matrices culturales afrocaribeñas que permean las lógicas de las adolescentes en los sectores populares.

De manera coherente con la trascendencia que tiene la maternidad como el núcleo del proyecto de vida de muchas adolescentes, el tema de la constitución de una relación de pareja adecuada que permita la realización socialmente aceptada de esta meta ocupa una posición central en sus discursos: conseguirse “un hombre bueno” describe el ideal a alcanzar. La expectativa de la “responsabilidad” económica por parte de la pareja, podría incidir en la constitución de relaciones de pareja con hombres mucho mayores que ellas, partiendo de su mayor capacidad productiva en comparación con los jóvenes. Este tipo de relaciones – que tienden a reproducir las relaciones padre-hija – implican un mayor desbalance de poder en la pareja, reduciendo las posibilidades de la joven de defender sus propios intereses en este contexto.

La definición a priori del embarazo en adolescencia como accidental y no deseado, frecuentemente asumida por los/as tomadores/as de decisiones e instituciones que trabajan con esta población en el país, no se sostiene como tal en el discurso de muchas de las adolescentes. Así, una parte de ellas – particularmente las que cuentan con una relación de pareja estable – procura el embarazo de manera intencional, mientras que otras – cuyo embarazo en sí no fue planificado –, perciben el mismo como una realización de su proyecto de vida, si bien un tanto adelantada en la dimensión temporal. De ahí que un discurso dirigido a la prevención del embarazo que lo define como no deseado y accidental, definición posiblemente válida en otros contextos socio-culturales, posiblemente no tenga mucho que decirle a una joven para quien la maternidad, adolescente o no, constituye el núcleo de su proyecto de vida.

Los resultados del presente estudio imponen un cuestionamiento de la pertinencia del discurso “institucionalizado” construido en torno al embarazo en adolescencia para la realidad social y psicológica de las jóvenes dominicanas de sectores populares. Este discurso debe ser analizado desde el contexto social y cultural de las familias de sectores populares y sobre todo en el manejo de prejuicios y estereotipos de condena a los patrones culturales presente en la estructura familiar y en el rol de las mujeres. Si bien este puede ser asimilado y reproducido en su contenido manifiesto por las adolescentes de estos sectores, su desvinculación de los significados sociales del embarazo, la maternidad y las definiciones culturalmente apropiadas de la adolescencia conduce a su coexistencia, un tanto confusa y contradictoria, con otros discursos y mandatos sociales.

Finalmente, los hallazgos cuantitativos y cualitativos del presente informe intentan servir de base para derivar las conclusiones generales y específicas relativas al fenómeno del embarazo en adolescentes en la República Dominicana, así como las recomendaciones a tomar en cuenta en el diseño y la implementación de iniciativas dirigidas a su prevención, planificación y mitigación de impacto.

# 1ra

## **PRIMERA ETAPA: SISTEMATIZACIÓN DE INVESTIGACIONES Y ANÁLISIS DE DATOS EXISTENTES**

### **1. CONTEXTUALIZACIÓN**

El embarazo entre adolescentes (menores de 20 años) ha sido siempre motivo de preocupación, por los elementos de riesgo que lleva consigo, tanto para la mujer, como para su producto. Durante las últimas dos décadas dicha preocupación ha aumentado al observarse que entre una cuarta y quinta parte de los partos en los centros obstétricos más importantes del país ocurren antes de los veinte años, percibiéndose un potencial aumento.

Por estas razones, durante los últimos veinte años han sido relativamente frecuentes estudios observacionales sobre las características y riesgos del embarazo en adolescentes, dedicándole las Encuestas Nacionales y Demográficas y de Salud, atención especial. Por ejemplo, para el año 2002, la proporción de embarazos en adolescentes (15-19 años) en la República Dominicana era de 23% (28% en la zona rural y 21% en la urbana). El 64% de las adolescentes embarazadas no tenía ningún nivel de educación. Una de cada cinco mujeres que fallecieron por causas relacionadas con el embarazo o la maternidad era adolescente, y el riesgo obstétrico entre las adolescentes de 15 a 19 años era mucho mayor que en las mujeres de 20 a 34 años. En el 2002, la tasa de fecundidad en adolescentes en la zona urbana era de 104 por 1,000 mujeres y de 145 por 1,000 mujeres en la zona rural. El 43% de los embarazos no eran deseados. (ENDESA, 2002)

Las cifras anteriores, además de la tendencia potencial a aumentar los embarazos en adolescentes, justifica de por sí una mayor atención. Es por esto que diferentes agencias, incluyendo Profamilia con el auspicio de la Federación Internacional de Planificación de la Familia y el Fondo de Gobernabilidad y Transparencia del Gobierno Británico (IPPF/DFID, por sus siglas en inglés) han formado una alianza para impulsar una agenda común en doce países del mundo, de los cuales cinco pertenecen a América Latina.

Dicha alianza pretende realizar una serie de actividades para dar a conocer la realidad inherente a la adolescente embarazada, con fines de recomendar y apoyar más efectivamente acciones y estrategias que tiendan a mejorar el problema dentro del marco del desarrollo de los objetivos del milenio relativos a la salud materna e infantil (Cuadro 1).

**Cuadro 1.** Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud materna e infantil.

<b>OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 4: REDUCIR LA MORTALIDAD EN LA INFANCIA</b>	
<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
4. A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.	4.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años. 4.2 Tasa de mortalidad infantil 4.3 Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión.
<b>OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA</b>	
<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
5.A.: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.	5.1 Tasa de mortalidad materna 5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario.
5.B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a salud reproductiva.	5.3 Tasa de uso de anticonceptivos. 5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes. 5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas). 5.6. Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.

Fuente: Naciones Unidas, Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Sitio web oficial de los indicadores de los ODM, <<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators%2fOfficialList.htm>>, consultado el 18 de enero de 2010.

Por lo anteriormente expuesto se diseñó la presente investigación; con la intención de conocer, a través de diversos estudios que sobre el tema se han realizado en el país, los aspectos más trascendentes asociados al embarazo en adolescentes, y con la esperanza de ser útil para una mejor y más eficaz programación de las acciones en pro del bienestar de las familias que residen en la República Dominicana.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Analizar y sistematizar la información disponible sobre los factores que inciden en el embarazo en adolescentes, y su impacto en la calidad de vida de esta población, a partir de los resultados de estudios previos conducidos en la República Dominicana.

### **Objetivos específicos:**

1. Revisar y sistematizar la información disponible sobre los factores que inciden en el embarazo en adolescentes y su impacto en la calidad de vida de esa población en la República Dominicana, incluyendo, entre otras fuentes, la bibliografía de salud pública y ciencias sociales, boletines y revistas científicas, informes de estudios previos sobre el tema y los informes programáticos de diferentes organizaciones nacionales e internacionales.
2. Complementar y contrastar la información bibliográfica sistematizada con los resultados obtenidos del análisis de bases de datos procedentes de estudios recientes vinculados a la salud materno-infantil en la República Dominicana, con énfasis en la población adolescente.

## **3. ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### **3.1. DISEÑO**

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal, mediante el cual se analizó y sistematizó la información disponible sobre los factores que inciden en el embarazo

en adolescentes y su impacto en la calidad de vida de esta población, a partir de los resultados de estudios previos conducidos en la República Dominicana.

La primera etapa de sistematización y análisis de la información existente (Componente Cuantitativo), se fundamentó en una extensa revisión de fuentes bibliográficas disponibles nacional e internacionalmente, incluyendo bibliografía de salud pública y ciencias sociales, boletines y revistas científicas, informes de estudios previos sobre el tema, informes programáticos y tesis de grado, entre otros. Asimismo, se llevaron a cabo análisis complementarios de las bases de datos de estudios recientes vinculados a la salud materno-infantil en el país, con énfasis en la población adolescente.

En este proceso se tomaron en cuenta, de manera particular, los estudios epidemiológicos y etnográficos conducidos durante las últimas décadas que facilitaron la comprensión del fenómeno de embarazo en adolescencia desde una perspectiva integral.

Una vez terminado el componente cuantitativo, se vislumbró la posibilidad de realizar un componente cualitativo que permitiera construir la dinámica de los principales hallazgos cuantitativos y describir percepciones del fenómeno del embarazo en la adolescencia de una manera holística e integral según las informaciones reportadas a la fecha en que se realiza el estudio.

## **3.2. ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS**

El protocolo del estudio fue validado y consensuado con los/as representantes de Profamilia, previo a la revisión y aprobación por el Comité de Ética del Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno-Infantil Dr. Hugo Mendoza (CENISMI). Este protocolo está basado en los insumos provistos de todos los integrantes del equipo de investigación, quienes se reunieron semanalmente por cuatro meses para compartir y analizar la información obtenida.

De manera coherente con sus objetivos específicos, la ejecución del estudio fue organizada a partir de dos componentes complementarios, cuyos resultados se contrastan y presentan de manera integrada en este informe final.

### **■ COMPONENTE 1: Revisión bibliográfica**

Se identificaron las áreas de mayor relevancia para la comprensión del embarazo en adolescentes y los factores vinculados al mismo en la República Dominicana, y se procedió

con la búsqueda de referencias bibliográficas correspondientes. Se revisó todo el material escrito sobre la mujer embarazada, durante el período de la adolescencia (< 20 años de edad), y de su hijo/a que con carácter de investigación fue realizado durante los últimos 20 años (1990-2010) en la República Dominicana y que pudo ser localizado.

Se tomaron en cuenta, entre otras fuentes, la bibliografía de salud pública y ciencias sociales, boletines y revistas científicas, informes de estudios previos sobre el tema, informes programáticos y tesis de grado. La información reunida de esta manera fue sistematizada a partir de las áreas relevantes y contrastada con los resultados del proceso de análisis complementario de las bases de datos disponibles de estudios previos vinculados a la salud materno infantil en el país.

Entre las instituciones que fueron consultadas en la búsqueda de la información relevante para los objetivos del presente estudio, están:

- Dirección General Materno Infantil y Adolescentes (DIGEMIA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP);
- Oficina Nacional de Estadística (ONE);
- Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA);
- Profamilia;
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF);
- Organización Panamericana de la Salud (OPS);
- Ministerio de la Mujer (MMujer);
- Ministerio de la Juventud (MJ);
- Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA);
- Universidades nacionales (UASD, INTEC, UNPHU, entre otras);
- Maternidades San Lorenzo de Los Mina y Nuestra Señora de la Altagracia.

## ■ **COMPONENTE 2:** Análisis de datos complementarios

---

Como análisis de datos complementarios, se revisaron las estadísticas de encuestas nacionales, incluyendo ENDESA y ENHOGAR, posteriores al 1990 y relevantes para la situación de embarazo en adolescentes y los factores vinculados al mismo en la República Dominicana. Entre otros aspectos, se analizaron las posibles diferencias entre la información reportada a la fecha para las embarazadas adolescentes y no adolescentes en el país.

Asimismo, se realizaron análisis específicos de bases de datos procedentes de otros estudios vinculados a la salud materno-infantil en el país durante el mismo periodo, con énfasis especial en la población adolescente, desagregados - siempre que los datos de origen lo permitan - por provincia, sexo y grupo de edad.

Las bases de datos que se analizaron incluyen:

### 1. Encuestas nacionales

- a. ENHOGAR 2006
- b. Encuesta de ingresos y gastos de los hogares (ENIGH) 2006-2007
- c. ENDESA 1991
- d. ENDESA 1996
- e. ENDESA 2002
- f. ENDESA 2007

### 2. Estudios realizados por el CENISMI

- a. *Proyecto Prenatest: Impacto de la consejería prenatal de VIH centrada en parejas en la salud pública en países con baja y mediana prevalencia del VIH.* CENISMI / Agencia Francesa de Investigación sobre SIDA (ANRS). Datos de la medición de línea base (Marzo-Agosto 2009) y 8 semanas post-intervención (Mayo – Diciembre 2009), con una población de 484 mujeres embarazadas, de la cuales 183 son adolescentes, y las mismas fueron reclutadas en la Maternidad de Los Mina 2009.
- b. *Conocimientos, actitudes y prácticas relativas al embarazo adolescente entre los estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad Católica Santo Domingo.*

Para llevar a cabo el análisis estadístico, se utilizaron los programas EPI-INFO 6.04b, SPPSS 15.0 y NCSS/PASS 2006. Se calcularon las tasas de razones cruzadas (odds ratios) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%). Se utilizó además la prueba del chi-cuadrado para la comparación de variables nominales. En las situaciones en que las celdas esperadas fueron menor de cinco observaciones se utilizó la prueba exacta de Fisher. Se incluyó también la técnica de regresión logística para el análisis multivariado de las asociaciones observadas en el análisis univariado. Todo valor de  $p < 0.05$  se consideró estadísticamente significativo.

Las variables tomadas en cuenta para los fines de análisis, así como sus indicadores, se muestran en el cuadro siguiente:

## Cuadro 2. Variables e indicadores de estudio

VARIABLES	INDICADORES
Características Generales	Edad, educación, procedencia, actividad laboral o educativa.
Características obstétricas	Primer embarazo, segundo, etc., atención prenatal, peso y talla
Morbilidad durante el embarazo	Abortos previos, anemia, toxemia, infección urinaria, ruptura prematura de membranas (RPM), desprendimiento prematuro de placenta, polihidramnios, VIH y otras ITS, etc.
Mortalidad del parto	Desproporción céfalo-pélvica (DCP), prematuridad, bajo peso al nacer, retardo de crecimiento intrauterino, placenta previa, sufrimiento fetal, etc.
Morbilidad post-parto	Hemorragias, retención placentaria, amnionitis, estados febriles, estados sépticos, etc.
Causas de cesáreas	DCP, cesárea anterior, RPM, etc.
Planificación Familiar	Conocimiento, accesibilidad a los métodos de PF, etc.
Otros riesgos	Factores sociales (familia de origen, madre soltera, dependencia económica, involucramiento de la pareja masculina, patrones de comunicación en el contexto de la pareja, violencia intrafamiliar y basada en género, etc.)

Los resultados de esta primera etapa (componente cuantitativo) se contrastaron y socializaron con los puntos focales que designó Profamilia para el estudio, con el fin de orientar los próximos pasos en su ejecución. Asimismo, de acuerdo a lo previamente aprobado por Profamilia, estos resultados fueron complementados a partir del análisis de una muestra pequeña de historias clínicas de embarazadas que acudieron a la consulta prenatal de las dos maternidades con mayor cobertura de partos en el país durante el año 2009, con el fin de contrastar los indicadores de interés entre las adolescentes (menores de 20 años) y las mujeres de 20 o más años de edad (grupo control).

Con el fin de validar y complementar los resultados obtenidos e incluirlos en este informe, se condujo una discusión con un grupo de personas que conformaron el Comité de Expertos en el área de salud materno-infantil en la República Dominicana. El Comité de Expertos estuvo integrado por las siguientes personas: Francisco Cáceres, Tahira Vargas, Antonio de Moya y Evangelina Molina.

Como resultado final de este proceso, se incluyeron en el informe las sugerencias de este grupo de expertos en el área, relativas al fenómeno del embarazo en adolescentes residiendo en la República Dominicana, así como las recomendaciones a tomar en cuenta en el diseño y la implementación de iniciativas dirigidas a su prevención y mitigación de impacto.

### 3.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo definitivo del estudio fue sometido a la revisión del Comité de Bioética del CENISMI. Las bases de datos procedentes de otros estudios (componente #2 de esta primera etapa del estudio), fueron manejadas con la autorización previa de los organismos que financiaron los estudios de origen, y bajo los mismos criterios de confidencialidad establecidos en las investigaciones originales. Previo a su manejo, los nombres y otros datos que podrían identificar a sus participantes fueron eliminados de estas bases de datos. Solamente se analizaron los datos relevantes para los objetivos del presente estudio. El diseño de este estudio no prevé la recopilación de datos primarios, por lo cual no implica riesgos de carácter psicológico, físico o social.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO

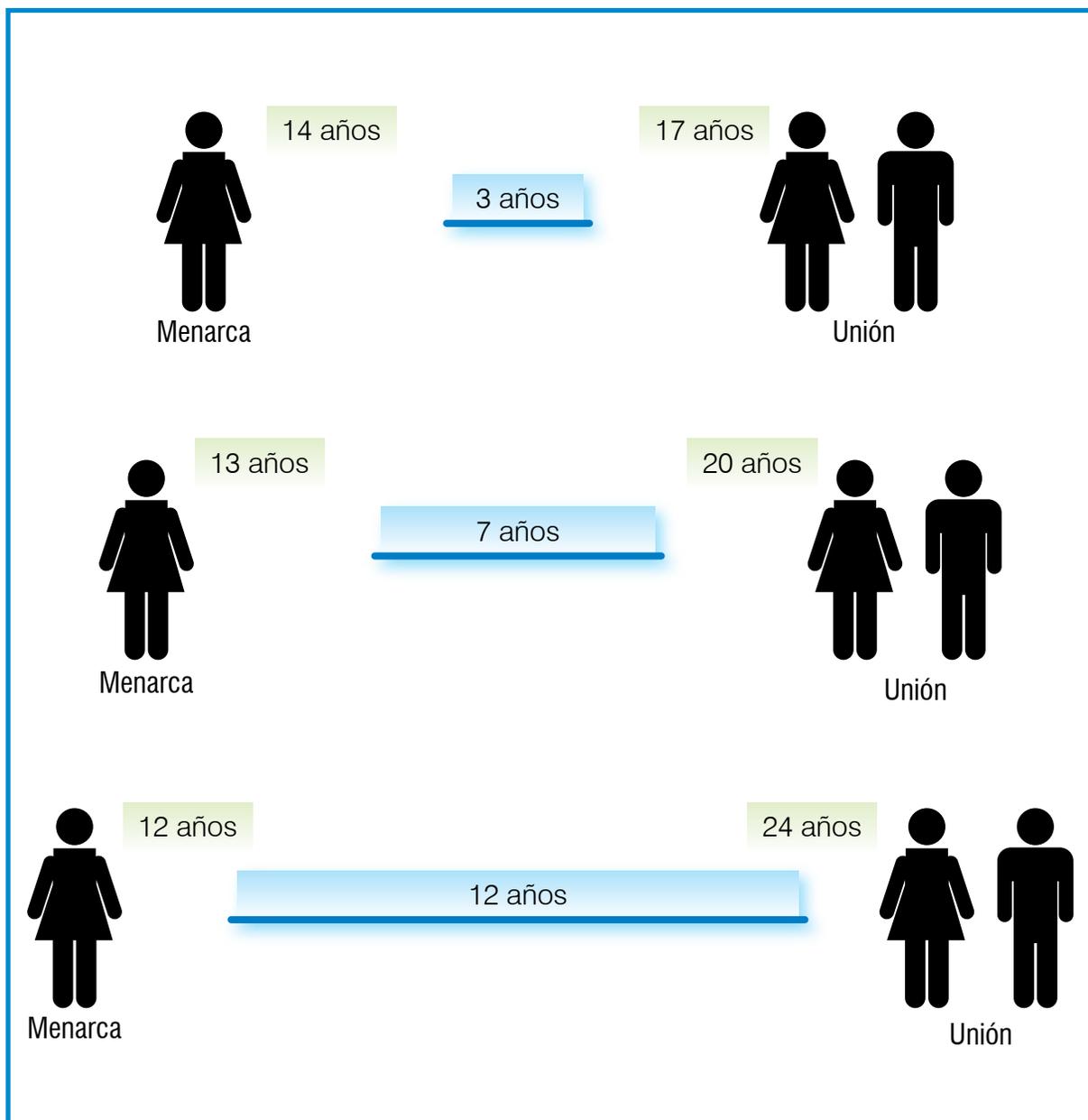
#### 4.1.1. Contexto internacional

El surgimiento de la etapa de adolescencia tal y como la conocemos hoy y su relevancia para el desarrollo del ser humano en la sociedad contemporánea pueden vincularse, en gran parte, con los cambios sociales originados en la industrialización de la civilización occidental. Así, mientras que en las sociedades pre-industriales la transición a la adultez – marcada, en el caso de los hombres por la inserción en las actividades productivas y, en el caso de la mujer, por la constitución de su propia familia y la maternidad – ocurría a edades muy tempranas, la industrialización permite y a la vez impone un periodo más prolongado de educación para la población de ambos sexos, como requisito para la inserción y la productividad de la persona en su contexto social.<sup>1</sup> (Caldwell, John C, y otros . 1998)

Esto conduce a un lapso de tiempo cada vez más prolongado entre la maduración biológica de la mujer y el establecimiento formal de la relación de pareja, que en gran parte de las culturas occidentales legitima la función reproductiva, pudiendo entenderse este lapso como un “periodo de riesgo” (Stern, Claudio, 1997), para la ocurrencia de un embarazo previo a la primera unión de la mujer, según se muestra en la Figura 1. De esta manera, la adolescencia y la juventud femenina se circunscriben a la experimentación erótica y la preparación para ingresar al espacio laboral y político, contexto en el cual la unión o el em-

barazo temprano – elementos anteriormente definitorios de su identidad – se consideran como indeseables o, cuando menos, problemáticos para la inserción y el éxito social de la mujer. (Fuller, Norma, 2001)

**Figura 1.** Periodo de riesgo de un embarazo anterior a la unión.



Fuente. Stern, Claudio. El Colegio de México, 1996.

Estos cambios en la identidad femenina, sin embargo, no siguen un patrón uniforme en los diferentes contextos socio-culturales, siendo posible que entre las mujeres jóvenes y adolescentes de los sectores rurales, urbanos de bajos recursos y grupos étnicos “la maternidad continúe siendo un horizonte importante debido a las dificultades de tener acceso a estudios superiores o a trabajos calificados”. (Fuller, Norma, 2001). De manera compatible con lo anterior, los resultados del estudio de Cáceres et al., conducido en 1996 en la República Dominicana, indican que el embarazo adolescente realmente no constituye una transgresión radical de las normas sociales establecidas en algunos sectores de la sociedad dominicana. (Cáceres-Ureña, Francisco I, y otros, 1996).

De ahí se deriva la crítica externada en las últimas décadas a las iniciativas que conciben el embarazo adolescente como un problema universal, de manera separada del contexto socio-cultural en el cual ocurre, y sin tomar en cuenta la posible aceptación e inclusive el deseo de su ocurrencia en algunos grupos sociales. (Pantelides, Edith Alexandra. 2004.) (Coll, Ana. 2001).

Según señala Pantelides, en la obra citada, esta problemática creciente del embarazo adolescente en la sociedad contemporánea responde, además de su mayor visibilidad originada en la reducción de la tasa de fecundidad en otros grupos poblacionales, a priorizar proyectos de vida alternos a la maternidad como producto del acceso de la mujer al mercado laboral, así como a la posible presión de sectores sociales conservadores para limitar la creciente libertad sexual femenina que tiende a acompañar este acceso.

La carga ideológica subyacente a la definición y la problemática del embarazo en adolescentes en América Latina, (Furstenberg, Frank F. 1998) ha sido motivo de crítica entre los científicos sociales, interfiriendo tanto con el estudio científico de este fenómeno, (Blank, Ann K y Way, Ann A. 1998).

Al desviar la atención de la comunidad científica de temas tales como el papel de hombres adolescentes en el embarazo de sus parejas o los factores que inciden en el embarazo planificado entre ellos, como con el desarrollo de intervenciones basadas en evidencia para su prevención y mitigación de impacto, (Pantelides, Edith Alexandra. 2004), algunos autores denuncian las incongruencias entre el discurso y las prácticas vinculadas a la sexualidad adolescente en la sociedad contemporánea, como una posible explicación del poco éxito de las estrategias e intervenciones implementadas en este ámbito. (Furstenberg, Frank F. 1998).

## 4.1.2. Embarazo en la adolescencia en la República Dominicana: El impacto.

Las iniciativas desarrolladas en torno al embarazo en adolescencia en las últimas dos décadas en la República Dominicana, han seguido en gran parte la tendencia observada internacionalmente a definir *a priori* este fenómeno como un problema social en sí (Guzman, José Miguel, Contreras, Juan Manuel y Hakkert, Ralph. 2001), más bien que abordarlo como un aspecto en interacción permanente con múltiples y complejos procesos sociales. Esta tendencia ha llevado a una “pan-demonización” del embarazo adolescente y, en algunos casos, a la estigmatización de las jóvenes embarazadas, reportada tanto en el ámbito familiar y comunitario. (Cáceres-Ureña, Francisco I, y otros, 1996) como en el contexto de los servicios de salud. (Miric, Marija, y otros, 2006.) y (Schutt-Aine, Jessie y Maddaleno, Matilde, 2003).

Los estudios previos sobre este tema informan, de manera reiterada, un notable impacto negativo del embarazo adolescente en la calidad de vida de las jóvenes dominicanas, en los diferentes ámbitos.

**El ámbito biomédico.** Los estudios previos conducidos en el país reportan un mayor riesgo de las adolescentes para sufrir complicaciones obstétricas durante el embarazo y al momento de parto, así como el vínculo del embarazo adolescente con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal, incluyendo el bajo peso al nacer y malformaciones congénitas. (Cáceres-Ureña, Francisco I, y otros, 1996) y (Valerio, Tomiris, y otros. 2007). No obstante, algunos estudios internacionales (Zuckerman, Barry, y otros. 1983) y (Perkins, Richard P, y otros), cuestionan esta relación, particularmente entre las mujeres mayores de 14 años, explicando la mayor incidencia de algunas complicaciones obstétricas, de parto y puerperio en la población adolescente a partir de factores socio-culturales que limitan el acceso de éste grupo poblacional a la atención prenatal oportuna, una nutrición balanceada y una calidad de vida adecuada, entre otros aspectos. Esta explicación coincide con los hallazgos observados en estudios nacionales conducidos por Mendoza, (Mendoza, Hugo, 1991) y (Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil, 1991), quien destaca el impacto de factores sociales y educacionales como los más relevantes para la calidad de vida de las adolescentes y el resultado de su embarazo. Entre otros aspectos que exponen a las adolescentes a un mayor riesgo obstétrico en la República Dominicana, además de la frecuente posposición de la primera consulta prenatal debido a la falta de orientación oportuna o la preocupación por ocultar el embarazo, (Coll, Ana, 2001), figuran la baja calidad de servicios de consejería en salud sexual y salud reproductiva, el limitado acceso a servicios de planificación familiar y la poca atención a sus necesidades de información y orientación en el contexto de los servicios de posparto y postaborto informados

en estudios previos. (Quiterio, Gisella, y otros. 2008) y (García-Romero, Brígida, Escandón, Inés y Figueroa, José. 2003). El estigma asociado al embarazo adolescente fue reportado en los servicios de atención prenatal para las adolescentes, expresándose ya sea de manera positiva, manifestado como una atención con “pena” frente a estas usuarias por haberse “desgraciado la vida así”, o negativa, manifestada a través de comentarios sarcásticos y “boches”, por el “descuido” que las llevó a embarazarse. (Miric, Marija, y otros, 2006).

**El ámbito psicológico.** Algunos estudios internacionales, frecuentemente citados y asumidos como válidos en el contexto socio-cultural dominicano, reportan el impacto fundamentalmente perjudicial del embarazo adolescente para la salud mental de la mujer, (Friedman, S B y Phillips, S. 1981), particularmente en lo referido a la frustración de su proyecto de vida y las responsabilidades impuestas por la maternidad temprana. No obstante, los estudios conducidos en el país desde la perspectiva cualitativa indican que las adolescentes responden con emociones extremas, que pueden ser tanto positivas como negativas, en referencia a su embarazo. (Cáceres-Ureña, Francisco I, y otros, 1996), (Valerio, Tomiris, y otros, 2007) y (García-Romero, Escandón y Figueroa, 2003). Así, mientras las emociones negativas de las adolescentes vinculadas a su embarazo están referidas a la ansiedad sobre sus perspectivas económicas y laborales en el futuro, la capacidad de proveer para su bebé y las posibles reacciones negativas de su círculo social cercano frente al embarazo, la maternidad como tal tiende a ser percibida y valorada de manera muy positiva por ellas, particularmente en los sectores populares. (Cáceres-Ureña y otros, 1996) y (Valerio, Tomiris, y otros, 2007). En este sentido, puede plantearse que el posible impacto adverso del embarazo en la salud mental de muchas adolescentes está más vinculado a aspectos definidos por el ámbito socio-cultural en el cual se desenvuelven, que a la idea de una maternidad temprana en sí. De manera acorde, Cáceres et al. (Cáceres-Ureña, y otros, 1996), reportan el impacto positivo de la maternidad como tal en el ámbito psicológico de algunas adolescentes, quienes afirman que esta experiencia les ha dado un sentido a sus vidas y les ha ayudado a sentirse realizadas, señalando el estigma relativo al embarazo adolescente como uno de los factores que más interfieren con el bienestar psicológico de las madres adolescentes.

**El ámbito socio-económico.** El impacto negativo del embarazo adolescente para la situación socio-económica de la mujer, destacándose las limitaciones impuestas a su inserción oportuna en el sistema educativo y el mercado laboral junto con la consecuente reproducción del círculo de pobreza, ha sido reportado tanto internacionalmente, (Schutt-Aine y Maddaleno 2003), (Miller, Suellen, y otros, 2002) y (García-Romero, Escandón y Figueroa, 2003), como en la República Dominicana. (Báez 1999), (Tactuk, y otros, 2002) y (Cáceres-Ureña, 1998). El embarazo adolescente figura entre las primeras causas de rezo-go<sup>30</sup> (Cáceres-Ureña y Morillo-Pérez, 2008) y deserción escolar entre las jóvenes dominica-

nas. Los estudios cualitativos más recientes sobre este tema indican, no obstante, que se trata más bien de la expulsión, más o menos encubierta, de las jóvenes embarazadas del sistema educativo, particularmente en el caso de los centros públicos.

Este tipo de prácticas, además de constituir una clara violación de la Ley 136-03, repercute de manera muy negativa en las posibilidades de las madres adolescentes a continuar con su formación profesional e insertarse en posiciones más competitivas y mejor remuneradas en el mercado laboral en un futuro. (Valerio, Tomiris, y otros, 2007). Queda potenciada de esta manera la vulnerabilidad social de las madres adolescentes, quienes, al depender económicamente de sus parejas masculinas u otros familiares para cubrir los gastos básicos de sus hijos, están más expuestas a situaciones de violencia de género y la transmisión de VIH, entre otros.

Partiendo de lo anterior, puede afirmarse que una gran parte del impacto negativo del embarazo adolescente en la calidad de vida de las jóvenes dominicanas reportado en estudios previos conducidos sobre este tema, responde más al manejo del embarazo y la maternidad adolescente en la sociedad dominicana que a la maternidad temprana en sí. En otras palabras, la interferencia que el embarazo adolescente implica, por definición, para el proceso de desarrollo educativo y social culturalmente asignado a la etapa de la adolescencia, queda ampliada y agravada por la respuesta poco oportuna del Estado y la sociedad dominicana frente a este fenómeno.

Por otro lado, el dar por un hecho que el embarazo adolescente debe ser considerado como un fenómeno inevitablemente perjudicial tanto para las jóvenes como para la sociedad dominicana en general, no permite analizar las diversas circunstancias en las cuales éste se puede presentar, con las consecuentes implicaciones para las iniciativas de prevención y mitigación de impacto del mismo. (Pantelides, 2004) y (Coll, 2001).

Entre otros aspectos, esta consideración de ser un fenómeno perjudicial induce a predefinir todo embarazo en las mujeres menores de 20 años como necesariamente indeseado y accidental, lo cual contrasta de manera notable con la evidencia disponible al respecto. Así, en el estudio realizado en 1996 por Cáceres (Cáceres-Ureña y otros, 1996), el 62.1% de las madres adolescentes (75.9% entre las casadas o unidas) reportaron que su embarazo fue deseado. Esto concuerda con los datos recopilados en el 2009 en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina entre las embarazadas adolescentes con pareja estable reclutadas al azar en su primera visita prenatal (n=138), de las cuales el 40.1% dijo haber no sólo deseado sino también planificado su embarazo actual. (CENISMI. Serie de Reuniones Técnicas No.3, 1991)

A la vez, las iniciativas actuales de prevención del embarazo en adolescentes con frecuencia ignoran las marcadas diferencias entre los sub-grupos de esta población, inclu-

yendo las necesidades específicas de adolescentes embarazadas menores de 15 años, debido a su vulnerabilidad más pronunciada en el ámbito bio-psico-social, y de aquellas mujeres que han planificado tener un embarazo en adolescencia, para quienes los mensajes dirigidos a la prevención del embarazo “accidental” no tienen relevancia alguna.

Así, la mayor frecuencia de embarazos adolescentes entre las mujeres casadas o unidas en la República Dominicana, (Cáceres-Ureña y otros, 1996) sugiere la necesidad de desarrollar estrategias específicas dirigidas no solamente a prevenir los embarazos en esta población, incluyendo, entre otros aspectos, una consejería detenida en el ámbito de planificación familiar que inste a involucrar a la pareja masculina en este proceso, sino también para reducir al mínimo el potencial impacto negativo de los embarazos que la adolescente decida tener. Estas estrategias deben respetar en todo momento el derecho de las adolescentes a elegir una trayectoria de vida diferente a las pautas de desarrollo y ejercicio profesional generalmente consideradas como “las correctas” para la mujer contemporánea, optando, en lugar de ellas, por una maternidad temprana como parte de su realización personal. (Caldwell y otros, 1998) y (Fuller, 2001).

## 4.2. INDICADORES ESTADÍSTICOS

### 4.2.1. Prevalencia / tendencias

Si bien varios estudios previos reportan un incremento en la proporción de nacimientos entre adolescentes en la República Dominicana (ver apartado 4.1.2.), el cuadro 1 indica que este aumento podría estar vinculado a la definición de la adolescencia asumida en cada caso. Así, el incremento parece registrarse más bien en los estudios que consideran adolescentes las mujeres entre 15 y 19 años de edad (como es el caso de las ENDESAS), mientras que las encuestas que circunscriben la adolescencia entre 12 y 19 años de edad (como ENHOGAR) indican que el porcentaje de nacimientos entre adolescentes luce ser estable desde los finales de los años 1970 (16%) hasta el año 2006 (16.5%).

**Cuadro 1.** Porcentaje de nacimientos en adolescentes residiendo en la República Dominicana según año de estudio y fuente de publicación.

PERÍODO/AÑO DE ESTUDIO	%	FUENTE DE PUBLICACIÓN
Finales1970	16	CONAPOFA*
1975-1980	16	Cáceres, F (1996)
1980	15.7	CONAPOFA*
1986	14	Cáceres, F (1996).
1988	18.5	ONU*
1991	13	Cáceres, F. (1996)
1990	21.0	CENISMI*
1987-1991	18.0	ENDESA 1991+
1991-1996	18.3	ENDESA 1996+
1996-2002	18.9	ENDESA 2002+
2002	16	Censo Nacional
2006	16.5	ENHOGAR 2006++
2002-2007	21.6	ENDESA-2007+

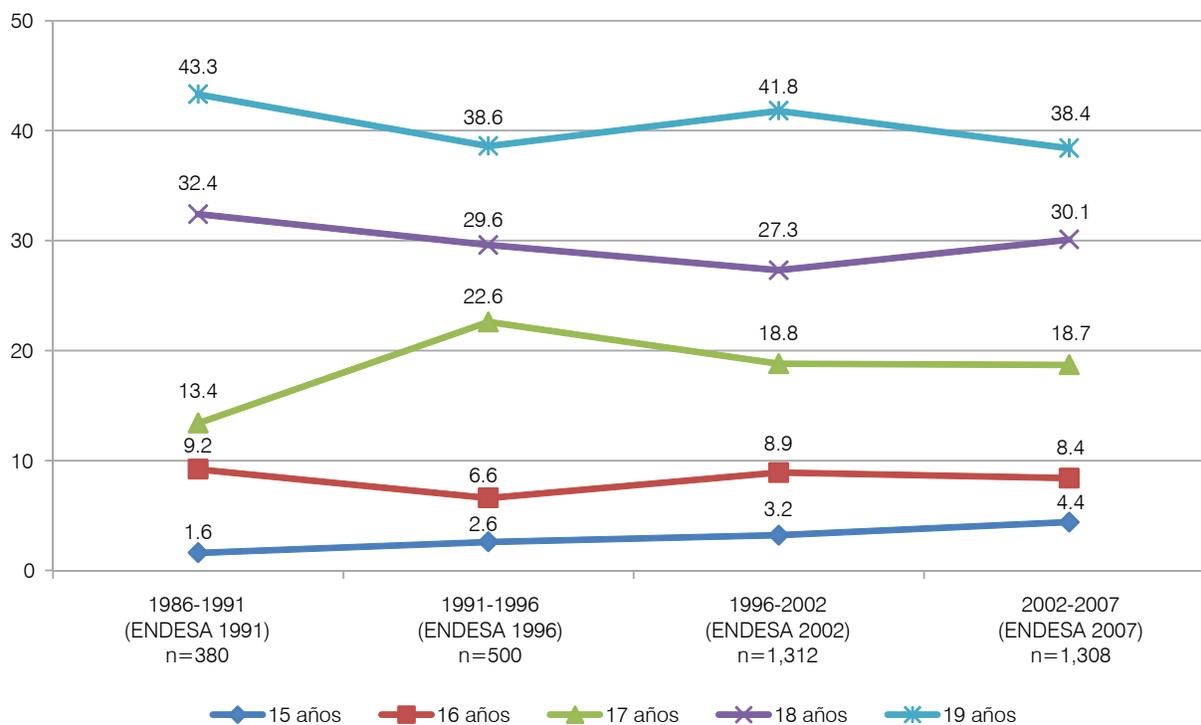
\* Mendoza HR. El embarazo en mujeres adolescentes en la República Dominicana. Análisis de estudios realizados entre 1977-1992. CENISMI 1994. Serie de Publicaciones Técnicas I.

+ Adolescencia definida desde los 15 a 19 años de edad.

++ Adolescencia definida desde los 12 a 19 años de edad.

Estos datos presentados en el cuadro 1 sugieren un mayor porcentaje de nacimientos entre adolescentes mayores de 15 años, lo cual se corrobora en el análisis de la distribución de nacimientos entre adolescentes desde el 1996 hasta la actualidad, presentado en el Gráfico 1, siendo no estadísticamente significativa las diferencias observadas en las ENDESAS 2002 y 2007 para el porcentaje de nacimientos entre adolescentes de 15-19 años (Cuadro 2).

**Gráfico 1.** Porcentaje de nacimientos en adolescentes según edad y ENDESA.



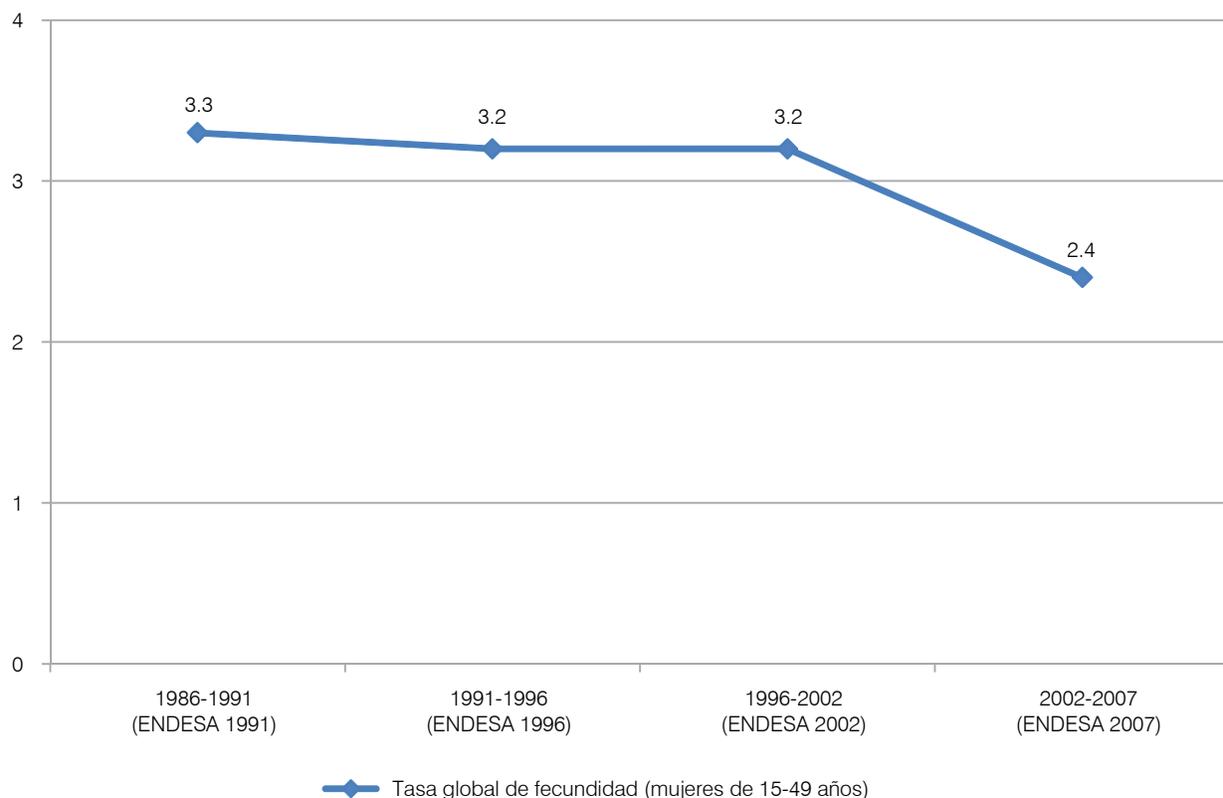
Cabe señalar que la definición de mujeres de 18 y 19 años, quienes presentan la frecuencia más alta de nacimientos (Cuadro 2), como adolescentes en el contexto cultural dominicano, asumida como válida a partir de las normas vigentes en otras sociedades contemporáneas, ha sido ampliamente cuestionada tanto por estudios previos (Valerio, Tomiris, y otros, 2007), como por el Comité de Expertos conformado para validar los resultados de esta primera etapa. Se ha argumentado, en este sentido, que este grupo de mujeres jóvenes tienden a auto-percibirse como adultas, y a ser tratadas como tales por la sociedad dominicana.

**Cuadro 2.** Frecuencia y porcentaje de nacimientos según edad de las adolescentes y ENDESA realizada.

EDAD	ENDESA 1991 N=380 (%)	ENDESA 1996 N=500 (%)	ENDESA 2002 N=1,312 (%)	ENDESA 2007 N=1,308 (%)
15 años	6 (1.6)	13 (2.6)	42 (3.2)	57 (4.4)
16 años	35 (9.2)	33 (6.6)	117 (8.9)	110 (8.4)
17 años	51 (13.4)	113 (22.6)	246 (18.8)	245 (18.7)
18 años	123 (32.4)	148 (29.6)	358 (27.3)	394 (30.1)
19 años	165 (43.4)	193 (38.6)	549 (41.8)	502 (38.4)

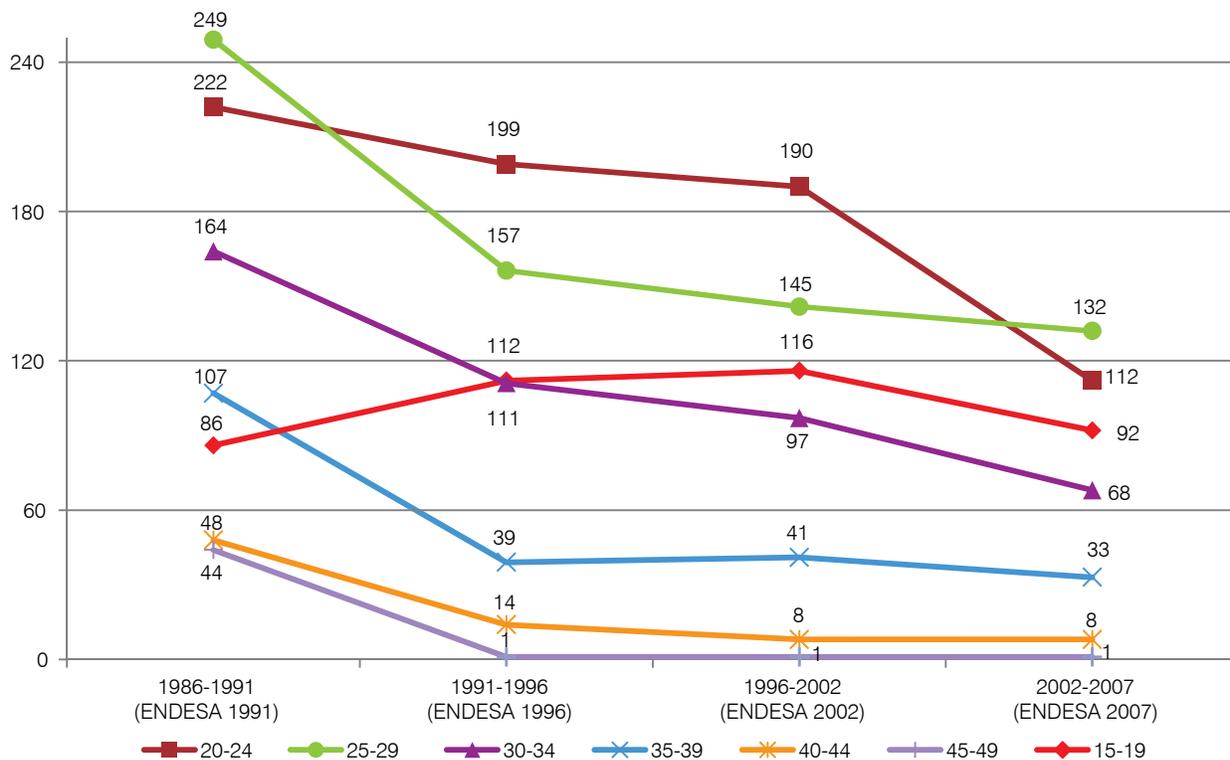
Asimismo, se destaca la disminución observada en el valor de la tasa global de fecundidad (TGF) en la ENDESA-2007 en comparación con el valor presentado en la ENDESA-2002 (Gráfico 2), lo cual pudiera estar asociado a una reducción importante en el número de nacimientos en mujeres menores de 20 años de edad.

**Gráfico 2.** Tasa global de fecundidad (TGF) en mujeres en edad reproductiva según ENDESA. (1991, 1996, 2002 y 2007)



Cabe señalar, sin embargo, que en la ENDESA-2007 se informa que la República Dominicana presenta una de las tasas más altas de fecundidad en adolescentes 15-19 años, reportada en 92 x 1,000 mujeres. No obstante, al observar los valores de la tasa de fecundidad específica por grupo de edad (Gráfico 3), se identifica una reducción importante del valor obtenido para este parámetro en la ENDESA-2002 (116) en comparación con lo informado en la ENDESA-2007 (92).

**Gráfico 3.** Tasas de Fecundidad específicas por grupos de edad según ENDESA. (1991, 1996, 2002 y 2007).



Este hallazgo de la reducción en la tasa específica por edad en el último quinquenio evaluado por la ENDESA-2007, toma mucho mayor carácter cuando se analiza el porcentaje de nacimientos, en mujeres menores de 20 años, desde el año 1961 hasta el año 2005 (Cuadro 3), observándose que el número de nacimientos en esta población se reduce en 32 puntos porcentuales durante dicho período (50% para el periodo 1961-1966 y 34% para el periodo 2003-2005).

**Cuadro 3.** Probabilidad de tener un hijo antes de los 20 años en República Dominicana.

<b>AÑOS</b>	<b>%</b>	<b>REFERENCIAS</b>
1961-1966	50	CENISMI-1994*
1966-1971	51	CENISMI-1994*
1971-1976	46	CENISMI-1994*
1976-1981	41	CENISMI-1994*
1981-1986	37	CENISMI-1994*
1986-1991	34	CENISMI-1994*
2003-2005	34	ENHOGAR 2006

\* Mendoza HR. El embarazo en mujeres adolescentes en la República Dominicana. Análisis de estudios realizados entre 1977-1992. CENISMI 1994. Serie de Publicaciones Técnicas I.

## 4.2.2. Características generales

Según puede observarse en el Cuadro 4, Distribución porcentual de las madres adolescentes según algunas características socio-demográficas presentadas en diferentes encuestas realizadas en República Dominicana durante el periodo 1980-2007\*, la distribución de algunas características socio-demográficas de las madres adolescentes en cuanto a la región de residencia y de salud, así como la zona de residencia, estado civil, años de estudio y nivel de instrucción informados en diferentes encuestas realizadas en la República Dominicana, han permanecido relativamente estables desde la década de los 80, residiendo un mayor porcentaje de ellas en la región Suroeste y en la zona rural.

**Cuadro 4.** Distribución porcentual de las madres adolescentes según algunas características socio-demográficas presentadas en diferentes encuestas realizadas en República Dominicana durante el periodo 1980-2007.\*

CARACTERÍSTICAS	PERÍODO 1980-2007					
	1980 (ENF)	1986 (DHS)	1991 (ENDESA)	1996 (ENDESA)	2002 (ENDESA)	2007 (ENDESA)
<b>Región de residencia</b>						
D.N.	12.3	11.3	6.4	-	-	-
Suroeste	25.9	24.8	24.4	-	-	-
Cibao	14.9	12.4	16.5	-	-	-
Sureste	19	14.2	17	-	-	-
<b>Región de salud</b>						
0	-	-	-	18.6	19.2	19.9
I	-	-	-	23.3	21.3	21.1
II	-	-	-	22.2	19	18.5
III	-	-	-	22.4	20	19.9
IV	-	-	-	31.2	23.7	23.9
V	-	-	-	23.6	18.6	22.8
VI	-	-	-	34.4	22.8	26.3
VII	-	-	-	26.5	20.5	20.8
VIII	-	-	-	-	21.7	23
<b>Zona de residencia</b>						
Urbana	9.9	12.3	10.1	8.4	20.7	21.3
Rural	21.6	16.7	20	30.6	20.2	21.9
<b>Estado conyugal</b>						
Soltera	0.5	0.7	1.1	-	-	-
Casada	60.6	64.8	54.3	-	-	-
Otro	50.5	48.8	52.1	-	-	-
<b>Años de estudio</b>						
0-3	33.2	30.7	31.6	-	-	-
4 a 6	18	18.5	17.3	-	-	-
7 a 8	9.8	11.3	12.4	-	-	-
9 a 11	3.3	5.3	7	-	-	-
12 y más	1.7	4.8	4.9	-	-	-
<b>Nivel de Instrucción</b>						
Sin educación	-	-	-	9.3	6.3	4.3
Primaria	-	-	-	24.4	19.4	19.1
Secundaria	-	-	-	28.3	31.2	33.3
Superior	-	-	-	4	5.7	6.1

\* Tomado de Donastorg (2007), Paternidad y Maternidad Adolescentes y complementado por los autores.

El cuadro 5 presenta la información obtenida de la ENDESA-2007 sobre la probabilidad de una adolescente ser madre según zona de residencia y sobre el nivel de instrucción al momento de realizar la encuesta, observándose que las adolescentes que residen en zona rural tienen mayor probabilidad de ser madres (1.45 veces más) que aquellas que viven en zona urbana (OR=1.45, IC95%:1.28, 1.65,  $p=.0001$ ), y que las adolescentes que son madres son más propensas a tener un nivel educativo más bajo en comparación con sus pares que no son madres.

**Cuadro 5.** Comparación entre madres y no madres adolescentes por zona de residencia y nivel de instrucción (ENDESA-2007).

TIPO DE ZONA DE RESIDENCIA	MADRES* N= 1,312 (%)	NO MADRES** N= 4,535 (%)	OR	IC95%	P
Rural	624 (47.6)	1,743 (38.4)	1.45	1.28, 1.65	.0001
Urbana	688 (52.4)	2,792 (61.6)			
Nivel de Instrucción n= 1,312 (%)		n= 4,535 (%)			
Ninguna***	31 (2.4)	25 (0.6)	1.00		
Primaria	715 (54.5)	1,415 (31.2)	0.41	0.23, 0.72	.0006
Secundaria	549 (41.8)	2,833 (62.5)	0.16	0.09, 0.28	.0001
Universitaria	12 (1.3)	262 (5.8)	0.04	0.02, 0.09	.0001

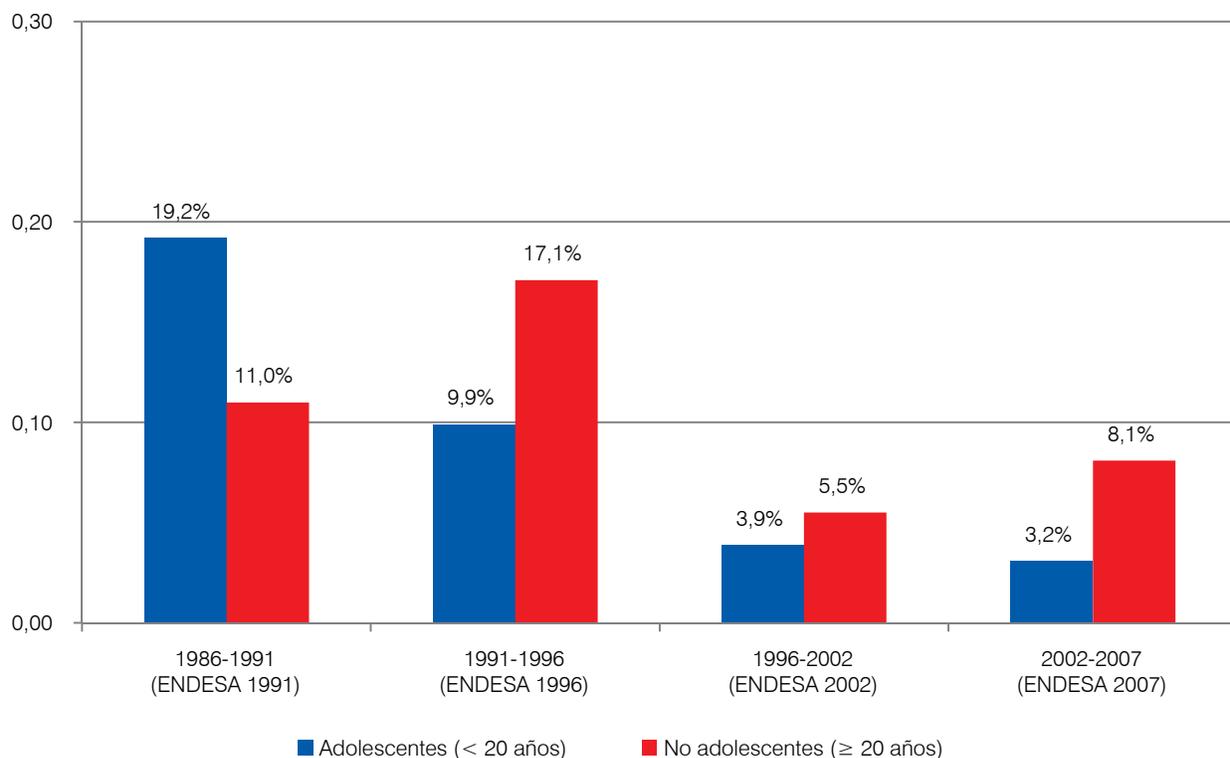
\* Mujeres embarazadas o que habían dado a luz un hijo/a.

\*\* No embarazadas.

\*\*\* Punto de referencia

Al comparar las características sociodemográficas de analfabetismo y estatus socioeconómico entre embarazadas adolescentes y embarazadas no adolescentes (gráfico 4), se observó una tendencia a la reducción en el porcentaje de adolescentes embarazadas iletradas que residen en la República Dominicana (19.2% para el período 1986-1991 vs 3.2% para el período 2002-2007), no así para las embarazadas no adolescentes durante el mismo período de estudio (11.0% para el período 1986-1991 vs 8.1% para el período 2002-2007). Asimismo en el cuadro 6, se presenta la comparación entre adolescentes embarazadas y no adolescentes embarazadas por estatus socioeconómico, no observándose diferencias entre las categorías de pobreza o riqueza utilizadas por la ENDESA-2007.

**Gráfico 4.** Embarazadas adolescentes y no adolescentes analfabetas (ENDESA, 1991, 1996, 2002 y 2007)



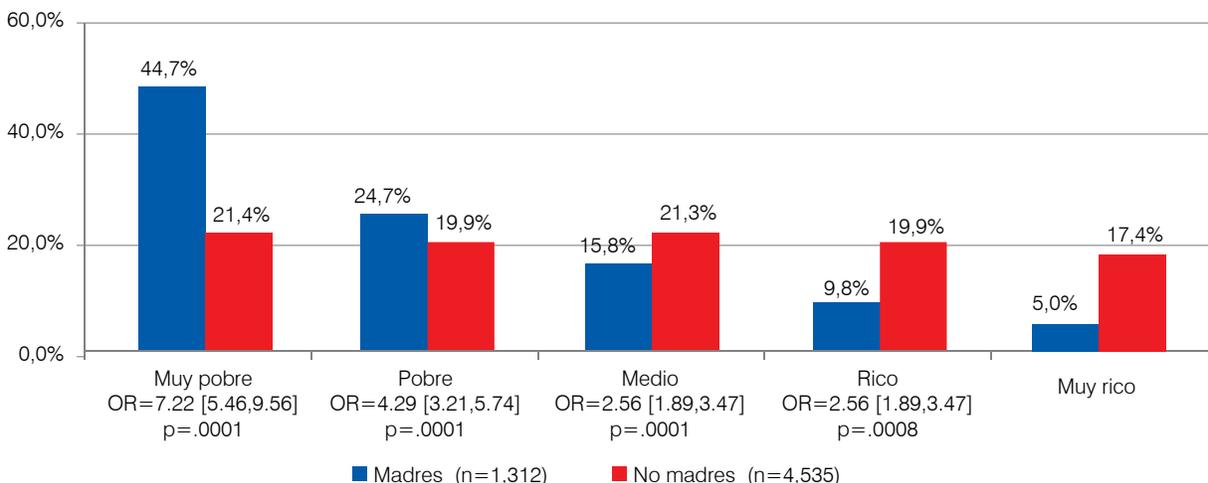
**Cuadro 6.** Comparación de grupos socioeconómicos entre adolescentes embarazadas y no adolescentes embarazadas (ENDESA (2007)).

GRUPO SOCIOECONÓMICO	ADOLESCENTES	NO ADOLESCENTES	OR	IC95%	P
	< 20 AÑOS N= 5847 (22)	> 20 AÑOS N= 21,348 (72%)			
Muy rico*	855 (14.6)	3,059 (14.3)	1.00		
Muy pobre	1,559 (26.7)	5209 (24.4)	1.07	0.97, 1.18	0.16
Pobre	1,227 (21)	4690 (22.0)	0.94	0.85, 1.03	0.18
Medio	1,174 (20.1)	4505 (21.1)	0.93	0.84, 1.03	0.18
Rico	1,032 (17.7)	3885 (18.2)	0.96	0.89, 1.04	0.34

\*Punto de referencia

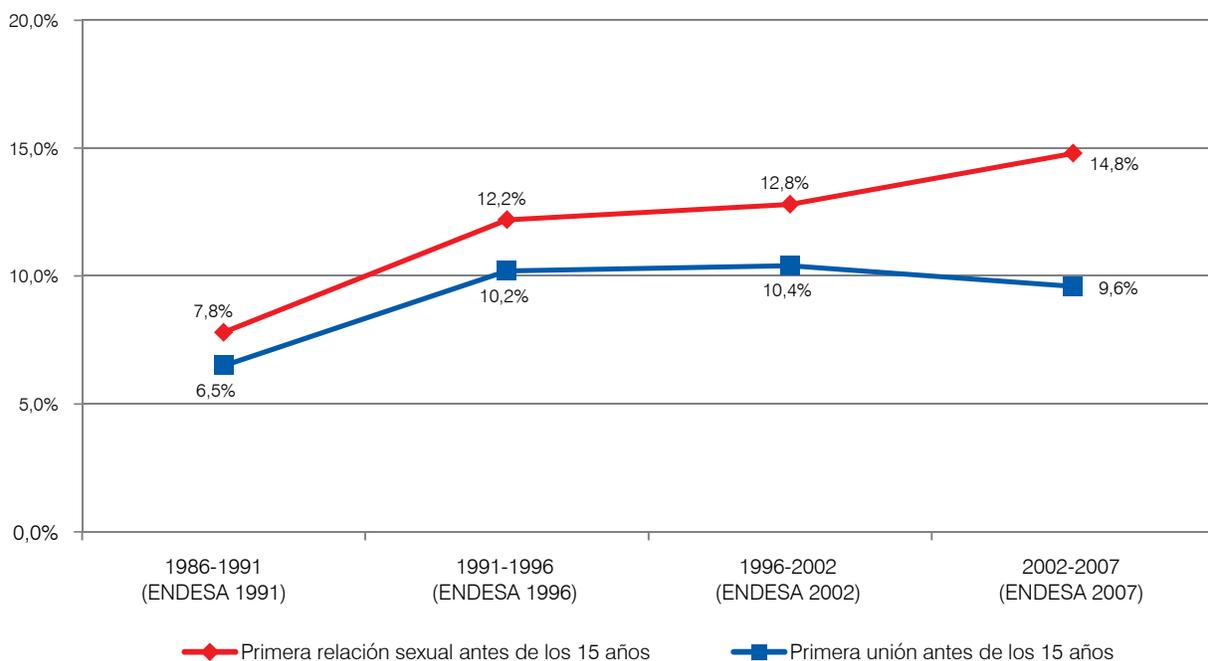
Al realizar otra comparación, esta vez entre madres adolescentes y adolescentes que no son madres, se observa que en la categoría de menor ingreso o muy pobre, según la ENDESA 2007, hay mayor número de madres adolescentes que adolescentes sin hijos (gráfico 5).

**Gráfico 5.** Comparación de los grupos socioeconómicos entre madres adolescentes y adolescentes sin hijos (ENDESA 2007).

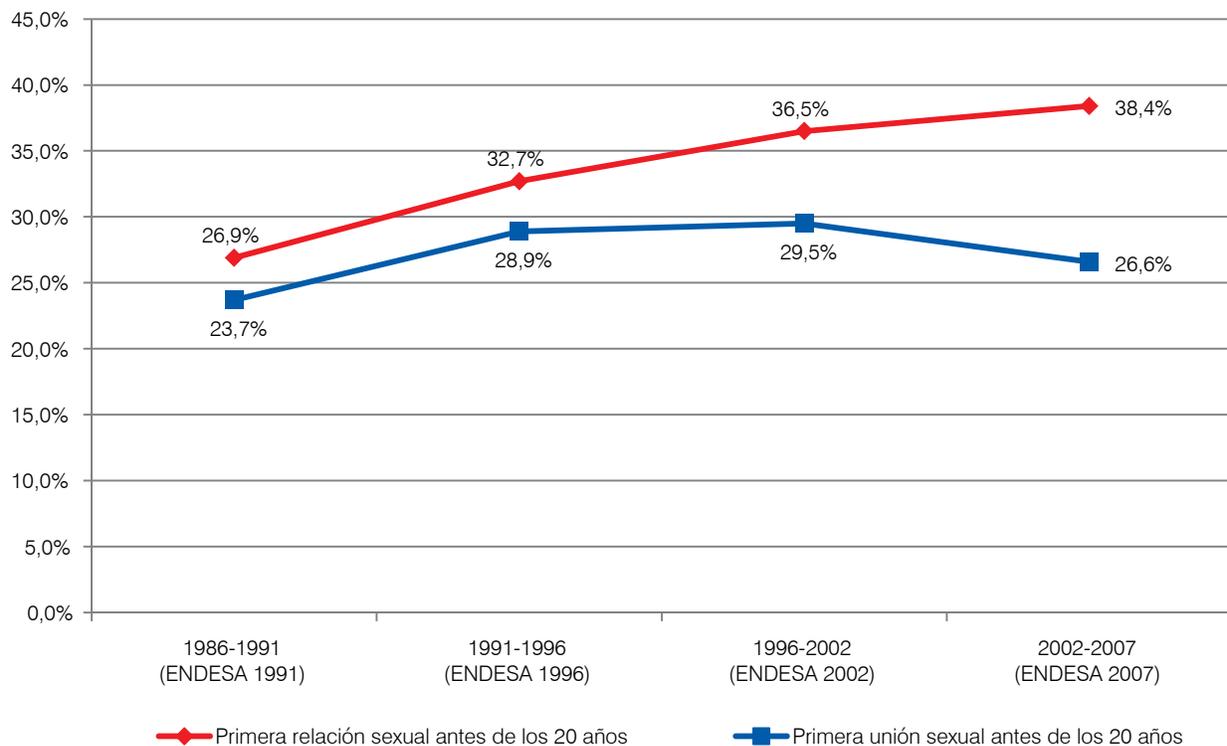


En cuanto al análisis de tendencias de la edad de la primera relación sexual y la de la primera unión entre las mujeres que se incluyeron en las encuestas demográficas de salud realizadas durante el periodo 1986-2007, sugiere el mismo patrón observado internacionalmente de que existe un distanciamiento progresivo entre ambos eventos (gráficos 6 y 7).

**Gráfico 6.** Porcentaje de mujeres que reportaron su primera relación y su primera unión antes de los 15 años de edad según ENDESA (1991-2007)



**Gráfico 7.** Porcentaje de mujeres que reportaron su primera relación y su primera unión antes de los 20 años de edad según ENDESA (1991-2007)



Cuando se comparó la edad a la primera relación sexual sólo entre adolescentes embarazadas y/o madres con adolescentes no embarazadas y sin hijos/as (cuadro 7), se observó que aquellas que no reportaron en la ENDESA-2007 ser madres o haber tenido hijos/as fueron más propensas a iniciar las relaciones sexuales previo a los 15 años de edad que aquellas que estaban embarazadas o habían tenido hijos/as, en contraste con sus pares que no son madres (OR=.3.74; IC95%:3.2,4.4, p=0.0001).

**Cuadro 7.** Comparación de la edad a la primera relación sexual entre adolescentes embarazadas y con hijos y adolescentes no embarazadas y sin hijos, ENDESA (2007).

EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL (AÑOS)	ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS Y SIN HIJOS N= 4,534 (%)	ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y/O MADRES N= 1,295 (%)	OR	IC95%	P
≤15	4,053 (89.4)	897 (69.3)	3.74	3.2, 4.4	0.0001
16-19	481 (10.6)	398 (30.7)			

Asimismo, en el cuadro 8 se muestra que las adolescentes embarazadas o con hijos fueron menos propensas a utilizar el condón en su primera relación sexual que aquellas que reportaron, en la ENDESA-2007, estar no embarazadas y no tener hijos/as (OR=2.16; IC95%: 1.8, 2.6,  $p=0.0001$ ).

**Cuadro 8.** Comparación del uso de condón en la primera relación sexual entre adolescentes embarazadas y con hijos y adolescentes no embarazadas y sin hijos, ENDESA (2007).

USO DE CONDÓN EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y/O MADRES N= 1,296 (%)	ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS Y SIN HIJOS N= 957 (%)	OR	IC95%	P
No	1,055 (81.4)	641 (67)	2.16	1.77, 2.64	0.0001
Si	240 (18.5)	315 (33)			

En lo que concierne al estado civil entre adolescentes madres y adolescentes no madres (cuadro 9), se observó que, tanto para la ENDESA-2002, como para la ENDESA-2007, las adolescentes embarazadas o con hijos/as fueron mucho más propensas a estar unidas que aquellas adolescentes solteras no embarazadas y sin hijos/as.

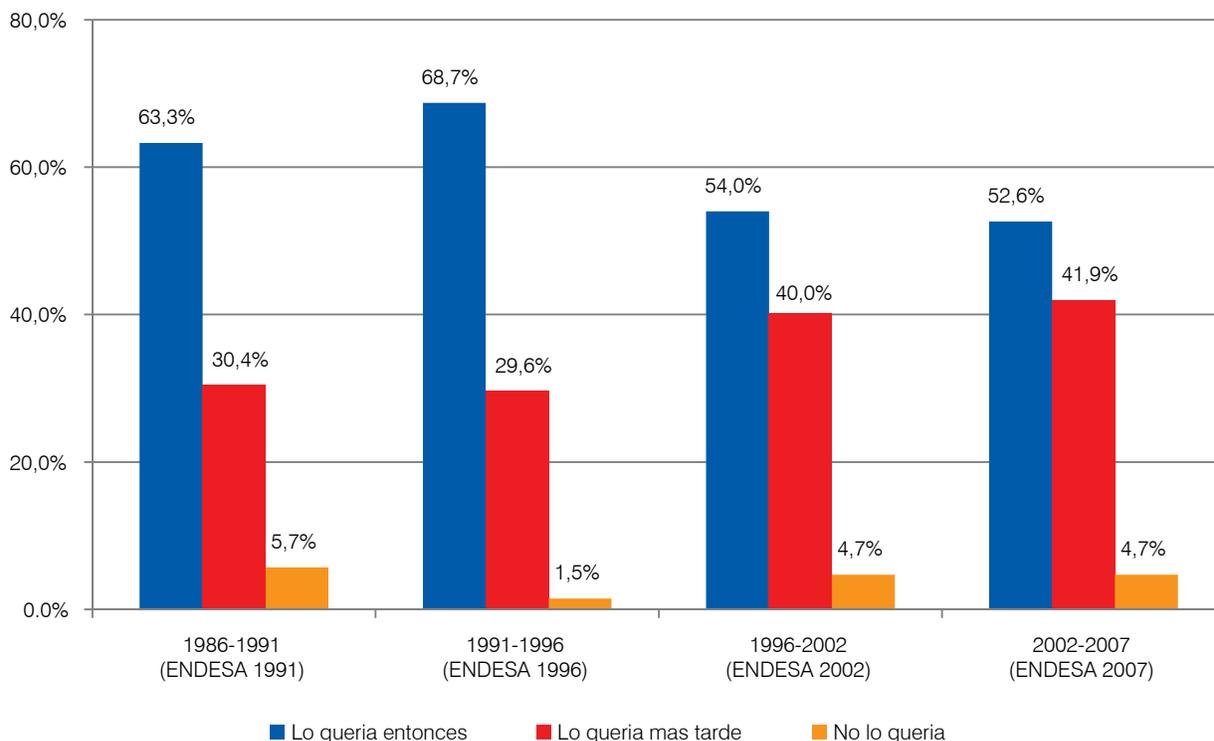
**Cuadro 9.** Comparación del estado civil entre adolescentes embarazadas y con hijos/as y adolescentes no embarazadas y sin hijos (ENDESA-2002, 2007).

ESTADO CIVIL (ENDESA-2002)	ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y/O MADRES N= 1,231 (%)	ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS Y SIN HIJOS N= 3,577 (%)	OR	IC95%	P
Nunca casadas	87 (7.1)	3,201 (89.5)	0.08	0.06, 0.10	0.0001
Casadas	50 (4.1)	25 (0.7)	6.02	3.62, 10.05	0.0001
Unidas	846 (68.7)	253 (7.1)	28.87	24.13, 34.55	0.0001
Divorciadas/no viven juntos	248 (21.1)	98 (2.7)	8.96	6.97, 11.52	0.0001
<b>Estado Civil, (ENDESA-2007)</b>	<b>n= 1,312 (%)</b>	<b>n= 4,535 (%)</b>			
Nunca casadas	122 (9.3)	4,046 (89.2)	0.01	0.01, 0.02	0.0001
Casadas	26 (2.0)	19 (0.4)	4.81	2.56, 9.07	0.0001
Unidas	855 (65.2)	334 (7.4)	23.53	20.01, 27.68	0.0001
Divorciadas/no viven juntos/viudas	309 (23.5)	136 (3.0)	9.96	8.01, 12.48	0.0001

En el gráfico 8 se presenta la planificación de fecundidad de las adolescentes según ENDESA, y en el mismo se indica que, de manera consistente, menos de un 6.0% de las adolescentes embarazadas describe su embarazo como no deseado. Más aun, la mayoría

de ellas afirma haber deseado tener el embarazo en el momento en que ocurrió (más del 52.0% en todos los casos), aunque los valores porcentuales de haber deseado el embarazo más tarde se incrementan en la dos últimas ENDESAS (2002 y 2007), alcanzando el 40.0% y el 41.9%, respectivamente.

**Gráfico 8.** Planificación de fecundidad en adolescentes (ENDESA 1991-2007)



Asimismo, el número ideal de hijos declarado por mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad no ha variado significativamente desde el 1986 hasta años recientes (Cuadro 10).

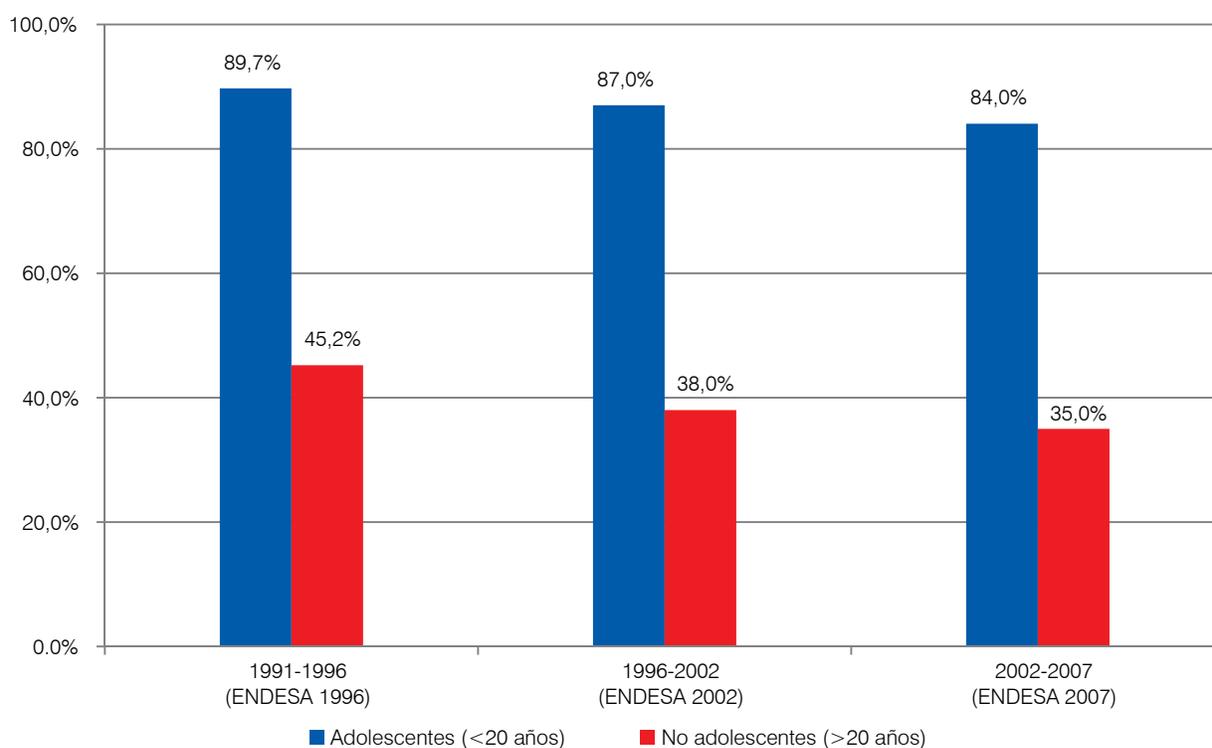
**Cuadro 10.** Promedio ideal de hijos para mujeres de 15 a 19 años.

PERÍODO	PROMEDIO IDEAL DE HIJOS	REFERENCIA
1986-1990	2.7	ENDESA 1991
1991-1995	2.7	ENDESA 1996
1996-2001	2.5	ENDESA 2002
2002-2006	2.6	ENDESA 2007

### 4.2.3. Planificación familiar

El uso de anticonceptivos declarado por las embarazadas adolescentes es notablemente más bajo que el informado por las embarazadas de otros grupos de edades (gráfico 9), siendo de aproximadamente 10 veces más probable (OR=9.85; IC95%:9.1, 10.6, p=0.0001) que la adolescente no utilice anticonceptivo que la población no adolescente (Cuadro 11).

**Gráfico 9.** Embarazadas adolescentes y no adolescentes que no usan anticonceptivos, (ENDESA 1996, 2002, 2007).



**Cuadro 11.** Diferencias en el uso de anticonceptivos entre adolescentes y no adolescentes, (ENDESA 2007).

USO DE ANTICON- CEPTIVOS	ADOLESCENTES < 20 AÑOS N= 5,847 (%)	NO ADOLESCENTES > 20 AÑOS N= 21,348 (%)	OR	IC95%	P
No	4919 (84.1)	7,468 (35.0)	9.85	9.1,10.6	0.0001
Si	928 (15.9)	13,880 (65.0)			

Al comparar las adolescentes que informaron haber estado embarazadas y/o que eran madres al momento en que se realizó la ENDESA (Cuadro 12), con aquellas adolescentes que declararon no haber estado embarazada o no tener hijos/as, se observa una mayor probabilidad de utilizar el condón en las primeras que en las segundas, tanto para la ENDESA-2002 (OR=10.15; IC95%:8.4,12.3,  $p=0.0001$ ), como para la ENDESA-2007 (OR=8.64, IC95%:7.39,10.1,  $p=0.0001$ ).

**Cuadro 12.** Diferencias en el uso de anticonceptivos entre madres adolescentes y adolescentes no embarazadas y sin hijos (No madres), (ENDESA 2002, 2007).

<b>ENDESA 2007</b>	<b>MADRES</b>	<b>NO MADRES</b>	<b>OR</b>	<b>IC95%</b>	<b>P</b>
<b>USO DE ANTICONCEPTIVO</b>	<b>N= 1,312 (%)</b>	<b>N= 4,535 (%)</b>			
Si	564 (43)	364 (8)	8.64	7.39, 10.1	0.0001
No	748 (57)	4171 (92)			
<b>ENDESA 2002</b>	<b>n= 1,231 (%)</b>	<b>n= 3,577 (%)</b>			
<b>USO DE ANTICONCEPTIVO</b>					
Si	429 (34.8)	169 (5)	10.15	8.4, 12.3	0.0001
No	802 (65.2)	3,398 (95)			

En el cuadro 13 se presenta la intención del uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes según ENDESA, observándose un incremento en la probabilidad de que los adolescentes reporten tener la intención de utilizarlos en un futuro (OR=3.37 para la ENDESA-2002 y OR=4.13 para la ENDESA-2007).

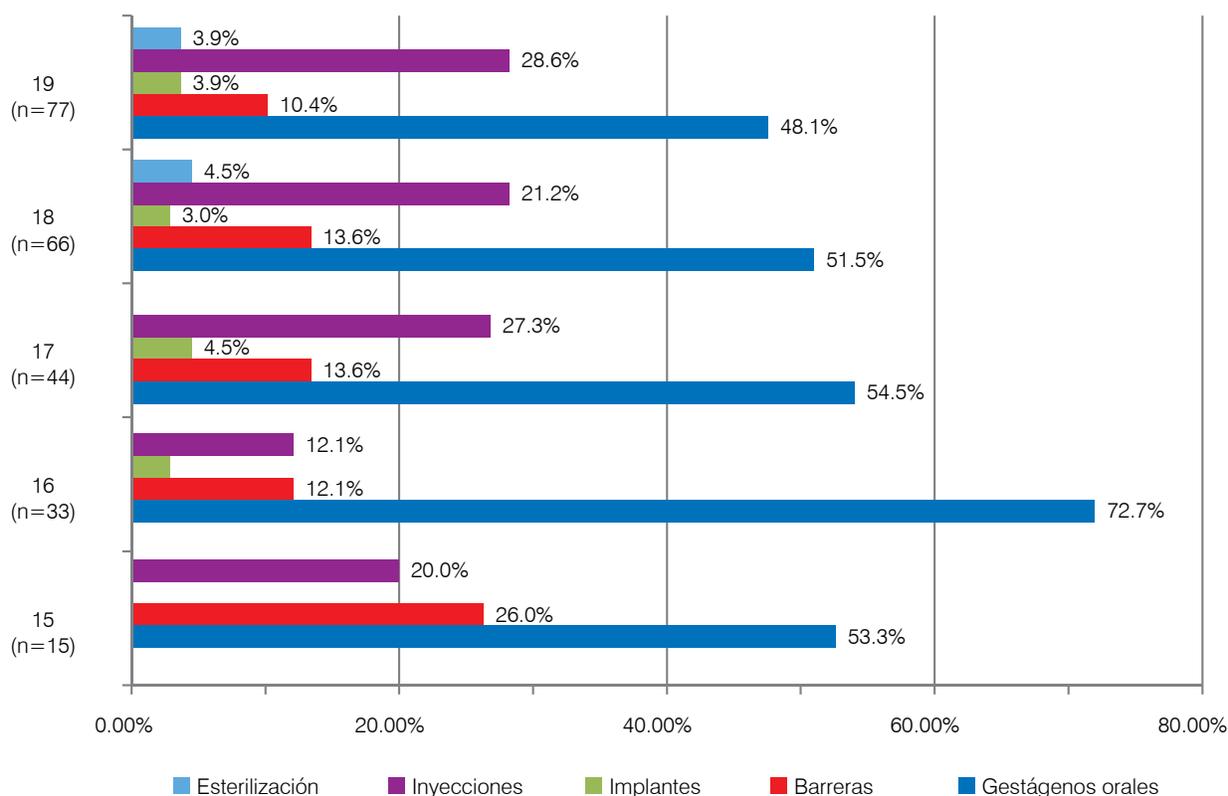
**Cuadro 13.** Intención de uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes según ENDESA.

<b>INTENCIÓN DE USO DE ANTICONCEPTIVOS</b>	<b>&lt; 20 AÑOS</b>	<b>≥ 20 AÑOS</b>	<b>OR</b>	<b>IC95%</b>	<b>P</b>
	<b>n=4,876</b>	<b>n=7,369</b>			
<b>ENDESA 2007</b>					
No tiene intenciones*	399 ( 8)	1981 ( 27)	1.00		
Lo usará luego	4,154 ( 85)	4,995 ( 68)	4.13	3.67, 4.64	0.0001
Insegura de usarlo	323 ( 7)	393 (5)	4.08	3.39, 4.92	0.0001
<b>ENDESA 2002</b>	<b>n=4,176</b>	<b>n=7,112</b>			
No tiene intenciones*	502 ( 12)	2,221 ( 31)	1.00		
Lo usará luego	3,416 (82 )	4,620 ( 65)	3.37	2.94, 3.64	0.0001
Insegura de usarlo	258 ( 6)	271 ( 4)	4.21	3.45, 5.15	0.0001

\* Grupo de referencia.

El gráfico 10 presenta los métodos anticonceptivos más frecuentemente utilizados por las adolescentes, a partir de los datos de ENHOGAR 2006. Así, mientras que los gestágenos orales parecen tener preferencia, especialmente entre las adolescentes más jóvenes, su uso tiende a reducirse gradualmente con la edad, cediendo paso a otros métodos, particularmente las inyecciones.

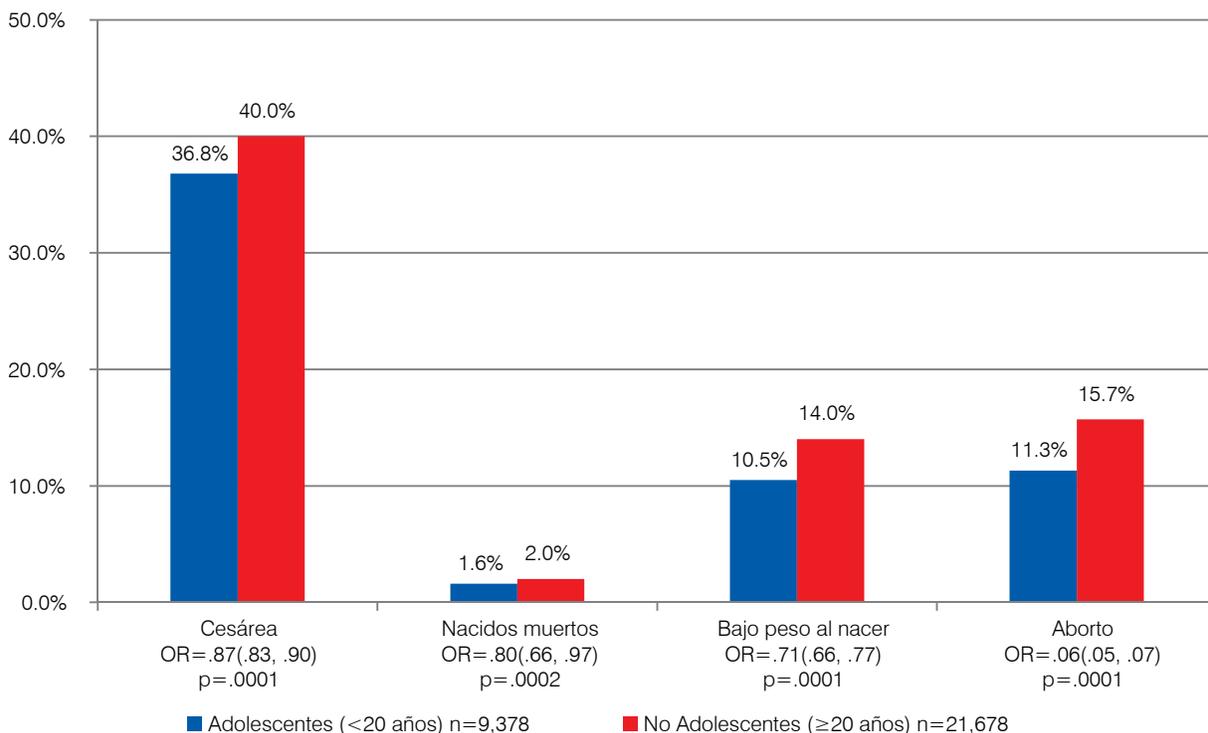
**Gráfico 10.** Uso de anticonceptivos entre adolescentes (ENHOGAR, 2006)



#### 4.2.4. Riesgos en el embarazo

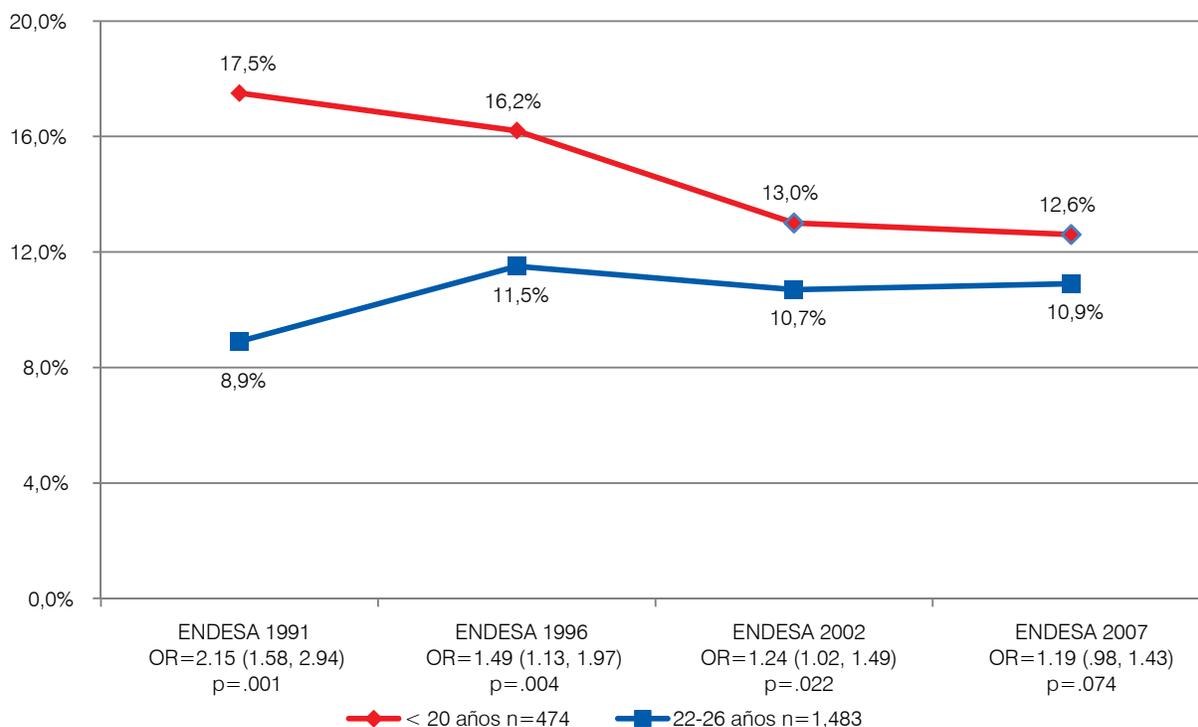
En el gráfico 11 se presenta el contraste de los datos reportados en el año 2009, por los dos centros materno-infantiles de mayor cobertura nacional de realización de partos, sobre los riesgos obstétricos entre adolescentes (< 20 años) y no adolescentes (≥ 20 años), observándose que las adolescentes fueron menos propensas a realizárseles cesáreas (OR=0.87, IC95%:0.83, 0.90; p=0.0001) y a presentar niños con bajo peso al nacer (OR=0.71, IC95%:0.66, 0.97; p=0.0001), abortos (OR=0.06, IC95%:0.05, 0.07; p=0.0001) y nacidos muertos (OR=0.80, IC95%:0.66, 0.97; p=0.0002), que las no adolescentes.

**Gráfico 11.** Comparación del porcentaje de cesáreas, nacidos muertos, bajo peso al nacer y aborto en embarazadas adolescentes y no adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina y La Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia durante el año 2009.



Al analizar el bajo peso al nacer entre hijos/as de madres adolescentes y no adolescentes según la ENDESA (Gráfico 12), se observa que durante la última parte de la década de los años 80 (ENDESA-1991) hasta el año 2002 las adolescentes eran más propensas a dar a luz niños con bajo peso. De los datos obtenidos de la ENDESA-2007, sin embargo, no se observan diferencias en relación al BPN entre adolescentes y no adolescentes (gráfico 12).

**Gráfico 12.** Porcentaje de niños con bajo peso al nacer declarados por madres adolescentes y no adolescentes en las ENDESA 1991, 1996, 2002 y 2007.



En el cuadro 14 se presenta la comparación del riesgo de presentar BPN en grupos de adolescentes  $\leq 15$  años (adolescencia temprana) con adolescentes de 16-19 años de edad (adolescencia tardía) y no adolescentes, observándose que no hubo diferencias significativas para presentar BPN entre las adolescentes en la adolescencia temprana y aquellas en la adolescencia tardía. En el cuadro 14 también se observa, que no hubo diferencias estadísticas cuando se compararon las adolescentes en la adolescencia temprana y las no adolescentes ( $\leq 15$  vs 20-22), en la adolescencia tardía (16-17 vs 18-19) y en la adolescencia tardía y no adolescentes (18-19 vs 22-26).

**Cuadro 14.** Riesgos de bajo peso al nacer entre varios grupos de edades, ENHOGAR (2006).

EDAD	N (%) VS N (%)	OR	IC95%	P
$\leq 15$ vs 16-17	2 (25) vs 13 (14.28)	2.0	0.25, 13.04	0.42
$\leq 15$ vs 18-19	2 (25) vs 26 (13.5)	2.1	0.20, 12.7	0.36
$\leq 15$ vs 20-22	2 (25) vs 53 (11.45)	2.6	0.25, 14.86	0.24
16-17 vs 18-19	13 (14.3) vs 26 (11.9)	1.07	0.49, 2.31	0.85
18-19 vs 22-26	26 (13.5) vs 90 (10)	1.40	0.86, 2.29	0.15

Al analizar el número de consultas prenatales y su relación con el BPN según ENDESA (cuadro 15), se observa que en las ENDESAS llevada a cabo en 1996 y 2002, las adolescentes con menos de cuatro controles prenatales fueron aproximadamente tres (OR=2.8) y dos (OR=1.9) veces más propensas a tener niños con BPN que las embarazadas no adolescentes, siendo la diferencia observada estadísticamente significativa. Para la ENDESA-2007, sin embargo, no hubo diferencias entre el número de controles prenatales y el riesgo de presentar BPN entre las embarazadas adolescentes y no adolescentes que participaron en la encuesta (cuadro 15).

**Cuadro 15.** Número de controles prenatales y riesgo de Bajo Peso al Nacer (BPN), según ENDESA, entre adolescentes y no adolescentes embarazadas.

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES ENDESA-2007	BPN		OR	IC95%	P
	< 20 AÑOS N=124 (%)	> 20 AÑOS N=773 (%)			
< 4 controles prenatales	7 (5.6)	56 (7.2)	0.8	0.41, 1.72	0.518
≥ 4 controles prenatales	117 (94.4)	717 (92.8)			
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES, ENDESA-2002	N=130 (%)	N=704 (%)			
< 4 controles prenatales	17 (13.1)	51 (7.2)	1.9	1.07, 3.45	0.026
≥ 4 controles prenatales	113 (86.9)	653 (92.8)			
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES, ENDESA-1996	N=80 (%)	N=497 (%)			
< 4 controles prenatales	30 (37.5)	88 (17.7)	2.8	1.68, 4.63	0.001
≥ 4 controles prenatales	50 (62.5)	409 (82.3)			
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES, ENDESA-1991	N=65 (%)	N=351 (%)			
< 4 controles prenatales	17 (26.2)	69 (19.7)	1.4	0.75, 2.78	0.235
≥ 4 controles prenatales	48 (73.8)	282 (80.3)			

El cuadro 16 muestra la relación entre el nivel educativo y el BPN según la ENDESA-2007, observándose que las adolescentes analfabetas fueron más propensas a presentar BPN, siendo estadísticamente la diferencia observada (OR=3.5; IC95%:1.27, 13.17, p=0.017).

**Cuadro 16.** Relación entre la educación materna, el embarazo de adolescentes y el Bajo Peso al Nacer (BPN) entre adolescentes y no adolescentes embarazadas según la ENDESA- 2007.

	<b>BPN &lt; 20 AÑOS N=162 (%)</b>	<b>BPN &gt; 20 AÑOS N=1,055 (%)</b>	<b>OR</b>	<b>IC95%</b>	<b>P</b>
Analfabeta	158 (97.5)	970 (91.9)	3.46	1.27, 13.17	0.017
Alguna educación	4 (2.5)	85 (8.1)			

#### 4.2.5. Mortalidad materna e infantil

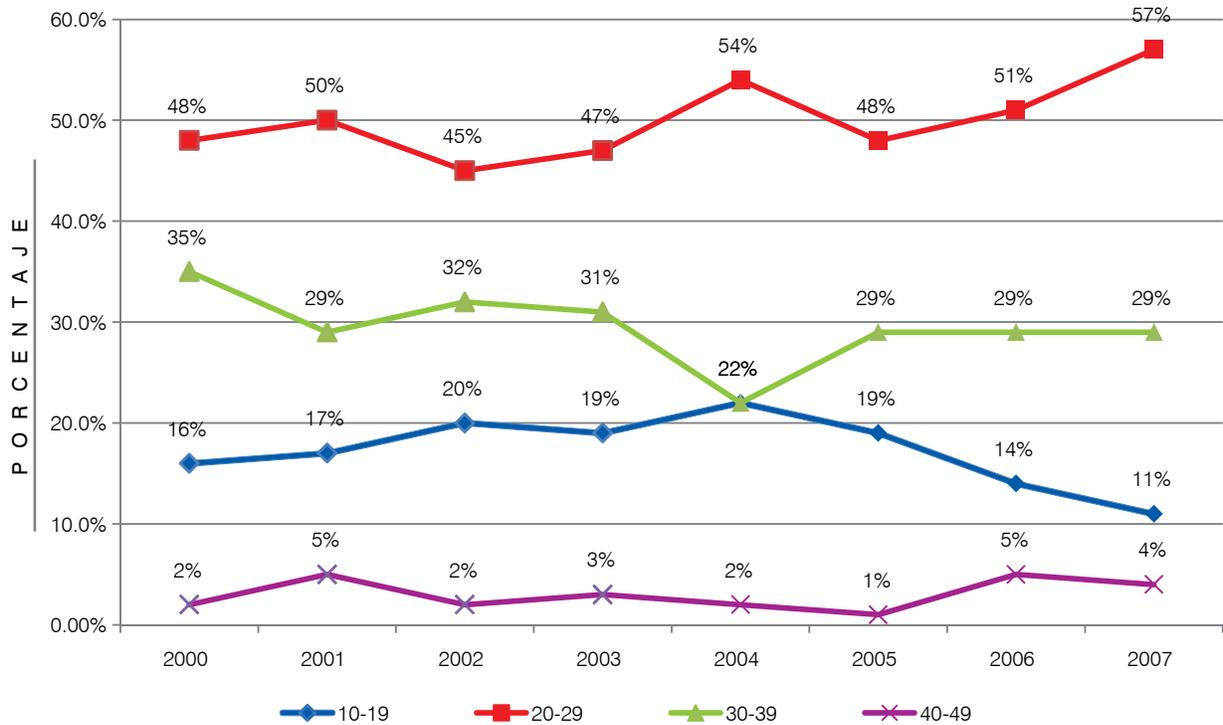
En el cuadro 17 se presentan las tasas de mortalidad materna en mujeres de 15-19 años y de mujeres  $\geq 20$  años durante el período 1997-2007, observándose que la tasa de mortalidad en las adolescentes es mayor que la tasa de mortalidad de las no adolescentes. El cuadro 17 representa el cálculo de las tasas de mortalidad materna correspondientes a un periodo de 10 años, las cuales se obtuvieron ajustando (ponderando) las tasas específicas por edad con la distribución por edad de las mujeres entrevistadas. Los denominadores expresan años-personas de exposición (vivididos), no número de personas, utilizándose el método directo para la estimación de la mortalidad materna, mediante la información recolectada sobre la supervivencia de las hermanas, edad de las hermanas sobrevivientes, edad a la muerte, y fecha de defunción, al igual que el número de parto de las hermanas que murieron.

**Cuadro 17.** Tasas de mortalidad materna entre mujeres de 15 a 19 años de edad y  $\geq 20$  años de edad durante el periodo 1997-2007 (ENDESA-2007)

<b>AÑOS</b>	<b>15-19 AÑOS DE EDAD</b>		<b><math>\geq 20</math> AÑOS</b>	
	<b>MUERTES MATERNAS/ AÑOS PERSONAS DE EXPOSICIÓN</b>	<b>TASAS DE MORTA- LIDAD (POR 100,000 MUJERES)</b>	<b>MUERTES MATERNAS/ AÑOS PERSONAS DE EXPOSICIÓN</b>	<b>TASAS DE MORTA- LIDAD (POR 100,000 MUJERES)</b>
1997-2007	13/69,488	19	60/418,889	14

Contrario a lo que se presenta en el cuadro 17, en el gráfico 13, que se presenta a continuación, la proporción de muertes maternas reportada del año 2000 al año 2007, sólo disminuyó en el grupo de edad de 10 -19 años.

**Gráfico 13.** Proporción de muertes maternas según grupo de edades en República Dominicana. Enero 2000 -Diciembre 2007.



Fuente: Sistema Nacional de Información y Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Infantil y Materna de la República Dominicana (SINAVE). MISPAS/DIGEPI.

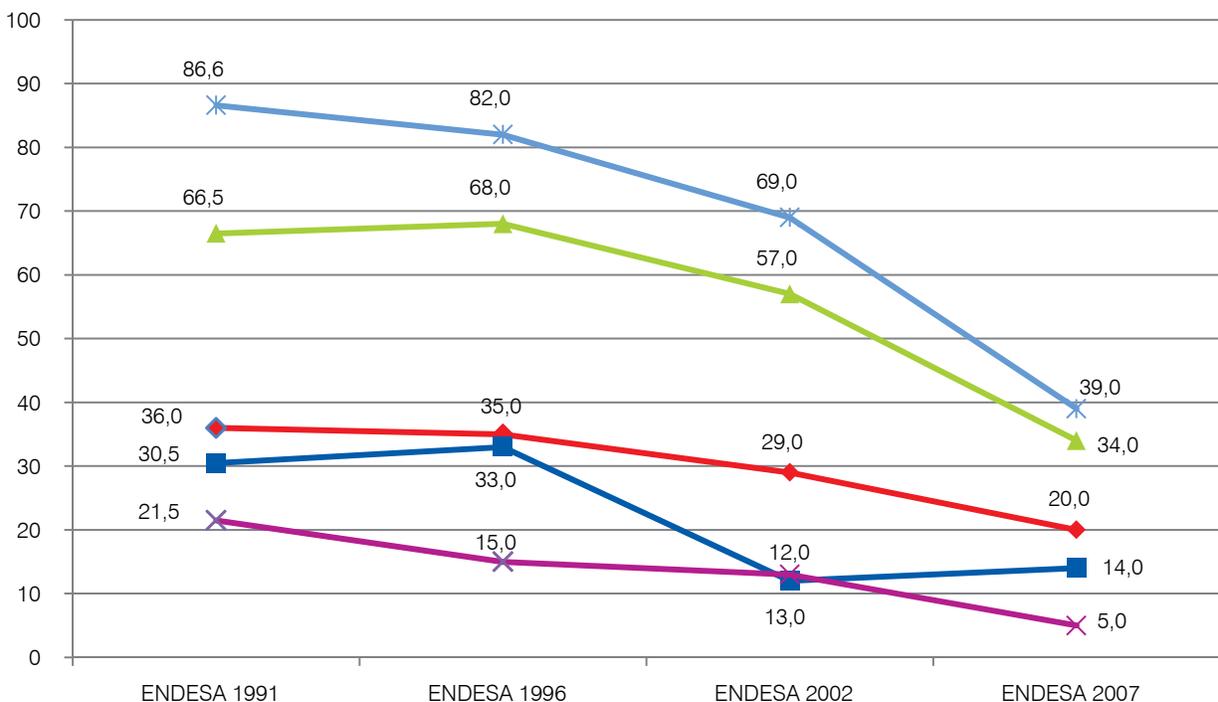
En el cuadro 18 se presentan los datos acumulativos de las muertes infantiles informadas en las cuatro ENDESAS realizadas desde el 1991 al 2007, observándose que las adolescentes son menos propensas a informar una muerte infantil que las madres no adolescentes. Sin embargo, en el cuadro 18 también se observa que, al analizar esta relación en años individuales, sólo se evidencia diferencias significativa en la ENDESA-2002 (OR=0.72, IC95%:0.53,0.98; p=0.029), mientras que en la ENDESA-2007, realizada cinco años después, no fue significativa la diferencia observada entre madres adolescentes y no adolescentes y la probabilidad de informar una muerte infantil (OR=0.77, IC95%:0.56,1.06; p=0.10).

**Cuadro 18.** Probabilidad de informar una muerte infantil entre madres adolescentes y no adolescentes según ENDESA.

<b>ENDESA 1991-2007</b>	<b>MUERTES INFANTILES</b>		<b>OR</b>	<b>IC95%</b>	<b>P</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>			
Madres adolescentes n =3,492	140 (4)	3,352 (96)	0.79	0.67, 0.93	.004
Madres no adolescentes N=143,722	7,309 (5)	136,413 (95)			
<b>ENDESA-2007</b>					
Madres adolescentes n =1,307	43 (3.2)	1,264 (96.33)	.77	.56, 1.06	.10
Madres no adolescentes N=56,977	2,354 (4)	54,623 (96)			
<b>ENDESA-2002</b>					
Madres adolescentes n=2,623	48 (3.67)	1,261 (96.33)	0.72	0.53, 0.98	.029
Madres no adolescentes N=50,208	2,575 (5)	48,947 (95)			
<b>ENDESA-1996</b>					
Madres adolescentes n=948	24 (4.82)	474 (95.18)	0.71	0.46, 1.08	.097
Madres no adolescentes N=18,888	1,265 (6.7)	17,623 (93.3)			
<b>ENDESA-1991</b>					
Madres adolescentes n=377	25 (6.6)	353 (93.4)	0.97	0.63, 1.48	.872
Madres no adolescentes N=16,335	1,115 (6.8)	15, 220 (93.2)			

Al graficar las tendencias de los diferentes sub-tipos de la mortalidad infantil en hijos de madres adolescentes (15-19) según la ENDESA realizada, luce ser que ha habido una reducción sustancial en los diferentes componentes de la mortalidad infantil de madres adolescentes del año 2002 al año 2007, exceptuando la mortalidad postneonatal de la que se reporta un incremento para el periodo que abarca la ENDESA-2007

**Gráfico 14.** Mortalidad neonatal, post-neonatal, infantil, post-infantil y de la niñez en hijos de madres adolescentes entre 15-19 años según ENDESA.



#### 4.2.6. Estudios especiales

Se han tomado en cuenta los datos procedentes de dos estudios sobre temas relevantes para el análisis del fenómeno de embarazo en adolescentes en la República Dominicana, desarrollados y analizados en los últimos años por el equipo de CENISMI, con el fin de contrastar y complementar la información obtenida del análisis bibliográfico y de encuestas nacionales expuesta en los apartados anteriores. A continuación se exponen de manera resumida los aportes más relevantes de estos dos estudios.

##### **A. Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) vinculadas al embarazo adolescente entre los estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad Católica de Santo Domingo.**

Se administró un cuestionario a 72 estudiantes de nuevo ingreso a la Universidad Católica de Santo Domingo (muestra no probabilística), pertenecientes a la clase media alta, cuyas características socio-demográficas quedan resumidas en el Cuadro 19, con el fin de

indagar sobre sus percepciones relativas al embarazo en adolescencia y las prácticas de prevención que podrían tener al respecto.

**Cuadro 19.** Características socio demográficas de jóvenes estudiantes universitarios/as de nuevo ingreso entrevistados en la Universidad Católica Santo Domingo. Santo Domingo, República Dominicana.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTALES	
	N=23	% (31.9)	N=49	% (68.1)	N=72	% (100)
<b>Procedencia</b>						
Rural	5	23.8	4	9.5	9	14.3
Urbana	16	76.2	38	90.5	54	85.7
<b>Religión</b>						
Católica	17	81.0	36	73.5	53	75.7
Evangélica	1	4.8	7	14.3	8	11.4
T. Jehová	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Mormón	0	0.0	1	2.0	1	1.4
Ninguna	3	14.3	4	8.2	7	10.0
Otra	0	0.0	1	2.0	1	1.4
<b>Trabaja</b>						
Si	13	59.1	5	11.1	18	26.9
No	9	40.9	40	88.9	49	73.1
<b>Tipo de trabajo</b>						
Público	2	9.1	2	4.4	4	6.0
Privado	10	45.5	3	6.7	13	19.4
Informal	1	4.5	1	2.2	2	3.0
NA	9	40.9	40	86.7	49	71.6

La gran mayoría de los/as entrevistados/as percibió el embarazo adolescente como un fenómeno negativo y perjudicial para la salud de la mujer, expresando a la vez múltiples actitudes negativas vinculadas a la capacidad de una mujer adolescente para desenvolverse de manera adecuada en el rol social de madre. Los reportes de los/as estudiantes sobre su propio uso de condón y otras formas de prevención del embarazo, sin embargo, tuvieron poca congruencia entre los valores asimilados y las prácticas reales entre los/as jóvenes.

### **B. Estudio Prenahtest ANRS 12127. Impacto de la consejería prenatal de VIH centrada en parejas en la salud pública en países con baja y mediana prevalencia del VIH. CENISMI / Agencia Francesa de Investigación sobre SIDA (ANRS).**

Como parte de la medición de línea base del Proyecto (Marzo-Agosto 2009) se reclutaron y entrevistaron 484 mujeres embarazadas en su primera consulta prenatal en la Maternidad San Lorenzo de Los Mina, de las cuales 183 (33.3%) eran adolescentes entre 15 y 19 años de edad.

Los resultados de dicha evaluación de línea base, que indagaba, entre otros aspectos, los detalles vinculados al embarazo y la salud sexual y salud reproductiva en general son compatibles con las tendencias actuales inferidas del análisis de las encuestas nacionales conducidas, señalando una mayor vulnerabilidad social de las embarazadas adolescentes (menos años de escolaridad, menos probabilidad de tener una actividad remunerada, ingresos mensuales más bajos, y una mayor dependencia económica de su pareja en comparación con embarazadas de otros grupos de edad).

A la fecha en que se realiza este informe, no se han observado diferencias significativas en términos de riesgos y complicaciones obstétricas entre las adolescentes embarazadas y las no adolescentes embarazadas invitadas a participar en el estudio PREHNATEST. Característicamente, no se observa diferencias entre las adolescentes embarazadas y las no adolescentes embarazadas invitadas a participar en este estudio en la información suministrada sobre la planificación del embarazo actual.

#### **4.2.7. Análisis Multivariado**

Con la finalidad de identificar determinantes para que una adolescente sea más propensa a presentar un embarazo, en comparación con adolescentes no embarazadas, se incluyó en un modelo de regresión logística, según la ENDESA realizada, cinco variables en las cuales se obtuvo diferencias estadísticas en el análisis univariado: edad de la primera unión (antes de los 15 años vs a los o después de los 15 años), nivel educativo, zona de residencia y estado civil.

Así, en la ENDESA-2007, de las cinco variables que se incluyeron en el modelo de regresión logística, haber reportado su primera relación sexual antes de los 15 años (OR=0.35, IC95%:0.25, 0.50;  $p=0.00001$ ) y residir en zonas urbanas (OR=0.82, IC95%:0.68, 0.96;  $p=0.02$ ) fueron los únicos factores asociados a que una adolescente fuese menos probable de quedar embarazada en el periodo correspondiente a la realización de dicha encuesta (cuadro 20).

En otras palabras, al incluir el grupo de cinco variables, previamente expuestas, en un modelo de regresión logística, utilizando los datos registrados en la ENDESA-2007, se observó que aquellas adolescentes que informaron haber tenido una relación sexual después de los 15 años y que residían en zonas rurales, eran más propensas a quedar embarazada que aquellas adolescentes que no informaron estas características (cuadro 20).

Al realizar el análisis multivariado con los datos registrados en la ENDESA-2002 (cuadro 20), de las cinco variables incluidas en el modelo de regresión logística, ninguna mostró significancia estadística al correr el modelo de regresión. Cuando se realizó el análisis multivariado de los datos informados en las ENDESAS realizadas en la década de los años 90, se observó que tanto para la ENDESA-1996 (OR=1.49, IC95%:1.29, 1.72;  $p=0.00001$ ), como para la ENDESA-1991 (OR=1.75, IC95%:1.32, 1.85,  $p=0.00001$ ), el nivel educativo (analfabetas vs algún tipo de escolaridad) fue estadísticamente significativo, siendo aproximadamente dos veces más probable que una adolescente analfabeta se embarazara, en los periodos correspondientes a la realización de estas encuestas (Cuadro 20).

Al utilizar los datos de todas las ENDESAS realizadas durante los últimos 20 años (ENDESA 1991-2007), no se observó significancia estadística de ninguna de las variables incluidas en el modelo de regresión logística (cuadro 20).

**Cuadro 20.** Análisis de regresión logística, según ENDESA, de cinco variables que se relacionaron con el embarazo en adolescente en el análisis univariado.

<b>ENDESA-2007</b>	<b>OR</b>	<b>IC95%</b>	<b>P</b>
Edad de la primera relación sexual (< 15 años)	0.35	0.25, 0.50	0.00001
Zona de residencia (Urbana)	0.82	0.68, 0.96	0.02
<b>ENDESA-1996</b>			
Nivel educativo (Bajo)	1.49	1.29,1.72	0.00001
<b>ENDESA-1991</b>			
Nivel educativo (Bajo)	1.75	1.32,1.85	0.00001
<b>ENDESA 1991-2007</b>			
Edad de la primera relación sexual	0.87	0.6,1.27	0.48
Nivel educativo	0.89	0.7,1.05	0.34
Zona de residencia	0.44	0.7,1.2	0.19
Estado civil	0.90	0.7,1.1	0.68

## 5. DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio sugieren que, aunque algunos parámetros estadísticos relacionados con el embarazo en adolescente parecen mantenerse estables a través del tiempo, ha habido un cambio en los últimos años en la dinámica y comportamiento del embarazo de las adolescentes que residen en la República Dominicana.

Por ejemplo, si se analiza el porcentaje de nacimientos reportados en adolescentes en estudios previos realizados en el país, (CENISMI. Serie de Reuniones Técnicas No.3, 1991)

y (CENISMI. Serie de Reuniones Técnicas No.1, 1991), se nota que no ha habido un aumento cuando se comparan los datos según la clasificación de adolescencia temprana o tardía, es decir, el “aumento” en el porcentaje de nacimientos en adolescentes se observa cuando se excluyen los datos del periodo correspondiente a la adolescencia temprana (< 15 años) y sólo se incluyen los reportado en la adolescencia tardía (15-19 años). Cuando las fuentes de información incluyen ambos periodos (adolescencia temprana y tardía) no se observa tal aumento en el porcentaje de embarazos reportado en los últimos 25 años en las adolescentes que residen en la República Dominicana.

Más aún, cuando se analizó el porcentaje de nacimientos de las ENDESAS realizadas desde el año 1991 al año 2007, se observa que la distribución de nacimientos entre adolescentes se mantiene estable, excepto en el número de nacimientos para el grupo de edad de 15 años donde hubo un ligero aumento, desde el período en el que se realiza la ENDESA-2002 al que se lleva a cabo la ENDESA-2007, que no fue estadísticamente significativo.

Más aún, en la ENDESA-2007 se informa una disminución de la tasa de fecundidad específica por grupo edad de 97 a 92 por 1,000 mujeres, y, aunque sigue siendo una de las más altas entre los países de la Región de las Américas, (MISPAS. Plan Estratégico Nacional para la Salud Integral de Adolescentes 2010-2015. República Dominicana, 2010), el hecho de que haya disminuido durante el periodo 2002-2006, sugiere un cambio en el comportamiento informado en estudios de otras series sobre la dinámica del embarazo en mujeres adolescentes que residen en el país.

De igual forma, la probabilidad de tener un hijo antes de los 20 años se redujo en 32 puntos porcentuales, de 50% en el periodo de 1961-1966 a 34% durante el periodo 2003-2005, (Singh S, Wolf D, 1990) y (Profamilia/IEPD. ENDESA-1991), lo que sugiere que los datos registrados por diferentes estudios realizados en la República Dominicana sobre el embarazo en adolescentes, en los que se destaca un aumento en su frecuencia, se deben interpretar bajo la premisa de identificar un cambio en el comportamiento y no de buscar causalidad o inferir una situación de alto o bajo riesgo con datos aislados.

De hecho, resulta más objetivo resaltar las condiciones en que se encuentra la población adolescente cuando se analiza la información de larga data. En este sentido, algunos factores parecen seguir siendo constantes a través del tiempo, como es el caso de la distribución de las madres adolescentes según algunas características sociodemográficas. Por ejemplo, se reporta por diferentes autores<sup>36</sup> que una mayoría de las madres adolescentes residen en la región suroeste y en la zona rural, las cuales se caracterizan por ser las más pobres y las más vulnerables a violencia estructural (discriminación de género, estigmatización, desigualdad en salud, etc). (Canario, Pérez-Then, De Moya, Ammann, Culver, 2006).

Otro factor que ha sido constantemente asociado en los últimos 20 años al embarazo en la adolescencia ha sido el nivel educativo de la adolescente. El nivel educativo de la adolescente fue un factor estadísticamente significativo, y, por ende, relacionado con el embarazo en la adolescencia, durante el periodo en que se implementaron la ENDESA-1996 y la ENDESA-1991. Luce ser, sin embargo, que ha habido una mejoría en los últimos años en la alfabetización del grupo de adolescentes que reside en el país a raíz de lo registrado en la ENDESA-2002 y la ENDESA-2007.

De hecho, en el análisis multivariado realizado con los datos registrados en la ENDESA-2007 y en la ENDESA-2002, el nivel educativo no fue estadísticamente significativo, por lo que no pudo ser asociado como factor independiente con el embarazo de una adolescente que reside en la República Dominicana, posiblemente por la reducción observada de adolescentes analfabetas en los últimos años.

Un aspecto interesante a discutir es la relación entre los factores de riesgo en el embarazo de una adolescente para el producto. Las evidencias de una mayor frecuencia de nacimientos con BPN, sobre todo en las adolescentes de menor edad, ha sido posiblemente el factor más constante y consistente relacionado con el embarazo de adolescentes.

El no observarse diferencias estadísticas entre embarazadas adolescentes (15-19 años de edad) y no adolescentes (22-26 años de edad), sugiere, por un lado, que pudiese ser que un mayor número de adolescentes esté acudiendo a consultas prenatales que en años anteriores a la implementación de la ENDESA-2002, y, aunque se cuestiona la calidad de la atención de las embarazadas de la República Dominicana, (Pérez-Then, y otros, 2008), también pudiese ocurrir que la atención a la embarazada adolescente se haga en los momentos actuales con más cuidado y empeño dada la fragilidad percibida por el personal de salud en este grupo de embarazadas.

Por otro lado, la posibilidad de que la inmadurez biológica pueda ejercer su efecto sobre el BPN, no puede extraerse de los hallazgos, y de ahí la importancia de abordajes diferentes a las embarazadas adolescentes en la adolescencia temprana y de aquellas en la adolescencia tardía.

En este sentido, la morbilidad de la adolescente embarazada tiene una mayor frecuencia cuando se comparan las edades tempranas con las tardías de la adolescencia y de ésta en general con la morbilidad de las no adolescentes. Sin embargo, en los estudios realizados en hospitales no son consistentes las diferencias observadas para el riesgo del producto en embarazadas adolescentes y no adolescentes.

De hecho, resultó inesperado el identificar en esta investigación diferencias a favor de las embarazadas adolescentes en cuanto a realización de menos cesáreas, nacidos muertos, BPN y abortos inducidos en comparación con las embarazadas no adolescentes que

se atendieron, en el año 2009, en los dos centros materno-infantiles de mayor cobertura de partos en el país. Posiblemente, los programas dirigidos a las adolescentes en esos centros de salud marquen la diferencia en cuanto a los hallazgos observados, lo cual no necesariamente pudiese estar ocurriendo en el resto del país.

Otro punto a comentar es la mortalidad en las embarazadas adolescentes. El hecho más trascendente de la morbilidad de la adolescente es su mortalidad, la cual siempre se ha considerado elevada. No obstante, la mortalidad materna en adolescentes que se informa en la ENDESA-2007, no luce mucho más elevada que la mortalidad materna reportada para las no adolescentes, debiendo aclararse que las cifras estimadas en esta encuesta sobre este indicador adolecen del efecto acumulativo de diez años estimado en su cálculo, lo cual pudiese comportarse como un artefacto al incluir los valores registrados a finales de la década de los noventa y los informados en la primera década del siglo XXI, sobre todo, que en estos últimos se percibe una aparente mejoría en las cifras relacionadas con el embarazo en la adolescencia en la República Dominicana.

A esto se le añade, que la proporción de muertes maternas reportada del año 2000 al año 2007 por el SINAVE de la República Dominicana, sólo disminuyó en el grupo de edad de 10-19 años, planteando la posibilidad de una mejor atención a este grupo de embarazadas en el sistema de salud del país.

En resumen, un análisis detenido de tendencias de nacimientos entre adolescentes residiendo en la República Dominicana en las últimas décadas no permite afirmar un incremento real en su incidencia, a pesar del incremento aparente en el porcentaje de nacimientos en este grupo poblacional reportado por algunas encuestas publicadas previamente en el país. El aumento en números absolutos de adolescentes, unido al hecho de una tendencia evidente en la reducción de embarazos en mujeres mayores de 30 años, podrían ser dos elementos a considerar en el potencial aumento de los embarazos entre adolescentes. La disminución en la probabilidad de tener un hijo antes de los veinte años, unido al evidente descenso de la fecundidad en adolescentes, tal y como lo demuestran las ENDESAS, podrían ser elementos que induzcan al equilibrio del proceso.

Cabe señalar, que si bien el inicio cada vez más temprano de relaciones sexuales representa un posible factor de riesgo en términos de salud pública, particularmente en la prevención y manejo de las infecciones de transmisión sexual, y podría considerarse un factor de riesgo para el incremento de embarazos en la adolescencia, la reducción de la probabilidad de tener un hijo antes de los 20 años parece indicar que, en lo que concierne a los embarazos en la adolescencia, éste no es el caso de la República Dominicana.

Algunos hallazgos inesperados, como mayor riesgo de factores obstétricos en las embarazadas no adolescentes que en las embarazadas adolescentes, y la asociación de que

a una edad más temprana de relaciones sexuales menos probabilidad de embarazo en la adolescencia, es decir, iniciar las relaciones sexuales antes de los 15 años fue asociado a una menor probabilidad de que la adolescente se embarace, hace pensar que en los momentos actuales la dinámica del embarazo en la adolescencia en la República Dominicana pudiese ser diferente a la descrita en años anteriores. Es probable que las adolescentes que quedan embarazadas no necesariamente tienden a ser las de mayor actividad sexual, sino más bien son jóvenes con menos herramientas para la prevención del embarazo y la negociación de prácticas sexuales seguras con sus parejas.

Por último, este trabajo quedaría inconcluso sino se comenta sobre las limitaciones que se incurren cuando se realizan exploraciones de bases de datos que, aun siendo realizadas por una misma institución o por un mismo grupo de individuos, con el tiempo se van cambiando metodologías y definiciones conceptuales que pueden influir sobre las informaciones que se derivan del análisis de sus datos.

Este estudio no escapa a esa realidad, por lo que con el mismo no se intenta demostrar, ni hacer inferencias, de causalidad entre los hallazgos observados y el embarazo en adolescentes. Más bien, con este estudio se quiere proponer que los datos que se obtengan de exploraciones de encuestas sea bajo la premisa de comparar datos de diferentes fuentes y de por lo menos diez años de recolección de información. De esta manera, los hallazgos no se presentarían en forma aislada, es decir, sin ningún parámetro de comparación, evitándose así incurrir en posibles sesgos de interpretación de un fenómeno en particular, sino más bien se concebiría el marco metodológico bajo el concepto de descripción de cambios en las tendencias de un fenómeno específico y no de inferir causalidad.

Es importante resaltar, sin embargo, que con este estudio se tuvo la oportunidad de contar con datos estadísticos registrados desde hace 20 años, lo que permitió, a diferencia de otros estudios que se han realizado sobre el tema, identificar cambios en el comportamiento del embarazo en mujeres adolescentes que residen en la República Dominicana. Aún así, las hipótesis que se originen a la luz de los hallazgos observados, deben instar a la reflexión de utilizar la información en el contexto en el cual se analiza, así como también al desarrollo de estudios cualitativos que permitan entender los datos cuantitativos obtenidos de encuestas puntuales diseñadas para evaluar, en un momento determinado, las actividades de un fenómeno dinámico, no estático, como lo es el embarazo en la adolescencia.

Por consiguiente, complementar los datos cuantitativos, con un abordaje cualitativo, no sólo se vislumbró como necesario, sino también como indispensable para entender mejor la dinámica del embarazo en la adolescencia de la República Dominicana, el cual se presenta en detalles en las secciones siguientes.



# 2da

## **SEGUNDA ETAPA: ENFOQUE CUALITATIVO**

### **1. OBJETIVOS**

Esta fase del estudio partió de los resultados de la sistematización de investigaciones previas y las bases de datos disponibles que se llevó a cabo en la primera etapa de esta iniciativa, para profundizar, desde el enfoque cualitativo, en los factores que inciden en el embarazo en adolescentes y su impacto en la calidad de vida de esta población en la República Dominicana.

En este sentido, el enfoque cualitativo se propuso analizar el embarazo en adolescencia en el contexto cultural dominicano, partiendo de las conclusiones de la primera etapa de la presente investigación ejecutada en el periodo enero-marzo 2010, con el fin de contribuir a optimizar el diseño y la implementación de las intervenciones dirigidas a su prevención y mitigación de impacto, a partir de los siguientes objetivos específicos:

- Identificar y describir los factores que inciden en la ocurrencia de embarazos en adolescentes de diferentes perfiles socio-demográficos y las consecuencias de los mismos, tomando en cuenta las posibles diferencias entre los embarazos deseados y/o planificados frente a los accidentales.
- Describir las áreas de mayor impacto de los embarazos y la maternidad / paternidad temprana para la calidad de vida de las adolescentes y sus parejas, identificando aquellas susceptibles de ser oportunamente intervenidas desde las ciencias sociales.

- Explorar desde el enfoque cualitativo las variables sugeridas como relevantes para el análisis del embarazo en adolescentes y los factores de riesgo a partir de las conclusiones de la primera etapa de la presente investigación.

## **2. ASPECTOS METODOLÓGICOS**

El presente estudio cualitativo, descriptivo y transversal, partió de los resultados de la revisión de las bases de datos y estudios previos sistematizados en la primera etapa de esta iniciativa, con el fin de profundizar, desde el enfoque cualitativo, en los factores que inciden en el embarazo en adolescentes y su impacto en la calidad de vida de esta población en la República Dominicana.

### **2.1. PERFIL DE PARTICIPANTES**

Los datos primarios fueron reunidos a través de técnicas cualitativas, incluyendo las entrevistas cualitativas, los grupos focales y la observación directa conducida en el contexto familiar y comunitario de los/as entrevistados/as, así como en los centros educativos y de salud visitados.

El cuadro 1, a continuación, presenta el perfil de los participantes entrevistados:

**Cuadro 1.** Perfil de las personas entrevistadas

COMUNIDAD	ADOLESCENTE	PERSONA VINCULADA
Barahona (Batey 1)	18 años, 1er embarazo de 3 meses Sexto curso de primaria	Abuelo, 72 años Agricultor (conuco)
	16 años, 2do embarazo de 3 meses Sexto curso de primaria	Pareja, 19 años Desempleado
	16 años, 1er embarazo de 2 meses Séptimo curso de primaria	Madre, 40 años Trabajo doméstico
Sabana Perdida	15 años, madre adolescente Quinto curso de primaria	Pareja, 28 años Chiripero
	16 años, madre adolescente Tercer curso de primaria	Padre, 37 años Construcción
	19 años, madre adolescente Primer curso de primaria	Madre, 34 años Trabajo doméstico
Los Tres Brazos	15 años, 1er embarazo de 7 meses Segundo de bachillerato	Pareja, 23 años Desempleado (est. universitario)
	15 años, 1er embarazo de 8 meses Quinto curso de primaria	Pareja, 34 años Chiripero
	16 años, madre adolescente Primero de bachillerato	Abuelo, 76 años Paletero

Asimismo, se condujeron 8 grupos focales, incluyendo 3 grupos con adolescentes no embarazadas (16 – 19 años) – uno en cada comunidad –, así como los grupos previstos con proveedores de servicios de salud (nivel nacional), tomadores de decisiones (nivel nacional), instituciones que laboran con la población de adolescentes en el país (nivel nacional), líderes comunitarios (Los Tres Brazos) y educadores (Sabana Perdida).

Las observaciones cualitativas directas (no estructuradas) fueron conducidas de manera paralela a la recopilación de datos primarios de otras fuentes. Estas observaciones fueron registradas en el formato de diario de campo correspondiente a cada espacio observado.

## 2.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE DATOS

La realización de las entrevistas a profundidad y los grupos focales fue orientada por temarios elaborados para estos fines, debidamente ajustados a cada uno de los actores entrevistados. Estos instrumentos, validados con los/as representantes del Profamilia, integraron temas relativos a la visión de los informantes con respecto a la definición de la adolescencia como etapa de desarrollo en la sociedad dominicana, así como las manifestaciones y factores vinculados a la sexualidad, relaciones de pareja, embarazo y maternidad en la misma.

Los temarios contruidos fueron empleados como formatos flexibles para la recopilación de datos vinculados a los objetivos establecidos, sin obstaculizar de manera alguna el libre desarrollo de las entrevistas y las discusiones en los grupos convocados.

## 2.3. PROCEDIMIENTOS

El protocolo original del estudio fue revisado y complementado a partir de las observaciones y sugerencias del equipo de investigación y consensuado con los/as representantes de Profamilia previo a su ejecución.

Partiendo de las sugerencias del equipo de Profamilia, se seleccionaron para fines de recopilación de datos primarios un batey de la provincia de Barahona, una zona urbano-marginal de Sabana Perdida y una zona urbano-marginal de la comunidad de los Tres Brazos, Santo Domingo Este.

De acuerdo con lo establecido en el protocolo, los datos primarios requeridos para alcanzar los objetivos de la presente consultoría fueron recopilados a través de técnicas cualitativas, incluyendo las entrevistas a profundidad, los grupos focales y la observación directa conducida en el contexto familiar y comunitario de los/as entrevistados/as.

Las visitas al terreno fueron programadas y coordinadas con el apoyo de líderes comunitarios previamente contactados en cada una de las comunidades seleccionadas. Todos los líderes contactados residen de manera permanente en las comunidades visitadas y tienen una amplia experiencia ejerciendo en el ámbito de la salud y/o educación en el contexto de las mismas.

Todas las entrevistas y grupos focales conducidos fueron grabados en audio y transcritos para fines de procesamiento. Los datos se analizaron a partir de los ejes temáticos

señalados en el protocolo del estudio, utilizando el enfoque de teoría fundamentada. La construcción de las categorías de codificación fue guiada por los objetivos del estudio y las conclusiones derivadas de la Etapa 1 del mismo.

## **2.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El protocolo definitivo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron aprobados en una revisión expedita por del Comité de Ética del Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno-Infantil Dr. Hugo Mendoza (CENISMI). Este estudio no expuso a sus participantes a riesgos significativos de carácter psicológico, físico o social. Buscando proteger los derechos humanos de los/as participantes, fue solicitado, de manera escrita, el consentimiento informado de toda persona que aceptó participar en el estudio. El formulario de consentimiento informado, elaborado para estos fines, fue presentado y explicado a cada participante en el momento de su reclutamiento, asegurando su plena comprensión de sus derechos y los compromisos asumidos con el estudio. Antes de otorgar su consentimiento, los/as participantes dispusieron del tiempo suficiente para leer el formulario de manera detenida, o, de no poder hacerlo, éste les fue leído por el/la entrevistador/a y firmado en la presencia de un/a testigo.

## **3. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### **3.1. ADOLESCENCIA: EJES DEFINITORIOS**

#### **3.1.1. ¿Una adolescencia o varias?**

El surgimiento de la etapa de adolescencia tal y como la conocemos hoy y su relevancia para el desarrollo del ser humano en la sociedad contemporánea pueden vincularse, en gran parte, con los cambios sociales originados en la industrialización de la civilización occidental. Así, mientras que en las sociedades pre-industriales la transición a la adultez – marcada, en el caso de los hombres por la inserción en las actividades productivas y, en el caso de la mujer, por la constitución de su propia familia y la maternidad – ocurría a edades muy tempranas, la industrialización permite y a la vez impone un periodo más prolongado de educación para ambos géneros, como requisito para la inserción y la productividad de la persona en su contexto social (Stern, 2007; Caldwell et al., 1998).

De manera general la adolescencia ha sido entendida como una etapa transitoria entre la niñez y la adultez, cuyo inicio tiende a vincularse de manera más o menos precisa con los cambios fisiológicos propios de la pubertad. Por otro lado, el momento preciso en el cual una persona deja de ser adolescente y pasa a ser un miembro adulto de su sociedad – y los criterios que definen esta transformación – no siempre son claramente identificables, y tienden a variar de manera importante entre los diferentes contextos socio-culturales (Marcia, 1980).

La Organización Mundial de la Salud considera adolescentes a todas las personas de edades comprendidas entre 10 y 19 años (1998). No obstante, esta concepción de la adolescencia como un fenómeno universalmente presente, de manera separada del contexto socio-cultural en el cual ocurre, ha sido frecuentemente criticada desde las ciencias sociales (Pantelides, 2004; Guzmán, Contreras y Hakkert, 2001; Coll, 2001), a partir de la multiplicidad de características y significados vinculados a esta etapa de desarrollo en los diversos contextos culturales (Caldwell et al., 1998).

En este sentido, el estudio del fenómeno de embarazo entre adolescentes ha de partir de la definición oportuna de esta etapa de desarrollo en el contexto socio-cultural específico que se aborda. Asumir que todo embarazo que ocurre entre las personas de un grupo de edad representa, a priori, un embarazo en adolescencia, conlleva al riesgo de incluir en este grupo a los embarazos que ocurren entre personas que se identifican como adultas y son consideradas como tales por su entorno, confundiendo los significados y las prácticas sociales fundamentalmente distintas. Por otro lado, prescindir de criterios claramente establecidos que definan esta fase de desarrollo implica la posibilidad de incurrir en una especie de relativismo cultural, en el cual el fenómeno de embarazo en adolescencia y su impacto social podrían perderse de la vista en contextos socio-culturales que favorecen la temprana unión e inicio de roles reproductivos entre sus jóvenes.

Esta dificultad en la conceptualización de la adolescencia como fase de desarrollo en el contexto cultural dominicano quedó evidente en las discusiones de grupos focales conducidos con los informantes claves, particularmente con aquellos integrados por los tomadores de decisiones y representantes de instituciones que laboran con jóvenes en el país. En este sentido, si bien quedó reconocida la importancia de la edad como un criterio “objetivo” para la definición de la adolescencia, no hubo un consenso con respecto a cuál sería la edad más idónea para ser tomada en cuenta como el término de esta fase en la República Dominicana.

Varios informantes, no obstante, consideraron que en el contexto socio-cultural dominicano de manera general, esta edad no debería de exceder los 18 años cuando se alcanza también la mayoría de edad en el ámbito legal, considerándose las jóvenes de 18 y 19 años ya “mujeres adultas” tanto por su entorno social como por los/as proveedores de servicios de salud.

Estas diferencias culturales en el abordaje de la adolescencia en el país también se plantean en el estudio cualitativo sobre “Maternidad y Paternidad en la Adolescencia” realizado por Miguelina Kelly y Tahira Vargas, publicado por CONAPOFA (Kelly y Vargas, 2007: 56). En este estudio se muestran diferencias entre estratos sociales en el abordaje de la adolescencia: para los estratos medios la adolescencia termina a los 21 años porque a esa edad “pueden ser independientes económicamente” y para los estratos pobres a los 18 años.

Por otro lado, los participantes en estos grupos focales destacaron las diferencias entre los “adolescentes” de distintos estratos sociales, los residentes de zonas rurales y urbanas en el país, así como los “adolescentes de antes y los de ahora”, poniendo de manifiesto la determinación espacio-temporal de este concepto que dificulta aún más su definición oportuna:

*“Hay diferentes tipos de adolescentes dependiendo del contexto en donde se desarrolle, porque el adolescente de la zona rural siempre tiene que trabajar a muy temprana edad, y es posible que haya dejado los estudios por las circunstancias en las que se encuentra... ..y por lo general son niños que ya se comportan como adultos, tienen que atender a los hermanitos, tienen que atender a la casa...” [GF Tomadores de decisiones].*

*“El adolescente de este tiempo mentalmente desarrolla más que en años anteriores, porque en estos días uno ve a un adolescente, pero muchas veces en la mente es más adulto que nosotros los adultos” [GF Tomadores de decisiones].*

Partiendo de lo anterior, y dada la diversidad de contextos culturales que co-existen en la sociedad dominicana, puede afirmarse que el concepto de adolescencia adquiere características específicas en cada uno de ellos, siendo difícil construir una sola definición del mismo. Si bien la edad constituye un criterio “objetivo” requerido para el diseño y la implementación de políticas públicas dirigidas a este grupo poblacional, también es cierto que el mismo no puede ser empleado de manera divorciada del contexto cultural específico en cada caso. Así, a manera de ejemplo, una joven dominicana de 18 años de estratos populares y una de estratos medios no solamente viven en realidades sociales fundamentalmente diferentes sino que, posiblemente, estén atravesando fases de desarrollo muy distintas, a pesar de ser de la misma edad.

Esta situación ha sido señalada de manera reiterada por los/as tomadores de decisiones y los/as representantes de instituciones que trabajan con jóvenes en la República Dominicana, reconociendo el reto que la misma implica para el diseño y la implementación oportuna de sus intervenciones. En ocasiones, la concepción de adolescentes “importada” de otros contextos culturales, y posiblemente compartida por algunos sectores de la socie-

dad dominicana, no toma en cuenta las necesidades y los retos que enfrenta la mayoría de los/as jóvenes dominicanos, particularmente aquellos de comunidades rurales o urbano-marginales, cuya realidad social tiende a distar mucho de esta visión.

De manera interesante, esta concepción “importada” del adolescente y sus necesidades, que frecuentemente subyace las políticas públicas y las campañas de promoción dirigidas a este grupo poblacional – como el discurso “institucionalizado” que refleja y a la vez reproduce el paradigma dominante con respecto a este tema en el país –, también queda manifiesta y aparentemente integrada al discurso popular. No obstante, un análisis más detenido de este discurso deja en evidencia su coexistencia con significados culturales vinculados a la adolescencia que son fundamentalmente distintos y profundamente arraigados, sobre todo en los sectores populares de la sociedad dominicana.

Esta situación conduce a aparentes incongruencias entre el discurso manifiesto vinculado a temas de adolescencia y las prácticas observadas en el contexto comunitario, particularmente en lo relativo a tópicos tradicionalmente manejados como tabú, como es la sexualidad adolescente. Los próximos capítulos de este informe harán énfasis en estas incongruencias, al analizar el discurso y las prácticas reportadas entre los/as adolescentes que residen en zonas rurales y urbano-marginales, personas allegadas a ellos/as, y diferentes actores claves involucrados en las intervenciones dirigidas a este grupo poblacional.

### **3.1.2. ¿Cómo son los/as adolescentes?**

Si bien, partiendo de lo previamente expuesto, una definición universal del concepto de adolescencia en la República Dominicana sería difícil de construir, los participantes en el estudio señalaron reiteradamente algunas características que consideraron definitorias de esta fase de desarrollo en la sociedad dominicana. Llama la atención, no obstante, que las características señaladas fueron marcadamente diferentes en el discurso de las personas adultas – independientemente de su estrato social o nivel educativo – y el de aquellos/as participantes que se autodefinieron como adolescentes.

Así, según se expone en el Cuadro 2, mientras el discurso de los “adultos” caracteriza a la adolescencia en términos más bien absolutos y predominantemente negativos – o, cuando menos, problemáticos, los/as adolescentes definieron su fase de desarrollo en términos relativos, como un punto intermedio entre la niñez y la adultez.

## Cuadro 2. ¿Cómo son los/as adolescentes?

MIRADA “ADULTA”	MIRADA “ADOLESCENTE”
Arriesgados	Más “adultos” que los niños
Rebeldes	Más independientes que los niños
Enérgicos	Tienen más responsabilidades que los niños
Confundidos	Tienen menos espacio para la diversión que los niños
Vulnerables	Tienen menos experiencia que los adultos
Inmaduros	Saben “más” pero no “lo suficiente”
No se responsabilizan de sus actos	Deben “llevarse de consejos” de los adultos
No se “llevan de consejos”	Tiene conocimiento de sus derechos
Desajustados	Sabe diferenciar entre lo que es bueno y es malo
Usan modas raras	
Se llevan solo de sus amigos	

Tanto los tomadores de decisiones como los miembros adultos de las comunidades visitadas consideraron que el adolescente, por definición, no tiene la capacidad para discernir qué es lo que más le conviene ni de responsabilizarse de sus propios actos – por ende necesita ser orientado y guiado por los adultos, ya sea en el plano personal o institucionalmente:

*“Yo pienso que al adolescente lo que hay que hacer es asesorarlo, decirle las cosas como son, para que no meta la pata, y al adolescente hay que cuidarlo, porque imagínate si uno no los cuida, ellos se van a perder, sea de catorce, sea de diez o sea de quince” [Hombre, 28 años, pareja de una madre adolescente de 15 años en Sabana Perdida].*

Por otro lado, para las jóvenes entrevistadas, ser adolescente implica, por lo general, ser “más” que un niño, pero “menos” que un adulto, percibiéndose a sí mismas en un proceso de transición hacia la adultez construida como el ideal:

*“Bueno, yo me considero adolescente porque pasé la etapa de niña a un poco más adulta, pienso yo y me considero también una adolescente porque todavía no tengo la experiencia que tiene una mujer adulta” [Madre adolescente, 15 años, Sabana Perdida].*

*“O sea, que ya yo sé lo que es malo y lo que es bueno, que ya yo tengo conocimiento más o menos para yo poder decidir por mí misma, tengo más o menos conocimiento de opinar en cualquier cosa, o sea expresarme libremente, no expresarme libremente, sino saber que mi palabra cuenta, de que yo tengo derecho” [GF Adolescentes no-embarazadas, Sabana Perdida].*

Uno de los ejes centrales de este ideal lo constituye el tema de la independencia y libertad personal que implica “ser adulto”. Este deseo de ser escuchado, de poderse expresar libremente es una demanda de las adolescentes y en ella reconocen que tienen tensiones con la población adulta lo que se muestra en la cita anterior.

*“Un niño debe dejarse conducir, un adolescente se limita a ciertas cosas y ya cuando uno es una persona adulta ya tiene una vida independiente que supuestamente es capaz de actuar y de decidir por sí mismo” [GF adolescentes no embarazadas, Sabana Perdida].*

Como es de esperar, en muchos casos el control ejercido por los padres y otras figuras de autoridad es percibido como una coerción por las adolescentes:

*“Porque usted sabe que cuando ellos [los abuelos] son mayores, ellos nos tienen como unos chiquititos, ellos creen que uno, ellos quieren que uno esté por abajito, que uno no salga que uno no se mueva mucho, que no se mueva de aquí, que no se mueva de allá, entonces eso es difícil porque yo quería salir y a veces ellos no me dejaban y yo me sentía mal ” [Madre adolescente, 16 años, Los Tres Brazos].*

Por ende, resulta importante tomar en cuenta que la transición a la adultez en el caso de la mujer tradicionalmente ha sido marcada justamente por la constitución de su propia familia y la maternidad (Caldwell et al., 1998), significado que, según pone de manifiesto el discurso de varios participantes en este estudio, permanece relevante en algunos sectores de la sociedad dominicana. Así, la unión de pareja podría ser percibida por las jóvenes como una estrategia para alcanzar la libertad personal anhelada, inherente a la etapa de adultez:

*“No, no era que no me dejaban salir, sino que ‘ven, vamos a acostarnos’, ‘no salgas mucho pa’ la calle’, y yo muchacho al fin dije que me iba a casar” [Madre adolescente, 15 años, Sabana Perdida].*

Este tipo de comentarios indica que en algunos casos el exceso del control paterno – y no la ausencia del mismo, como se ha planteado tradicionalmente – podría constituir un motivo para el establecimiento de uniones tempranas y posiblemente, embarazos a temprana edad entre las jóvenes dominicanas, tal y como fue reportado en estudios previos (Kelly y Vargas, 2007).

Hay que destacar que en la concepción de la adolescencia se presentan los conflictos culturales presentes en las brechas intergeneracionales. Los/as educadores/as catalogan las modas en la adolescencia como “conflicto” y entienden que deben prohibirlas:

*“Esas modas raras que ellos se ponen no se puede permitir en clases”. “Uno no puede aceptar que lleguen con aretes y modas raras porque convierten el aula en un desorden” [GF educadores/as, Sabana Perdida].*

Los conflictos intergeneracionales entre la población adulta y la adolescencia generan mucha intolerancia y afectan los flujos de comunicación con la población adolescente. Estos abordajes de conflictividad con la cultura juvenil y adolescente se presentan en otros estudios en los que se muestra como una de las causas de expulsión del adolescente de los centros educativos (Vargas, 2007).

## **3.2. CONTEXTO SOCIAL**

### **3.2.1. Familia de origen**

Tanto en el caso de los bateyes como en las zonas urbano-marginales incluidas en el estudio, la familia nuclear “tradicional” – compuesta por mamá, papá y los hijos de ambos – fue más bien una excepción en la trayectoria de vida de las adolescentes entrevistadas, de manera coherente con lo observado en estudios previos (Kelly y Vargas, 2007)

Si bien por la naturaleza cualitativa de los datos recopilados en este estudio no se pueden extraer conclusiones generalizables a la población dominicana, las trayectorias de vida de las jóvenes de sectores urbano-marginales que participaron en el mismo fueron más caracterizadas por la diversidad de estructura familiar característica de la sociedad dominicana, donde confluyen familias lideradas por mujeres como familias monoparentales y familias extensas. Hay que destacar que estas dos estructuras familiares son típicas de las familias afrocaribeñas, representan y han representado históricamente la estructura familiar-tipo de nuestra sociedad. (Vargas, 1998).

Las familias en los barrios urbano-marginales responden a estas estructuras diversas donde las redes familiares son una extensión de la familia o la familia misma. Así encontramos a jóvenes que viven con primas, tías, porque o han sido regaladas por sus progenitores por problemas económicos o algunas situaciones de violencia al interior de la familia han generado su inserción en otra estructura familiar. Así se presenta en los barrios del

estudio en el que las condiciones de pobreza generan la búsqueda de “regalar” a hijos/as a comadres, amigos, vecinos para que puedan “comer”, literalmente. (Vargas, 1998).

Por otro lado, en el contexto rural de bateyes, aunque caracterizado por la pobreza extrema y familias separadas por la migración a las zonas urbanas, la familia de origen parecería proveer con más frecuencia un punto de referencia y de acceso al apoyo social para las adolescentes entrevistadas. Así, aunque la ausencia de progenitores debido a la migración a zonas urbanas fue señalada por varias jóvenes, el rol social de éstos fue asumido en todos los casos por sus abuelos o tíos residentes en el batey, contando las adolescentes con la protección social de una estructura familiar relativamente estable.

Los/as adolescentes entrevistados/as refirieron diferentes manifestaciones de violencia en el contexto de la familia de origen, tratándose en algunos casos de la violencia física en la pareja de progenitores o tutores. Los castigos físicos en la niñez fueron referidos por muchos de ellos, aunque los mismos tienden a ser percibidos más bien como una práctica disciplinaria que como una forma de violencia:

*“Ella [la madre] desde pequeña nos habló claro, nos sentaba, nos decía las cosas y cuando veía que no la estábamos oyendo, cogía correa.” [Adolescente embarazada, 15 años, Los Tres Brazos].*

*“Ella [la tía] no daba castigo, ella agarraba su palo y a meter golpes.” [Adolescente embarazada, 18 años, Batey].*

*“Mi mamá cuando yo tenía 8 años se juntó con un hombre que no era mi Papá, el no quiso que yo siguiera viviendo con él porque yo era malcriá, el me daba muchos golpes”. [Madre adolescente, 16 años, Sabana Perdida].*

La legitimación de la violencia en la familia es parte del patrón social de convivencia en las familias en nuestra sociedad. Así en estudios que se han realizado sobre la violencia en la escuela (Vargas, 2010) se encuentra a niños y niñas que son maltratados físicamente en sus hogares posicionándose a favor de la violencia porque ellos se “portaron mal” y así “aprendemos a portarnos bien”.

### 3.2.2. Comunicación y orientaciones sobre sexualidad en el contexto familiar

El discurso de las adolescentes y sus personas allegadas da indicios de patrones de comunicación notablemente verticales y unidireccionales en relación con sus progenitores y otras figuras de autoridad dentro y fuera de la familia, donde “los adultos” aconsejan y/o dan ordenes y el adolescente se lleva – o cuando menos debería llevarse – de esos consejos. El intercambio de ideas sobre temas relevantes para los/as adolescentes, incluyendo los tópicos vinculados a la salud sexual y reproductiva, ocurre más bien en las relaciones con amistades y otros pares. En este sentido, casi todas las jóvenes entrevistadas – incluyendo aquellas no embarazadas – refirieron acudir a sus amigas para aclarar dudas relativas a temas de sexualidad, o, en su ausencia, informarse en medios de comunicación y, especialmente en el caso de las zonas urbano-marginales, el Internet, con implicaciones obvias para la calidad y la confiabilidad de la información obtenida de esta manera.

*“[Cuando quería averiguar algo sobre la sexualidad] se lo preguntaba a alguien así o me ponía, iba a la computadora, iba al Internet y lo buscaba, pero no salía igual porque eso es como algo a lo loco...” [Madre adolescente, 16 años, Los Tres Brazos].*

Por otro lado, el papel de “orientar a la muchacha” en temas de sexualidad y, específicamente, formas de prevenir un embarazo temprano, recae sobre los familiares femeninos, delegando los hombres – padres, abuelos u otras figuras masculinas de su entorno familiar – esta responsabilidad en las madres o abuelas de sus hijas, o asumiendo que esta orientación existe:

*“Yo mismo no se la he dado [información sobre la planificación familiar], la abuela le ha dado esa información, de cómo evitar un embarazo, le ha dado charlas, y le dice que le tenga confianza y le ha enseñado los métodos de planificación” [Hombre, 28 años, Sabana Perdida, refiriéndose a su hija adolescente de 14 años].*

Las jóvenes entrevistadas afirman, efectivamente, haber recibido orientaciones sobre la sexualidad de sus madres u otras familiares femeninas. No obstante, un análisis más detenido de los contenidos de estas orientaciones, pone de manifiesto su formato de órdenes o, inclusive, amenazas, limitándose en muchos casos a advertencias de tipo “cuidado si quedas embarazada”. Las orientaciones terminan no siendo orientaciones sino simplemente sanciones de corte autoritaria en las que no fluye la comunicación sino mandatos y miedo. Los consejos para prevenir los embarazos tempranos impartidos a las jóvenes en el ámbito familiar están enfocados en la abstinencia, y frecuentemente envueltos en mandatos genéricos y ambiguos de “no hacer nada malo” – con el referente de las relaciones sexuales con penetración como “algo malo” por excelencia:

*“[La madre le decía] que me cuide mucho, que no saliera embarazada y mi Papá también me decía... .. Que no hiciera nada malo... ..Ella me decía que no hiciera el sexo con ningún hombre, que me cuidara mucho, que me protegiera.” [Madre adolescente, 16 años, Sabana Perdida].*

*“Hay veces que yo le digo a mi mamá, ‘mami voy pa’ donde mi amiga’ y duro mucho por ahí, y me dice: ‘ya tu ‘tá grande, a ti hay que hablarte claro - si tu sale preña por ahí, no quiero que vengas con tu domingo nueve” [GF con adolescentes no embarazadas, Sabana Perdida].*

*“Mi mamá siempre me aconsejaba, me decía que no me llevara de las amigas y que no metiera la pata, que no hiciera travesuras”. [Adolescente, 15 años, Sabana Perdida].*

Llama la atención en este sentido la existencia de un doble discurso con respecto a la “confianza” entre la madre y la hija en torno a los temas de sexualidad, donde en muchos casos ambas afirman sentir esta “confianza” o por lo menos reconocer que la misma debería de existir, manejando, no obstante, estos temas como un tabú familiar. Este doble discurso posiblemente va más allá de las comunicaciones verbales sobre el tema, observándose en muchos casos una clara incongruencia entre el discurso “institucionalizado”, “anti-sexualidad”, centrado en la “castidad” de las jóvenes – posiblemente originado o cuando menos muy vinculado a la cosmovisión de la Iglesia Católica –, y su inmersión en un contexto cultural en el cual la sexualidad en sus diferentes expresiones forma parte de prácticamente todas las manifestaciones de la vida cotidiana.

Esta separación entre el discurso y la práctica, lo que “debe ser” y lo que “es”, resulta difícil de manejar tanto para las madres como para sus hijas, siendo para ambas generaciones difícil de traducir en palabras las vivencias de lo que, según el discurso “institucionalizado”, no debería de existir más allá de los fines reproductivos: su propia sexualidad. Así el tema de la “confianza” en las comunicaciones madre-hija queda frecuentemente estancado en lo que “debe ser” – discurso que tanto las madres como las hijas asimilan y reproducen en su contenido manifiesto – estando fundamentalmente ausente y, a la vez, extrañado en la práctica:

*“Entonces yo le dije [a la hija]: ‘Fulana tú me dijiste que tú no estabas embarazada ¿y eso?’ De ahí ella se puso a reírse: ‘Sí mami yo estoy embarazada, no quería decirte’ y yo le dije ‘Y ¿por qué? Tú no me tienes que tener vergüenza, porque fui yo que te parí’” [Madre de una madre adolescente, 40 años, Batey].*

Esta ausencia dificulta – cuando no impide – la comunicación de las experiencias afectivas y sexuales de la madre a la hija, más allá de las advertencias de “no repetir el mismo error”, conduciendo, paradójicamente, justamente a eso:

*“Él [el abuelo] me crió porque mi Papá no podía, ni mi Mamá - mi Mamá era adolescente igual que yo cuando me tuvo... ... [Tenía] 15 años, entonces él dijo que ella era una niña y que ella no tenía experiencia para eso y le pidió a mi Papá que era mayor que me le entregara a él porque él no tenía hija hembra para él criarme. Entonces él me declaró junto con mi abuela y me crió” [Madre adolescente, 16 años, Los Tres Brazos].*

Se presenta el patrón de la madre que fue madre-adolescente pero aún así el tratamiento a la hija adolescente embarazada es de sanción y de mirada al fenómeno como si fuera la primera vez. Las madres y mujeres adultas tienden a ver la sexualidad en las adolescentes como un fenómeno nuevo y no lo asocian a sus propias experiencias en las que también se iniciaron sexualmente en las mismas etapas que sus hijas.

*“Las muchachas de ahora se meten en hombre muy temprano, tu la ve que tienen 13 y 14 años y se meten con hombre, yo empecé temprano con 15 pero era más madura, tenía más experiencia, ellas ahora no, no saben nada” [Entrevista madre de madre adolescente, 34 años, Sabana Perdida].*

Esta débil comunicación entre padres/madres e hijas adolescentes aparece en otros estudios realizados sobre la maternidad adolescente en el país *“Están excluidas de las enseñanzas de padres y madres las habilidades para la vida, la educación sexual con prevención de embarazos en adolescentes, infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA. Las orientaciones sobre sexualidad dirigida a las adolescentes estuvieron centradas en la prohibición de las relaciones sexuales antes del matrimonio y la posposición de las relaciones sexuales hasta terminar los estudios”*. (Kelly y Vargas, 2007: 91).

### 3.2.3. Proyecto de vida

Tal y como fue señalado anteriormente, la transición de las sociedades pre-industriales a la industrialización impone un periodo más prolongado de educación para ambos géneros, como requisito para la inserción y la productividad de la persona en su contexto social (Caldwell et al., 1998). Así, la adolescencia y la juventud femenina quedan – idealmente –

circunscritos a la experimentación erótica y la preparación para ingresar al espacio laboral y político, contexto en el cual la unión o el embarazo temprano – elementos anteriormente definitorios de su identidad – quedan establecidos como indeseables o, cuando menos, problemáticos (Fuller, 2001; Furstenberg, 1998).

Esta posición – partiendo de la cual el proyecto de vida de una mujer joven ha de girar en torno a la preparación técnica y/o profesional – quedó manifiesta en el discurso de las adolescentes entrevistadas en el presente estudio, tanto en el caso de las que están embarazadas o ya son madres, como de las que no han quedado embarazadas hasta el momento de la recopilación de datos:

*“Quiero seguir estudiando para poder trabajar porque ahora el que no sabe una profesión o algo no le dan casi mente trabajo... .. Quiero estudiar psicología y ser profesora” [Madre adolescente, 16 años, Sabana Perdida].*

Este discurso reproduce en gran parte las posiciones que al respecto tienen los tomadores de decisiones y los/as representantes de las instituciones que trabajan con la población adolescente en el país, guardando también una coherencia obvia con los consejos impartidos por los padres, tutores y otras figuras de autoridad – cuando menos en lo relativo a su discurso manifiesto. En este contexto, la iniciación sexual temprana – de manera interesante casi siempre definida en función de las relaciones coitales – constituye “un fracaso” para los padres y, muy particularmente, para la madre de la joven:

*“Hay que trabajar el tema de la sexualidad temprano, para que no sea para mí un fracaso cuando mi hija me diga que está teniendo relaciones.” [Mujer, GF tomadores de decisiones].*

Cabe señalar, sin embargo, que los consejos dirigidos a la postergación de la primera relación sexual en ocasiones entran en conflicto obvio con las prácticas de quienes los imparten, como puede verse de la siguiente afirmación de la pareja de una madre adolescente al referirse a las orientaciones que le da a su propia hija adolescente (de una relación anterior):

*“Bueno, la orientación que yo le he dado a ella [hija adolescente] es que primero tiene que estudiar - usted sabe que siempre en los barrios siempre viven chequeando a las niñas - pero la niña tiene que terminar sus estudios primero, porque ella no tiene edad para tener novio todavía, porque cuando viene a ver sale embarazada, y un embarazo en la adolescencia puede ser peligroso. [Hombre, 28 años, pareja de una madre adolescente de 15 años en Sabana Perdida, hablando de su hija adolescente de una relación previa].*

Un análisis más detenido del discurso de las adolescentes, sin embargo, pone de manifiesto que el tema de estudios y la superación profesional no está en el núcleo de sus aspiraciones futuras. En muchos casos, este tema figura como una meta impuesta por la sociedad y asimilada como lo que se espera de ellas – a manera de un requisito previo a la constitución de la familia propia; en otros, es visto como un instrumento para alcanzar el estatus social y el ingreso económico requerido para darle una vida cómoda a sus hijos y su familia de origen (particularmente la madre). Esta última posición queda claramente expresada en la siguiente afirmación de una adolescente de Sabana Perdida:

*“Quiero ir a la universidad a estudiar comunicación, después que me establezca, si mi mamá está viva de aquí a eso, si Dios lo permite, ayudar a mi familia, después que yo ayude a mi familia que yo sepa que vivimos cómodamente, ahí yo me voy a buscar un hombre que me comprenda que yo lo comprenda a él, que me ayude - pienso tener tres hijos” [GF de adolescentes no embarazadas, Sabana Perdida].*

Así, la realización profesional como un fin en sí mismo muy rara vez sale a relucir en el discurso de las adolescentes entrevistadas, estando casi siempre unido al proyecto de tener hijos y formar una familia propia como el camino por excelencia a la felicidad personal. La siguiente afirmación de una de las adolescentes pone de manifiesto el esfuerzo por integrar el discurso “institucionalizado” – de preparación y formación de una pareja estable como requisito imprescindible – con la aspiración de tener un hijo como fuente de realización personal:

*“Yo pienso que una mujer es feliz cuando tiene un hijo, pero cuando tiene un hijo no a temprana edad, sino cuando está preparada para tenerlo; que dicen que no hay mayor felicidad que cuando una mujer tiene un hijo, pero con una pareja que ella te excita, que haiga respeto y que haiga amor, sobre todo, que haiga un hogar donde un niño pueda nacer venir - yo creo que eso hace feliz a una mujer, un niño” [GF de adolescentes no embarazadas, Sabana Perdida].*

En este sentido, es importante tener presente que la maternidad – temprana o no, con pareja estable o no – sigue representando una fuente importante de realización personal para la mujer dominicana – cuando menos en los sectores populares, lo cual impone cautela al asumir a priori que el embarazo de una adolescente implica necesariamente la frustración de su proyecto de vida y un impacto psicológico negativo. De hecho, según se analiza en las siguientes secciones del presente informe, el discurso de muchas adolescentes entrevistadas permite inferir que tener un hijo representa justamente la realización de este proyecto, si bien con la necesidad de ajustes en el ámbito práctico de la vida cotidiana. En algunos casos esta realización es percibida como un tanto adelantada en la dimensión

temporal – cuando el embarazo en sí no fue planificado -, y en otros tantos el embarazo es un producto deseado de una unión estable previa al mismo:

*“Yo dije ‘tengo que tener un niño a los 20 años y algo’ - o sea no me faltaba mucho, o me faltaba un chin de añitos ahí, pero no tanto... ..Porque ya ahí yo creía que iba a estar más, como más adelantada en la escuela, quizás iba a estar en la universidad y ya, y se me iba a hacer más fácil” [Madre adolescente, 16 años, Los Tres Brazos].*

Cabe señalar que la importancia de tener hijos en algunos casos excede la dimensión simbólica, quedando manifiesta en el discurso de las adolescentes y las mujeres adultas la visión de hijos como una especie de seguro de vida. Así, de los hijos se espera que “devuelvan” los cuidados y las atenciones recibidas en la infancia si – o cuando – sus padres no estén en la capacidad de velar por si mismos:

*“Porque tu ser madre es bueno, porque si tú te pone malo y no tienes nadie que te atienda tus hijos te pueden atendé algún día... [...]...Eso es muy bueno, que tú esté mala y un hijo venga de un pronto, y tú necesite algo y venga un hijo y te la traiga, es muy bueno” [Madre adolescente, 16 años, Sabana Perdida].*

En todos los elementos que hemos visto se muestra que la maternidad se convierte así en el objetivo principal de la mujer, la esencia de su feminidad desde la construcción cultural. La mujer no construye su futuro y su perspectiva de vida sin la maternidad. De ahí que el embarazo siempre se convierte para las adolescentes, sobre todo en la cultura popular, en un objetivo y en una satisfacción como mujer; la socialización y la enculturación que han recibido las adolescentes así lo ha construido.

*“Siempre quise ser mamá, cuidé muchos niños, uno se enamora con muchachos ajenos, pero cuando uno tiene el de uno es diferente, tengo que quererla porque es una obligación quererla” [Madre adolescente, 19 años, Sabana Perdida].*

Se muestra en esta cita el contenido de la maternidad como “obligación”: el amor de la madre es un deber, no aparece espontáneamente, según plantea esta joven adolescente en su visión de la maternidad. Ella tenía expectativas de ser madre, pero la maternidad no ha sido como ella esperaba y siente la obligación de “querer a su hija”, lo que demuestra el peso social de una maternidad interiorizada como deber de la mujer, no como opción.

### 3.3. RELACIONES DE PAREJA Y SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

#### 3.3.1. Los “hombres buenos”

De manera coherente con la trascendencia que tiene la maternidad como núcleo del proyecto de vida de muchas de las jóvenes entrevistadas, el tema de la constitución de una relación de pareja adecuada que permita la realización socialmente aceptada de esta meta ocupa una posición central en sus discursos: conseguirse “un hombre bueno” describe el ideal a alcanzar.

La definición de un “hombre bueno” en el discurso de las adolescentes – tanto las embarazadas como las no embarazadas – está íntimamente ligada al papel social de proveedor asignado al hombre en la cultura dominicana (De Moya, 2003), estando el afecto con frecuencia en un segundo plano en este sentido:

*“[Me voy a casar] cuando yo halle un hombre bueno, que me saque adelante a mí, no un hombre que me lleve atrás... ..Que me compre todo lo que yo necesito”*  
*[Madre adolescente, 16 años, Sabana Perdida].*

A la vez, desde una perspectiva romántica, el hombre es visto como el que se va a “hacer cargo” de ella, de sus necesidades básicas y las de sus hijos, alguien quien la “va a hacer feliz”. Así, varias de las adolescentes embarazadas refieren haber percibido a su pareja como una posibilidad de alejarse de una situación poco favorable en su familia de origen:

*“Él me hacía más feliz que mi familia, por lo tanto yo pensaba que él hacía más cosas buenas que ellos, que toda mi familia, por eso quería como unirme a él o algo”*  
*[Madre adolescente, 16 años, Los Tres Brazos].*

Cabe señalar que esta expectativa de las jóvenes queda correspondida por la presencia de estas mismas aspiraciones en el discurso de sus parejas, reflejando la relevancia social del hombre en su papel de proveedor para la familia. Así, dos parejas de las jóvenes embarazadas entrevistadas en este estudio expresaron su deseo de “hacerse cargo” del embarazo – es decir, cubrir los gastos y las necesidades económicas consecuentes – así como de “hacer feliz” y “realizarle los sueños” a su pareja, aclarando como el motivo de estas aspiraciones el amor que sienten hacia ellas:

*“Me gustaría prácticamente darle esa sorpresa, como que ya ella no se espere cosas que ella me decía cuando novios que quisiera, que la lleve allí, que le compre esto, que a su hijo le haga esto - o su hija, como sea - y no se lo menciono, porque quizás para mí, yo quisiera darle una sorpresa” [Pareja de adolescente embarazada, 23 años, Los Tres Brazos].*

El esfuerzo de estar a la altura de su rol social, en ocasiones, implica una gran presión económica y psicológica para el hombre, especialmente durante el embarazo, cuando se espera de él un trato particularmente atento con su pareja, incluyendo el cumplimiento de sus “antojos” - empleados en ocasiones como una fuente de poder social por la mujer:

*“Nosotros como hombres cuando nos casamos y la mujer está embarazada y no tenemos trabajo, uno se siente un poco mal, porque a veces, usted sabe que cuando las mujeres están embarazadas les da mucho antojos, entonces cuando le da eso y por lo menos uno no puede responder, se siente uno un poco mal” [Pareja de adolescente embarazada, 19 años, Batey].*

En contraste con los “hombres buenos”, están aquellas parejas que, una vez enterados del embarazo, “no se hacen cargo” del mismo, ya sea porque no quieren o no pueden hacerlo, implicando esto una gran decepción para la adolescente. El no hacerse cargo del embarazo es, a la vez, interpretado como la ausencia de amor hacia ella, según queda manifiesto en el consejo ofrecido por una adolescente no embarazada a su amiga, cuyo novio le dijo que si quedaba embarazada él se iba a quedar en su casa y ella en la suya:

*“Entonces yo le decía ‘suéltalo en banda que él no te quiere, porque si él te dice así es porque no te quiere. Se supone que si tu sale preña’ de él, tiene que mantenerte” [GF adolescentes no embarazadas, Sabana Perdida].*

La importancia de la actitud de la pareja frente al embarazo para la vivencia del mismo queda manifiesta en la siguiente reflexión de una madre adolescente, quien afirma que aconsejaría a sus amigas tener cuidado con quien quedan embarazadas – no que prevengan el embarazo en sí.

*“Entonces, no es bueno tener una relación con una persona que no sabe lo que va a hacer por usted. Entonces, yo les aconsejaría [a las amigas] que si ellas van a tener un bebé, que miren a ver con quién va a ser” [Madre adolescente, 16 años, Los Tres Brazos].*

Por otro lado, esta expectativa de “responsabilidad” económica por parte del hombre, podría incidir, cuando menos en parte, en la decisión de algunas adolescentes de entablar relaciones con hombres mucho mayores que ellas, en vista de que la capacidad productiva de jóvenes de su misma edad usualmente resulta muy limitada. Sin embargo, algunas de las adolescentes entrevistadas refirieron preferir relacionarse con hombres mayores motivadas más bien por su experiencia y la posibilidad de que les “enseñen cosas”, según pone de manifiesto la siguiente afirmación de una de ellas:

*“Porque al yo ser un muchacho al suponer, el tiene más experiencia que yo. Al tener más experiencia que yo me puede decir, ‘Mira, las cosas son así’... . . . Bueno si yo no sé hacer una cosa, él me puede decir ‘Mira las cosas son así’... . . . Si yo fregaba malo o si cocinaba malo, él me decía como hacerlo” [Madre adolescente, 16 años, Sabana Perdida].*

Indudablemente, las relaciones de las adolescentes con hombres mayores – que a la vez reproducen en gran parte las relaciones padre-hija – implican un mayor desbalance de poder en la pareja, reduciendo aun más las posibilidades de la joven de defender sus propios intereses en este contexto. En este sentido, constituyen una situación de mayor vulnerabilidad frente a la violencia doméstica y las infecciones de transmisión sexual, entre otros aspectos.

Estas relaciones de parejas en las que el hombre es mayor que la mujer significa una magnificación del ejercicio de poder del hombre, el cual considera que está tratando con una niña que debe ser protegida y que debe “obedecerle”; una mezcla de relación pareja-padre que se extiende hasta la violencia.

“Por casualidad de la vida ella es adolescente y yo soy adulto, un adulto sabe lo que tiene que hacer, al adolescente hay que decirle como hacer las cosas. Yo puedo decirle que soy Papá de ella, porque soy mayor que ella” [Hombre, 28 años, pareja de madre adolescente de 16 años, Sabana Perdida].

A la vez, independientemente de la diferencia de edades, la comunicación de las adolescentes con sus parejas parece ser muy limitada, especialmente en el plano afectivo y sexual, estando frecuentemente reducida a conversaciones sobre las cosas cotidianas o, en algunos casos, sobre los hijos que tienen o van a tener en común. Así, una de las adolescentes de la zona rural de Batey, cuya pareja está trabajando en Santo Domingo, no pudo referir con precisión a qué trabajo se dedica su pareja, afirmando, no obstante, que hablan mucho sobre los planes para su bebé – particularmente en lo relacionado a las cosas que van a adquirir para cuando nazca:

*“Hablamos mas del bebé... ... Que vamos a comprar cuna, coche, bañito...”  
[Adolescente embarazada, 16 años, Batey].*

En otros casos encontramos parejas en las que no se produce ninguna conversación, ni se comparte ninguna situación, convirtiéndose en relaciones unidas por el sexo y el cuidado del bebé.

*“No hablamos de nada. Yo no le cuento mis cosas porque él todo se lo cuenta a su familia. El no me cuenta sus cosas” [Madre adolescente, 16 años, Sabana Perdida].*

Es interesante observar, finalmente, que aun cuando la búsqueda de “un hombre bueno” guarda mucha importancia para las adolescentes, siendo visto en ocasiones como un requisito para la maternidad socialmente aceptada, las relaciones de pareja en sí no ocupan un lugar tan central en su discurso - en ocasiones, la pareja no es mencionada en el momento de discutir sobre sus metas futuras y los proyectos de vida.

Al indagar directamente sobre el orden de prioridad de las relaciones afectivas en su vida, muchas adolescentes señalaron tanto sus hijos como su familia de origen – y, más específicamente, la madre – en una posición más prioritaria que la pareja. En cierto sentido, su discurso pone de manifiesto la visión de la pareja como alguien importante aunque potencialmente sustituible en su vida cotidiana, en contraste con las relaciones más significativas y permanentes como son los hijos y los padres propios.

### **3.3.2. Hombres que pegan, pero se les aguanta.**

Varias de las entrevistadas han reportado haber vivido situaciones de violencia con su pareja, incluyendo la ocurrencia de agresiones físicas. No obstante, si la pareja cumple con su rol de proveedor y “se ocupa” de su familia, estas agresiones tienden a ser toleradas por las adolescentes como parte de su forma de ser, cuando menos temporalmente. Sin embargo, el fallo de la pareja para cumplir con su rol de proveedor, particularmente en lo relativo a la manutención de los hijos, posiblemente implicaría una ruptura de la relación, quedando el aspecto afectivo en un segundo plano.

*“Yo ya no estoy enamorada de él, el me maltrata, me golpea. No me atrevo a denunciarle porque le tengo miedo” [Madre adolescente, 16 años, Sabana Perdida].*

La joven adolescente mostró en toda la entrevista tenerle mucho miedo a su pareja, no lo miraba a los ojos, cuando él se acercaba a conversar con ella, ella bajaba los ojos y solo le respondía con gestos de la cabeza, con si o no, o con frases cortas. Su pareja se mantuvo todo el tiempo de la entrevista cerca, tratando de escuchar lo que ella contaba. Al vivir en un cuarto, se hacía difícil aislarla para conversar con ella sin su presencia.

La violencia de género se presenta en las jóvenes adolescentes no solo en las parejas actuales sino también en parejas anteriores. Se presentaron varios casos de madres adolescentes que son golpeadas por sus parejas y se mantienen en la relación porque no tienen opciones para sobrevivir solas, no terminaron sus estudios primarios y no tienen fuentes de ingresos. Se mantienen en la relación conyugal aún cuando han perdido el vínculo emocional (“*ya no estoy enamorada*”). El sostenimiento de su relación muestra la mezcla de las pocas opciones de sobrevivencia, con el miedo a la pareja y su respuesta.

*“El esposo de mi hija [otra hija de 16 años] le da golpes, él la ha botado de la casa con la niña y ella vuelve con él. Yo le he dicho a él que no la saque de la casa, porque yo no tengo donde tenerla. Yo le dije que cuando vuelva a darle lo voy a meter preso, pero ella no quiere” [Madre de madre adolescente de 19 años, 34 años, Sabana Perdida].*

En esta cita se muestra la compleja situación de la violencia. La madre de la joven adolescente - que es la persona que rechaza la violencia - se mueve en una fuerte dualidad que permea también a la hija. Por un lado plantea la denuncia del agresor pero por otro prefiere que el agresor se mantenga con la hija porque ella no tiene otra opción. Esa dualidad de rechazo-aceptación o aguante se presenta también en las jóvenes adolescentes que reconocen que sus cónyuges las agreden continuamente.

La ruptura con los ciclos de violencia presenta muchas barreras en las jóvenes adolescentes:

- La barrera económica que las presiona a mantenerse con el “varón proveedor”;
- La situación educativa en la que al ser expulsadas de los centros educativos no logran terminar sus estudios primarios ni secundarios, y por tanto no tienen opciones de movilidad social;
- Las condiciones sociales y culturales en las que sus redes sociales las presionan para que se mantengan con el marido, como ocurre con mujeres adultas en otros estudios (ODH/PNUD, 2010);
- El miedo a las reacciones de sus conyuges frente a la denuncia. Si bien las jóvenes presentan un conocimiento de que cuentan con servicios judiciales para denunciar el maltrato y la violencia, muestran mucha resistencia a la denuncia por las repercusiones que puede traerles, mostrando así su condición de vulnerabilidad.

### 3.3.3. ¿Darle arriba y no abajo?

Si bien la sexualidad en la adolescencia tiende a ser manejada como un tabú, aun el discurso más conservador, usualmente asumido por los padres y tutores, acepta que esta fase de desarrollo implica un acercamiento al sexo opuesto – siempre y cuando éste acercamiento se limite a “arriba”:

*“Los hombres de ahora cuando uno está con ellos, ellos no quieren besos ellos quieren más para abajo, y eso no es así - nada mas uno tiene que darle arriba y no abajo, uno tiene que cuidarse porque esto está duro” [GF de adolescentes no embarazadas, Batey].*

Por otro lado, los límites impuestos por este discurso a la sexualidad adolescente con frecuencia no se corresponden con la realidad que viven los/as adolescentes, como tampoco con la experiencia propia de los padres que los imponen, quienes en su mayoría también entablaron sus primeras relaciones sexuales en la adolescencia temprana:

*“Ella [la madre] me ha hablado que yo puedo tener un novio, pero nada más de besito, ni más ni menos, de ahí para allá mas nada” [GF con adolescentes no embarazadas, Batey].*

Las implicaciones de este discurso van más allá de su ingenuidad y la poca pertinencia para la realidad social de los y las adolescentes dominicanos/as - particularmente aquellos/as de los estratos populares -, relegando el tema de deseos, emociones y experiencias vinculadas a la sexualidad adolescente, especialmente la femenina, al plano de lo oculto, de lo que no se habla. A la vez, la concepción de las relaciones sexuales en adolescencia como parte de un proceso racional de toma de decisiones - en muchos casos reproducida por el discurso de las iglesias e, inclusive, campañas de promoción de salud dirigidas a este grupo poblacional – ignora la ocurrencia espontánea y frecuentemente no planificada de la primera relación sexual, reportada por estudios previos (Kelly y Vargas, 2007).

### 3.3.4. “Lo importante es satisfacerlo a él”.

De manera interesante, al asimilar y reproducir este discurso, muchas de las jóvenes entrevistadas, incluyendo las embarazadas y madres adolescentes, ponen de manifiesto una especie de negación de los propios deseos y aspiraciones sexuales, situándose en la posición pasiva de “defenderse”, “resistirse” o “ceder” frente a las propuestas sexuales de los varones.

*“Yo entiendo que a veces nosotras las muchachas no pensamos tanto así como ellos [los varones] porque, como decirle, a veces en la misma escuela y en nuestros hogares nos dicen ‘cuida’o si tu sale’ preña y esto’ y ‘tiene que cuidarte’ y ‘tu tienes que mantenerte y eto’ - tal vez por esas razones uno no piensa tanto así en eso [en tener relaciones sexuales]... Si fuera tanto así, no hubieran mujeres casadas y no tuvieran esposo, pero uno no lo piensa desde ese punto de vista” [GF adolescentes no embarazadas, Sabana Perdida].*

Partiendo de lo anterior, las relaciones sexuales figuran en el discurso de algunas de ellas como una forma de satisfacer a la pareja, independientemente de los deseos y los sentimientos propios:

*“No es lo mismo cuando uno quiere, que cuando uno no quiere [tener relaciones sexuales]... ..Antes yo no quería, porque con el muchacho que yo estaba, yo no lo quería, pero después yo me enamoré... - ¿Y tú tenías sexo con él para satisfacerlo a él? - Sí” [Madre adolescente, 19 años, Sabana Perdida].*

*“No es lo mismo tener sexo con un hombre que uno quiere que cuando uno no lo quiere, uno no siente lo mismo. Yo hacía sexo con ese hombre porque quería que el se sintiera bien conmigo” [Madre adolescente, 16 años, Sabana Perdida].*

*“No le veo ninguna importancia a las relaciones sexuales. Para tener a sus hijos, sí” [Madre adolescente, 15 años, Sabana Perdida].*

Las relaciones sexuales en las jóvenes adolescentes se convierten en un tema de mucha tensión y bloqueos. Las continuas prohibiciones e inhibiciones que reciben del contexto social en el que se desenvuelven les dificultan ser expresivas con la sexualidad, pero a su vez la sexualidad es un tema atractivo solo para conversar con sus amigas y pares. La sexualidad sigue siendo para las jóvenes adolescentes un tema de satisfacción masculina, mantener una relación con un hombre es un objetivo para la sobrevivencia y la estabilidad emocional, por tanto la sexualidad es la mejor herramienta para lograr ese objetivo no así para su satisfacción y placer.

Tanto la relegación de la sexualidad femenina en la adolescencia al plano de lo que no se habla, como la situación de las adolescentes en la actitud de resistencia “pasiva” frente a las experiencias sexuales, lejos de reducir la incidencia de embarazos entre ellas, incrementa la vulnerabilidad de las jóvenes dejándolas sin recursos para hacer valer sus intereses cuando estas experiencias – más tarde o más temprano – llegan a ocurrir.

Por otro lado, el discurso de las jóvenes – particularmente manifiesto en los grupos focales con adolescentes que no han estado embarazadas – sitúa la virginidad de la mujer en una posición central en el manejo de las relaciones de género. Así, muchas jóvenes parecen percibir que la virginidad les otorga el acceso – aunque, posiblemente, limitado tanto en su alcance como en su duración – a determinadas formas del poder social, con el potencial de “negociar” una posición “respetable” – un matrimonio, dependiendo de a quién y de qué manera la “entregan”:

*“Mi mamá a veces nos habla mucho, que tengamos cuidado, que tenemos que saber a quién nosotros nos le vamos a encuera, que no es a cualquier loco que nos hable a los oídos, ya ‘tómalo que eso es tuyo’” [GF adolescentes no embarazadas, Sabana Perdida].*

*“Yo tenía una amiga que tenía su novio y tenía como ya los tres meses, y se dejó quitá su virginidad y ahora ella se ha dedicado atendé na má al tipo pa que le den su chelito” [GF adolescentes no embarazadas, Los Tres Brazos].*

El mantenimiento de la virginidad como valor tiene que ver también con la preservación del estatus social ya descrito, no solo hacia la pareja futura sino también hacia el contexto social masculino. El chismorreo sobre las mujeres entre los hombres convierte al sexo en el tema principal de control social y de filtro sobre el honor y la “vergüenza” de las mujeres.

*“Cuando uno tiene novio en la escuela, ellos se aprovechan mucho en la escuela y después empiezan a desacreditar a uno. Ellos dicen ‘mangué con esa’ y ya te fuñiste porque nadie más quiere estar contigo, porque ya te manguearon” [GF con adolescentes no-embarazadas, Sabana Perdida].*

La categoría de vergüenza sirve como mecanismo de control social hacia las mujeres y las jóvenes adolescentes. En estudios sobre honor y vergüenza y sus connotaciones en la masculinidad y feminidad (Pitt-Rivers, 1971) se plantea claramente como la cultura segrega genéricamente los patrones de conducta estableciéndose la sanción social hacia la ruptura con la virginidad, el placer, la vida pública de las mujeres con el uso de categorías como “sinvergüenza” o “vagabunda”. Estas categorías sociales generan una escisión social al interior de los grupos de adolescentes donde las adolescentes buscan ser aceptadas socialmente por ser “serias” y no se juntan con las “vagabundas” o “putas” que rompen estos patrones sociales.

A la vez, de manera compatible con la idea de “amor romántico” previamente descrito por Báez et al. (2004) - donde el “querer demasiado” forma parte de los ideales sexuales tradicionales del género femenino – la virginidad se constituye en una “prueba” irrefutable de amor:

*“Él me lo iba a pedir, él me dijo ‘Yo te tengo que decir una cosa, yo te voy a pedir una prueba de amor’... ..Después él me dijo ‘Vamos para mi casa’, yo fui y ahí él me dijo que si yo lo quería mucho, que me le entregara... ..Hubiera querido esperar un tiempito más, porque no lo conocía bien, pero imagínate, yo lo quería mucho, entonces él me pidió eso - la prueba - y yo le dije que sí” [Madre adolescente, 16 años, Los Tres Brazos].*

### 3.3.5. Métodos de planificación familiar

Tanto el discurso de los/as adolescentes y de sus personas allegadas, como el de tomadores de decisiones y representantes de instituciones que trabajan con este grupo poblacional en el país, pone de manifiesto un fuerte vínculo simbólico entre la sexualidad y la procreación, asumiendo que el temprano inicio de las relaciones sexuales implica también embarazos tempranos entre las adolescentes – posición que no se ve apoyada por el análisis cuantitativo de encuestas conducido en el contexto de este estudio. Esta situación, junto con la relegación de todo el tema de la sexualidad, sobre todo la sexualidad femenina, al plano de lo que no se habla, hace difícil una orientación adecuada de los adolescentes/as sobre las formas de prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados en el contexto familiar.

Si bien el vínculo establecido entre la sexualidad y la reproducción descansa por lo menos parcialmente en el carácter tabú de la sexualidad adolescente, frecuentemente vedada por el entorno familiar y social de los/as jóvenes independientemente de sus consecuencias, también es cierto que el poco uso de los métodos de planificación familiar entre las adolescentes sirve de apoyo al mismo. Así, aun cuando varias de las jóvenes entrevistadas afirmaron haber “buscado” el embarazo expresamente a partir de una unión de pareja previa al mismo, otras tantas afirmaron que su embarazo “simplemente sucedió”, como consecuencia de no haber tomado ninguna acción específica para prevenirlo.

Cabe señalar que esta ausencia de acción figura también en el discurso de las adolescentes embarazadas y madres que reportan haber estado conscientes de que tener relaciones sexuales sin protección implicaba una alta probabilidad de quedar embarazadas, y que el embarazo podría ser prevenido usando los métodos anticonceptivos. Solamente en pocos casos las adolescentes refieren de manera explícita el desconocimiento como la razón principal para no haberse tomado medidas para protegerse del embarazo:

*“Yo me casé y no sabía lo qué era planificame, ni ná, y salí preñá de una vez”  
[Madre adolescente, 16 años, Sabana Perdida].*

En otros casos las adolescentes refieren haber estado usando algún método de planificación familiar cuando quedaron embarazadas. Sin embargo, un análisis más detenido de la manera en qué estaban usando ese método, indica con frecuencia un uso incorrecto o inconsistente del mismo. Así, según ponen de manifiesto las siguientes afirmaciones de una de las adolescentes embarazadas, orientada sobre el uso de la planificación familiar por una amiga, la información sobre el uso correcto del método que seleccionan no siempre está disponible:

*“Yo estaba usando pastillas, estaba planificada - no sé qué pasó... .. Yo compraba las pastillas... Venían blancas, y venían como 7 u 8 marones, que eran como para cuando te llegara la menstruación con dolor. Yo nunca me las tomé, porque a mí nunca me había dado la menstruación con dolor – yo me tomaba las que eran de planificación, todos los días una. Cuando se me acababan, antes de acabarse, yo compraba otra caja” [Adolescente embarazada, 15 años, Los Tres Brazos].*

De manera general, las jóvenes entrevistadas reportaron cierta familiaridad con los diferentes métodos de planificación familiar – señalando con mayor frecuencia las pastillas y las inyecciones –, aun cuando la información específica que pudieron referir sobre los mismos en muchos casos fue parcial, confusa e imprecisa. La posibilidad de usar los anticonceptivos de emergencia fue desconocida por la mayoría de ellas, o confundida con el uso de las pastillas “Cytotec”, ampliamente conocidas por su efecto abortivo.

Asimismo, el discurso de algunas jóvenes, particularmente aquellas que no han estado embarazadas, refleja la persistencia de informaciones y creencias, usualmente erróneas, sobre el daño que podría implicar el uso de anticonceptivos para la salud de la mujer, siendo la posibilidad de quedar estéril especialmente relevante para ellas, de manera coherente con la relevancia que guarda la maternidad para su proyecto de vida. Por ende, el uso de los anticonceptivos sería aceptable únicamente después de tener los hijos – es decir, para espaciar los embarazos, pero no para posponer el primero de ellos.

*“Yo creo que si uno se casa con una persona, yo creo que no es bueno el uno planificarse, porque eso dizque tapa, las patillas entonces es mejor tener sus hijos y después uno se planifica” [GF con adolescentes no embarazadas, Batey].*

*“Eso de la inyección está dando quistes o tumores en la barriga, y así no me gustaría, porque por ejemplo si yo me caso y voy a tener tres, los tengo y ya salgo de eso” [GF con adolescentes no embarazadas, Batey].*

Es importante observar que este razonamiento de las adolescentes, que propone el “tener sus hijos y después planificarse” o “salir de eso”, podría explicar el poco espaciamiento de embarazos entre las adolescentes reportado por varios proveedores de servicios de salud en el grupo focal conducido. Si bien desde el discurso “institucionalizado” el embarazo repetido en adolescencia queda definido como un “fracaso” de las iniciativas de información y orientación impartidas a las madres adolescentes primerizas, este discurso posiblemente guarda muy poca pertinencia para el contexto cultural de estas adolescentes y su proyecto de vida auténtico.

La prevención de embarazos en las adolescentes se encuentra también con la barrera de la poca orientación presente en sus centros educativos. Las jóvenes adolescentes entrevistadas reconocieron que en sus centros les hablan de cómo prevenir VIH y SIDA usando el condón, pero para el embarazo se les habla de la posposición del embarazo, no así de los métodos de planificación familiar.

*“En la escuela en octavo nos llevaban en guagua a Profamilia gratis, nos hablaban de SIDA, de condón y tenía muchos folletos de Profamilia, yo los leía varias veces. No nos hablaban de embarazo en adolescencia” [Madre adolescente, 16 años, Sabana Perdida].*

La responsabilidad de evitar los embarazos no deseados, tanto en el discurso de las adolescentes como el de sus parejas, recae sobre la mujer, responsabilizándose el hombre, en algunos casos, de cubrir los costos del método de planificación seleccionado por su pareja. Es interesante observar que aun cuando está presente una importante diferencia de edades entre la adolescente y su pareja – partiendo de lo cual cabría esperar una mayor orientación de la joven por parte de él en temas relevantes para la salud sexual y reproductiva – el hombre mantiene una actitud pasiva frente a la selección y el uso de métodos de planificación familiar.

La visión de los métodos anticonceptivos como dañinos para la salud está presente también entre algunos de los padres y los cuidadores de los/as adolescentes, quienes prefieren tratar de imponerles la abstinencia antes de sugerir y/o aceptar el uso de un método de planificación familiar. Paradójicamente, esta posición no parece ser revisada a partir de los fallos previos de la misma estrategia, siendo reportada también por algunos cuidadores de las adolescentes que ya son madres, en las cuales la prohibición de salidas y otras actividades sociales obviamente no ha resultado en la prevención del embarazo:

*“Yo no me doy cuenta donde fue [que quedó embarazada], si fue camino a la escuela, porque esa era la única salida que ella hacía. Y ella no salía de aquí a ninguna parte, a ninguna parte salía ella... .... La mujer del hijo mío quería [hacer que la joven*

*use anticonceptivos], pero yo no quiero que ella haga eso porque está muy joven y le puede hacer daño.... . Lo que hay que estar es prohibiéndole muchas cosas” [Abuelo de una madre adolescente, 72 años, Los Tres Brazos].*

Llama la atención, sin embargo, que las adolescentes entrevistadas – incluyendo aquellas que nunca han estado embarazadas – hacen referencia reiterada al poco sentido que tiene este tipo de manejo para la prevención de los embarazos.

*“Para mí [es más probable que queden embarazadas] las más serias, que no las dejan salir... . Porque como ellas no tienen libertad, entonces cuando quieren salir a la calle no tienen conocimiento, ellas no tienen capacidad para entender nada, pero una gente que sea más de la calle, que tenga más libertad, pues tiene más conocimiento y ya conoce de la calle” [GF adolescentes no embarazadas, Los Tres Brazos].*

### 3.3.6. Uso de condones

La mención espontánea de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en el discurso de las adolescentes entrevistadas ocurrió muy pocas veces al abordar los temas de sexualidad y las relaciones de pareja, indicando posiblemente la poca preocupación otorgada a este tema frente al riesgo percibido de un embarazo. Al indagar de manera directa sobre las ITS, las adolescentes por lo general podían señalar los nombres de algunas de estas condiciones de salud (VIH, gonorrea, sífilis, entre otros), aunque también resultó evidente el carácter parcial, confuso e incompleto de la información manejada, previamente señalado con respecto a los métodos de planificación familiar.

Aun cuando los condones son reconocidos y mencionados por algunas adolescentes – sobre todo las que no han estado embarazadas – como un posible método anticonceptivo, su uso tiende a estar más relacionado con la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el SIDA. Asimismo, las jóvenes que residen en zonas urbano-marginales refirieron de manera espontánea tener cierta facilidad de acceso a los condones, posiblemente de manera vinculada a las actividades de prevención de las ITS y el SIDA en el contexto comunitario:

*“Por lo menos allá abajo hay una señora que ella trabaja, yo no sé, en cosa es de SIDA, y ella siempre tiene condones y lo muchacho van a su casa a buscar condones y ella se lo da” [GF adolescentes no embarazadas, Sabana Perdida].*

A pesar de la familiaridad y la aparente aceptación del condón como método anticonceptivo en el discurso de muchas de las jóvenes entrevistadas, este no parece ser un método indicado en las relaciones de pareja estables y, menos todavía, entre las parejas unidas. Esta posición queda manifiesta en la siguiente afirmación de una de las adolescentes no embarazadas, al confinar la idea del uso del condón de manera exclusiva a las relaciones sexuales prematrimoniales:

*“Hay mucha gente que dice que no, que eso de usar condón eso no ‘tá... .. Eso no ‘tá porque hay mucha gente que dice ‘Yo me voy a casar, yo quiero llegar a mi matrimonio virgen’” [GF adolescentes no embarazadas, Sabana Perdida].*

El condón es un método muy conocido y reconocido, pero las adolescentes plantean el uso de condones para otras mujeres, no necesariamente para ellas, sobre todo aquellas que no están embarazadas y que no se reconocen como sexualmente activas.

*“Yo pienso que mucha gente debe usar su condones por la enfermedades, porque muchas veces las muchachas se planifican dique ‘ay, para no salir embarazada’ pero piensen que sin condones también pueden coger una enfermedad con una persona, sin saber la enfermedad que tiene la otra persona” [GF adolescentes no embarazadas, Sabana Perdida].*

La poca aceptabilidad del condón como método anticonceptivo en el contexto de relaciones “estables” queda particularmente notable en el contexto rural del Batey, donde ninguna de las adolescentes entrevistadas había conversado con su pareja sobre la posibilidad de utilizar el condón entre ellos, si bien una de ellas refirió que su novio le había explicado que usaba condones para protegerse con otras parejas. Esta afirmación pone de manifiesto la importancia de la dicotomía entre el espacio de “la casa” y el “de la calle” para el uso del condón, previamente descrita por Antonio de Moya (2003):

*“Cuando yo le veo condón le pregunto que para qué es eso, y él dice que es pa’ que me cuide” [Adolescente embarazada, 16 años, Batey].*

Es importante observar que, de manera congruente con estudios previos sobre el tema (Miric et al., 2009; Báez et al., 2004; De Moya, 2003) el rechazo al uso del condón en relaciones estables va más allá de la negación de la pareja masculina y la falta de herramientas de la mujer en el proceso de negociación de este uso. Al constituir el condón un símbolo de desconfianza, su uso es rechazado también por las mujeres “de su casa”, asumiendo

a la vez que la pareja lo usaría en el caso de tener una relación “en la calle”<sup>1</sup>. El tema de la reducción del placer en la relación sexual que implica el condón también fue referido por las jóvenes, tanto desde la perspectiva masculina como la femenina:

*“Yo tengo una prima que me dice que no le gusta hacerlo con condón” [GF con adolescentes no embarazadas, Los Tres Brazos].*

## **3.4. EMBARAZO Y MATERNIDAD EN ADOLESCENCIA**

### **3.4.1. ¿Un fracaso?**

La concepción del embarazo en adolescencia como un problema social y su definición como “un fracaso” han salido a relucir de manera reiterada en el discurso de los tomadores de decisiones, los proveedores de servicios de salud y los representantes de instituciones que trabajan con esta población en el país.

*“[Es necesario] tratar de que ese embarazo así a temprana edad, no siga ocurriendo pero es casi un fracaso, porque cada día llegan más y más adolescentes” [GF con proveedores de servicios de salud, a nivel nacional]*

La responsabilidad por este “fracaso” ha sido atribuida a diferentes factores, incluyendo la desintegración familiar, la falta de orientación de los/as adolescentes, pocas oportunidades de recreación, deficiencias del sistema educativo y/o de salud, y, de manera general, las políticas sociales y las intervenciones dirigidas a los/as adolescentes. Ahora bien, los argumentos y los criterios que definen al embarazo en adolescencia como un fracaso difieren de manera importante entre los informantes entrevistados en este estudio.

Así, el discurso de progenitores y tutores de las adolescentes permite inferir que el embarazo que ocurre en una unión establecida, independientemente de la edad de la madre, no sería considerado ni tratado como un embarazo a “destiempo” por su comunidad. En otras palabras, el embarazo adolescente pasa a constituir un problema visible fundamentalmente cuando no ocurre en el contexto de una relación de pareja estable, con un hombre “que se haga cargo” del mismo:

---

1 Para la definición del espacio de “la calle” vs. el espacio de “la casa” en la cultura dominicana ver: De Moya, A.: *Juegos de Guerra: El enfoque genérico-cultural de la respuesta al VIH-SIDA*. Trabajo presentado en la Conferencia “Estudios de Género al Inicio del III Milenio”, FLACSO / INTEC. Santo Domingo, República Dominicana, 3-4 de julio 2003.

*“Es malo [que su nieta haya quedado embarazada], por la situación de que ella ya no es lo mismo, después que estaba niña ahora ha sido una mujer de un hombre que no va a hacer nada por ella porque ¿qué va a ser él por ella?” [Abuelo de una madre adolescente, 72 años, Los Tres Brazos].*

Esta visión coincide de manera notable con la afirmación de una de las informantes claves vinculada a una organización basada en fe, según la cual, en principio, la sexualidad y el embarazo a temprana edad no serían mal vistos por parte de la Iglesia Católica, siempre y cuando ocurran en el contexto de un matrimonio contraído ante Dios. Este enfoque permitiría explicar, cuando menos parcialmente, por qué en un contexto cultural como el dominicano – en el cual la unión y la maternidad temprana tradicionalmente han sido más bien una norma que una excepción – el embarazo en la adolescencia pasa a constituir un problema visible y de alta relevancia social a lo largo de las últimas décadas. Así, según se presentó en el componente cuantitativo de este estudio, el incremento del tiempo transcurrido entre la primera relación sexual y la primera unión de las mujeres a lo largo de las décadas pasadas incide en un mayor número de embarazos tempranos ocurridos fuera de uniones estables, con lo cual estos embarazos pasan a ser percibidos con más facilidad como un problema social.

La connotación de problema social sigue siendo desde la perspectiva de la situación de la madre adolescente sin marido, o sea la jefatura femenina de una familia monoparental o una familia extensa, ambas matrifocales. Esta situación de familia monoparental ha sido catalogada por la Iglesia Católica y por tomadores de decisión como “familia desestructurada”, ignorándose desde la perspectiva antropológica que la familia monoparental matrifocal es un modelo o estructura familiar característico de nuestra cultura afrocaribeña (Brown, 1997) y vinculada al rol de la mujer y sus patrones conyugales en nuestra cultura. Esta concepción de fracaso de la madre adolescente tiene entonces una connotación cultural y religiosa asociada a la cultura patriarcal.

Por otro lado, el discurso de los tomadores de decisiones y los representantes de las instituciones que trabajan con este grupo poblacional ha sido más orientado hacia la definición de la problemática del embarazo en adolescencia a partir de la temprana edad de la madre y del impacto potencial de este embarazo en su proyecto y calidad de vida – independientemente de la relación establecida con el padre de su bebé. De manera obvia, esta posición se basa más en la definición de la adolescencia a partir del criterio “objetivo” de la edad establecido internacionalmente, dejando de lado la posible transición a la adultez a partir de la iniciación sexual y/o unión de pareja, presente en los sectores populares de la sociedad dominicana:

*“[Al embarazarse] ya la adolescente no es adolescente, porque ya va a ser madre, ya va a ser mujer” [GF representantes de instituciones que trabajan con adolescentes, Santo Domingo Este].*

Es importante observar que, si bien estos dos discursos coexisten y, en gran parte, coinciden en considerar el embarazo y la maternidad en la adolescencia como un problema social, tanto los argumentos inherentes a cada uno como las soluciones potenciales a este problema difieren radicalmente entre ambos. La existencia de este doble discurso con respecto al embarazo en adolescencia y su impacto social impone la necesidad de una reflexión detenida como requisito para el diseño de intervenciones oportunas y culturalmente pertinentes para su reducción.

### **3.4.2. ¿Un “accidente” no deseado?**

El discurso “institucionalizado”, usualmente reproducido por los tomadores de decisiones y los representantes de instituciones que laboran con esta población en el país, con frecuencia asume el embarazo en adolescencia como un accidente, un producto no deseado de relaciones sexuales a temprana edad sin la protección debida. Esta falta de protección tiende a ser explicada por el desconocimiento y/o poco acceso a los métodos anticonceptivos, limitadas habilidades de negociación que tienen las adolescentes en las relaciones de pareja, y la poca reflexión sobre el posible impacto de un embarazo no deseado para su proyecto de vida. De manera consecuente, asume una reacción de frustración y malestar psicológico entre las adolescentes, sus parejas y su entorno en general, al enterarse de su embarazo.

Este discurso sin embargo, en gran parte reproducido por las adolescentes que no han estado embarazadas, difiere de manera importante de lo expresado por las madres y embarazadas adolescentes entrevistadas en este estudio. Así, muchas de ellas, particularmente aquellas involucradas en una relación de pareja relativamente estable, expresaron haber “buscado” el embarazo de manera intencional, como consecuencia natural de la unión previa a su pareja. A la vez, la idea de amor romántico señalada anteriormente, podría motivar a algunas adolescentes a hacer lo mismo:

*“... Yo no pensaba tener un embarazo, ahora no, pero entonces como que eso se me metió en la cabeza y como que me tenía loca y yo dije ‘Ay no, yo tengo que tener un niño que lleve su sangre’, porque yo sabía que algún día que eso iba a pasar, que*

*él me iba a dejar. Yo se lo dije: ‘Yo sé que algún día tú vas a volver con tú mujer, que tú te vas a cansar de mí’” [Madre adolescente, 16 años, Los Tres Brazos].*

Por otro lado, aun en aquellos casos donde el embarazo ha ocurrido “por accidente”, en ocasiones, luego de la sorpresa inicial, es aceptado con agrado – más bien como un adelanto del proyecto de vida, un evento que estaba “previsto” para más tarde pero que, al adelantarse, resulta ser bienvenido:

*“Me sentí alegre ... Porque quería tener mi niño, y ya que estaba embarazada lo quise tener” [Madre adolescente, 16 años, Batey].*

*“Yo le dije [a la novia] ‘No, está bien, no importa, tú querías tú muchacho y yo prácticamente en el fondo yo quería mi muchacho’. y le dije ‘No, de esta manera, porque mira, ahora me dijeron que el trabajo lo iba a dejar, pero vamos abanderárnosla como podamos’” [Pareja de adolescente embarazada de 15 años, 22 años, Los Tres Brazos].*

En este sentido, contrario a lo que tiende a plantearse desde el discurso “institucionalizado”, la ocurrencia del embarazo temprano no ha resultado en sentimientos negativos ni frustración personal de la gran mayoría de las adolescentes embarazadas y/o madres entrevistadas en este estudio. Los sentimientos y experiencias negativas reportadas por ellas, más bien, están vinculadas a las preocupaciones por la reacción del entorno, su familia de origen y, de manera particular, su madre, así como también por el posible rechazo de la pareja como consecuencia del embarazo.

*“¿Qué pensaste cuando quedaste embarazada? — Tener el hijo. Me gustan los niños, me puse contenta cuando salí embarazada. A él si que no le gustó, me mandó a darme un té de Roble con una hermana de él, y no me lo bebí porque pensé que era para que abortara”. [Madre adolescente de 15 años, Sabana Perdida].*

Asimismo, no se pueden perder de la vista otros factores complementarios que podrían motivar a la adolescente a procurar activamente o, cuando menos, no evitar los embarazos tempranos. En primer lugar, tal y como fue señalado en acápites previos, la unión con la pareja y, particularmente, la maternidad, implican la transformación anhelada de niña a adulta, aunque ésta sea percibida como adelantada en términos temporales por su contexto social.

En adición a lo anterior, algunos informantes han señalado el “uso” del embarazo – en adolescencia o fuera de ésta – como una fuente de poder y control social de la pareja, tan-

to desde la perspectiva masculina como la femenina. Así, el embarazo podría ser utilizado por el hombre para “aquietar” a la muchacha de “su casa”, o por la mujer para “amarrar” al hombre – conseguir una unión más estable con él o un matrimonio:

*“Muchas veces hay mujeres que salen embarazadas pa’ amarrar el hombre - los hombres no se amarran con muchachos en este tiempo...” [GF adolescentes no embarazadas, Sabana Perdida].*

Otro contenido en el embarazo en la adolescencia es el uso del embarazo como una forma de mantener una relación que es un medio de sobrevivencia. Así con el embarazo se garantiza que la relación permanezca, porque es una forma de “amarrar” al hombre y por tanto a su “proveedor”.

*“Yo no tenía planificado estar con una adolescente, fue un accidente, ella se pegó detrás de mí porque ella sabía que podía comer conmigo. Yo estaba solo no tenía quien me lavara la ropa y así me mudé con ella” [Hombre de 28 años, pareja de madre adolescente de 16 años, Sabana Perdida].*

Por otro lado, el embarazo podría representar el acceso de la joven a una posición de poder – si bien de carácter transitorio – en el contexto comunitario y familiar, partiendo del trato privilegiado reservado para las mujeres embarazadas en la sociedad dominicana. Este trato incluye con frecuencia el derecho a contar con una tolerancia excepcional de la pareja frente a comportamientos que en otras circunstancias posiblemente no serían tolerados:

*“A veces ella [la pareja] tiene su día de pesadez, a veces no la pueden mirar ni de frente, yo mismo, ‘¿Qué me miras? Vete!!’ - Me le quedo callado... Tengo ocasiones así que como que cojo unos piques, yo le digo ‘¿Qué es lo que te pasa?’ Después al rato ‘Ay, no, es tú hija que me pone así’, y la entiendo” [Pareja de una adolescente embarazada de 15 años, 22 años, Los Tres Brazos].*

Estas observaciones imponen un cuestionamiento de la pertinencia del discurso “institucionalizado” para la realidad social y psicológica de las adolescentes dominicanas de sectores populares. Si bien este es asimilado y reproducido en su contenido manifiesto por las adolescentes de estos sectores, su desvinculación de los significados sociales del embarazo, la maternidad y las definiciones culturalmente apropiadas de la adolescencia conduce a su coexistencia, un tanto confusa y contradictoria, con otros discursos y mandatos sociales.

Entre otros aspectos, es muy probable que un discurso dirigido a la prevención del embarazo que lo define como no deseado y accidental – definición posiblemente válida en otros contextos socio-culturales –, no tenga mucho que decirle a una joven para quien la maternidad, adolescente o no, constituye el núcleo de su proyecto de vida. Además, esta joven ha vivido inserta en un contexto social de madres adolescentes (sus madres, abuelas, tías), en las que tener hijos a temprana edad es un patrón social, así como la estructuración de las familias extensas y monoparentales en este contexto.

### 3.4.3. El aborto

El tema de aborto como una posible solución a embarazos no deseados en la adolescencia en muy pocos casos ha salido a relucir espontáneamente en el contexto de las entrevistas y los grupos focales conducidos en el presente estudio.

Al ser explícitamente propuesto por los investigadores en los grupos focales con tomadores de decisiones y representantes de instituciones que trabajan con adolescentes en el país, este tema ha sido tratado de manera muy reservada y cautelosa, en un discurso caracterizado por contradicciones internas y una carga de ansiedad evidente en el lenguaje corporal y otras expresiones no verbales de los participantes. Cabe asumir que este tipo de reacciones podría estar vinculado a la relevancia política de este tema, y el esfuerzo por distinguir claramente entre las posiciones personales sobre el mismo frente a las directrices políticas de las instituciones que representan.

Si bien las posiciones de los tomadores de decisiones han oscilado entre la total oposición a la práctica de aborto hasta la abogacía por el derecho de la mujer a decidir si desea o no terminar el embarazo, la mayoría de los informantes ha tratado de mantenerse en una posición intermedia, mostrándose en contra del aborto como práctica legalizada, aunque afirmando que en algunos casos ésta debería de ser permitida. La definición de estos casos “excepcionales”, sin embargo, resultaba particularmente difícil de consensuar en las discusiones, en parte debido a la dificultad para establecer lo qué se consideraría un embarazo “perjudicial” para las adolescentes – en vista de que, desde el discurso “institucionalizado”, todos los embarazos en adolescencia lo son a priori.

Tanto los tomadores de decisiones como los proveedores de servicios de salud afirmaron percibir una alta tasa de abortos practicados en la adolescencia, definiendo la misma como consecuencia directa de muchos embarazos indeseados que ocurren en este grupo de edad. Sin embargo, los proveedores de servicios de salud mostraron una posición más favorable hacia la legalización del aborto – sin implicar necesariamente una posición favo-

nable hacia la práctica del mismo – explicando esta posición a partir del impacto negativo de abortos practicados clandestinamente para la salud sexual y reproductiva de las adolescentes. Asimismo, algunos gineco-obstetras mencionaron su percepción de la disminución de complicaciones y emergencias obstétricas causadas por la práctica clandestina del aborto a partir de la generalización del uso de misoprostol (Cytotec) como agente abortivo en el país, haciendo innecesarias otras prácticas más invasivas para auto-inducirse el aborto.

Por otro lado, las entrevistas conducidas en el contexto comunitario con adolescentes y las personas de su entorno, reflejan un discurso manifiesto íntimamente vinculado con la definición del aborto como homicidio, promovida por las iglesias y, en particular, la Iglesia Católica. Así, prevalece una visión notablemente negativa del aborto como práctica, afirmando las mujeres entrevistadas que nunca se habían inducido un aborto, ni lo harían. Sin embargo, las mismas informantes que expresaron tener una posición muy crítica frente a la práctica de aborto, afirmaron también conocer “muchas” mujeres de su entorno que lo practicaron en algún momento de su vida - ya sea utilizando las pastillas de Cytotec o alguna “botella” como es el té de roble -, indicando esto posiblemente la existencia de un doble discurso en lo relativo a este tema:

*“Esa mata que está ahí, eso sirve para botar barriga, esa mata que esa ahí, y hay mucha gente que han venido a buscar porque eso sirve para botar barriga, pero yo no dejo que nadie se lleve nada” [Madre de una madre adolescente, 34 años, Sabana Perdida].*

Los hombres entrevistados, especialmente los mayores, comparten esta visión negativa, apoyada por el mandato de no interferir con la voluntad Divina, cuyos planes permanecen ocultos al ser humano. De manera interesante, este argumento en ocasiones pone de manifiesto un vínculo importante con la percepción de los hijos como una especie de “seguro social”:

*“Yo le digo [a la nieta] que no [aborte], porque tú no sabes quién te puede salvá. Eso sino, nadie me puede decir eso, ni la mai ni nadie puede decir que ese hombre es malo, hay que sacarlo, no, el hijo es hijo, tu no sabe quién te va a salvá. Te estoy hablando yo que tengo 38 nietos” [Abuelo de una adolescente embarazada, 72 años, Batey].*

En el abordaje del tema del aborto, encontramos una tendencia a difundir la idea de que la práctica del aborto produce cáncer cervical o vaginal.

*“Pero si la muchacha que sale embarazada ahora y se la saca y vuelvo y salgo y me la saca y me la saca y me la saca todo en exceso hace daño muchas veces que dicen que eso trae cáncer vaginal”. [GF adolescentes no-embarazadas, Sabana Perdida].*

En el grupo focal de tomadores de decisión se encontró entre las percepciones la tendencia a vincular el cáncer cervical al inicio de la actividad sexual a temprana edad, con distintas parejas:

*“Hay unos estudios que dicen que una mujer tiene más posibilidad de sufrir de cáncer cuando inicia una relación temprana, y también que cuando uno tiene una relación sexual temprana tiene posibilidades de tener mucho mas parejas que cuando uno empieza tarde, es mejor ser una persona madura, una persona estable que sabe lo que quiere para entablar una relación con una persona” [GF tomadores de decisiones].*

Resumiendo lo anterior, si bien la mayoría de los entrevistados define el aborto en términos negativos – muy compatibles con el discurso “institucionalizado” de la Iglesia Católica –, la práctica del mismo parece ser frecuente y cotidiana en las comunidades estudiadas. Sin embargo, este tema parece constituir un tabú para los integrantes de estas comunidades, en cuyos relatos el aborto resulta ser algo que hacen “los otros” – pero nunca el informante mismo.

### **3.4.4. Servicios de salud**

De manera congruente con estudios previos sobre el tema, las adolescentes embarazadas priorizan la atención prenatal partiendo de su importancia para la salud propia y la de su bebé (Miric et al., 2009). Cabe señalar, no obstante, que cuando el embarazo ocurre fuera una relación estable o una unión previa, la primera consulta prenatal de la adolescente tiende a ser postergada hasta que el embarazo se haga público o, cuando menos, la familia sea informada del mismo.

Si bien la atención prenatal es culturalmente vista como una responsabilidad de la mujer, su entorno social, incluyendo su pareja en el caso de estar “haciéndose cargo de la barriga”, parece ejercer presión para que la joven procure atención médica oportuna durante el embarazo, tanto en las zonas urbano marginales como en la zona rural del batey:

*“Ella al principio los primeros tres meses ella no había ido a chequeo, estaba yendo a otra clínica aparte y yo vi que el doctor donde ella iba - iba los martes y veces iba otro día - y ella iba y no se presentaba el doctor y no esto, le digo ‘Mira, ya tú estás demasiado avanzada, ya cualquier problema que no te lo detecten a tiempo nada más te jodes tú y me jodo yo’, entonces tratamos y consiguió el seguro” [Pareja de una adolescente embarazada de 15 años, 19 años, Los Tres Brazos].*

*“¿Y tú familia, qué recomendaciones te hace [con respecto al embarazo] -- Me atacan para que vaya al médico” [Adolescente embarazada de 16 años, 2 meses de embarazo, Batey].*

Por otro lado, el involucramiento de las parejas de las adolescentes entrevistadas en la atención prenatal, de manera compatible con lo observado en estudios previos sobre el tema (Miric et al., 2009), está centrado en proveer los recursos económicos requeridos y, de ser necesario, transporte al centro de salud. El acompañamiento de la mujer, particularmente en cuanto a las consultas prenatales rutinarias, es culturalmente visto como papel de las familiares femeninas – usualmente la madre – o amigas. Más aun, el discurso de algunas parejas entrevistadas en este estudio pone de manifiesto su sensación de incomodidad y desagrado en el contexto de servicios de salud:

*“Yo he ido con ella, pero no he entrado a la clínica porque la dejo frente a la clínica y entonces la madre va con ella... .. No sé como que no he querido como acompañarla en ese... — ¿Y por qué? — Por nada, por miedo a sentirme incomodo en la clínica, no sé, como yo soy una persona media cerrada, yo diría porque yo con mi mujer en la clínica o algo así pariendo, no sé, como que yo no doy para eso” [Pareja de una adolescente embarazada, 19 años, Los Tres Brazos].*

Partiendo del discurso de las madres y embarazadas adolescentes, los servicios públicos de salud relevantes para la atención prenatal y atención al parto parecen estar disponibles y, en gran parte, accesibles para ellas. La calidad de los mismos, sin embargo, resulta ser cuestionable y parece variar entre los diferentes establecimientos, reportando las adolescentes experiencias tanto positivas como negativas en este sentido.

La atención prenatal recibida en el contexto del programa de adolescentes fue evaluada de manera muy positiva por algunas de las jóvenes entrevistadas, haciendo dos de ellas, residentes en el sector de Los Tres Brazos, énfasis en los beneficios percibidos del programa de psicoprofilaxis y preparación al parto implementado en la Maternidad San Lorenzo de Los Mina:

*“La profesora me lo decía bien claro o sea, cara a cara, así como estamos hablando, ella me lo explicaba... Cuando el bebé nace tiene que tener mucho cuidado porque está frágil, no puedes dejar que muchas personas se le acerquen con olores, con esto, con aquello, o sea ya yo estaba capacitada, ya yo sabía como yo iba a tener a mi bebé” [Madre adolescente, 16 años, Los Tres Brazos].*

Llama la atención, por otro lado, que algunos contenidos de la consejería prenatal recibida que reportan las embarazadas y madres adolescentes, ponen de manifiesto el discurso orientado a “meter miedo”, posiblemente como un intento de prevenir los embarazos futuros entre las adolescentes a partir de los riesgos obstétricos implícitos a los embarazos tempranos. Sin embargo – dejando de lado la cuestionable evidencia empírica que sostiene este tipo de argumentos para jóvenes mayores de 15 años, tal y como se presenta en el componente cuantitativo de este estudio – la siguiente afirmación de una de las jóvenes pone de manifiesto el poco sentido que para ellas tiene ese tipo de discurso una vez ocurrido el embarazo, conduciendo más bien a incrementar su ansiedad con respecto a la salud propia y la de su bebé:

*“Bueno ellos [proveedores de servicios] nos decían que eso es un riesgo, porque no estamos capacitadas para tener un embarazo... .. O sea que nuestro cuerpo no estaba preparado para tener un niño dentro, o sea que nuestro organismo estaba muy pequeño, no estaba tan desarrollado, se estaba desarrollando para yo tener un bebé... .. Me sentí mal, porque ya yo sabía que yo no estaba preparada para tener un niño, pero ya que llegó ya hay que aceptarlo. Además, yo lo quería, esa fue mi responsabilidad, que si me pasaba algo no era por culpa de nadie sino por culpa mía” [Madre adolescente, 16 años, Los Tres Brazos].*

Sin embargo, la atención recibida en el momento de parto y posparto fue criticada por las adolescentes residentes en la zona de Sabana Perdida, incluyendo el trato recibido por el personal que labora en los establecimientos de salud:

*“Cuando yo parí la niña mía, y me hicieron la cesárea, los que hicieron el parto no limpiaron el área, y eso se me infectó. Cuando me trajeron aquí, yo dure tres días aquí con fiebre, entonces nadie sabía que era de eso, entonces se dieron cuenta porque la herida estaba botando pus, ya por dentro estaba infectada, y después me agarraron a sangre fría y me la limpiaron. Porque me subieron para cirugía en silla de ruedas, y el camillero me dijo: ‘tu vas para el infierno’” [Madre adolescente, 19 años, Sabana Perdida].*

Asimismo, se reportaron casos de mortalidad neonatal, percibidos por las adolescentes como provocados por el descuido en la atención recibida, de manera específica en la Maternidad de Los Mina y en el Hospital Robert Read Cabral. Según narra una madre adolescente de 16 años, residente en Sabana Perdida:

*“Yo iba al médico cada 15 días... ..Ellos nunca le vieron la columna. Ellos siempre me daban la sonografía, ‘tá bien’... .. Siempre me tiraba la sonografía. Yo me tiré como cinco sonografías... .. Las pastillas me estaban dando náuseas y el doctor me dijo a mi que me bebiera las pastillas, y yo no me las bebí, ácido fólico... .. La niña me salió mal de formación en la columna, porque no me bebí ese medicamento, ese es lo que forma los niños...”*

#### **¿Y qué fue lo que hizo que la niña muriera?**

*“La desviación que tenía ahí atrás y me la dejaron coger una infección, y se me murió, de una bacteria... .. En el Angelita.... Yo parí en la Maternidad y de la Maternidad me refirieron allá, me hicieron una carta... Porque en el Angelita era que había posibilidad de atenderla mejor.”*

#### **¿Y cómo tú supiste que en el Angelita cogió una bacteria?**

*“Porque la doctora me lo dijo... .. [A la niña] se le hizo un hoyito ahí y respiraba profundo y le pusieron un viaje de aparato, y después cuando yo fui, yo tuve allá y me fui a la siete de la noche, y fui por la mañana temprano y amaneció muerta... .. Un mes duró. Un mes y como ocho días...”*

#### **¿Qué te dijeron?**

*“Me mandaron abajo pa la primera, y de la primera me sentaron en una silla y me dijeron, estábamos yo y mi esposo allá... .. Con el cadáver se quedaron ellos para hacer estudios.”*

La experiencia de esta joven, si bien posiblemente refleja deficiencias en la calidad de los servicios de salud materno-infantil en el país que no son exclusivas de la población adolescente (Pérez-Then & Báez-Tellerías, 2009; Pérez-Then, 2008; Miric et al., 2006;) – incluyendo las limitaciones del sistema de referimiento y contrareferimiento entre los diferentes establecimientos de salud -, llama la atención sobre varios aspectos a tomar en cuenta y analizar más detenidamente en la evaluación de los mismos:

- La ausencia de sistematicidad en el seguimiento prenatal en lo que se refiere a análisis y estudios durante el embarazo, y la poca utilización de la información obtenida

en este proceso para la preparación del parto y la atención especializada al neonato en los casos que lo ameriten.

- El manejo deficiente de la información a la usuaria durante el embarazo, parto y puerperio, incluyendo la ausencia de la orientación oportuna con respecto a los medicamentos indicados y los procedimientos practicados en el caso las complicaciones durante y después del parto.
- La culpa “asignada” a la joven de los problemas ocurridos durante el embarazo, incluyendo el establecimiento de relaciones causales entre la no adherencia a las vitaminas indicadas y las malformaciones congénitas por parte de los proveedores de servicios de salud.
- La denuncia que hace la joven de descuidos en la higiene y la atención provista a su bebé en el Hospital Robert Read Cabral, como causa para su fallecimiento, más allá del problema congénito con el cual nació.
- El reporte del manejo deficiente de la información relativa al fallecimiento de la bebé por parte del Hospital, incluyendo la violación del derecho de la joven y su pareja a retirar el cadáver de su hija y enterarlo de acuerdo a sus costumbres y creencias religiosas.

Cabe señalar que esta situación no fue denunciada ni reportada a ningún organismo, quedando de manifiesto la poca conciencia de las jóvenes adolescentes y sus familias con respecto a sus derechos, reflejada en la afirmación de que “*a los pobres no se le presta atención*”. [Madre adolescente, 16 años, Sabana Perdida].

### 3.4.5. El impacto de la maternidad

Tal y como fue señalado anteriormente, la percepción y la validación del embarazo temprano por parte de la familia y, usualmente también la comunidad, está en gran parte definida por el tipo de relación de pareja en el cual éste ocurre, estando la familia más inclinada a reaccionar de manera negativa frente a éste cuando la pareja se niega a “hacerse cargo de la barriga”. No obstante, aun en estos casos – posiblemente vinculado a la gran importancia social otorgada a la maternidad – esta reacción se modifica y “normaliza” una vez nace el bebé:

*“Para mi mamá yo era un cuero, porque mi mamá nunca pensó que yo todavía era virgen y yo cuando fui allá que estaba embarazada ella lo que hizo que me botó de su casa porque ella pensaba que yo iba vivir en su casa... —¿Y ahora cual es la relación que tú tienes con ella?— Yo voy allá a veces, ella trata bien la niña” [Madre adolescente, 16 años, Sabana Perdida].*

El discurso de las madres adolescentes en torno a la experiencia de la maternidad está centrado en las responsabilidades que implica esta función social. Cumplir con estas responsabilidades, por otro lado, con frecuencia representa un paso más hacia el ideal de ser adultas:

*“Hay que atender un muchacho bien, saber cómo se atiende, tener mucha precaución para atenderlo” [Madre adolescente, 16 años, Los Tres Brazos].*

De manera general, la experiencia de ser madres es referida en términos positivos por las adolescentes, posiblemente influidos en parte por la percepción cultural de la maternidad como una fuente de felicidad para la mujer:

*“Eso es algo muy lindo tener un bebé, no, no me arrepiento de verdad, mi niña me cambió la vida.” [Madre adolescente, 16 años, Los Tres Brazos].*

Algunas de ellas, sin embargo, dejan entrever que habían tenido mayores expectativas de satisfacción personal de esta experiencia, en relación con las responsabilidades asumidas a partir de su realización:

*“Antes yo lo pensaba, porque a mí me gusta mucho cuidar niños, a mí me gustan mucho los niños, pero no ahora mismo. No es igual cuidar muchachos, que cuidar los de uno, uno se emociona con los muchachos ajenos, después que uno tiene los de uno no es lo mismo” [Madre adolescente, 19 años, Sabana Perdida].*

Por otro lado, el discurso de las adolescentes que son madres no refleja sentimientos de frustración en cuanto a las limitaciones impuestas por la maternidad temprana a su proyecto de vida. Aun cuando casi todas ellas interrumpieron sus estudios en algún momento, esta interrupción ocurrió en muchos casos previo al embarazo y de manera desvinculada del mismo, explicándose con frecuencia por las dificultades de acceso y/o limitaciones de servicios educativos en su zona de residencia. En este sentido, es importante tomar en cuenta que las limitaciones de estos servicios no afectan de manera exclusiva a las adolescentes embarazadas, reportando algunos de los participantes en este estudio prácticas claramente violatorias de los derechos humanos en el contexto educativo, independientemente del tema de embarazo:

*“Que a mí la clase no me asimila y la directora dijo que me saquen de la escuela, que no asimilaba la clase, porque a mí me dio disque bronconeumonía a los tres días de nacida” [Madre adolescente, 16 años, Sabana Perdida].*

*“Al varón me lo sacaron de la escuela, sacado así, porque el dizque no asimilaba. Entonces me lo estaban mandando para un colegio, que yo no tengo recursos para ese colegio... .. Yo le dije a la directora: ‘Usted no puede sacar un niño para que esté en la calle, usted debe dejármelo en la escuela hasta que yo halle donde ponerlo’, pero la directora me lo saco” [Madre de una madre adolescente, 34 años, Sabana Perdida].*

A la vez, las adolescentes quienes afirmaron haber interrumpido sus estudios a causa del embarazo y/o maternidad, también refirieron casi invariablemente su intención de continuar los estudios una vez transcurridos los primeros años de vida de su bebé. Aun cuando el acceso a estancias infantiles u otros servicios que faciliten esta reinserción educativa de las madres adolescentes no fue reportado en ningún caso, el discurso tanto de ellas como de sus personas allegadas refleja que muchas podrían contar con el apoyo familiar en este sentido, particularmente el de la madre:

*“[Le diría a sus dos hijas adolescentes]... Que ya han tenido los hijos, y que se fajen a trabajar y a estudiar, y para atender sus hijos, sino que me los dejen a mí, que yo se los atiende” [Madre de una madre adolescente, 34 años, Sabana Perdida].*

Esto entra en clara contradicción con los mensajes dirigidos a la prevención de embarazo en adolescencia desde el discurso “institucionalizado”, que concibe el embarazo temprano como una frustración inevitable del proyecto de vida. Esta visión queda de manifiesto en las afirmaciones de los tomadores de decisiones y los representantes de las instituciones que trabajan con esta población en el país, expresadas de manera prácticamente unánime en los grupos focales conducidos.

Asimismo, queda explícita en su discurso la asunción de una dicotomía “inevitable” entre la maternidad adolescente y la realización profesional de la mujer, contrario a las aspiraciones expresas de muchas madres adolescentes de seguir estudiando y capacitándose profesionalmente y, para así asegurar una mejor calidad de vida para sus hijos. De manera interesante, esta dicotomía en ocasiones queda generalizada también a las relaciones de pareja y la sexualidad en la adolescencia – posiblemente por el vínculo implícito entre la sexualidad y la función reproductiva –, asumidas por algunos informantes como “contraindicadas” para la superación personal del/a joven:

*“Las jóvenes y los jóvenes en vez de pensar en lo que tienen que estudiar, en que tienen que echar para adelante, lo que están pensando es en yo desarrollarme para tener una relación temprana” [GF Tomadores de decisiones].*

De manera paradójica, está dicotomía en las afirmaciones de algunos de los actores claves que participaron en los grupos focales queda explicada o hasta justificada por la práctica ilegal de la expulsión de jóvenes embarazadas de las escuelas y/o el cambio a la tanda nocturna, como una versión más sutil de la misma – si bien varios de ellos han afirmado la disminución de este tipo de prácticas en los años recientes. Resulta insostenible, sin embargo, argumentar el impacto negativo del embarazo y la maternidad temprana en el proyecto de vida y la inserción productiva de las adolescentes, a partir de las deficiencias en la respuesta del Estado a las necesidades de este grupo poblacional, en gran parte violatorias de sus derechos humanos.

## REFLEXIONES FINALES

Luego de haber realizado una exploración cuantitativa y cualitativa sobre el tema de embarazo en adolescencia en República Dominicana, con la particularidad única de haber tenido la posibilidad de analizar la información obtenida de diferentes fuentes en los últimos 20 años, y de diseñar un estudio cualitativo bajo el contexto de lo observado en la indagación cuantitativa, se hace necesario argumentar sobre los puntos que se describen a continuación.

Primero, parece ser que en los últimos años ha habido un cambio en la dinámica y comportamiento del embarazo de las adolescentes que residen en la República Dominicana, siendo su punto más sugerente el cambio en la tasa de fecundidad específica por grupo edad, de 97 a 92 por 1,000 mujeres adolescentes.

En segundo lugar, no parece haber un aumento en el porcentaje de nacimientos reportados en adolescentes en los últimos veinte años, sobre todo si se toman en cuenta los datos estratificados según la clasificación de adolescencia temprana o tardía. En este sentido, se nota un “aumento” en el porcentaje de nacimientos en adolescentes cuando se excluye el periodo correspondiente a la adolescencia temprana (< 15 años), no así cuando las fuentes de información incluyen ambos periodos (adolescencia temprana y tardía).

Lo anterior mueve a sugerir una revisión de la definición de la adolescencia, así como un método de abordaje diferente para las adolescentes más jóvenes, las cuales lucen ser más vulnerables, biológica y psicológicamente, que aquellas de mayor edad. En este sentido, incluir en la definición de adolescencia a mujeres de 18 y 19 años, quienes presentan la frecuencia más alta de nacimientos, como adolescentes en el contexto cultural dominicano, asumida como válida a partir de las normas vigentes en otras sociedades contemporáneas, es cuestionable, sobre todo tomando en cuenta que este grupo de mujeres jóvenes tienden a auto-percibirse como adultas, y a ser tratadas como tales por la sociedad dominicana.

En tercer lugar, la educación sigue siendo un referente importante en el embarazo en la adolescencia. Una mejor educación, o más grados de educación formal, han sido asociados no sólo a la reducción de la posibilidad de embarazarse tempranamente, sino que, en el caso que ocurra, les da mejores posibilidades, a las adolescentes, de un embarazo con menos problemas. Es la educación, también, un factor importante en el conocimiento de las posibilidades anticonceptivas.

Es importante resaltar, que la educación puede ser un factor inverso por las tendencias a la expulsión de las jóvenes activas sexualmente o embarazadas convirtiendo esta población en más vulnerable y cerrando sus posibilidades de acceso a oportunidades para su desarrollo humano.

Si a lo anterior se le añade que las familias no proveen ningún tipo de orientación sexual, con excepción de sanciones y mensajes prohibitivos, resulta lógico motivar la introducción temprana, a nivel de primaria, de la educación sexual de los niños y niñas, futuros adolescentes de la República Dominicana.

En cuarto lugar, la zona de residencia rural, así como algunos matices que la caracterizan, hacen visualizar el embarazo en la adolescencia, como un proceso dinámico, no estático, en el que se debe tener en cuenta patrones de interacciones sociales y perfiles comunitarios para un certero abordaje del tema.

El abordaje cualitativo vislumbra puntos particulares de los residentes de zonas rurales, específicamente, una marcada violencia estructural (i.e. bateyes), una mayor presencia de una plataforma familiar de familias extensas y mecanismos de solidaridad que sugieren un comportamiento de mayor apertura de la comunidad ante la presencia de un embarazo en la adolescente, así como la presencia de uniones más tempranas que promueven los embarazos deseados. Dichos factores deben ser tomados en cuenta a la hora de analizar un incremento del embarazo en la adolescente que reside en zonas rurales y en zonas definidas como “urbanas” o “urbanas-marginales” con características similares a las primeras.

En quinto lugar, la vulnerabilidad del embarazo en adolescentes parece estar relacionada con la calidad de la atención que recibe y con el período, temprano o tardío, en que se produce en la adolescencia. De hecho, cuando se comparó adolescentes embarazadas y no adolescentes embarazadas según algunas variables relacionadas con el bienestar del producto (BPN) y algunos indicadores de prosperidad (estatus socioeconómico), y no observarse diferencias significativas entre ambos grupos, mueve a considerar que, el embarazo y su relación a las situaciones sociales negativas, es lo que realmente repercute en la psicología y bienestar de la embarazada en general.

Por consiguiente, una mejoría económica, el apoyo emocional y la accesibilidad a servicios adecuados de atención obstétrica, con calidad y calidez, podrían ser los elementos básicos de la atención correcta a las embarazadas adolescentes y no adolescentes de la República Dominicana.

Finalmente, en un intento de conjugar los hallazgos cuantitativos y cualitativos obtenidos de este estudio, prevalece la idea central de adoptar una posición frente a la adolescente que reside en la República Dominicana que promueva reforzar su identidad, delineando posiciones de cierta responsabilidad social en la comunidad en diferentes temas, que podrían ser una alternativa atractiva al matrimonio y la maternidad temprana para agilizar la transición de la adolescencia a la adultez.

El abordaje de la maternidad en la adolescencia debe ser trabajado desde un análisis más profundo de la feminidad, la maternidad y la sexualidad en la cultura popular. Estas matrices culturales no sólo afectan decisiones de embarazos en los casos en que las muchachas se casan para tener una legitimación de la actividad sexual, sino que también afectan el uso de métodos anticonceptivos para evitar el primer embarazo.

Asimismo, la visión cultural del sexo asociado a la reproducción sigue vigente en las lógicas culturales de las jóvenes adolescentes y, la escisión social entre jóvenes de la “calle” (aquellas con mayor posibilidad de lidiar con métodos de anticoncepción y una perspectiva definida de relacionarse sexualmente), y las jóvenes de la “casa” (con pocas estrategias de anticoncepción, afectadas por la presión social de su imagen “moral” externa que probablemente las involucra en un plan definido de unión matrimonial y maternidad deseada), afecta notablemente su decisión de ser activas sexualmente sin casarse, y, por tanto, de evitar los embarazos, pues la unión o el matrimonio luce ser el permiso social a la sexualidad.

Todo lo anteriormente expuesto vislumbra al embarazo en la adolescencia como una realidad en transición, que motiva a recomendar el desarrollo de estudios de cohorte y/o cuasi-experimentales acompañados de abordajes cualitativos que evalúen los factores previamente descritos en tres escenarios conceptuales del embarazo, incluyendo el embarazo deseado, no deseado y planificado, desde los distintos estratos sociales, zonas territoriales (rurales-urbanas) y concibiendo un esquema operativo basado en el enfoque de derechos, con libertad de que la *adolescente decida su proyecto de vida sin estereotipos, ni prejuicios y con equidad de género.*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antropometría materna y bajo peso al nacer. Santo Domingo: *Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil*, 1991.
- 
- Báez C, Feliz J y Martínez M. (2004). *Mujer y uso del condón para la protección contra el VIH. Investigación cualitativa*. Santo Domingo: Consejo Presidencial del SIDA. Informe inédito.
- 
- Báez, Jeannette. (1999). *Adolescencia y salud integral*. Santo Domingo : Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno-Infantil (CENISMI).
- 
- Báez-Tellerías J, Pérez-Then E (Eds.) (2009). *Situación de los Servicios de Salud Materno Infantil en República Dominicana*. CENISMI, 2009. Serie de Reuniones Técnicas I.
- 
- Barinas, Indiana; Suriel, Oscar. (2003). *Foro Nacional de Prevención del embarazo en adolescentes. Memoria*. Secretaría de Estado de la Mujer. Santo Domingo. 86 pag.
- 
- Barinas, Indiana. (2003). *Informe de Avances Consultaría de Seguimiento, julio-agosto 2002*. Secretaria de Estado de la Mujer. Santo Domingo. 49 pag.
- 
- Blank, Ann K y Way, Ann A. (1998). *Sexual Behavior and Contraceptive Knowledge and Use among Adolescents in Developing Countries*. *Studies in Family Planning*. Vol. 29, 2, págs. 106-116.
- 
- Brown Janet y J.L.Roodnarine.(1997) “*Caribbean Families: Diversity among ethnic groups*”. Alex. Nueva Jersey. Estados Unidos.
- 
- Cáceres Ureña, Francisco. (1998). *El incremento de la Maternidad adolescente en República Dominicana*. Instituto de Estudios de Población y Desarrollo. Santo Domingo. 116 pag.
- 
- Cáceres-Ureña, Francisco I, y otros. (1996). *Madres Adolescentes en República Dominicana*. Santo Domingo : Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD) / Profamilia.
- 
- Cáceres-Ureña, Francisco I. (1998). *El incremento de la maternidad adolescente en la República Dominicana 1991-1996*. Santo Domingo: Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IDEP) / Profamilia / Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).
- 
- Cáceres-Ureña, Francisco I y Morillo-Pérez, Antonio. (2008). *Situación de la Niñez en la República Dominicana: Tendencias 1986-2006*. Santo Domingo : Profamilia / Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) / Oficina Nacional de Estadísticas (ONE).
-

Caldwell, John C, y otros. (1998). *The Construction of Adolescence in a Changing World: Implications for Sexuality, Reproduction and Marriage. Studies in Family Planning, Vol. 29, 2, págs. 137-135.*

---

Canario Julio., Pérez-Then Eddy., De Moya Arturo., Ammann Arthur., Culver Ken. (2006). *Proceso de abordaje rápido para describir las condiciones de salud y ecológicas de bateyes localizados en el suroeste de la República Dominicana. Boletín CENISMI; 16(3): 26-27.*

---

CENISMI. (1991) *La madre adolescente y su repercusión en la salud materno infantil. Serie de Reuniones Técnicas No.3.*

---

CENISMI. (1991) *Características Epidemiológicas de la adolescente embarazada en la Rep. Dom. Serie de Reuniones Técnicas No.1.*

---

Centro de Estudios Sociales y Demográficos, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud, Consejo Presidencial del SIDA, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Banco Mundial/CERSS, Banco Interamericano de Desarrollo/CERSS, Programa MEASURE DHS+/ORC Macro. (2003). *Encuesta Demográfica y de Salud 2002. Santo Domingo: MEASURE+ /ORC Macro.*

---

Coll, Ana. (2001). *Embarazo en la adolescencia: Cuál es el problema? [aut. libro] Solum Donas Burak. Adolescencia y juventud en América Latina. Cartagena : Libro Universitario Regional, págs. 427-448.*

---

CONAPOFA/UNFPA. (2007). *Maternidad y Paternidad en Adolescentes. Santo Domingo, DN, República Dominicana. Agosto. Donastorg Y (Ed).*

---

Construyendo Oportunidades. Programa Nacional de Atención Integral de los y las adolescentes. (2003). *Santo Domingo. 48 pag.*

---

De Moya A (2003). *Juegos de Guerra: El enfoque genérico-cultural de la respuesta al VIH-SIDA. Trabajo presentado en la Conferencia "Estudios de Género al Inicio del III Milenio", FLACSO / INTEC. Santo Domingo, República Dominicana, 3-4 de julio 2003*

---

DIGECITSS. (2005). *Situación Actual del VIH/SIDA en la Republica Dominicana. Dirección General de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA (DIGECITSS), Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Santo Domingo.*

---

Duty Travel report to Cuba, Dominican Republic. *Concepción, Mercedes. OMS 1987. 6 pag.*

---

Embarazo en la Adolescencia: Prevención y Control. (2003). *Secretaría de Estado de la Mujer. Santo Domingo. 48 pag.*

---

Family Health International-Proyecto CONECTA. SESPAS-OPS. (2004). *Santo Domingo. 6 pag.*

---

Friedman, S B y Phillips, S. (1981). *Psychosocial risk to mother and child as a consequence of adolescent pregnancy. Seminars in Perinatology, Vol. 5, 1, págs. 33-37.*

---

Fuller, Norma. (2001). *Maternidad e identidad femenina: relato de sus desencuentros. [aut. libro] Solum Donas Burak. Adolescencia y juventud en América Latina. Cartago : Libro Universitario Regional, págs. 225-242.*

---

Furstenberg FF. (1998). *When Will Teenage Childbearing Become a Problem? The Implications of Western Experience for Developing Countries. Studies in Family Planning, Vol. 29, 1, págs. 246-253.*

---

García-Romero, Brígida, Escandón, Inés y Figueroa, José. (2003). *Los Servicios Postaborto para las Adolescentes de la República Dominicana. Santo Domingo : EngenderHealth / Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM).*

---

Guzman JM, Contreras JM y Hakkert R. (2001). *La situación del embarazo y el aborto en la adolescencia en América Latina y el Caribe. En Solum Donas B. Adolescencia y Juventud en América Latina. Cartagena : Libro Universitario Regional, págs. 381-423.*

---

Kelly M y Vargas T. (2007). *Estudio Cualitativo sobre Maternidad y Paternidad Adolescente. CONAPOFA. Santo Domingo.*

---

Informe de Consultoría 5-10 de diciembre. Lammers, Cristina. OPS. Santo Domingo, 1999. 6 pag

---

*Informe Narrativo de avances en el Programa de Prevención y Atención del embarazo en adolescentes de escasos recursos, trimestre enero-marzo 2004. Secretaría de Estado de la Mujer. Santo Domingo. 12 pag.*

---

Klein, Jonathan D. (2005). *Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. Pediatrics. Vol. 116, págs. 281-286.*

---

*Madres adolescentes en Republica Dominicana, Informe general. Instituto de Estudios de Población y Desarrollo. (1996). Santo Domingo, 224 pag.*

---

*Manejo y prevención del embarazo en el ámbito escolar y en la comunidad. Despacho de la Primera Dama; Dirección General de Salud Materno Infantil, programa Nacional de Atención integral de los y las adolescentes. (2009). Santo Domingo.*

---

Marcia JE. (1980). *Identity in adolescence*. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of Adolescent Psychology*. New York: Wiley.

---

Maternidad y paternidad en Adolescentes. (1007). *Dirección General de Salud Materno Infantil, SESPAS, Programa Nacional de Atención Integral de los y las adolescentes*. Santo Domingo. 126 Pág.

---

Mendoza, Hugo. (1991). *Características epidemiológicas de la adolescente embarazada en la República Dominicana*. Santo Domingo : Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno-Infantil (CENISMI).

---

Mendoza, Hugo. (1991). *Bibliografía sobre el embarazo en adolescentes*. Santo Domingo : Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno-Infantil.

---

Miller, Brent, Benson, Nrad y Galbraith, Kevin A. (2001). *Family Relationships and Adolescent Pregnancy Risk: A Research Synthesis*. *Developmental Review*. Vol. 21, págs. 1-38.

---

Miller, Suellen, y otros. (2002). *Strategic Assessment of Reproductive Health in the Dominican Republic*. Santo Domingo : USAID / SESPAS / Population Council.

---

Miric, Marija, y otros. (2006). *Enfoque cualitativo: Análisis situacional del uso de planificación familiar en programas posparto, postaborto y de la reducción de la transmisión vertical del VIH/SIDA en la República Dominicana*. Santo Domingo : Population Council / CESDEM / Synergy Consulting, 2006.

---

Miric M, Pérez-Then E, Santos L, Mendoza R, Sehuoerer JA, Bautista C, Martínez M. (2009). *Impacto de la consejería prenatal de VIH centrada en parejas en la salud pública en países con baja y mediana prevalencia del VIH: Informe de la Fase de Factibilidad*. CENISMI. Santo Domingo, D.N. Informe inédito.

---

Miric M, Diplan J, Martínez M, Díaz L, y De la Rosa J. (2006). *Enfoque cualitativo: Análisis situacional del uso de planificación familiar en programas posparto, postaborto y de la reducción de la transmisión vertical del VIH/SIDA en la República Dominicana*. Santo Domingo: Population Council / CESDEM / Synergy Consulting. Informe inédito.

---

MISPAS. (2010). *Plan Estratégico Nacional para la Salud Integral de Adolescentes 2010-2015*. Republica Dominicana.

---

Oficina de Desarrollo Humano-PNUD. (2010). *“Política Social: capacidades y Derechos”*. Vol. III. Santo Domingo.

---

OPS. Salud en las Américas. (2007). *Publicación Científica y Técnica No. 622 (Volumen II-Países)*. Pag 667.

---

Organización Mundial de la Salud (1998). *The second decade: improving adolescent health and development*. Geneva: OMS, Adolescent Health and Development Programme brochure.

---

Pantelides EA. (2004). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. *Libertades Laicas*. [En línea] 2004. [Citado el: 07 de March de 2010.] <http://centauro.cmq.edu.mx/dav/libela/paginas/infoEspecial/pdfArticulosDerechos/10010287.pdf>.

---

Pantelides, Edith Alexandra. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. *Libertades Laicas*. [En línea] 2004. [Citado el: 07 de March de 2010.]. <http://centauro.cmq.edu.mx/dav/libela/paginas/infoEspecial/pdfArticulosDerechos/10010287.pdf>.

---

Pérez-Then Eddy., Gómez Ana., Espinal Roberto., Báez Jeannette., Cruz Bournigal Erwin., Pérez-Ferran Ceila., Abreu Rosa., Guerrero Samuel., López Emilton., Guerrero Fatima. (2008). *Calidad de Atención a la Embarazada y al Niño Sano en Centros de Primer Nivel de Atención de las Regiones de Salud III, IV, V, VI de la República Dominicana*. *Boletín CENISMI*;18(3):25-32.

---

Perkins, Richard P, y otros. (1978). *Intensive Care in Adolescent Pregnancy*. *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 52, 2, págs. 179-188.

---

Pitt-Rivers J. (1971). *Antropología del honor o política de los sexos*. *Critica*. Barcelona.

---

*Prevención de embarazo en adolescentes, demandas y propuestas de jóvenes estudiante de enseñanza media. Resultados la encuesta: Lo que propongo yo para prevenir el embarazo en adolescentes*. (1992). Santiago de los Caballeros, R.D. 20 pag.

---

Profamilia/IEPD. *Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA-1991)*.

---

*Programa de Prevención y Atención del embarazo en adolescentes de escasos recursos*. (2003). *Foro Nacional de Prevención del embarazo en adolescentes*. Santo Domingo. 3 pag.

---

*Proyecto de Prevención de embarazo en adolescentes de escasos recursos*. (1992). *Consejo Nacional de Población y Familia*. Santo Domingo. 9 pag.

---

Quiterio, Gisella, y otros. (2008). *Situation Analysis of the Integration of Family Planning Services in Postpartum, Postabortion and Prevention of Mother to Child Transmission Programs in the Dominican Republic*. Santo Domingo : United States Agency for International Development (USAID) / Population Council: *Frontiers in Reproductive Health*, Available online at [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADL819.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADL819.pdf).

---

Rodríguez, Virgilio; Soriano Gregorio. (1991). *Características Epidemiológicas de la Adolescente Embarazada en República Dominicana*. Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil, CENISMI. Serie de Publicaciones Técnicas. Santo Domingo. 19 pag.

---

Schutt-Aine, Jessie y Maddaleno, Matilde. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. Washington : Organización Panamericana de la Salud (OPS).

---

Singh, Susheela. (1998). *Adolescent Childbearing in Deveolping Countries: A Global Review*. *Studies in Family Planning*. Vol. 29, 2, págs. 117-136.

---

Singh S, Wolf D. (1990). *Adolescentes. Um perfil de lãs Américas*. The Alan Gutmacher. Inst, New York.

---

Stern C. (1997). *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. *Salud Pública de México*. 1997, Vol. 39, 2, págs. 137-143. Available online at: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36341997000200008](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000200008)

---

Suero, Walter, y otros. (2004). *Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas Relevantes al VIH/SIDA y las ITS en Estudiantes Universitarios/as Dominicanos/as*. Santo Domingo : Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SEESCYT) / Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). Informe no publicado.

---

Tactuk, Pablo, y otros. (2008). *Madres adolescentes en República Dominicana*. Santo Domingo : Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). Análisis de datos del Censo de Población y Vivienda 2002.

---

Tejada-Holguín, Ramón, Herold, Joan y Morris, Leo. (1992). *Encuesta Nacional de Jóvenes Enjoven-92*. Santo Domingo : Instituto de Estudios de Población y desarrollo (IEPD) / Profamilia / Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

---

*Términos de referencia de la propuesta.*

---

Valerio, Tomiris, y otros. *Maternidad y Paternidad en Adolescentes*.(2007). Santo Domingo : Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA) / Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

---

Vargas T. (2007). *Estudio Cualitativo de Línea de Base. Proyecto de Promoción de Salud Juvenil en República Dominicana*. Santo Domingo. Profamilia. Reseñado en HOY 11-13 abril 2007.

---

Vargas T. (1998). *De la Casa a la Calle. Estudio etnográfico de la Familia y la Vecindad en un barrio de Santo Domingo*. Centro de Estudios Sociales Juan Montalvo. Santo Domingo.

---

Vargas T. (2010). *Violencia en la Escuela. Plan Internacional. Santo Domingo.*

---

Zuckerman, Barry, y otros. (1983). *Neonatal Outcome: Is adolescent pregnancy a risk factor? Pediatrics. 1983, Vol. 71, 4, págs. 489-493.*

---

## GLOSARIO

**Fecundidad:** *La fecundidad constituye un importante determinante de la dinámica poblacional. La suma de efectivos derivada de los efectos de esta variable demográfica, conjuntamente con la inmigración, son los responsables del aumento en el volumen de la población.*

---

**Tasa General de Fecundidad** es el medidor de la fecundidad, que se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto período y la cantidad de población femenina en edad fértil en el mismo periodo. El lapso es casi siempre un año, y se puede ver como el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil (en un año).

---

**Tasa global de fecundidad (TGF):** *Este parámetro representa el número promedio de hijos que tendría una cohorte hipotética de mujeres durante toda su vida reproductiva, suponiendo que las condiciones de mortalidad se mantienen constantes en el tiempo.*

---

**Bajo peso al nacer (BPN):** El peso en el nacimiento es un buen indicador de la salud y el estado nutricional de la madre pero también de las probabilidades de sobrevivencia, crecimiento y desarrollo físico y psicológico del recién nacido. Bajo peso en el nacimiento (menos de 2,500 gramos (-2.5 kilos -5 libras y 8 onzas)) conlleva una serie de riesgos de salud para el niño o niña.

---

**Mortalidad Neonatal:** Probabilidad de morir durante el primer mes de vida (MN). Defunciones niños menores de 28 días.

---

**Mortalidad Infantil:** *Probabilidad de morir durante el primer año de vida ( ${}_1q_0$ ). Defunciones de menores de un año.*

---

**Mortalidad Post-Infantil:** *Probabilidad condicional de morir entre el primero y el quinto aniversario ( ${}_4q_0$ ).*

---



