

RESUMEN EJECUTIVO



# Vidas robadas

ENTRE LA OMISIÓN Y LA PREMEDITACIÓN

Situación de la maternidad forzada en niñas del Ecuador

# Vidas robadas

ENTRE LA OMISIÓN Y LA PREMEDITACIÓN  
Situación de la maternidad forzada en niñas del Ecuador

# Vidas robadas

## ENTRE LA OMISIÓN Y LA PREMEDITACIÓN Situación de la maternidad forzada en niñas del Ecuador

### **Autoras:**

Virginia Gómez de la Torre B.  
Paula Castello  
María Rosa Cevallos

### **Edición y Resumen Ejecutivo**

María Fernanda Porras  
Virginia Gómez de la Torre B.

### **Diseño y diagramación:**

graphus® 290 2760

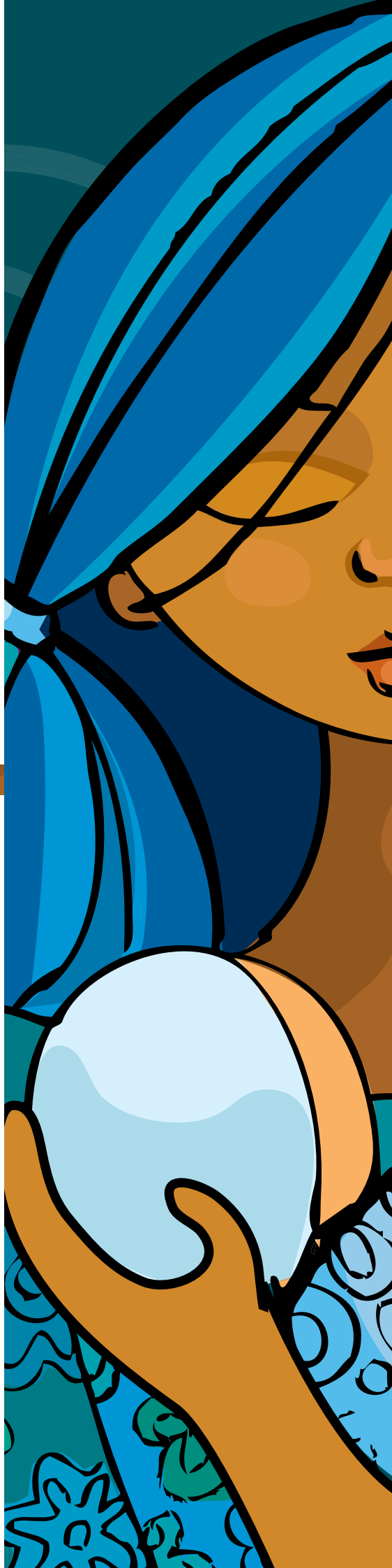
### **Ilustración:**

graphus® - María Belén Guerrero

### **Impresión:**

creative@graphusecuador.com  
Impreso en Quito-Ecuador

Se autoriza la reproducción y difusión  
de este material siempre que se citen  
adecuadamente las fuentes.



# CONTENIDO

Presentación	5
Contextualización	7
Resumen metodológico de la investigación	13
Informantes calificadas, niñas madres	14
Salud Integral en madres menores de 14 años	17
Estado negligente o niñas madres negligentes	26
Maternidades forzadas	30
Hallazgos y desafíos frente al embarazo en niñas menores de 14 años	33
Porcentajes que dicen mucho	40
Entre omisiones y premeditaciones	42
Conclusiones y principales desafíos	44





# PRESENTACIÓN

---

*Vivir una maternidad forzada, equivale a robar lo máspreciado que tenemos los seres humanos, es robar el tiempo para soñar, desear, decidir y vivir la vida como yo quiera.<sup>1</sup>*

**M**iles de niñas ecuatorianas menores de 14 años ya son madres, producto en la mayoría de casos de violación. Esta realidad es la que esta investigación pretende estudiar, analizar y, sobre todo, visibilizar frente a un Estado que parece no reconocerlas. Este estudio pone en evidencia las grandes limitaciones a las que se enfrentan este grupo de niñas, a quienes se les ha robado una parte de sus vidas y se les ha impuesto otra, con la que muchas veces no pueden cargar.

<sup>1</sup> Nota Fundación Desafío, Quito - Ecuador.

Fundación Desafío<sup>2</sup> presenta este estudio cualitativo realizado en la ciudad de Quito, el cual cuenta una parte de la vida de 15 niñas, todas han sido violadas y embarazadas antes de cumplir los 14 años; niñas pobres, a quienes les robaron los sueños, las ilusiones, la esperanza. Niñas que, habiéndose asomado a su etapa de fertilidad, fueron asaltadas por el machismo violento imperante todavía en cada rincón de este país, embarazándolas no solo de hijos no deseados sino también de desesperanza, odio y resentimiento.

En este trabajo se demuestra además la crueldad de un sistema que no ve a estas niñas, que no plantea estrategias integrales y coherentes con su realidad y que en la práctica les roba la niñez, la adolescencia y las convierte de un plumazo en madres, sin darles ninguna opción para que vivan el resto de sus vidas con alguna esperanza, ejerciendo el derecho a elegir en libertad qué vida quieren vivir, aun con su hijo o hija a costas.

Este estudio ha demostrado que la maternidad forzada las convierte en instrumentos, objetos y víctimas de su capacidad reproductiva y, además, evidencia que el embarazo en niñas y adolescentes no es únicamente un problema de salud reproductiva sino una vulneración de todos los derechos humanos, en el cual el derecho a la vida y a la libertad son los más afectados.

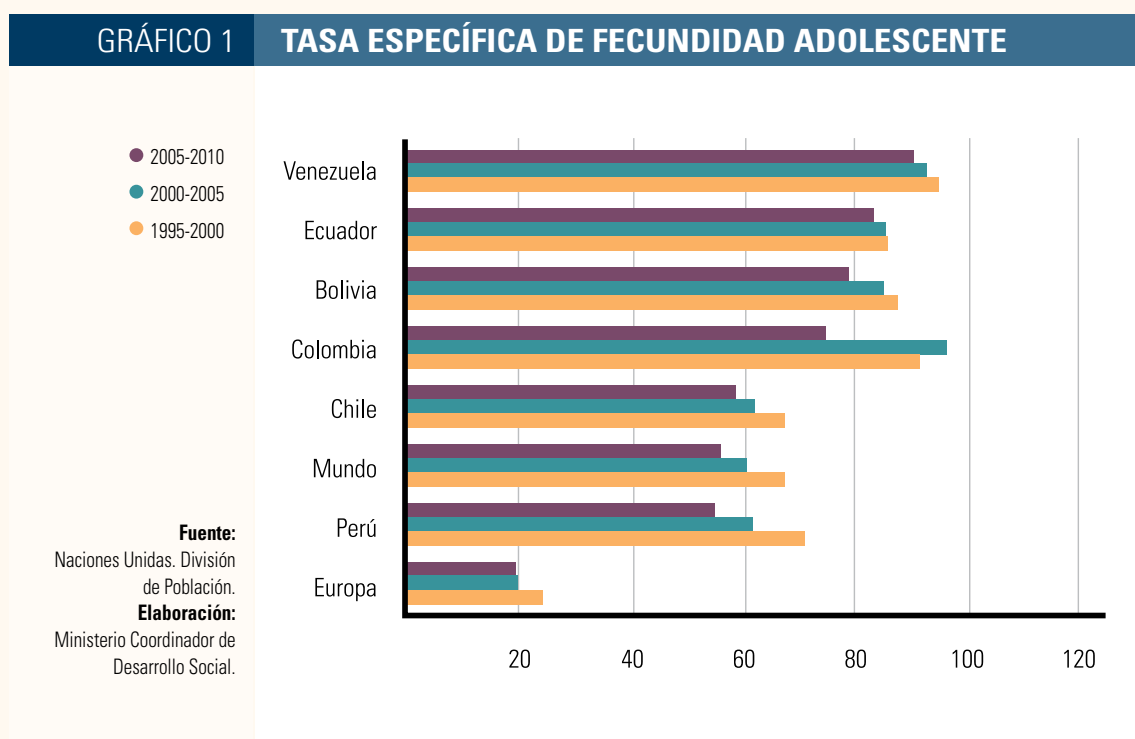
Finalmente plantea las diversas afectaciones en todas las dimensiones en su vida, en especial en su salud integral. Muestra además a esta sociedad ecuatoriana como se mueve entre la omisión de plantear estrategias coherentes con la realidad en la que viven y la premeditación cuando no permite avanzar en marcos legales y estrategias que mejorarían sustancialmente su situación; entre la omisión de reconocerlas como niñas todavía y la premeditación de convertirlas en madres.

2 Fundación Desafío es un espacio feminista, que desde el año 2000, trabaja en la promoción y defensa de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las mujeres ecuatorianas. Como institución contribuimos a fortalecer el movimiento de mujeres ecuatoriano a través del fortalecimiento de sus organizaciones, la actoría y liderazgo de las mujeres, generando participación ciudadana e incidencia política feminista que asegure la democracia y las libertades individuales y colectivas. [www.fundaciondesafio-ec.org](http://www.fundaciondesafio-ec.org)

# Contextualización

En el año 2015 “La población total del Ecuador es de 15’687.033 habitantes (49,56% hombres y 50,44% mujeres), y su tasa de crecimiento es de 1,95%. La población adolescente, comprendida entre los 10 y los 19 años es del 19%. Las cifras para 2010 muestran que 3’645.167 mujeres son madres, de ellas, 122.301 son adolescentes”.<sup>3</sup>

Si comparamos algunos países de la región, Ecuador ocupa el segundo lugar, únicamente después de Venezuela, donde la tasa específica de fecundidad adolescente no ha disminuido en los últimos años.



3 C. Burneo, A. Córdova, M. Gutierrez, A. Ordóñez, en “Sexualidad y embarazo adolescente en el Ecuador: de la ENIPLA al Plan Familia 2015”. 2015, Quito.



Adicionalmente en el Ecuador el embarazo en menores de 14 años es un grave problema de salud pública, la tendencia del porcentaje de partos de niñas de 10 a 14 años, se ha incrementado desde 2002 hasta 2010 en aproximadamente un 78,1%, lo que quiere decir que, en 2010 un total de 3.864 niñas menores de 14 años fueron madres producto de la violencia sexual (INEC, 2010).

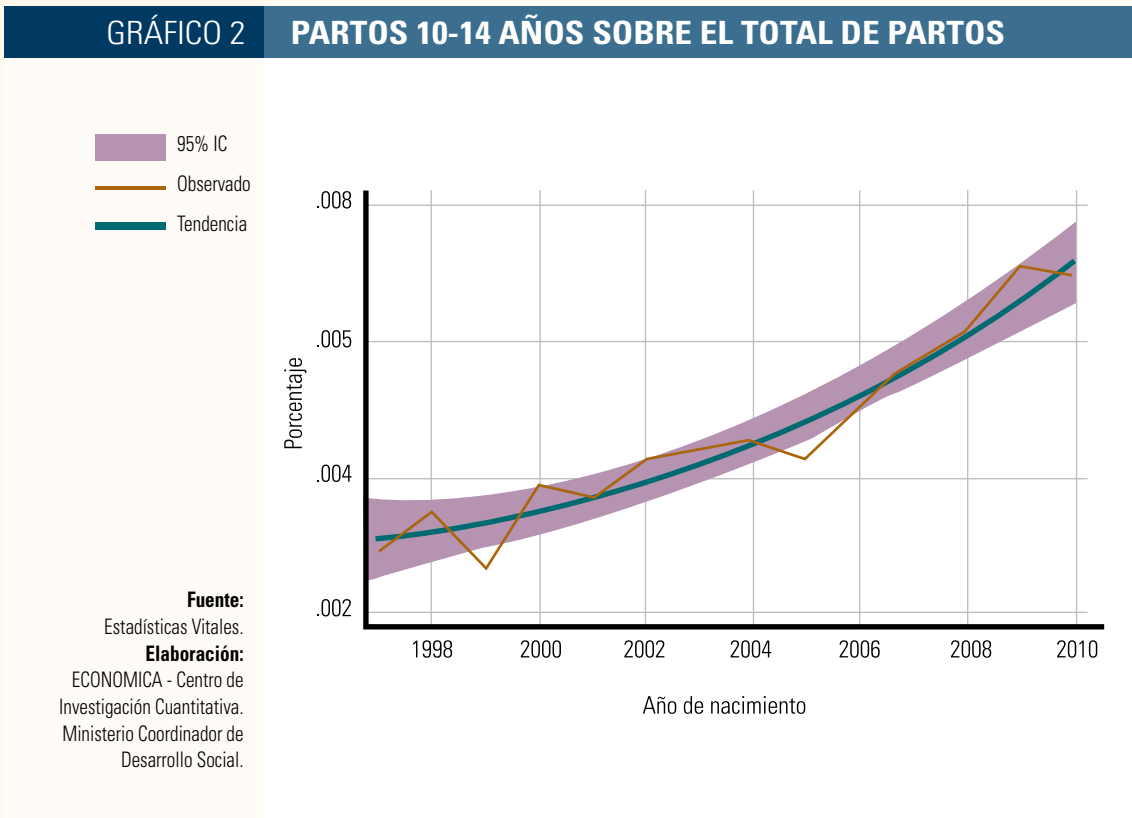
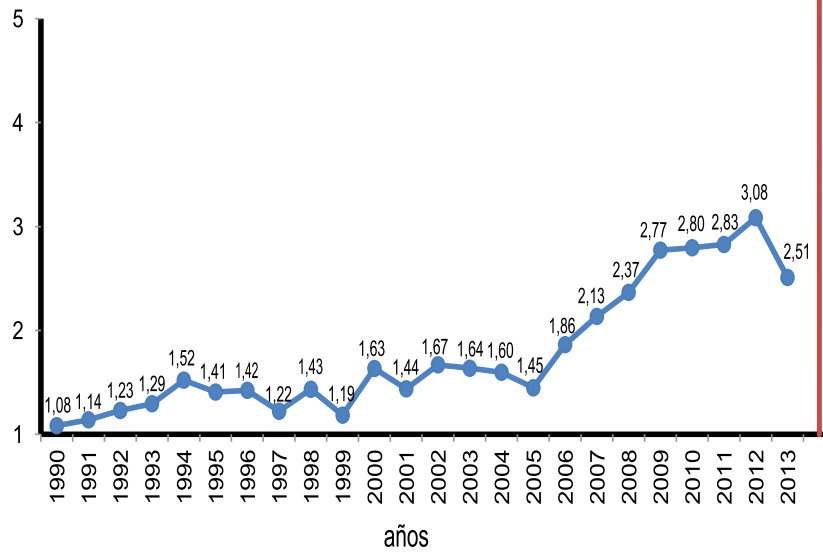


GRÁFICO 3

**TASA ESPECÍFICA DE NACIMIENTOS DE MADRES ADOLESCENTES A NIVEL NACIONAL - PERÍODO 1990-2014**

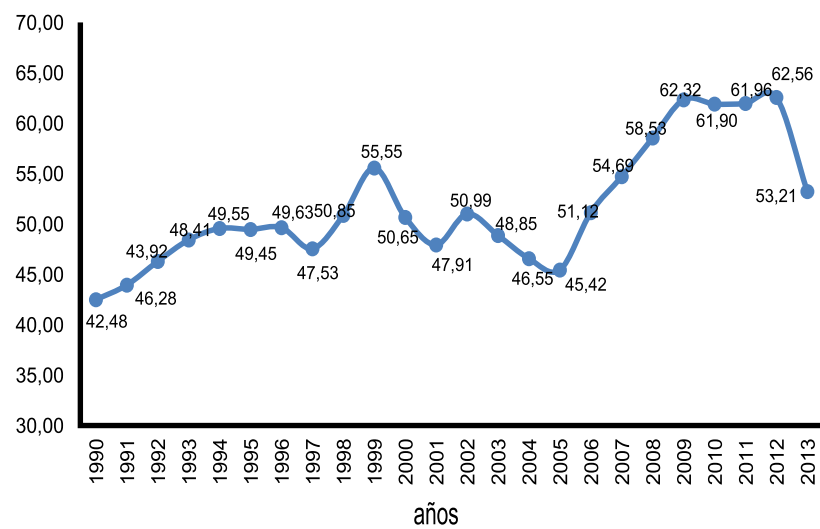
**Tasa específica de nacimientos de madres adolescentes de 10 a 14 años**

Tasas por 1.000 mujeres de 10 a 14 años de edad. Tasa 2014 será ajustada con los nacimientos ocurridos en el año 2014, e inscritos en el año 2015, por lo tanto no se presenta en la serie.



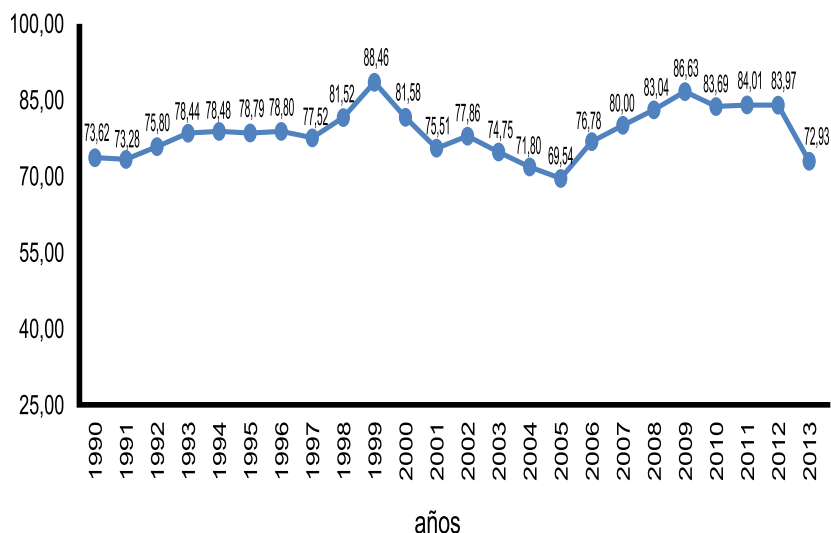
**Tasa específica de nacimientos de madres adolescentes de 15 a 17 años**

Tasas por 1.000 mujeres de 15 a 17 años de edad. Tasa 2014 será ajustada con los nacimientos ocurridos en el año 2014, e inscritos en el año 2015, por lo tanto no se presenta en la serie.



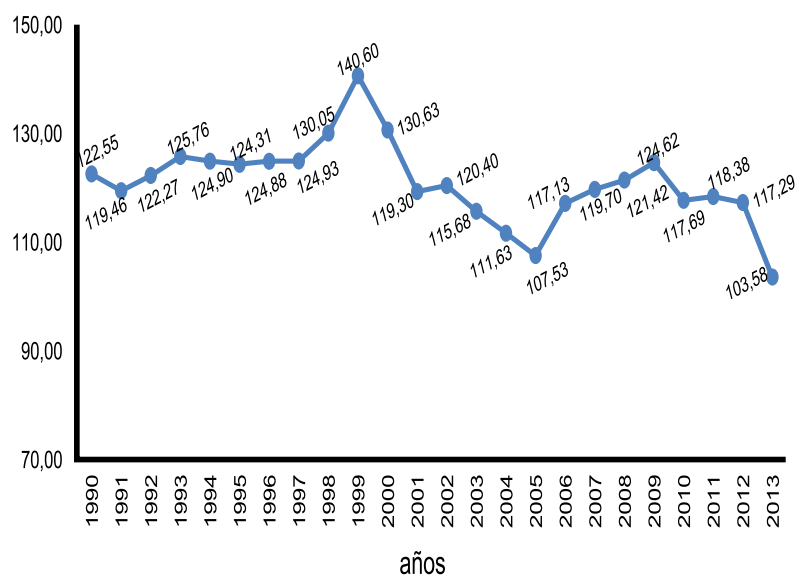
## TASA ESPECÍFICA DE NACIMIENTOS DE MADRES ADOLESCENTES A NIVEL NACIONAL - PERÍODO 1990-2014

### Tasa específica de nacimientos de madres adolescentes de 15 a 19 años



Tasas por 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad. Tasa 2014 será ajustada con los nacimientos ocurridos en el año 2014, e inscritos en el año 2015, por lo tanto no se presenta en la serie.

### Tasa específica de nacimientos de madres adolescentes de 17 a 18 años



Tasas por 1.000 mujeres de 18 a 19 años de edad. Tasa 2014 será ajustada con los nacimientos ocurridos en el año 2014, e inscritos en el año 2015, por lo tanto no se presenta en la serie.

**Nota:** El cálculo del indicador de tasa específica de nacimientos de adolescentes, se genera a partir de la Resolución de la Comisión Interinstitucional de Estadísticas de Salud - CIES 004-2015

**Fuente:** Tomado de [www.ecuadorencifras.gob.ec](http://www.ecuadorencifras.gob.ec) - Anuario de Estadísticas Vitales - Nacimientos y Defunciones 2014.

**TABLA 1 TASA ESPECÍFICA DE NACIMIENTOS DE MADRES ADOLESCENTES A NIVEL NACIONAL PERÍODO 1990-2014**

Año	Nacimientos de adolescentes				Proyecto de población				Tasa específica			
	10-14 años	15-19 años	15-17 años	18-19 años	10-14 años	15-19 años	15-17 años	18-19 años	10-14 años	15-19 años	15-17 años	18-19 años
1990	634	39.584	13.956	25.628	585.157	537.685	328.567	209.118	1,08	73,62	42,48	122,55
1991	677	39.995	14.653	25.342	593.809	545.747	333.607	212.140	1,14	73,28	43,92	119,46
1992	741	41.991	15.676	26.315	602.633	553.969	338.744	215.225	1,23	75,80	46,28	122,27
1993	792	44.113	16.652	27.461	611.652	562.363	343.998	218.365	1,29	78,44	48,41	125,76
1994	945	44.984	17.310	27.674	620.849	570.932	349.358	221.574	1,52	78,79	49,55	124,90
1995	887	45.496	17.546	27.950	630.266	579.685	354.842	224.843	1,41	78,48	49,45	124,31
1996	911	46.383	17.888	28.495	639.874	588.630	360.442	228.188	1,42	78,80	49,63	124,88
1997	794	46.339	17.405	28.934	649.696	597.768	366.167	231.601	1,22	77,52	47,53	124,93
1998	946	49.489	18.917	30.572	659.736	607.101	372.020	235.081	1,43	81,52	50,85	130,05
1999	794	54.550	20.998	33.552	669.997	616.630	377.997	238.633	1,19	88,46	55,55	140,60
2000	1.112	51.102	19.455	31.647	680.487	626.383	384.119	242.264	1,63	81,58	50,65	130,63
2001	994	48.047	18.704	29.343	691.218	636.339	390.369	245.970	1,44	75,51	47,91	119,30
2002	1.140	49.024	19.677	29.347	682.870	629.650	385.905	243.745	1,67	77,86	50,99	120,40
2003	1.129	47.628	19.063	28.565	690.011	637.165	390.233	246.932	1,64	74,75	48,85	115,68
2004	1.114	46.300	18.371	27.929	697.262	644.822	394.640	250.182	1,60	71,80	46,55	111,63
2005	1.043	46.390	18.533	27.857	720.213	667.073	408.018	259.055	1,45	69,54	45,42	107,53
2006	1.356	51.834	21.092	30.742	727.787	675.065	412.603	262.462	1,86	76,78	51,12	117,13
2007	1.570	54.653	22.821	31.832	735.487	683.185	417.257	265.928	2,13	80,00	54,69	119,70
2008	1.759	57.416	24.699	32.717	743.319	691.444	421.990	269.454	2,37	83,04	58,53	121,42
2009	2.083	60.623	26.597	34.026	751.301	699.825	426.791	273.034	2,77	86,63	62,32	124,62
2010	2.123	59.282	26.719	32.563	759.419	708.354	431.673	276.681	2,80	83,69	61,90	117,69
2011	2.171	60.331	27.106	33.225	767.937	718.139	437.482	280.657	2,83	84,01	61,96	118,38
2012	2.394	61.105	27.720	33.385	776.061	727.743	443.098	284.645	3,08	83,97	62,56	117,29
2013	1.967	53.754	23.868	29.886	783.725	737.082	448.539	288.543	2,51	72,93	53,21	103,58
2014*	1.515	41.451	17.769	23.682	790.883	746.133	453.819	292.314	1,92	55,55	39,15	81,02

**Nota:** El cálculo del indicador de tasa específica de nacimientos de adolescentes, se genera a partir de la Resolución de la Comisión Interinstitucional de Estadísticas de Salud - CIES 004-2015.

1/ Corresponde a la sumatoria de nacimientos oportunos y tardíos según el rango de edad de las madres adolescentes (Excepto los datos del año 2014).

2/ Corresponden a las proyecciones de población (mujeres), según rango de edad en base al censo del año 2010

3/ Tasa por 1.000 mujeres.

\* Los datos del año 2014, corresponden a los nacimientos ocurridos e inscritos en el año de estudio (nacimientos oportunos), mismos que serán ajustados en el próximo año.

**Fuente:** Bases de datos de nacimientos, años 1990-2014.

Tomado de [www.ecuadorencifras.gob.ec](http://www.ecuadorencifras.gob.ec) - Anuario de Estadísticas Vitales - Nacimientos y Defunciones 2014.

Las cifras y curvas que compartimos demuestran claramente que son aproximadamente 2000 niñas menores de 14 años que se embarazan anualmente en el Ecuador. Para el año 2014 vemos que la cifra disminuye tanto en la curva como en el número, este indicador no es real pues en este año todavía no se ha realizado el ajuste de la tasa en la cual deberían aparecer los nacimientos inscritos tardíamente, por lo tanto no son cifras reales.

Entre algunas de las principales causas relacionadas con el embarazo en adolescentes en Ecuador, se reconoce el abuso sexual. Según datos del Servicio de Atención Integral de la Fiscalía se asegura que las niñas y adolescentes menores de 14 años son las principales víctimas de abuso sexual, casi siempre en entornos familiares o conocidos. De cada 10 víctimas de violación, 6 corresponden a niñas, niños y adolescentes. Sin embargo, la gran mayoría de los casos no se denuncian. De hecho, solo el 10,8% de todas las mujeres víctimas de violencia sexual logran efectuar la denuncia y “el 40% de niñas y adolescentes abusadas no dieron a conocer el hecho a ninguna persona; esto debido a que al 28% de las que avisaron no les creyeron, y al 16,3% les pidieron que no digan nada de lo sucedido. El resultado es que solo una tercera parte del total de niñas y adolescentes abusadas fueron atendidas o recibieron alguna respuesta”. (Camacho y Mendoza, 2014).

Finalmente, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto en niñas menores de 14 años se ven reflejadas en las estadísticas del INEC con patologías gravísimas, desde la presencia de tumores placentarios, embarazos ectópicos, embarazos múltiples y complicaciones derivadas de alteraciones en la labor de parto, entre otras.

Todos estos datos justifican la necesidad de investigar a esta población específica del Ecuador, para evaluar el impacto que tiene el embarazo y maternidad en su salud física, mental y social, así como también conocer las respuestas que el Estado a nivel central y local ofrece o no lo hace, en estos casos.

# Resumen metodológico de la investigación

La presente investigación fue abordada desde una perspectiva principalmente cualitativa, haciendo énfasis en las experiencias y sentires de las niñas/adolescentes, para así entender más ampliamente los efectos en su salud integral.

- **Objetivo general**

Identificar las repercusiones que el embarazo y la maternidad producto de violación en adolescentes menores de 14 años genera en las 3 dimensiones de la salud: física, mental y social; y en el ejercicio de sus derechos humanos en general.

Se recopiló información por medio de quince entrevistas a profundidad a adolescentes de 14 años, ocho entrevistas semiestructuradas a profesionales de un hospital público un centro de acogida y una entrevista a profundidad con una psicóloga experta en violencia sexual contra menores. El trabajo de campo se desarrolló entre el mes de mayo y diciembre del 2014.

Adicionalmente se revisaron ciento treinta y nueve historias clínicas de madres menores de 14 años que reposan en el archivo de un hospital público, es en este servicio en el cual estas niñas inician el periplo de una maternidad forzada y aprendida en el marco del estereotipo y el deber ser de sociedades atravesadas en su imaginario por la idea de que la mujer es igual a madre.

El otro servicio, centro de acogida provee de refugio y protección emergente a niñas embarazadas, en situación de vulnerabilidad, abandono y violencia.

# Informantes calificadas, niñas madres

Se presenta aquí una tabla/resumen con las edades en las que fueron entrevistadas cada una de las niñas además de las edades de sus hijos e hijas y una breve descripción de las causas del embarazo, para que en el análisis posterior se puedan tener claros los datos que aquí se reflejan:

TABLA 2 INFORMANTES CALIFICADAS, NIÑAS MADRES			
Niña	Edad	Hija/o	Embarazo/ Maternidad
Ma.	14 años	Hija 3 años	Novio mayor de edad es el padre de su hija, con quien se involucró para huir de la violencia que ocurría en su casa desde su padre hacia su madre. Cursa 2 <sup>do</sup> año de bachillerato.
La.	14 años	Hija 2 meses (fallecida)	Conocido de entre 20 y 25 años es el padre de su hija, quien solo la vio una vez y la convenció para que tuvieran relaciones sexuales a pesar de que ella no quería. A los 2 meses la bebé dejó de respirar sin razón alguna. Cursa 2 <sup>do</sup> año de secundaria.
Ca.	14 años	Hijo 1 año	Su padre es el papá de su hijo, quien la violó sistemáticamente por muchos años amenazándola de hacerle daño a su hermano si es que ella contaba a alguien lo que estaba ocurriendo. Cursa 3 <sup>er</sup> grado de primaria.
Ag.	14 años	Embarazada de 37 semanas	Su novio de 18 años es el padre de su hijo/a, se fugaron de casa cuando supieron del embarazo. Cursa 2 <sup>do</sup> año de secundaria.

Niña	Edad	Hija/o	Embarazo/ Maternidad
Fa.	13 años	Hijo 1 año	Su pareja de 23 años es el padre de su hijo con quien no hay una buena relación, espera cumplir 15 años para poner una denuncia por alimentos al padre de su hijo. Cursa 10 <sup>mo</sup> año de básica.
Fe.	14 años	Hijo 7 meses	Conocido de 17 años es el padre de su hijo, no tiene ninguna relación con él desde que nació el bebé, ni siquiera lo ha visto. Su madre mencionó que una semana antes de la entrevista para esta investigación la niña intentó suicidarse con un cuchillo. Cursa 1 <sup>er</sup> o de bachillerato.
Car.	14 años	Hija 2 años	Pareja de 21 años es el padre de su hija, solo se ven los fines de semana. Cursa 10 <sup>mo</sup> año de básica.
Da.	12 años	Hijo 3 meses (fallecido)	Primo en segundo grado de 15 años es el padre de su hijo, a quien vio solo un mes y luego nunca más apareció. Su bebé falleció sin un diagnóstico claro. Estudió hasta 3er grado y no volvió a estudiar.
Cam.	13 años	Hijo 3 años	Colombiana, fue violada sistemáticamente por un secuestrador, quien la retuvo encerrada junto con otras niñas víctimas de trata. Escapó al Ecuador y ni su hijo ni ella tienen documentos. No puede estudiar por falta de documentos. Su nivel de escolaridad es precario.
Ce.	12 años	Hija 2 años	Maltratada sistemáticamente por su madre huye de casa varias veces. Se embaraza de un hombre de 58 años quien le daba plata para sus necesidades, a raíz del embarazo este hombre desaparece. Ella no quería tener relaciones sexuales pero él la convenció. Estudió hasta 4 <sup>to</sup> grado de primaria
Mar.	14 años	Hija 2 años	Su padrastro intentó abusar sexualmente de ella, desde los 12 años tiene un novio que es el padre de su hija, con quien tiene una mala relación y fue víctima de violencia física y psicológica. Este chico también golpeaba a su hija. Estudió hasta 8 <sup>vo</sup> año de básica.



Niña	Edad	Hija/o	Embarazo/ Maternidad
Di.	11 años	Hijo 1 año	Fue violada en un parque por 4 hombres, no sabe quién es el padre de su hijo ni sabe cómo se produce un embarazo. Su madre tiene una discapacidad mental y su hermana mayor no quiere asumir el cuidado de ella y su hijo. Solo fue a primer grado de primaria y no sabe leer ni escribir.
Em.	10 años	Hija 2 años Antes perdió a 2 bebés.	Violada por su padrastro a los 10 años, se embarazó y abortó espontáneamente. Luego tiene una pareja 7 años mayor a ella, quien la violenta física y psicológicamente. De esa relación tuvo tres embarazos y dos abortos producto de los golpes recibidos por parte de su pareja. Este hombre la obligó a prostituirse y le quitó la hija. Luego ella escapa y con ayuda de la Policía recupera a su hija quien había sido duramente maltratada. Duda si denunciar a ese hombre por ser el padre de su hija.
Ya.	13 años	Hijo 2 años	Debido a la mala relación con su padre huye de casa con un chico de 18 años quien es el padre de su hijo y también el padre del segundo embarazo que está en curso (9 semanas). Esta pareja la violenta física y sexualmente y ella es rescatada por la administración de justicia de su provincia.
Xi.	15 años	Hijo recién nacido	Su novio, tres años mayor a ella, es el padre de su hijo, quien desapareció cuando el niño nació, ella menciona no querer a su pareja y estar muy conmovida por el nacimiento del bebé.

Como se puede constatar, la violencia física, psicológica y sexual es una constante en todas estas niñas, quienes además de ser víctimas han quedado embarazadas y son forzadas a ser madres de hijos e hijas que no fueron planificados ni deseados.

# Salud integral en madres menores de 14 años

Según la Organización Mundial de la Salud OMS, se define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es decir, la salud integral incluye las dimensiones física, mental y social de todas las personas y el equilibrio o desequilibrio entre todas éstas determinará el estado de bienestar en el que se encuentran. En este sentido, las relaciones de desigualdad marcadas por el sexo, género, edad, etnia y clase social, definirán la forma en que cada persona goza de su salud integral y esto rebasa los principios de la biomedicina.

Esta investigación parte desde la comprensión de que las adolescentes madres menores de 14 años atraviesan por una situación que vulnera su derecho a gozar de un estado de bienestar completo, ya que sus maternidades han sido producto de violencia y han tenido severas consecuencias en su salud integral. Esto incluso se evidencia en el marco legal ya que en Ecuador la ley sostiene que todo embarazo en niñas y adolescentes menores de 14 años es producto de una violación (Art. 171 del Código Penal, entró en vigor el 10 de Agosto de 2014). A pesar de la normativa, “todas estas niñas y adolescentes sobrevivientes de violencia sexual, hayan o no denunciado la violación, se ven obligadas a continuar con este embarazo forzado, dado que en Ecuador el aborto por violación solo es permitido cuando el embarazo se produce en una mujer con discapacidad mental, lo que involucra únicamente al 1% de mujeres en edad fértil (FEDDSYDR, 2013), recayendo en una continuidad de la violación y en un segundo acto de violencia”.

En varios de los testimonios de las niñas madres se evidencia su dificultad para aceptar este embarazo precoz, causado por una relación sexual forzada, y el cual ellas no querían, pero debieron continuar porque no tuvieron más opciones.

## TESTIMONIOS

*Me quedé espantada, porque decía y ahora qué hago yo con un hijo. He llorado porque cuando estaba embarazada no sabía qué hacer”.*

Da. 14 años.

*“Durante el embarazo lo que sentía era mucha tristeza porque Michael (su pareja) me dejó sola. Mucho dolor por la discriminación que sentía en todo lado que iba, me miraban como bicho raro, también en la maternidad”.*

Dai. 16 años.

*“A veces si me pongo a pensar y quiero retroceder el tiempo y no haber conocido a esa persona (papá de su hijo). Yo siempre le decía a mi mami que quería embarazarme a los 25 años. Sí, estaba bastante triste por el embarazo”.*

Lis. 14 años.

*“A veces pienso en mi vida, me da pena como pasan las cosas, a veces me pongo a pensar por qué mi papá me hizo eso”.*

Sil. 15 años.

Esta situación de doble violencia, violación más embarazo y maternidad forzada, impacta de múltiples maneras en las vidas de las niñas menores de 14 años, y consecuentemente en las de sus hijas e hijos. La edad de estas niñas, sumada a su género y a su condición de clase, las pone en una especial situación de vulnerabilidad, ya que las sociedades en las que habitan están marcadas por el adultocentrismo y patriarcado, patrones que “naturalizan”

la realidad violenta de estas adolescentes y enfocan su atención institucional en “enseñarles a ser madres” o maternizarlas, obviando los otros aspectos de sus vidas.

### TESTIMONIO

*Muchas veces son chiquitas de edad, no están aptas en el cuidado y tienen que ir aprendiendo”.*

Directora Centro de Acogida.

Sin embargo las niñas tienen otras sensaciones, sus vivencias van más allá de aceptar con resignación una maternidad forzada.

### TESTIMONIO

*“Me da miedo volver a repetir todo lo que yo pasé, me da miedo. Me da miedo que mi historia se repita con ella (mi hija). Lo que me pasó a mí, que conozca una pareja tan adulta, de que yo sea mala con ella”.*

Day. 14 años.

Pero no solo la sociedad naturaliza estas violencias, sino que estas niñas menores de 14 años también lo hacen, sintiéndose responsables y culpables de la realidad que les toca enfrentar, justificando las relaciones sexuales

forzadas, aceptando estos embarazos no deseados y negándose a denunciar estos hechos. Ellas depositan en sus hijos e hijas sus propias vidas, en un acto de sobrevivencia que les exige distanciarse de sí mismas para poder lidiar con una vida que no desean, con una vida que no les pertenece y que sin duda no escogieron.

## TESTIMONIO

*“Él me hizo tanto daño, dicen que lo que él me hizo fue una violación, porque él tiene 58 años, pero yo no lo veo así, porque creo que una violación es a la fuerza, pero no fue a la fuerza, fue a mi voluntad, pero la ley dice que fue una violación. Igual no me gustó”.*

Da. 14 años.

### ● Salud física

La salud integral de estas niñas madres menores de 14 años ha sido gravemente afectada, sus cuerpos no están preparados físicamente para reproducirse, existen varios riesgos en la gestación y en sus partos. Son niñas que apenas han empezado a menstruar<sup>3</sup> y a vivir los cambios propios de la pubertad y se saltan de vivir esta etapa para entrar en un proceso intenso y profundo, como es el embarazo y la maternidad. Sus embarazos son de riesgo. De los testimonios logrados y de la revisión de las historias clínicas se determina que el 71% de los casos presentan complicaciones en el embarazo referidas sobre todo a anemia e infección de vías urinarias. Viniendo todas de entornos empobrecidos, en los cuales la preocupación en general por la vida de estas niñas no existe, y

3 Algunas han sido violadas y embarazadas antes de su primera menstruación o menarquía.

peor aún una dedicación especial a su nutrición, esos embarazos se dan en situaciones de desventaja y vulnerabilidad biológica, aparte de la intensa vulnerabilidad social y emocional que probablemente perdure en el resto de su vida, sino hay una intervención externa que recupere e intente alguna restitución de derechos.

Por otro lado, en el momento del parto, la complicación y riesgo más frecuente es la desproporción céfalo pélvica derivada de un crecimiento fetal que no es compatible con la pelvis de estas niñas.

## TESTIMONIO

*“La mayoría tiene guaguas<sup>4</sup> grandes”.*

Médico tratante, Hospital Público.

Se anota también que esta complicación en el momento de el parto debe ser resuelta a través de una intervención quirúrgica (cesárea), la misma que requiere ser realizada en un espacio hospitalario adecuado. El médico tratante del Hospital Público dice que más del 80% de estos partos se resuelven con una operación cesárea.

Los y las entrevistadas en este centro hospitalario, a parte de encontrar doloroso el hecho de “operar” a niñas pequeñas que no pueden parir, para salvarles la vida, plantean que una de las cosas que más les impacta es el dolor que sienten estas niñas cuando llegan con labor de parto.

4 Niña o niño en idioma kiwcha en el Ecuador.

## TESTIMONIO

*“Es conmovedor y trágico ver como sufren y chillan con los dolores de parto, estas niñas tienen el umbral del dolor infinitamente menor que el de una mujer adulta y sufren muchísimo. Generalmente las adolescentes sufren más, y es peor cuando su embarazo es no deseado producto de violación, gritan mucho y algunas piden que les saquen “eso” o les operen, a veces cuando vemos que les duele mucho les ofrecemos poner anestesia peridural”.*

Enfermera Hospital Público.

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de muerte materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior, esto según el consultor en salud de los adolescentes James E. Rosen, que está a cargo de un estudio de investigación del Departamento de Reducción de Riesgos del Embarazo de la OMS.

- **Salud mental**

Estas niñas psicológicamente están desorientadas, sin entender lo que pasó, enfrentando un nuevo rol que ahora deben cumplir, adquiriendo abruptamente responsabilidades difíciles de asumir, cargando con culpas y sometidas a un entrenamiento violento para ser madres<sup>5</sup>.

Esta nueva realidad, en la mayoría de los casos, les produce depresión, confusión, ansiedad e indiferencia. En sus testimonios ellas transmiten

5 Violento en el sentido de la imposición y de la necesidad del mundo adulto que las rodea de que sean ellas las que se hagan cargo del embarazo y del hijo/a.

con relación a sus embarazos, el parto y la maternidad sensaciones de espanto, fastidio, descuido, miedo, rabia, vergüenza, nervios, dolor, culpa, coraje, estrés, tristeza, enojo, molestia, susto, desesperación, frustración, angustia, depresión, exasperación. Algunas expresan resignación. Otras manifiestan alegría en ciertos momentos y dicen sentir amor por sus hijos e hijas.

## TESTIMONIOS

*“A veces es duro, yo me pongo a llorar porque a veces el estrés me mata”.*

Ka. 14 años.

*“No estaba feliz cuando nació mi bebé, yo la dejaba ahí, no me importaba que se caiga, la dejaba ahí, ni la miraba, yo miraba a otro lado”.*

Da. 14 años.

Es importante mencionar que en las historias clínicas revisadas se habla en la mayoría de los casos de trastornos adaptativos y depresión, que también las puede conducir a intentos de suicidio. De igual manera en los testimonios recogidos se evidencian intentos suicidas, productos de la angustia generada por un embarazo no deseado causado por violencia sexual y a tan corta edad.



## TESTIMONIO

*“Yo me quería matar porque no quería seguir viviendo, pero mi hermana no me dejó. Me quería botar de una peña, era viernes, salí y me hicieron un eco, era un bebé, ya estaba de siete meses”.*

Sil. 15 años.

Lo visto y percibido en estas niñas, madres tempranas, al parecer demuestra también que los embarazos producto de violación y/o violencia sexual, sus partos y las experiencias sensoriales, percepciones, dolores y vivencias dejan huellas que no necesariamente producen vínculos positivos con los hijos e hijas. Es decir, las víctimas del flagelo de la violación y embarazo posterior son dos, en este caso dos niños, la madre y el o la que ha nacido.

Uno de los mecanismos de protección desarrollados por estas niñas es la negación, de la violencia, de su embarazo, de su dolor. En respuesta a esto desarrollan en algunos casos un sentimiento que las niñas describen como ese sentido del vivir que les ha dado tener un hijo o hija. Este nuevo sentido de la vida es otra vez un refugio, una estrategia de sobrevivencia, una forma de invisibilizarse ellas mismas e invisibilizar su dolor. Lograr sobrellevar sus vidas de maternidad forzada y sentir afecto por una persona indefensa (su hijo/a) no alivia ni la tristeza, ni la frustración, ni la desesperación, ni el estrés, ni la depresión.

Adaptarse a una realidad no tiene nada que ver con desearla y mucho menos con construirla.

## TESTIMONIOS

*“¿Y qué sentiste el día que nació tu hijo, que le viste por primera vez? Estaba cansada, no me acuerdo la verdad”.*

Pa. 14 años.

*“¿Diste a luz allá en Tulcán? 6 Sí, en Tulcán. ¿Te acuerdas como fue el parto? No. ¿El día que nació tu hijo, te acuerdas? No”.*

Ani. 12 años.

Estas niñas/madres no tienen mayores aspiraciones, no hablan de sus sueños, no profundizan sobre lo que sienten, solo están. Parecen haberse reducido a cuerpos orgánicos que sobreviven, mientras su esencia humana, sus propias individualidades, sujetas creativas, quedó relegada, precisamente a garantizar esa supervivencia.

### ● Salud social

Socialmente son abandonadas, culpabilizadas por la violencia de la que fueron víctimas, catalogadas como negligentes con sus hijos e hijas cuando ellas han recibido negligencia como ejemplo de vida. Muchas veces ellas están solas, conviviendo con el culpable del embarazo quien las sigue sometiendo y violentando; solas institucionalizadas, lo que es igual a vivir en una burbuja que solo protege a los hijos e hijas y que no les brinda ninguna herramienta para poder “salir adelante” una vez que dejen la institución; solas sin educación, solas con trabajos muy precarios y de poca remuneración, solas con hijos e hijas que intentan amar a la vez les recuerdan cotidianamente la violencia a la que han sido sometidas sistemáticamente.

Desde esta perspectiva es irreal hablar de salud integral para estas niñas pero por sobre todo es desgarrador reconocer que esto pasa y las respuestas son muy limitadas desde el Estado, desde la sociedad, desde sus familias.

6 Ciudad del norte del país, capital de la provincia de Carchi.

# Estado negligente o niñas madres negligentes

La estrategia de “maternización” de estas niñas es premeditada a “toda vista”. Viene de un imaginario colectivo relacionado con la existencia de un instinto materno que haría posible que las mujeres seamos al mismo tiempo madres en una suerte de genética maternal creada para proteger a los hijos que parimos, pero:

¿Realmente es así? ¿Es el amor maternal un instinto innato que proviene de una naturaleza femenina o se debe a un comportamiento social e histórico que varía según épocas y costumbres?

La respuesta de E. Badinter en su investigación denominada “¿Existe el amor maternal?” pone en cuestión el punto de vista convencional según el cual tal instinto existe y es una necesidad arraigada en toda mujer. Plantea también una serie de cuestiones que afectan a aspectos cruciales de la vida cotidiana de hombres y mujeres contemporáneos: ¿Es el amor maternal un comportamiento arraigado universalmente en la mujer que se activa automáticamente al convertirse ésta en madre? ¿Hay que considerar “anormales” a aquellas madres –como, entre otras, las de la Francia urbana del siglo XVIII– que ignoraron este “instinto”? ¿Cuál es la función del amor paternal en la crianza y educación de los hijos?

El amor maternal es un sentimiento humano. Y es, como todo sentimiento, incierto, frágil e imperfecto. Contrariamente a las ideas que hemos recibido, tal vez no esté profundamente grabado en la naturaleza femenina”.<sup>7</sup>

7 Badinter Elizabeth. ¿Existe el amor maternal? <http://ebiblioteca.org/?ver/72653>

En el contexto de violencias en el cual viven y fueron embarazadas, estas niñas son acusadas de negligentes, o por decirlo menos culpables por no responder al cuidado de su hijo de la manera como la sociedad espera que lo haga. No reaccionan al supuesto amor maternal que deberían sentir, por tanto son revictimizadas.

Negligente es aquel o aquella que sabiendo lo que hay que hacer no lo hace. ¿Porqué es negligente la mujer y no negligente el hombre?

¿Acaso el hombre también no debería tener instinto paternal, exactamente igual de intenso y de las mismas características que el de la mujer?

¿Hasta qué punto podemos decir negligente en el manejo y/o cuidado de su hijo a una niña menor de 14 años que ha parido de un violador? Y que la propia Ley le niega capacidad de decisión propia, considerándola ciudadana de segunda clase?

El desapego y la deshumanización de estas niñas, y desde ahí hacia sus hijos e hijas, son interpretadas como negligencia y mal manejo. Se asume que las mujeres estamos predeterminadas para el conocimiento sobre el cuidado y manejo de un hijo, y además de que el amor por ellos es algo automático. Como en estos casos esa realidad no es así, pues está cargada de violencia y estas niñas madres en la mayoría de los casos no desean esos hijos e hijas que son producto de violaciones sistemáticas, se las cataloga como negligentes y desaparecen frente a esta problemática, siendo importantes los hijos e hijas y todos los cuidados que requieren cuando nacen, se enferman o cuando tienen alguna necesidad específica.

## TESTIMONIO

*“Al segundo día vi a mi hijo, creo que tenían miedo que yo le haga algo”.*

Sil, 14 años.

Ellas simplemente no quieren ser madres, quieren explorar, ser mimadas, cuidadas, aprender, disfrutar. Ellas no buscaron esa realidad, se la impusieron, y así les robaron sus vidas. Ahora deben enfrentar uno de los desafíos más difíciles, el de la maternidad, que es cuidar de otra persona, humanizarla, aunque muchas de ellas no quieran hacerlo. Pero es complicado, pues demanda muchas cosas que ellas no tienen o no pueden hacer.

## TESTIMONIO

*“A mi hija no le tenía paciencia, como yo no pasaba con ella, cuando estaba con ella me enojaba, me molestaba, me fastidiaba y le gritaba. Sentía un coraje. Una vez me fui al baño y cuando yo regresé y mi hija me había desbaratado todo mi trabajo, entonces, le cogí y le grité y le dije por qué no te tuve, le dije, ya ves como me fastidias la vida, y mi hija no entendía lo que decía pero se puso a llorar. Le grité un montón de cosas a la nena, que mi mamá tuvo que venir a calmarme, hasta tuve ganas de pegarle, quería hasta matarla esa vez”.*

Ka, 15 años.

Necesitan ayuda, apoyo en la crianza de esos hijos e hijas, y en la mayoría de los casos las familias les niegan ese apoyo. Si no cuentan con ese apoyo prácticamente están condenadas a someterse a las decisiones de terceros, hombres y mujeres adultos/as que ejercen poder sobre ellas, que las violentan a ser dependientes económicamente, a dejar sus estudios, a construir una vida que gire alrededor de sus hijos e hijas, donde ellas y su proyecto de vida prácticamente se anulan.

El Estado tampoco reconoce ese apoyo para estas madres, niñas adolescentes las cuales son invisibles dentro de sus planes y políticas públicas. No ofrece alternativas para que estas niñas/madres puedan continuar con sus estudios, no responden adecuadamente frente a las denuncias realizadas por los casos de violación, no opera un sistema de protección integral que mire sus necesidades y no solo la de sus hijos e hijas, las obliga a que asuman el “rol materno”, no les ofrece oportunidades laborales dignas, no apoya para la crianza compartida de sus hijos e hijas, no las mira, no las incluye, no las ayuda.

El Estado omite el derecho que tienen las adolescentes madres y sus hijos e hijas a vivir una vida digna en la medida en que no tienen la posibilidad de construir un proyecto de vida, pues no existen las condiciones para esa autonomía; no cuentan con las condiciones materiales para “vivir bien” y tampoco tienen garantizada una vida sin humillaciones. Esta omisión comienza allí, donde les niega el derecho a la libertad de decidir, de desear ser madres o no, y de hacer justicia ante la violación que las condujo a esta situación.

En definitiva, tal como lo señalan las organizaciones Andar y La Mesa por la Salud y la Vida<sup>8</sup>, el Estado omite que “las conductas que con mayor frecuencia son reconocidas como tratos crueles, inhumanos y degradantes, y en consecuencia como violatorios del derecho a la dignidad, son aquellas que fuerzan a las mujeres a adoptar comportamientos en su vida reproductiva contra su voluntad, como el embarazo forzado, la negativa de proveer servicios de aborto terapéutico, la terminación forzada del embarazo y, particularmente, la continuación forzada del mismo”.

8 Espacio feminista colombiano, muy activo en la defensa de los derechos de las mujeres y en especial en el derecho a decidir en la salud sexual y salud reproductiva.

# Maternidades forzadas

La constatación del embarazo en una mujer, no la convierte en madre de manera automática, mucho menos a estas niñas quienes ni siquiera se imaginaban con que algo así les podría pasar a tan corta edad. El proceso gestacional de estas niñas no es asumido de igual manera que la mujer que anhela tener un hijo, donde esta se prepara, investiga, busca ayuda. Para ellas esto lo vivieron con angustia y no precisamente con dicha, sin embargo, contradictoriamente la intervención que a la vista resulta la más cómoda para la sociedad, es maternizar a estas niñas, es mejor que ellas mismas se encarguen de esos hijos e hijas.

## TESTIMONIO

*“Como dicen, soy una madre que no sabe cómo criar a su hija”.*

Me. 17 años.

Resulta más barato para una sociedad y un Estado que no hace ningún esfuerzo por plantear soluciones acordes al problema, que sean las mismas víctimas las que paguen con su energía vital, su tiempo, la vulneración a sus derechos. Este Estado lucha contra ellas para salvaguardar la vida de los hijos e hijas, sin siquiera cuestionarse sobre la vida que les espera debido a los efectos negativos en la salud física, mental y social que tienen un embarazo y maternidad producto de violación, a la edad de 14 años o menos.

## TESTIMONIO

*“Ellas nunca van a poder dar ese paso a sujetos activos y siempre van a estar sometidas. Las intervenciones institucionales lo que hacen de alguna manera es perpetuar el sometimiento, no las están empoderando y digamos el hecho de poner a la obligación de maternidad en el centro de sus vidas, es una de las maneras más perversas de perpetuar el sometimiento. Ellas no tuvieron la posibilidad de decidir el momento de tener una relación sexual y si ellas creen que decidieron, también estuvieron sometidas a un juego en el que la seducción, el chantaje con la posibilidad de la violencia se conjugó de una manera macabra. Igual ellas fueron sometidas porque no tuvieron todos los elementos para poder decidir, y uno de los elementos para poder decidir es saber que cualquiera que sea tu decisión, alguien te va a respaldar”.*

Psicóloga experta.

A ellas les toca asumir ese rol de madres sin importar los costos en su salud integral. Todas las energías y tiempo del personal está puesto en que ellas asuman su rol de madres, con base en la insistencia y el convencimiento, mas no a través del desarrollo personal de ellas, del trabajo en torno a su autoestima y determinación o autonomía, en torno a su bienestar. Sus tristezas y problemas pasan a segundo plano, lo importante es el bebé, lo que es una paradoja significativa puesto que si la madre no se encuentra bien de salud, en cualquiera de sus dimensiones y en especial de la mental, el bebé tampoco lo estará y esto tendrá un alto costo en su salud mental y social futura.



## TESTIMONIO

*“¿En qué momento le pudiste dar de lactar? Al siguiente día. Es que yo no sabía que había que hacer, yo me quedé dormida toda la noche, ni merendé, tenía sueño”.*

Pa. 14 años.

Esta investigación constata que a las niñas menores de 14 años que se encuentran embarazadas las obligan a ser madres, les imponen un modelo de feminidad construida en esta sociedad donde se asegura que la realización de toda mujer es ser madre.

# Hallazgos y desafíos frente al embarazo en niñas menores de 14 años

*La vida en la tierra sale bastante barata.  
Por lo sueños, por ejemplo, no se paga ni un céntimo.  
Por las ilusiones, solo cuando se pierden.  
Por poseer un cuerpo, se paga con el cuerpo.*

Wisława Szymborska, Aquí<sup>9</sup>

**E**ste estudio es apenas una breve mirada a una situación gravísima como es el embarazo producto de violación en niñas menores de 14 años, situación que no ha merecido una preocupación suficiente en relación a propuestas de intervención.

Lo que vemos es una respuesta, por un lado, técnica desde los servicios de salud, que no han hecho sino cumplir con su deber, que en este caso es salvar vidas físicas, de aquellas niñas que logran llegar a los servicios. ¿Quién sabe cuántas mueren o quedan lesionadas pues no ejercieron su derecho a una atención de calidad? No pueden hacer más, pues el Estado no tiene una estrategia que enlace esta atención hacia una propuesta integral de protección y ejercicio de derechos. ¿Cuántas son?, ¿en dónde están?, ¿quién las cuida o quién las sigue violentando? es un misterio que flota en el limbo social en donde se pierden los problemas que no gustan a quienes ejercen el poder.

La otra respuesta que miramos es la institucionalización, aquella que acoge a estas niñas y las encierra en una casa, en donde, por supuesto, están bajo techo y recibiendo atención y preocupación en la medida de las posibilidades que las mujeres que las gestionan pueden ofrecer.

9 Marcela Serrano, en Diez Mujeres. Santillana Ediciones Generales, S.A. de C.V, 2011 México.

Sin embargo anotamos las paradojas en la atención de estas niñas, que en el marco de la atención en salud de institucionalización, realmente no las protegen.

- **Soluciones paradójicas: prevención del embarazo subsecuente vs protección integral**

De acuerdo a la revisión de las Historias Clínicas, el 53% de las pacientes fueron dadas de alta con el implante subdérmico colocado. Las niñas que están en el Centro de Acogida también tienen el implante anticonceptivo. Este método anticonceptivo de larga duración, está concebido como una estrategia para garantizar protección anticonceptiva sin que medie para ello la disciplina de recordar que hay que tomarse una pastilla, o colocarse una inyección. Desde el punto de vista de efectividad es recomendable. En efecto la protección anticonceptiva es similar a hacerse una ligadura de trompas, un 99% de efectividad.

### TESTIMONIO

*“Cuando salí me pusieron el implante [...] Me dijo: como usted tiene 13 años, yo le voy a poner el implante, véngase. Mi mami no quería, pero yo si quería. Me dice: no sé señora<sup>10</sup>: usted se pone, porque se pone”.*

*“En todas las consultas. Hablo yo, habla la psicóloga, habla la trabajadora social, les habla la enfermera, en todos los momentos se procura hablar sobre esto [el implante] para que tengan ya tomada una decisión en el posparto”.*

Médico consulta externa.

10 Destacamos que a estas niñas, las tratan de señoras.

Frente a ningún otro tema que vincule la salud de estas madres menores de 14 años, considerando la salud integral por supuesto, se actúa con tanta perseverancia, interés y eficacia por parte del personal de salud, como se evidencia con la colocación del implante. Y, sin embargo, las chicas vuelven a embarazarse en su misma adolescencia.

## TESTIMONIOS

*“Los efectos pueden ser diferentes pero lo que nosotros vemos con frecuencia un factor repetitivo. Es decir, la paciente vuelve a embarazarse”.*

Médico consulta externa

*“Por lo general vuelven, antes de los 18 ya tienen otro embarazo”.*

Directora Centro de Acogida.

El problema no solo radica en la casi exclusividad que le dan al implante como mecanismo de prevención de embarazos subsecuentes, sino que en la actualidad, hace varios meses que este método anticonceptivo no es entregado y por lo tanto no logran aplicar esta estrategia de prevención.

## TESTIMONIO

*“Aquí había un método de planificación interesante que era el uso de levonorgestrel mediante el Implanon, pero de un tiempo acá, aproximadamente hace unos seis - ocho meses ya no hay”.<sup>11</sup>*

Médico tratante Hospital Público.

11 Al momento actual no podemos asegurar que la Maternidad no esté provista de este método. En la fecha que se realizó la entrevista esa era la realidad.

La respuesta, aunque necesaria, es incompleta. Si bien los servicios de salud no son responsables de la protección integral, si lo son de una parte. ¿Aunque los servicios cumplan con su parte, la solución no sería incidir en el entorno de riesgo y violencia que viven estas niñas? ¿A quién/es les toca dar las directrices?

## TESTIMONIO

*“Es una pena que no existan políticas de salud adecuadas en este sentido [prevención de embarazo subsecuente] y si es que existen no se las cumplen”.*

Médico tratante Hospital Público.

La respuesta no está para nada enfocada hacia la prevención de la violencia sexual, culpable de todos los embarazos en adolescentes menores de 14 años.

*Además y tal vez lo más importante, un implante anticonceptivo garantiza tres años de protección anticonceptiva, no de violencia sexual.*

- **Paradoja de la “protección” institucional vs la protección integral**

En los servicios de acogimiento, el enfoque es el mismo. Niñas que necesitan refugio, techo y comida, lo consiguen. Sin embargo la sensación de aislamiento y prisión para algunas es insoportable. Otras incluso se

sienten culpables de este encierro, pues llegan a estos servicios en el marco de procesos de administración de justicia y son jueces/as los que ordenan su internamiento con el objetivo de protegerlas, lo cual resulta paradójico.

## TESTIMONIOS

*“Lo que hemos trabajado a través de las actividades internas de la casa, generar las rutinas, generar las reglas, normas que permitan dar una estructura de vida a las chicas que están aquí”.*

Directora Centro de Acogida.

*¿Si yo fuera una hada que me pedirías?  
Que me saque de aquí, yo no quiero estar aquí, (llanto).*

Ya.

Siendo extremadamente necesarios estos servicios de acogimiento, es evidente que no cuentan con una propuesta conceptual y metodológica que sea coherente con la realidad que viven estas niñas y con sus expectativas a futuro, sobre todo en el marco de sus derechos. ¿Hasta qué punto su propuesta es asistencialista? ¿Y hasta qué punto es integral?

Por otro lado, el hecho de que la institución se concentre más en trabajar con ellas una estructura de vida basada en las normas, y en un modelo de maternidad acorde con esta sociedad patriarcal, antes que en la sanación del trauma de la violencia y los efectos de este en su salud integral, omite la posibilidad de recuperar y/o rescatar a la humana y a la ciudadana que subyace en esa vida violentada.

- **De-subjetivación, pérdida de la identidad y/o sustitución de la misma**

La salud física, social y mental es un todo integral indisociable. Como ya se ha mencionado anteriormente, en las Historias Clínicas revisadas se habla, en la mayoría de casos, de trastornos adaptativos y depresión, que también las puede conducir a intentos de suicidio.

**TESTIMONIO**

*“Muchas niñas por ejemplo después y durante el maternaje empiezan a bajar de peso, no comen adecuadamente, no duermen adecuadamente, están muy deprimidas porque no saben cómo salir solas de ese asunto, se ofuscan, empiezan a tener muchos niveles de estrés, quieren estudiar, regresar a la casa corriendo a verle al bebé, darle de lactar, volver a salir a veces a trabajar.*

*Entonces hay un nivel de estrés alto porque tienen que cumplir muchas actividades. Las mamás (de estas niñas) dicen que quieren solo dormir, o ya no quieren comer o ya el niño llora y se exaspera, y se angustia y ya no saben qué hacer”.*

Psicóloga Hospital Público.

La negación de sus embarazos entra en supuesta contradicción con un fuerte sentimiento que ellas mismas refieren cuando hablan de sus hijos e hijas como aquello que vino para darle sentido a sus vidas, que las mantiene ocupadas y preocupadas sobre cómo resolver todas sus necesidades. Pero, al mismo tiempo es un elemento de distanciamiento

personal (de no verme a mí misma), en el sentido de no querer ver quién soy, esa persona culpable de todo lo que está mal en mi vida, y entonces encuentro un nuevo sentido en la vida, mi bebé.

Se evidencia, entonces, que ellas sufren una “descorporización” o “desubjetivación” como estrategia de sobrevivencia ante una realidad que las invisibiliza y las anula. Así, ellas niegan el embarazo, y en ocasiones la maternidad

## ● **Maternización como única opción**

A estas niñas construidas en el inconsciente y en el consciente como madres, no les queda más remedio que claudicar ante ese maternizaje al que se enfrentan cuando se enteran de que están embarazadas y más aún cuando ya han parido y tienen a otro ser humano en sus brazos. Nadie les da otras opciones, nadie sabe de otras respuestas. Interrumpir su embarazo legalmente podría ser una respuesta, pero en el Ecuador es ilegal hacerlo en casos de violación.<sup>12</sup> Entregar su hijo en adopción también puede ser una alternativa, no es ilegal esta opción sin embargo ninguna de estas niñas fue informada de esta posibilidad.

A nivel institucional, sea cual sea el servicio que las atiende, definir que el deber es convertirse en madres coloca a estas niñas en objetos y víctimas de la reproducción y no sujetas de derechos.

12 Sin embargo:

La Organización Mundial de la Salud considera la salud en sus dimensiones física y mental, y amparada en ello, la Corte Constitucional Colombiana, en su decisión de 2006 y en decisiones posteriores, ha reconocido que en ciertas circunstancias el embarazo puede causar angustia o incluso graves alteraciones síquicas que justifiquen su interrupción, para lo cual se necesitará solamente una certificación de un profesional de la salud.



# Porcentajes que dicen mucho

Esta información sale de la revisión de 139 historias clínicas de niñas menores de 14 años realizada en el HGOIA y que corresponden al año 2013. Aquí se presentan los principales resultados:

- 66 de 139 historias clínicas reportan que se dedican a quehaceres domésticos, lo que equivale a un 47%.
- El 33% de las adolescentes han estudiado sólo la primaria, no todas la han completado y algunas no reportan escolarización.
- 7 casos de los revisados han tenido su primera relación sexual a los 10 años o menos, siempre producto de violación lo que representa un 5%.
- 133 de los casos no tienen más de un año de diferencia entre su primera relación sexual y el embarazo, esto es un 95%.
- Solo en un caso se dice que las relaciones sexuales fueron consentidas, aunque no deja de ser violación como lo estipula el Código Orgánico Integral Penal (COIP).
- El 51% de los casos los padres de los recién nacidos son mayores de edad.
- El 17% no conoce la edad del agresor o no reporta este dato. De este dato se puede inferir que en el 68% de casos son mayores de edad, por tanto hablamos de violación en todos aquellos casos donde las niñas son menores de 14 años, como lo estipula la ley.

- Un 12% de las historias reporta embarazos producto de violencia sexual de los cuales el 44% son abusos sexuales o violaciones cometidos por familiares.
- El 15% de los casos se encuentra con denuncia por abuso sexual.
- El 82% son embarazos no deseados/no planificados. O sea que 8 de 10 de estas niñas no deseaban ser madres.
- El 71% de los casos presentan complicaciones en el embarazo.
- El 11,5% de los recién nacidos muestran complicaciones que comprometen su salud integral también.
- El 53% de las pacientes son dadas de alta con el implante subdérmico colocado, tomando en cuenta que solo en un caso se declaró relaciones sexuales consentidas.

# Entre omisiones y premeditaciones

## OMISIÓN:

Dejar de decir o registrar algo que puede o debe decirse o registrarse.

Dejar de hacer algo que puede o debe hacerse.<sup>13</sup>

La primera omisión que percibimos es la invisibilización de las niñas. El Estado, la sociedad y la comunidad no las ve, y lo más doloroso es que la familia también invisibiliza sus historias. Se omite algo que es evidente, la violencia sexual. Algunos/as la ven, pero no hacen nada, otros/as la incentivan cuando las niñas se convierten en objetos sexuales de hombres que las violan a cambio de dinero que sirve para enfrentar en algo la pobreza de la familia.

Las omisiones más claras del Estado tienen que ver con no brindar las mínimas garantías para que estas madres terminen sus estudios; culpabilizarlas y hasta casi castigarlas por ser madres a esta edad, al esperar que ellas y solo ellas se hagan cargo de sus hijos e hijas, concentrándose en que desarrollen una “estructura de vida” (que puedan acatar reglas y normas) y asuman el “rol materno”, que se reduce básicamente a que asuman esta realidad impuesta e indeseada y aprendan a tener un “buen manejo” de sus bebés o lo que es igual, no sean “negligentes”, obviando por completo que esta negligencia tiene más que ver con el desapego producto del común “síndrome depresivo” que manifiestan estas madres menores de 14 años.

13 <http://www.wordreference.com/definicion/premeditaci%C3%B3n>

El Estado ha omitido incorporar a estas niñas a sus estrategias para enfrentar el embarazo no deseado y no ha construido una propuesta de Protección Integral tomando en cuenta su situación de violencia sexual y su pobreza.

#### **PREMEDITACIÓN:**

Reflexión y valoración de un asunto antes de llevarlo a cabo.<sup>14</sup>

Convertir en madres a estas niñas es una acción premeditada, resulta de la incapacidad de un Estado por garantizar protección integral.

La maternización es una acción premeditada que mutila la vida de estas niñas y les roba una etapa fundamental de su proceso vital, la adolescencia, y las convierte en señoras aun cuando tengan menos de 14 años.

#### **TESTIMONIO**

*¿Porque les dicen señoras? pregunto a la enfermera: Por respeto... me contesta, ya son mamitas.*

Enfermera Hospital Público.

14 Idem.

# Conclusiones y principales desafíos

Es evidente que la afectación en la salud integral de estas niñas violadas y embarazadas es total, aunque su salud mental y social son las más afectadas, también su salud física se ve amenazada por los riesgos que representa el embarazo a tan temprana edad, y por las complicaciones que se presentan en mayor proporción.

Siendo la salud mental y social, dimensiones de la vida de las personas, poco visibilizadas y valoradas, se concluye que la mayor afectación que viven estas niñas se ubica en estas dimensiones. Las lesiones mentales y sociales que se producen, se reflejan fundamentalmente en la pérdida de su identidad de niñas y/o adolescentes tempranas para convertirse en madres en un proceso violatorio de sus derechos fundamentales, entre los cuales el derecho a la vida entendida esta como el conjunto de vivencias, sueños, proyectos, se reduce a la obligación de cumplir con una maternidad forzada.

Las violencias en su contra no cesan con la maternidad, y se expresan en que algunas vuelven a embarazarse, no logran estudiar, viviendo en un limbo social del cual no logran salir, pues esta realidad es inherente a la pobreza en la cual viven.

Las respuestas del Estado son insuficientes y premeditadas para ofrecer sólo una opción a estas niñas: ser madres. Esta opción refuerza los roles estereotipados de género en los cuales la maternidad es idealizada y no se visibiliza una estrategia en la cual se plantee al embarazo y a la violencia sexual como el problema.

El embarazo en esta edad es un problema ligado a la violencia sexual y a la pobreza.

Es fundamental señalar que las niñas que deben enfrentar embarazos a tan temprana edad, son aquellas que viven en situación de marginalidad y vulnerabilidad, dada su condición etaria, de clase y de género. El problema de la maternidad forzada, en las adolescentes menores, es también un problema de justicia social. Con esto, se quiere decir que estas niñas viven en condiciones precarias desde antes del embarazo y la maternidad. Por otro lado, es muy probable que si ellas pertenecieran a otro estrato social, podrían acceder a otras soluciones en las que un aborto seguro aparece, ya que sus redes de apoyo lo podrían costear.

El acceso a la educación y ejercer este derecho es una complicación por lo cual su pronóstico de mejorar su situación, se torna sombrío e inexistente. Sus posibilidades de educación son básicas, mínimas, lo cual reduce visiblemente sus posibilidades de éxito profesional, laboral, económico, etc. El Estado debería intervenir priorizando este grupo poblacional, pues las niñas y adolescentes generalmente son las que se hacen cargo de los hijos e hijas sin apoyo del mundo adulto.

El acceso al trabajo a su corta edad las coloca en situaciones de profundas desventajas, sin ninguna posibilidad de competir en un mercado de gente adulta y con más habilidades para sobrevivir. La presencia del hijo es un

tremendo obstáculo para estudiar y peor para trabajar, lo cual las convierte en dependientes de los y las adultas y de un sistema que no les ofrece nada.

Como se ha visto a lo largo de esta investigación, para estas adolescentes el sistema de protección estatal no funciona; aún antes de sus embarazos sus derechos son violentados de forma sistemática. Así, el embarazo y la maternidad forzada, son una consecuencia de la desprotección en que están inmersas desde siempre.


La maternidad forzada es una evidencia de la imposibilidad de estas adolescentes de ser protagonistas de su propia vida, ellas viven otra vida. La suya propia, la que podría haberse desarrollado y florecido, se la robaron. Vidas en la que no pueden tomar decisiones tan trascendentales como tener o no relaciones sexuales, embarazarse o ser madres. Es decir, están viviendo en la imposibilidad de tomar decisiones sobre su propio cuerpo, y si viven en la imposibilidad de tomar decisiones sobre su cuerpo, difícilmente podrán tomar decisiones sobre otros ámbitos de sus vidas.

Es importante profundizar el conocimiento de las trayectorias de vida de estas niñas ecuatorianas, para que el Estado tenga más elementos para elaborar políticas acordes con su edad, situación socioeconómica, pertenencia étnica, situación migratoria, etc.

Las soluciones a corto plazo, como la anticoncepción, el aborto legal, e incluso la adopción, deben estar en el marco de estrategias integrales que recuperen a estas niñas como ciudadanas y seres humanos.

Mejorar sustancialmente el acceso a la justicia y desarrollar estrategias específicas para que el delito de violación sexual en este grupo de edad, sea tratado con más celeridad y enlazado con sistemas de protección integral a víctimas que contemplen las particularidades y vulnerabilidades de estas niñas.

Se debe recuperar la experiencia de casas de acogida y mejorar su trabajo con propuestas integradas e integrales que incorporen acciones que garanticen el ejercicio del derecho a la educación, trabajo y seguridad.

A stylized illustration of a woman's profile in shades of orange and yellow. The woman's head is on the left, and her chest is on the right. A white spiral is drawn on her chest, symbolizing pregnancy. The background is a solid light orange color.

*“El embarazo en adolescentes menores de 14 años solo puede provocarnos la imposibilidad de dormir tranquilos mientras la vida de estas niñas les ha sido robada, donde no hay marcha atrás y además donde se encuentran completamente solas jugando a ser mamás”.*





Email: [fundaciondesafioecuador@gmail.com](mailto:fundaciondesafioecuador@gmail.com)  
Pagina web: [www.fundaciondesafio-ec.org](http://www.fundaciondesafio-ec.org)  
Facebook: [facebook.com/fundacion.desafio](https://facebook.com/fundacion.desafio)  
Twitter: @DesafioDerechos  
Dirección: Manuel Larrea N12-23 y Santa Prisca  
Teléfono: 593(2) 2283978 - 2280199  
Quito-Ecuador