

## De madres a hijas La transmisión de pautas de cuidado de la salud reproductiva\*

Rosa Geldstein  
CONICET – CENEP

Nena Delpino  
CENEP

### Introducción

Transitar la adolescencia, convertirse en mujer, implica para la joven, hoy más que nunca, el desafío de elegir si, cuándo y cómo habrá de ejercer su sexualidad. Tal elección involucra tanto el derecho al placer como la conciencia de riesgo y la necesidad de cuidado. Pero las jóvenes de sectores populares urbanos, ¿cuentan con los recursos imprescindibles para realizar tal elección?; ¿cómo y dónde habrán de obtenerlos? En ese momento crucial en la vida de la adolescente, la función de la madre como socializadora primaria en roles de género y la figura materna, espejo primero y permanente de las imágenes de mujer, cobran una peculiar importancia.

En este trabajo nos aproximamos al conocimiento de los mecanismos psicosociales y culturales que influyen en el desarrollo de comportamientos de cuidado de la salud reproductiva entre las adolescentes pobres, centrándonos en el rol que cumple la madre, como modelo femenino y como transmisora explícita. Utilizamos para ello información recogida en grupos de dis-

---

\* La información que se presenta en este trabajo fue recogida y elaborada en el marco de la investigación en curso "Adquisición de pautas de cuidado de la salud reproductiva entre adolescentes. La transmisión de madres a hijas", que se lleva a cabo en el CENEP con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

cusión (focus groups)<sup>1</sup> realizados a mediados de 1994 con mujeres de sectores pobres del área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)<sup>2</sup> —madres de mujeres entre 15 y 18 años—, en el marco de una investigación más amplia, de carácter exploratorio y diseño cualitativo, que incluyó también a adolescentes de esas edades, socializadas por sus madres. Los grupos de madres —en los que participaron un total de 26 mujeres en reuniones de discusión de entre una hora y media y dos horas de duración— incluyen dos grupos de trabajadoras y dos de amas de casa. La mayoría son migrantes del interior del país; poco más de un tercio no completó la escuela primaria, una proporción similar alcanzó algún nivel de educación secundaria y el resto tiene educación primaria completa. Las que trabajan, lo hacen en ocupaciones típicas de las mujeres pobres del AMBA: servicio doméstico, costureras en su domicilio, auxiliares de enfermería, etc.. Las ocupaciones de sus cónyuges cubren un espectro bastante amplio de los puestos de trabajo disponibles para los hombres de este estrato social: changuista o cuentapropista de la construcción y de la reparación de bienes, peón de maestranza, vendedor ambulante, empleado de vigilancia, etc.

A continuación presentamos una breve conceptualización del rol materno en la socialización primaria. En las dos secciones que le siguen nos centramos primero en la caracterización de las madres como modelo femenino de actitudes y conductas en torno a la salud reproductiva y la sexualidad, para dedicarnos después a sus percepciones respecto de la transmisión a las hijas de valores, contenidos y normas de conducta en estos dominios. Cerrando el trabajo, resaltamos algunas de sus principales conclusiones.

## Por qué las madres

Niños y adolescentes son socializados primariamente en el ámbito doméstico. En él, y debido tanto a su función biológica en la procreación cuanto a las pautas culturales prevalecientes en torno a la división genérica de roles

<sup>1</sup> Los *focus groups*, aplicados como herramienta única de investigación o combinados con otras técnicas cualitativas, como las entrevistas en profundidad, resultan de gran utilidad para obtener información sustantiva en una etapa exploratoria de la investigación. Presentan la ventaja de proporcionar conocimiento acerca de las opiniones, actitudes y percepciones de un número mayor de sujetos en menor tiempo, a la par que su dinámica de discusión propicia la emergencia de temas y contenidos sensibles y de abordaje poco frecuente (Morgan y Spanish, 1984).

<sup>2</sup> El AMBA incluye a la ciudad de Buenos Aires (Capital Federal) y a los 19 partidos del conurbano que la circundan, en la provincia del mismo nombre. Un grupo se llevó a cabo en una zona deteriorada del barrio de Palermo Viejo, en la Capital Federal; dos grupos, en el barrio Pirelli —una “villa” ubicada al Oeste de la ciudad de Buenos Aires, en el límite con el conurbano— y el restante, en un barrio obrero del partido bonaerense de Lanús.

en la familia, la madre es quien tiene la mayor oportunidad de influir, consciente e inconscientemente, en la formación de la personalidad, valores y actitudes de los hijos. Ella desempeña el papel fundamental en su socialización primaria, como agente transmisor de los valores culturales y de los patrones sociales de conducta vigentes para el cumplimiento de roles sociales específicos (Krauskopf, 1982; Erikson, 1966). Esta interacción entre madre e hijo ocurre en circunstancias "de enorme carga emocional", que habrán de asegurar la internalización de los patrones sociales de comportamiento (Berger y Luckman, 1968).

Particularmente con respecto a la socialización de las jóvenes, la madre cumplirá un papel decisivo en la transmisión de pautas de comportamiento sexual y reproductivo. Desde la proximidad, frecuencia, duración e intensidad afectiva de su interacción con la hija —propiciada por el condicionamiento cultural que les asigna el dominio doméstico como ámbito genéricamente específico y generacionalmente compartido (Walters *et al.*, 1991)— ella se constituye en el primer y principal modelo para el aprendizaje de roles de género. Desde las actitudes y conductas adoptadas en la relación con su pareja conyugal, así como en la relación con los hijos —que generalmente implica una socialización diferencial de mujeres y varones—, también influye en la auto-percepción y en la formación de las actitudes y conductas genéricas de aquellas (Burin, 1989; Olivier, 1991; Apter, 1990), en un proceso de identificación que ha sido caracterizado como una suerte de reproducción intergeneracional de las imágenes, de las expectativas y de los roles de género (Chodorow, 1979). Aunque esta identificación no ha de llevar necesariamente a la hija a una repetición mecánica del modelo, "la madre está siempre en la mente de la hija cuando ella piensa acerca de su futuro. Ya sea que la madre presente un modelo a ser evitado, o que proporcione un ejemplo de aquello en lo que [la hija] espera convertirse" (Apter, 1990, p. 142). Una investigación reciente puso de manifiesto el importante papel que desempeñan las imágenes asociadas a la identidad genérica y a los roles de género, en el desarrollo de conductas sexuales de riesgo de embarazo no planeado entre las adolescentes de sectores populares del AMBA (Pantelides, Geldstein e Infesta D., 1995); este trabajo señala también la influencia que, en el mismo sentido, ejercen tanto la ausencia de la madre como su fecundidad temprana.

Para las hijas mujeres, la madre constituye el primer modelo de referencia en la construcción de su identidad de género y en el aprendizaje de los roles de género, tal como son culturalmente definidos y socialmente prescritos. Mediadora entre la niña y el mundo social, ella ejerce el rol materno con su hija apoyada en la identificación con una madre que lo ejerció antes con ella, repitiendo un mecanismo que habrá de asegurar la reproducción psicosocial de una identidad femenina asociada a la maternidad (Chodorow, 1979; Walters *et al.*, 1991). Esta identificación (personal y no posicional) tiende a

mantenerse a lo largo de toda la vida, dando origen a una relación –la díada madre-hija– exclusivamente femenina y de características diferentes a las otras relaciones diádicas (Chodorow, 1979, Boyd, 1989).

A través de sus actitudes –moldeadas por su propia experiencia sexual en la adolescencia– y de la comunicación específica sobre la sexualidad, las madres también influyen en las actitudes y conductas sexuales de las adolescentes (Apter, 1990; Newcomer y Udry, 1984; Smith y Self, 1980). En ese proceso de transmisión de pautas de comportamiento sexual cobra particular importancia el vínculo entre madre e hija.

Las escasas investigaciones sociales dedicadas al análisis de la comunicación entre madres e hijas acerca de la sexualidad y de sus efectos sobre los comportamientos sexuales y reproductivos de las adolescentes, puntualizan la importancia de la calidad del vínculo afectivo y de la comunicación en esta díada singular para el desarrollo de conductas de cuidado (Fox e Inazu, 1980), así como de la autoestima que constituye su condición de posibilidad (Apter, 1990). En este sentido, se ha señalado que aquellas adolescentes que sienten la carencia de una gratificante relación con la madre se hallarían más expuestas a embarazarse tempranamente<sup>3</sup>. La sensación de pérdida del vínculo cálido y cercano mantenido con la madre en la infancia, parecería incidir en el comportamiento sexual de la adolescente (Abernetly, 1974, citado por Townsend y Worobey, 1987). En el mismo sentido, otros autores hallaron diferencias significativas entre adolescentes embarazadas y no embarazadas, demostrando que las primeras expresaban menores niveles de “amor, atención e interdependencia” hacia sus madres (Olson y Worobey, 1984).

Otros estudios, que exploraron las características de los estilos de comunicación entre padres e hijos adolescentes, dan cuenta de que la relación madre-hija constituye el espacio privilegiado en el cual ocurre una comunicación más frecuente y fluida (Pantelides y Cerrutti, 1992; Kornblit y Mendes Diz, 1994) y que es a través de ese vínculo que también se abordan de manera más significativa algunos temas de importancia en relación a la sexualidad: relaciones, roles sexuales, información sobre problemas sexuales, etc. (Fox e Inazu, 1980; Noller y Bagi, 1985). Parece de la mayor importancia, entonces, explorar qué modelo femenino de conductas de cuidado de la salud reproductiva ofrece la madre y cuáles son las modalidades y contenidos en la transmisión de patrones de conducta en la interacción de esta díada.

<sup>3</sup> Por ejemplo, en el caso extremo de las adolescentes que no conviven con la madre, Pantelides *et.al.* (1995) encontraron una frecuencia significativamente mayor de comportamientos sexuales que entrañan riesgo de embarazo.

## Salud y sexualidad femenina: el modelo materno

Al ser invitadas a expresarse respecto de lo que constituirían problemas de salud *específicos* de las mujeres, las participantes se refieren, con pocas excepciones, a aspectos de la salud reproductiva. En este terreno, los problemas mencionados en forma espontánea se circunscriben la mayoría de las veces a los síntomas y patologías que pueden manifestar los órganos femeninos<sup>4</sup>, y su percepción aparece relacionada básicamente con el inicio y el fin del ciclo de vida reproductiva. La demora en la aparición de la menarca –prueba de la capacidad reproductiva femenina– es una preocupación que habrá de repetirse, en la madre, cuando la hija mujer llegue a la pubertad; es en esta etapa del ciclo vital de la madre que ella reconoce en su cuerpo el “desgaste” debido a una fecundidad temprana y prolongada:

“La salud de las mujeres es eso, en el aparato donde están los ovarios, donde están las trompas ... donde están las enfermedades de la mujer” (6MT/31)<sup>5</sup>.

“[...] por ejemplo, cuando somos jóvenes y no nos viene la menstruación o cuando hay dolores de ovarios” (8NT/6).

“A partir de los 35-40 años, una ya no se siente como antes. A los 40 uno tiene que ir al médico porque ya no es joven, sobre todo si ya tuvo varios hijos, su cuerpo adolece” (MT/7).

Las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no planeados no aparecen frecuente ni definitivamente como problemas de salud de las mujeres adultas. Estos riesgos sólo son percibidos en relación a las hijas adolescentes y referidos de manera casi exclusiva a las relaciones recientes, ocasionales o no protegidas por un vínculo amoroso, legitimador del intercambio sexual. Pero veamos cómo perciben las madres la atención de su propia salud.

---

<sup>4</sup> Entre las patologías se mencionaron: fibromas, cáncer de útero, “bultos” en los pechos y cáncer de mama, “problemas” en los ovarios, “llaguillas” y flujo (sin mención de sus posibles causas).

<sup>5</sup> El texto entre parentésis al final de cada cita identifica, en primer lugar, al grupo en el que cada intervención tuvo lugar: 6MT= madres trabajadoras (Capital Federal); 7MT= madres trabajadoras (Villa Pirelli); 8MNT= madres amas de casa (Villa Pirelli); 9MNT= madres amas de casa (Lanús). El número a continuación de la barra corresponde al orden de cada intervención en el desarrollo del grupo. Los puntos suspensivos indican pausas de la participante, en tanto los textos y los puntos suspensivos entre corchetes señalan agregados u omisiones a la intervención por parte de las autoras.

En el plano de las conductas y en el de las representaciones maternas, la imagen que se ofrece a las hijas es, con pocas excepciones, la de una mujer *buena y altruista* que pospone o abandona el cuidado de su salud e inhibe su deseo de placer y de bienestar —privilegia el “deseo de fusión” por sobre el deseo de diferenciación (Burin, 1989)—, ofreciéndose en sacrificio al bienestar del esposo y de la prole. Un modelo de mujer que, en términos paradigmáticos, teme afrontar la verdad, no se permite el saber y difícilmente es capaz de asumir una actitud activa para conducir su propia vida en aspectos tan fundamentales como los de la salud y la enfermedad y, particularmente, con respecto al ejercicio de su propia sexualidad. Examinemos la expresión de estas dimensiones del modelo materno en torno a la sexualidad y al cuidado de la salud femenina, que muchas madres ofrecerían a las hijas adolescentes.

La deficiente atención de la propia salud ha sido un tema expresado de manera recurrente por las participantes, confirmando los hallazgos de otras investigaciones, que señalan el relegamiento que las mujeres hacen de sí mismas en este aspecto como una conducta frecuente en este sector social (Ramos y Pantelides, 1990). En las percepciones que recogimos, las mujeres adultas sólo acuden al médico cuando ya no pueden soportar —o ignorar— los síntomas de enfermedad, en tanto las escasas conductas de cuidado que dispensan a su salud contrastan vivamente con la atención que ellas dicen otorgar a los otros miembros de su grupo familiar, de manera especial a los hijos de corta edad. Esta expresión de la falta de cuidado para consigo misma no parecería diferenciar de manera significativa entre las mujeres trabajadoras y las que son amas de casa:

“Yo desde que tuve al nene hace 5 años no me hice más un PAP” (9NT/16).

“Yo nunca me hice un PAP” (9NT/17).

“Tengo que hacerme un montón de chequeos y ‘aquí estoy’, porque no tengo tiempo” (6MT/3).

“La mujer, como dice ella, es difícil que vaya al médico, porque siempre hay alguien antes... Entonces vamos en casos extremos. No sé por qué. Por ejemplo, hace cuatro años que tengo que operarme de la vesícula, justo quedé embarazada, bueno, tuve el nene, ya tiene tres años y todavía no volví. Es dejadez mía. Por el trabajo, por los hijos, etc... Esperás al límite. Voy para que me den un calmante porque no doy más. Pero al otro día me siento mejor, me levanto y voy a trabajar” (6MT/17).

La falta de tiempo para sí misma es el factor más frecuentemente percibido por las mujeres entre todos los que incidirían en sus conductas de cuidado. En este sentido, las mujeres que no trabajan parecen dedicar *todo* su tiempo a las obligaciones domésticas, en tanto las que trabajan les dedican todo el tiempo que les deja libre la jornada laboral. Las percepciones de las primeras ponen el énfasis en el tiempo dedicado a la familia y a la casa, en tanto las segundas subrayan su doble carga laboral y el tiempo excesivo que demanda la atención en los servicios hospitalarios:

“Tenemos abandonada nuestra salud por estar atendiendo a los demás. Lo que pasa es que cuando uno tiene mucha obligación en la casa, tu salud la abandonás [...] No damos importancia a lo nuestro por estar atendiendo a nuestra familia, a nuestros seres queridos” (8NT/3).

“Tenés que procrear, criar, tenés que saber planchar, y encima, ahora, también trabajar [...] entonces, en qué tiempo vamos a ir a prevenir la enfermedad?” (6MT/35).

“Te hablo del consultorio externo donde vas, te sentás y esperás... No estoy en contra de la atención de los médicos, sino del tiempo que perdés” (6MT/49).

La objetiva escasez de tiempo y la más subjetiva adecuación de la conducta de las mujeres a la norma prescripta por el ideal altruista contenido en la “mística de la femineidad” (Lombardi, 1986), se combinan con su percepción de que ellas no encontrarían apoyo familiar, no serían tenidas en cuenta, en el caso de querer atender a sus propias necesidades:

“Le voy a contestar eso, en mi casa, por ejemplo, cuando me siento enferma, no me siento bien pero me tengo que levantar porque no tengo quién me haga las cosas. Tengo que atender a mis hijos, a mi esposo...” (8NT/17).

Las restricciones impuestas por la configuración de obligaciones familiares y laborales se ven reforzadas por la incidencia de otros factores situacionales que las madres perciben como limitantes: la escasez de recursos económicos para hacer frente al costo de atención de la salud —que llevaría a priorizar la de los niños— a la que se suman los problemas relativos al funcionamiento de los servicios hospitalarios (como el arancelamiento, la deficiente organización y la distancia al centro de salud más cercano):

“Pero yo creo que eso también es el estatus social económico que uno tiene. Porque tenemos que ir al hospital, estar dispuesta a levantarse de mañana temprano y pelearse con otras mujeres... no es lo mismo que levantar el tubo y decir ‘fulano, quiero un turno’. Y si tenés guita lo hacés, y te ponés con cien pesos. No es lo mismo que ir al hospital a las cuatro de la mañana, para que te atiendan por ahí a las once o a las doce” (6MT/44).

“Yo creo que es un poco lo económico. Uno se puede medicar pero a un chico le duele algo y lo llevás. Uno queda siempre en segundo lugar” (9NT/4).

Otros factores, de índole subjetiva, potencian el efecto de los situacionales. La baja autoestima y la escasa capacidad de negociación de estas mujeres –resultantes de su posición subordinada en los sistemas de estratificación de género y clase social– y las dificultades en la comunicación médico-paciente, las conducirían a abandonar un proceso de diagnóstico o un tratamiento ya iniciado (Boltanski, 1997; Ramos y Pantelides, 1990):

“No creas, en mi caso, hace dos años tuve parálisis. Me hice exámenes y nada. El médico me vió y nada... y ahora tengo otra vez los mismos síntomas pero no voy. Digo, ir otra vez para que el médico se me ría?, no, entonces lo estoy dejando pasar” (MT/6).

“Me hicieron uno [Pap] hace 6 años y tenía que volver, porque no sé qué me encontraron. En términos médicos me lo dijeron, pero como yo no entiendo nada ...” [No regresó a la consulta] (9NT/23).

“Se va por un problema. Pero ella siente que no le dan importancia. Se trata de que te presten atención. Si vas dócilmente y no hacen caso, debes decir: Acá estoy yo y necesito que me ayude” (6MT/12).

La baja autoestima de estas mujeres influiría en la postergación que hacen de sí mismas –una actitud transmitida por la socialización materna– y determinaría la necesidad de un otro que, al “hacerse cargo”, legitime su derecho a recibir atención:

“Ya no se dan un lugar, quedan desplazadas por los hijos. No se dan un lugar, como madres deberían darse el primer lugar para estar bien y seguir luchando por lo hijos” (MT/7/15).

“Mi mamá también fue una persona así” (8NT/4).

"Hay veces que es así. Si yo estoy muy enferma me lleva al médico mi hija. Si no, no voy" (MT7/8).

Pero también subyace el temor a la enfermedad. El temor a conocer una verdad dolorosa las induciría a negar los síntomas y a desarrollar comportamientos dilatorios:

"Yo trato de no pensar. Pero me toco para ver si tengo algún bulto" (9NT/25).

"Yo ni siquiera me toco. No me quiero tocar para no asustarme" (9NT/26).

Las evidencias de este estudio no permiten hasta ahora asegurar si las mujeres que trabajan son las que otorgan mayor atención al cuidado de su salud. Pero si fuera así, ello no obedecería a una cuestión de "tiempo" absoluto, sino a la organización para su uso (Infesta *et al.*, 1991), así como a los mayores recursos para negociar ayuda doméstica y una mejor atención por parte del personal de la salud que pondrían en juego las mujeres trabajadoras, detentadoras de una mayor autoestima y más acostumbradas a desempeñarse fuera del ámbito doméstico (Geldstein, 1994).

La sexualidad de las madres, el ejercicio satisfactorio de la sexualidad como componente del bienestar, es el gran ausente entre los temas discutidos. Entre mujeres adultas —y entre parejas adultas— del sexo y del placer no se habla. La sexualidad aparece circunscripta al ejercicio silencioso en el ámbito de una unión marital y no asociada a su posibilidad de placer (Dixon-Mueller, 1993). Su identidad femenina, legitimada en la función reproductiva, corresponde a la imagen de esposa-madre (Burin, 1989; Lombardi, 1986), que no debería presentarse ante los hijos como una mujer sexuada (Walters *et al.*, 1991). En la pareja, la conversación sobre este tópico parece estar restringida a la preocupación por los hijos y asociada, cuando se refiere a los adultos, a la pornografía y a conductas censurables:

"Sí, hablo sobre lo del sexo de los chicos" (7MT/78).

"Sí hablamos de algunos temas, por eso ni siquiera vemos películas pornográficas, porque hay películas que pasan sobre las relaciones sexuales" (7MT/79).

"Hay mujeres que nunca llegaron a un orgasmo y eso es también importante. Tanto el hombre como la mujer tienen que llegar al orgas-

mo bien. Si la mujer no llega al orgasmo, no sirve la pareja, está mal. Y ese es un tema difícil [...] Yo nunca escucho que las mujeres de mi edad hablen de esto" (9NT/111/112).

Para las mujeres, la principal causa de su incapacidad para hablar de sexo con naturalidad es el haber sido socializadas por sus propias madres en la represión y en el silencio aún en torno de las manifestaciones no conductuales de la sexualidad, como la menarca y la menstruación, y haberlas vivido, por lo tanto, como experiencias traumáticas y vergonzantes. La experiencia vital de las madres juega un papel de dos caras en su posibilidad de transmisión a las hijas, ya que a la vez que las alerta sobre el peligro de reproducir el modelo en el que ellas fueron socializadas, se constituye también en un factor inhibitorio de la capacidad de comunicación acerca de la sexualidad. ¿Cómo afrontan entonces las madres el despertar de la sexualidad y la emergencia de la capacidad reproductiva de la hija?; ¿cómo perciben el vínculo con su hija adolescente y la comunicación entre ambas acerca de temas sensibles? Estos son temas de la próxima sección.

### La madre como transmisora

La madre puede cumplir esta función de dos maneras no excluyentes: iniciando a la hija en prácticas de cuidado de la salud reproductiva y mediante la transmisión verbal de los necesarios contenidos valorativos e instrumentales. Veamos cómo se desempeñan las madres según las percepciones de las participantes.

La mayoría de las madres identificaron como "cuidado" de la salud reproductiva de las hijas a las formas en que controlan su sexualidad. Es así que muy pocas evidenciaron una mayor capacidad para poner en juego recursos para iniciarlas en la relación con los profesionales de la salud que puedan orientarlas. Las escasas consultas relacionadas fueron motivadas por una preocupación puntual relacionada con trastornos hormonales, flujo o molestias en los ovarios:

"Por eso hay que controlarle, saber, tal día le vino el mes, no le vino este mes, bueno, y una madre sabe ya más o menos ..." (9NT/40).

"Yo la llevé antes que menstrúe, porque estaba preocupada porque no menstruaba. El médico me dijo que menstruaban según el organismo de cada persona" (7MT//69).

La familia de sectores populares tampoco parece constituir un espacio para la educación sexual de los niños. En todos los grupos se señaló la poca información de jóvenes y adultos y la falta de un buen vínculo familiar como factores predisponentes de conductas sexuales de riesgo en la adolescencia. Son excepcionales las familias que conversan con los hijos sobre sexualidad. El tema surge en ocasiones en las que el grupo familiar se encuentra expuesto a situaciones —como un programa televisivo o una clase especial en la escuela— que estimulan la curiosidad de los hijos. Ciertos momentos de intimidad con las hijas mujeres —que las madres pueden provocar—, propiciarían también la conversación sobre temas sensibles. Las participantes opinan, sin embargo, que en la mayoría de los casos los padres no aprovechan estas ocasiones para actuar como educadores sexuales de los hijos o lo hacen de manera insuficiente, porque el abordaje de estos temas resulta a todos los padres muy difícil. Tanto, que algunas madres encuentran dificultades hasta para hablar a la hija acerca de la menarca que habrá de llegar:

“Es difícil para todos hablar con un hijo de una relación, de una menstruación” (6MT/185).

“Todas las madres no hablan con las hijas. La amiga de mi hija, tiene 17 años, se quedó embarazada, nadie se daba cuenta. No hablaba con la madre” (7MT/59).

¿De qué hablan las que sí lo hacen? Fundamentalmente de la menarca, del peligro de exponerse a relaciones sexuales prematrimoniales y de la necesidad de prevenir un embarazo temprano; sólo excepcionalmente del riesgo de contraer SIDA y nunca del deseo ni del derecho a experimentar para alcanzar una relación satisfactoria.

Algunas madres informan a las hijas antes de que se presente la menarca —a fin de evitarles los sustos y sinsabores que ellas mismas experimentaron, en su momento, por falta de información— pero en general limitan los contenidos, pues opinan que las púberes no deberían recibir todavía información acerca del ejercicio de la sexualidad:

“Pero hoy en día no es a los 14 años nomás ... De 10 años, de 9 años hay que hablarles a las chicas; enseñarles de todo lo que tiene que aprender la mujer...” (6MT/118).

“Claro, porque vos le hablás a los 13 años de sexo: ¿qué, de qué le hablás? ¿De cuidarse [de un embarazo]?” (6MT/134).

Sin embargo, las madres también abordan estos temas en la adolescencia temprana de las hijas porque sus preocupaciones acerca de la sexualidad de las adolescentes están casi monopolizadas por un sentimiento ambivalente ante la aparición de la menarca, que es a la vez la deseada confirmación de la capacidad reproductiva y el disparador del temor materno ante los peligros que esta misma capacidad entraña:

“La mía iba a cumplir los 14 y no desarrollaba y yo la llevé al médico. Ahora le vino la menstruación y yo me sigo preocupando” (9NT/49).

“Si la niña no comienza la primera menstruación sabiendo, ahí puede quedar embarazada” (8NT/105).

“De que se cuide, que si quiere tener relaciones las tenga, pero que se cuide. Porque ella a los 11 años se indispuso por primera vez” (6MT/135/138).

Otros sentimientos y vivencias de la madre, presentes en su transmisión, son el duelo por la infancia perdida y la identificación-diferenciación con la hija, que actualizan la propia experiencia adolescente. Los cambios en el carácter y los comportamientos de las hijas las preocupan porque perciben los intentos de las jóvenes por independizarse del núcleo familiar, los que responden a nuevos intereses –peligrosos–, como la preferencia por la identificación con sus pares y la relación con el sexo opuesto:

“Son más rebeldes, quieren salir, no escuchan lo que los padres le dicen, no quieren escuchar los consejos que les damos, no quieren aceptar negativas” (MT7, el grupo).

Las manifestaciones de este proceso normal de diferenciación de los padres (primeros objetos de amor y de identificación), destinado a lograr el establecimiento de una identidad adulta (Lombardi, 1986; Burin, 1989; Dolto, 1990), son percibidas por las madres como una “rebeldía” que les produce temor y desconcierto porque las remite, también, a la posibilidad de la iniciación de relaciones sexuales prematrimoniales, que la falta de amor y de responsabilidad del compañero sexual pueden convertir en un embarazo temprano, causa real del temor materno –ya que el peligro del SIDA fue escasamente mencionado:

“Sí, [aquí] hay muchas chicas mamás con bebés. Sí, chicas adolescentes, muchas viven con la mamá, sin padre...” (8NT/37).

Las madres temen el posible sufrimiento de la hija, sentimiento en el que está presente el recuerdo de la propia adolescencia (Walters *et al.*, 1991; Apter, 1990). Las que han tenido una experiencia de maternidad temprana –frecuente en este sector social– temen que la hija repita su historia:

“Pero yo mi hijo más grande lo tuve a los 14 años, y no sabía absolutamente nada, porque yo de la noche a la mañana me encontré con un bebé en los brazos [...] Y entonces no quiero que a mi nena le pase lo mismo [...] entonces ese es mi miedo, sí”. “Yo siempre le digo a Erika, que no vaya a quedar embarazada hasta que no sea grande, esté segura ... tenga una pareja al lado. Es por mi propia experiencia. Aparte, yo 14 años, o sea no viví la adolescencia [...] Pero no quisiera que le suceda lo que me pasó a mí” (6MT/129/130/313).

Este temor, extremo en algunas madres, evidencia una actitud fatalista que sí puede transmitirse a la adolescente, convirtiéndose en una suerte de profecía autocumplida<sup>6</sup>. Esta madre, por ejemplo, descalificó continuamente su capacidad de transmitir contenidos válidos a la hija.

El temor al embarazo precoz se ve reforzado por la preocupación ante el posible desconocimiento de la hija de los métodos para evitarlo y por la percepción de que los cambios generacionales respecto de los comportamientos socialmente aceptados impedirían poner límites a las conductas que exponen a la adolescente al riesgo de mantener relaciones:

“Ahora hay más libertad. No podemos poner la misma presión que nos pusieron a nosotras. Nosotras tenemos que vivir aceleradamente como están viviendo ellos. Nosotros tenemos que vivir su mundo y aceptar nada más los cambios, porque no podemos poner límites” (8NT/42).

En otras palabras, las madres se sienten impotentes frente a la necesidad de proteger a la hija que ingresa a un mundo que, ellas lo saben, es peligroso para las mujeres.

<sup>6</sup> En este sentido, Lombardi (1986) señala que si la madre, como modelo femenino, se muestra demasiado impotente y desprovista de poder para gobernar su vida, la hija puede creer que su propia vida no tiene remedio.

Ello no obstante, los contenidos instrumentales están prácticamente ausentes en la transmisión materna, la que en la mayoría de los casos aparece cargada de connotaciones afectivas y valorativas y teñida por esos sentimientos de temor. Volviendo al tema de la menarca, por ejemplo, el mensaje más concreto y completo que registramos se limitó a advertir a la hija de las molestias que podrían sobrevenir y a tranquilizarla respecto de la normalidad de las mismas. Pero esta mamá “calificada” (una auxiliar de enfermería) no parece haber explicado a la hija el significado de la menstruación:

“Sí, yo a mi hija la senté y le expliqué antes de la menstruación, que con todas las nenas es así porque es mujer, que es normal, que ella tiene que cuidarse, que en esos días le van a doler ligeramente los ovarios, el estómago, el bajo vientre...” (7MT/29).

Los mensajes maternos respecto de las relaciones sexuales suelen ser recomendaciones inespecíficas acerca de un cuidado abstracto, o bien constituyen dobles mensajes, debido a la ambigüedad de lo que se permite y al silencio respecto de lo que se prohíbe, de aquello de lo que es menester cuidarse y, sobre todo, de cómo cuidarse:

“Muchas veces no sabés si tus hijos tienen relaciones porque lo hacen a espaldas tuyas. Al varón le pregunto si lo ha hecho, pero a la mujer no” (8NT/116).

“Que se cuiden, porque se creen que todo es lindo, que no vayan con cualquiera” (7MT/32).

“Que si está enamorada de un chico, bueno, pero que no se deje faltar el respeto” (9NT/60).

Pocas madres parecen transmitir a sus hijas adolescentes normas claras que les sirvan para estructurar comportamientos eficientes ante las situaciones de riesgo potencial que, inevitablemente, habrán de enfrentar:

“Yo ya le hablé a mi hija, y si lo hace, ya sabe qué hacer” (8NT/67).

Otras, que se sienten capaces de ejercer autoridad, se limitan a sustraer a la hija de las situaciones de riesgo:

"A mi hija la mezquino más [que al varón]. Tiene 17 años, no tiene novio. No hay que darles permiso. No la dejo salir todos los fines de semana aunque trabaja, yo le tengo confianza pero no la dejo salir porque pasa tanta desgracia ..." (8NT/117).

La represión de la sexualidad de la hija es una función socialmente adjudicada al rol materno y está dirigida, de manera fundamental, a asegurar que la hija, a su debido tiempo, contraiga matrimonio. La pérdida de la virginidad —o, peor aún— la maternidad temprana, puede echar a perder las oportunidades de la hija de "casarse bien". Para lograrlo, en un medio social donde prevalecen expectativas de género tradicionales, la joven debe observar una conducta casta y discreta, que le otorgue una imagen de mujer honesta ante el hombre dispuesto a convertirla en su esposa:

Coordinadora: "¿De qué temas relacionados con el sexo piensan que las madres deberían hablar con las chicas?"

"Y... de cuidarse ellas al tener relaciones ... fijarse con quién está ... conocer bien a la persona y, en lo posible, de llegar bien al casamiento..." (9NT/107).

"De cómo llegar bien al matrimonio [...] formar una familia bien constituida" (9NT/108/110).

La vigencia de este rol preventivo de la madre se puso de manifiesto en las conversaciones de los grupos. Con unas pocas excepciones, las participantes refirieron que, por omisión explícita o implícita del padre —que a veces ejerce el control sobre los hijos asegurándose de que la madre cumpla con este rol—, son ellas las encargadas de hablar a las hijas<sup>7</sup> para informarlas, así como de vigilar y prevenir sus comportamientos sexuales:

"Y, vos viste cómo es, cuando vienen temas medio fuertes de sexualidad, [los hombres] te los largan a vos y 'arreglate como puedas'" (6MT/177).

"Mi marido sí [interviene], pero él habla más bien conmigo, me dice 'fijate cómo están los chicos'" (7MT/57).

Es así que ante la eventualidad de un "mal comportamiento" de la adolescente, sería la madre quien queda expuesta a la sanción social por el fra-

<sup>7</sup> Y por lo general, también a los hijos varones.

caso en su función<sup>8</sup>. Esto explicaría la manifestación de una actitud de vigilante hostil hacia la hija:

“Yo le digo cómo es, porque ‘mirá que si un mes no te viene es porque anduviste con algún pibe, a mí no me vengas a joder...’ Le digo bien: ‘mirá que los chicos son así...’ Porque los chicos ahora cualquier cosa enseguida ‘vamos a la cama’” (9NT/59).

No obstante, las madres perciben que un buen vínculo sería la condición de posibilidad para una transmisión eficiente de conocimientos y valores relativos a la sexualidad. La calidad del vínculo dependería de la confianza que la madre sepa generar en la hija para que ésta no le oculte información acerca de sus conductas –información que la madre considera necesaria para actuar preventivamente– y, a la vez, escuche e internalice el mensaje de la madre:

“La amistad es lo mejor, para que tenga confianza [...] porque si no tiene confianza con la persona que está, no le va a comentar nada...” (6MT/72).

¿Cuáles son entonces los factores que dificultan la transmisión a las hijas desde el lado de las madres? Ellos pueden agruparse básicamente en tres tipos relacionados entre sí: el temor de la madre acerca de la interpretación que la hija podría hacer de su mensaje, la escasa seguridad en su capacidad como educadora y la represión, producto de su propia socialización.

“Vos le estarás hablando demasiado a lo mejor” (6MT/221).

Esta respuesta a otra participante –cuya hija de 13 años preguntó qué es una relación sexual– resume de manera paradigmática una de las principales dificultades que las madres perciben para comunicarse con sus hijas acerca de la sexualidad: el temor a inducir en ellas, antes de lo debido, intereses y conductas sexuales que –ellas suponen– no se presentarían si la madre no les hablara. Otro temor que detectamos además del de “dar permiso” (y que se inscribiría en el temor a la culpabilización de la madre), es el de ofender la sensibilidad y la inocencia de la hija al hablarle de cosas para las que aún no

<sup>8</sup> La culpabilización de la madre (“blaming the mother”) parece un mecanismo social extendido, a juzgar por su reconocimiento en la literatura (Walters *et al.*, 1991).

estaría preparada y que podrían ser percibidas como desagradables o sucias, o ser interpretadas como desconfianza de la madre:

“Si la chica viene ante la madre y le dice: ‘mirá mamá, Pedrito me pidió la relación’, ella no va a saber qué decir [...] porque no va a saber si ya lo hizo o no [...] parece como si estuviera pidiendo permiso, ¿qué le podes contestar: ‘sí andá acostate’? Hay que decirle que tiene que esperar, que haya un poquito más de confianza, pero no sabés si ya lo hizo” (8NT/64).

“[...] Qué sé yo si a mi hija no le va a dar asco cuando yo le tenga que explicar lo que es una relación sexual. Va a decir ‘pero, mamá...’ ¿Entendés?” (6MT/208).

“Si les hablamos [de las chicas que tienen relaciones sexuales], a veces nos dicen: ‘pero, mami, ¿vos creés que yo también soy así?’” (7MT/38/39).

Estas y otras intervenciones reflejan también el desconcierto por la contradicción entre la creencia de las madres de que es necesario transmitir a las hijas información y pautas de conducta, y la escasa confianza que ellas depositan en su conocimiento acerca de lo que es adecuado:

“Yo de esos temas no les hablo, porque me da vergüenza a mí [...] Yo salgo poco de mi casa, por eso es que yo no sé mucho, no trato con otras personas” (7MT/42).

La ignorancia de las madres, en fin, puede ser real o subjetiva, pero lo cierto es que la escasa confianza en su capacidad de transmisión —basada en la escasez de experiencias, de bagaje cognitivo y de contactos con el mundo exterior— es percibida por las hijas, lo que contribuye a su desvalorización del mensaje materno:

“[a veces las chicas no toman en cuenta lo que dicen los padres] Por falta de comunicación, porque no saben cómo llegar al hijo. Por falta de educación de los padres” (9NT/105).

La inseguridad materna puede estar fundada en la falta de información o en la dificultad para encontrar los términos adecuados para hablar de sexo, lo que realimenta la vergüenza —otro poderoso sentimiento inhibitorio— asocia-

da a la posibilidad de externalización de indicios de la propia identidad sexual:

“[Los padres no les dicen la verdad a los hijos] Por vergüenza, porque ese es un tema privado de la pareja. Depende de las personas más que nada, si se sienten bien diciéndoles las cosas como son” (7MT/66).

Es que la escasa información y la vergüenza –inhibidoras de la verbalización en torno a la sexualidad– reconocen un origen común en la experiencia adolescente de las mujeres adultas. La mayoría fueron socializadas en la represión de las manifestaciones de la sexualidad y en el silencio, aún respecto de los indicios biológicos del arribo a la capacidad reproductiva.

El tema de la propia menarca, las circunstancias que la rodearon y los sentimientos que les produjo –que en algunas perduran como un dolor actual– fue uno de los más extensamente tratados por las madres. Casi estaríamos tentadas de bautizarlo como “el trauma original” o, mejor, “el trauma del nacimiento a la femineidad”:

“Yo no quería contar, yo me escondía, me escondía por todos lados porque no sabía qué me pasaba; pero no me podía sincerar con nadie” (6MT/233).

“Sí, me pegaron, a mí me dieron una paliza de aquéllas. ¡Yo aparecí con la bombacha sucia y cobré! Ni yo sabía lo que tenía y cobré. Pero yo digo, bueno, no le echo la culpa... yo me crié con mi abuela, ignorante total” (6MT/232/234).

La pubertad de la hija actualiza, en la madre, las vivencias dolorosas de su propia menarca. Esta identificación “con su hija en el recuerdo de quien fue” y en la que interviene también “la propia madre de la madre, especialmente la madre que la madre tuvo cuando era adolescente” (Burin, 1989), tiene en algunas mujeres un efecto “paralizante” debido al temor de que la hija experimente sus mismos padecimientos.

Convertirse en mujer de esta manera traumática, ignorar lo concerniente al sexo y a la reproducción, y haber aprendido a no preguntar, tuvo en muchas mujeres de este sector social otra consecuencia dramática, la maternidad adolescente no planeada y desprotegida; otra experiencia dolorosa –la principal– que ellas desean evitar a sus hijas.

En definitiva, lo que estas mujeres dicen es que

“Nosotras queremos enseñarle lo que no nos enseñaron a nosotras”  
(9NT/119) pero no sabemos cuándo ni cómo —podríamos agregar  
ahora.

### A modo de conclusión

Los cambios generacionales en la permisividad social respecto de la sexualidad de los jóvenes son un fenómeno conocido. Lo que aquí queremos poner de manifiesto es cómo desconciertan a las madres, quienes viven la contradicción entre los valores adquiridos durante su socialización de género y la necesidad de acomodarse a las pautas actualmente vigentes; una situación de anomia que las dejaría faltas de criterios para el desempeño de su rol. Puesto que sus madres —o quienes las reemplazaron— no les hablan siquiera acerca del significado de la menarca, ellas internalizaron tanto una imagen negativa y culposa de lo sexual, como un patrón inhibitorio del deseo de saber, lo que explicaría que aún hoy, mujeres adultas, no hayan desarrollado mecanismos de acceso al conocimiento que podrían estar a su alcance, como la conversación con otras mujeres. Parece pues poco realista, además de injusto, pedirles que enseñen a las hijas lo que ellas mismas no han aprendido.

Sin embargo, el denominador común es que prácticamente todas ellas, más allá del grado de eficiencia con el que puedan desempeñar el rol de educadoras sexuales de sus hijas, se conforman al patrón social —y masculino— que lo asigna a la madre y lo hacen propio, aceptando la responsabilidad por los errores en los que aquéllas puedan incurrir. Pero la efectividad con la que el mensaje verbal —cuando él exista— sea recibido e incorporado por la hija, se verá amenazada por la contradicción entre discurso y modelo maternos.

Los programas sociales dirigidos a la prevención de la salud reproductiva de las adolescentes deberían incluir acciones dirigidas a incrementar el saber, la autoconfianza y las capacidades comunicacionales de las madres —tanto como los de las futuras madres. También deberían procurar un involucramiento mayor de los padres, cuyo modelo masculino es igualmente fundamental en la constitución de la identidad adulta y de la sexualidad de las niñas y de los varones, sus futuras parejas sexuales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apter, Terri (1990). "Sex, envy and success". En Apter, T. *Altered Loves*. USA: Harvester Wheatsheaf, Cap. 4.
- Berger, Peter L. y Thomas Luckman (1972). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boltanski, Luc (1977). *Medicina popular y medicina científica. Relación médico-paciente y distancia social*. Buenos Aires: Ciencia Nueva.
- Boyd, Carol J. (1989). "Mothers and Daughters: A Discussion of Theory and Research". *Journal of Marriage and the family*, 51:2 (291-301).
- Burín, Mabel (1989). "Familia y subjetividad femenina: la madre y su hija adolescente". En Giberti, Eva y Ana María Fernández (comps.) *La mujer y la violencia invisible*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana y Fundación Banco Patricios, pp. 215-228.
- Chodorow, Nancy (1979). *The reproduction of mothering. Psychoanalysis and the sociology of gender*. Berkeley: University of California Press.
- Dolto, Françoise (1990). *La causa de los adolescentes*. Barcelona: Seix Barral.
- Erikson, Erik H. (1966). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- Fox, Greer L. y Judith K. Inazu (1980). "Patterns and Outcomes of Mother-Daughter Communication About Sexuality". *Journal of Social Issues*, 36:1 (7-29).
- Geldstein, Rosa N. (1994). *Los roles de género en la crisis. Mujeres como principal sostén económico del hogar*. Buenos Aires: CENEP. Cuadernos del CENEP N° 50.
- Infesta Domínguez, Graciela; Anahí Viladrich; Edith A. Pantelides y Silvina Ramos (1991). "Resultados preliminares del estudio cualitativo sobre dificultades en la prevención secundaria del cáncer de cuello de útero en mujeres de sectores populares". Buenos Aires: CEDES/CENEP (mimeo).
- Kornblit, Ana L. y Mendes Diz, Ana M. (1994). *Modelos sexuales en jóvenes y adultos*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina e Instituto de Investigaciones Sociales Gino Germani, UBA.
- Krauskopf, Dina (1982). *Adolescencia y Educación*. San José de Costa Rica: EUNED.
- Lombardi, Alicia (1986). *Entre madres e hijas. Acerca de la opresión psicológica*. Buenos Aires: Ediciones Noé.
- Morgan, David L. y Margaret T. Spanish (1984). "Focus Groups: A New Tool for Qualitative Research". *Qualitative Sociology*, 7:3 (253-270).
- Newcomer, Susan F. y Richard Udry (1984). "Mothers' influence on the sexual behavior of their teenage children". *Journal of marriage and the family*, N° 46 (477-485).
- Noller, Patricia y Stephen Bagi (1985). "Parent-adolescent communication". *Journal of Adolescence*, 8 (125-144).
- Olivier, Christiane (1991). *Los hijos de Yocasta. La huella de la madre*. México: Fondo de Cultura Económica. Colección Popular.
- Olson, Collen F. y John Worobey (1984). "Perceived mother-daughter relations in a pregnant and nonpregnant adolescent sample". *Adolescence*, XIX:76 (781-794).
- Pantelides, Edith A. y Marcela Cerrutti (1991). *Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia*. Buenos Aires: CENEP, Cuadernos del CENEP N° 47.

- Pantelides, Edith A.; Rosa N. Geldstein y Graciela Infesta D. (1995). *Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia*. Buenos Aires: CENEP, Cuadernos del CENEP N° 51.
- Ramos, Silvina y Edith A. Pantelides (1990). *Dificultades en la prevención secundaria del cáncer de cuello de útero: las mujeres y los médicos frente a una citología cervical de resultado positivo*. Buenos Aires: CEDES, Documento CEDES N° 43.
- Smith, Dwayne y George D. Self (1980). "The congruence between mothers' and daughters' sex-role attitudes: a research note". *Journal of marriage and the family* N° 42 (105-109).
- Townsend, Janet K. y John Worobey (1987). "Mother and daughter perceptions of their relationship: The influence of adolescent pregnancy status". *Adolescence*, XXII:86 (487-495).
- Walters, Marianne; Betty Carter; Peggy Papp y Olga Silverstein (1991). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós, Terapia Familiar N° 43.